



Análisis del Entrenamiento Grupal en Habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual en
Adolescentes con Dificultades Graves de Desregulación Emocional que Acuden a Terapia en el
Centro Científico Lifesense en Bogotá.

Investigadores:

John Henry Navia Linero – Psicólogo
Estudiante Maestría psicología clínica y de la salud.

Krystel Eliana Bohórquez Ovalle – Psicólogo
Estudiante Maestría psicología clínica y de la salud.

Sandra Milena Valeriano Pineda – Psicólogo
Estudiante Maestría psicología clínica y de la salud.

Yennifer Paola Gómez Sandoval – Psicólogo
Estudiante Maestría psicología clínica y de la salud.

Asesores de investigación:

Natalia Caraballo Parra – Docente
Sonia Enríquez Guzmán – Docente

Fundación universitaria Sanitas
Psychology Sanitas
Bogotá, Colombia
2025

Información General de Proyecto de Investigación

Título del proyecto		Código de identificación interna
Análisis del Entrenamiento Grupal en Habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual en Adolescentes con Dificultades Graves de Desregulación Emocional que acuden a terapia en el centro científico Lifesense en Bogotá.		CEIFUS 1379-25
Grupo de investigación		
Nombre del grupo (GrupLAC)	Psychology & Health Sanitas	
Estado actual del grupo	Avalado	
Programa académico o Área o servicio	Psicología	
Instituciones participantes	Fundación Universitaria Sanitas	
Línea(s) de investigación		
Psychology & Health Sanitas		
Conformación y trayectoria del grupo de investigación		
Se conforma por cuatro estudiantes del posgrado perteneciente a la maestría en psicología clínica y de la salud. Todos los integrantes son profesionales (pregrado) en psicología con acercamiento a la práctica clínica. El grupo de investigación se forma por aspectos académicos y afinidad a la investigación.		
Tipo de proyecto		
Investigación - proyecto de grado		
Investigador principal		
Nombre(s) y apellido(s)	John Navia, Eliana Bohórquez, Sandra Valeriano y Yennifer Gómez,	
Cargo	Estudiantes maestría en psicología clínica y de la salud	
Programa académico o Área o servicio	Maestría en psicología clínica y de la salud	
Filiación Institucional	Fundación universitaria Sanitas	
Correo electrónico	jh.naviali@uisanitas.edu.co jp.gomezsa@uisanitas.edu.co ke.bohorquezov@uisanitas.edu.co sm.valerianopi@uisanitas.edu.co	
Dirección de correspondencia	Calle 73 # 94 ^a - 48	
Teléfono(s)	3118667381	

Tiempo de dedicación (horas/semana)	Dos horas a la semana	
Co-investigadores		
Nombre(s) y apellido(s)	Función en el proyecto	Tiempo de dedicación (horas/semana)
Natalia Caraballo	Asesor conceptual	2 horas a la semana
Sonia Enríquez	Asesor metodológico	2 horas a la semana
Estudiante(s) de pregrado o postgrado		
Nombre(s) y apellido(s)	Programa de estudios	Código del carné
Eliana Bohórquez	Maestría en psicología clínica y de la salud	PM20241006
Jennifer Gómez	Maestría en psicología clínica y de la salud	PM20241001
Sandra Valeriano	Maestría en psicología clínica y de la salud	PM20241014
John Navia	Maestría en psicología clínica y de la salud	PM20241002
Duración del proyecto (meses)		
<ul style="list-style-type: none"> • 24 meses 		
Presupuesto		
	Nombre de la entidad	Valor (pesos colombianos)
Valor aprobado por otra(s) entidad(es) (si aplica)	-	\$-
	-	\$-
Valor total solicitado a la FUS		\$-
Valor total del proyecto		\$- 19,776.1000

Tabla de Contenido

Resumen.....	1
Abstract	3
Planteamiento del Problema.....	5
Justificación	10
Marco Legal	16
Marco Teórico	18
Estado del Arte	34
Objetivo	42
Objetivo General.....	42
Objetivos Específicos.....	42
Hipótesis de Investigación	43
Metodología.....	43
Diseño.....	43
Ubicación Espacio – Temporal.....	45
Población y Muestra.....	46
Intervención.....	49
Técnicas.....	50
Procedimiento	54
Matriz de Variables.....	56
Matriz de Categorías.....	60
Fuentes y Recolección de Información.....	66
<i>Primera fase: fuente y recolección de datos cuantitativos</i>	66
<i>Segunda fase: fuente y recolección de datos cualitativos</i>	67
Plan de análisis:	68
Consideraciones Éticas.....	69
Comité de ética.....	72
Resultados	73
Fase cuantitativa: resultados estadísticos.....	76
<i>Medidas Descriptivas</i>	77
<i>Prueba de Normalidad de las Diferencias</i>	86

<i>Prueba de Comparación de Medidas y Prueba de Tamaño de Efecto</i>	88
<i>Clasificación de cambio individual</i>	90
Fase cualitativa: resultados narrativos	93
1) <i>Categoría de desregulación emocional</i>	96
2) <i>Categoría de depresión</i>	105
3) <i>Categoría de ansiedad</i>	109
4) <i>Categoría de estrés</i>	113
1) <i>Categoría de desregulación emocional desde la perspectiva de los acudientes</i>	115
2) <i>Categoría de depresión desde la perspectiva de los acudientes</i>	121
3) <i>Categoría de ansiedad desde la perspectiva de los acudientes</i>	122
4) <i>Categoría de estrés desde la perspectiva de los acudientes</i>	124
Análisis Secuencial Explicativo y Discusión	127
Análisis de las Subescalas del DERS	132
Análisis de las Subescalas del DASS - 21	135
Análisis por grupos de efecto	138
Conclusiones	142
Limitaciones y Consideraciones Metodológicas	146
Recomendaciones y Líneas Futuras	146
Referencias Bibliográficas	147
Anexos	158

Resumen

La presente investigación aborda la problemática de la desregulación emocional en adolescentes, una condición que impacta de manera significativa su bienestar psicológico, su capacidad de adaptación social y sus relaciones familiares. En Colombia, los individuos entre los 12 y 17 años evidencian un aumento de síntomas de ansiedad, depresión y estrés asociados a dificultades para identificar, comprender y manejar sus emociones. Estas alteraciones repercuten negativamente en la funcionalidad cotidiana y en la convivencia familiar, lo que hace necesario implementar intervenciones psicológicas basadas en evidencia que promuevan el desarrollo de habilidades emocionales y sociales. El entrenamiento grupal en habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual (por sus siglas en inglés, Dialectical Behaviour Therapy - DBT) se plantea como una alternativa efectiva para fortalecer la regulación emocional, la tolerancia al malestar, la conciencia plena y la efectividad interpersonal.

El objetivo general del estudio es analizar el efecto del entrenamiento grupal en habilidades de la terapia DBT en adolescentes entre los 12 y 17 años con dificultades significativas en la regulación emocional, atendidos en el Centro Científico Especializado Lifesense, ubicado en Bogotá. Según los objetivos específicos, se busca identificar las medidas de la regulación emocional y los síntomas clínicos significativos antes y después del entrenamiento, así como explorar las experiencias de los adolescentes y sus cuidadores frente al efecto del entrenamiento, con respecto a la interacción entre el aprendizaje individual y la dinámica familiar, de esta manera comprender los resultados cuantitativos con base en los hallazgos cualitativos.

La metodología se enmarca en un enfoque mixto con un diseño secuencial explicativo, que integra una fase cuantitativa y una fase cualitativa. En la primera fase se utilizó un diseño preexperimental con un solo grupo y mediciones pretest y posttest retrospectivas, esta clasificación se fundamenta en que el Centro Especializado Lifesense aplicó como parte de su protocolo clínico rutinario de atención dos instrumentos psicométricos estandarizados: la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) de Gratz y Roemer (2004) y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21) de Lovibond y Lovibond (1995) a un grupo de adolescentes entre 12 y 17 años, tanto antes de iniciar como al culminar el entrenamiento grupal. Estos resultados fueron dados a los investigadores mediante un acuerdo de voluntades por Lifesense, con el fin de realizar un análisis estadístico de trece registros clínicos,

Los resultados estadísticos mostraron una disminución significativa en los niveles de desregulación emocional y de malestar psicológico. Los adolescentes pasaron de puntajes altos a niveles moderados, con una reducción promedio de treinta y tres puntos en regulación emocional y menores niveles de depresión y ansiedad. El tamaño del efecto indicó un impacto grande en la regulación emocional y mediano en los síntomas emocionales, permitiendo clasificar a los participantes en tres grupos: mejora significativa, estabilidad clínica y aumento leve de síntomas en alguna de las dos escalas.

En la fase cualitativa, se utilizó un diseño narrativo con análisis de contenido, desarrollada mediante entrevistas con adolescentes y acudientes, en donde se identificaron diez ideas emergentes que evidencian un tránsito desde la impulsividad y la saturación emocional hacia la autorregulación consciente y la aceptación del malestar. Después del entrenamiento grupal en habilidades del Centro Lifesense, los adolescentes reportaron mayor control emocional, conciencia corporal y habilidades comunicativas asertivas. Los cuidadores destacaron

avances en la empatía, la comunicación y la capacidad de acompañamiento emocional. En conjunto, los resultados evidencian que el entrenamiento grupal fortalece la autorregulación emocional, promueve la co-regulación familiar y consolida la generalización de las habilidades aprendidas, extendiendo su impacto al contexto familiar y social, favoreciendo un ajuste emocional más adaptativo en los adolescentes.

Palabras claves: Adolescentes, Terapia Dialéctica conductual (DBT), desregulación emocional, Trastorno Límite de personalidad, Entrenamiento grupal en habilidades DBT.

Abstract

This research addresses the issue of emotional dysregulation in adolescents, a condition that significantly affects psychological well-being, social adaptation, and family relationships. In Colombia, individuals between 12 and 17 years old show increasing levels of anxiety, depression, and stress associated with difficulties in identifying, understanding, and managing emotions. These difficulties negatively impact daily functioning and family dynamics, highlighting the need for evidence-based psychological interventions that foster the development of emotional and social skills. Group skills training in Dialectical Behavior Therapy (DBT) emerges as an effective alternative for strengthening emotional regulation, distress tolerance, mindfulness, and interpersonal effectiveness.

The general objective of the study is to analyze the effect of DBT skills group training in adolescents aged 12 to 17 with significant emotional regulation difficulties, treated at the Lifesense Specialized Scientific Center in Bogotá. Based on the specific objectives, the study seeks to identify emotional regulation measures and clinically significant symptoms before and after the intervention, as well as to explore adolescents' and caregivers' experiences regarding

the effects of the training, in relation to the interaction between individual learning and family dynamics. This approach allows the quantitative results to be interpreted through qualitative findings.

The methodology is framed within a mixed-methods approach using an explanatory sequential design, which integrates a quantitative phase followed by a qualitative phase. The first phase employed a pre-experimental design with a single group and retrospective pre-test/post-test measurements. This classification is based on the fact that the Lifesense Center applied, as part of its routine clinical care protocol, two standardized psychometric instruments: the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) by Gratz and Roemer (2004) and the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21) by Lovibond and Lovibond (1995) to a group of adolescents aged 12–17, both before and after completing the group skills training. These results were provided to the researchers through a cooperation agreement with Lifesense to conduct a statistical analysis of thirteen clinical records.

Statistical findings showed a significant reduction in emotional dysregulation and psychological distress. Adolescents progressed from high to moderate scores, with an average reduction of thirty-three points in emotional regulation and decreased levels of depression and anxiety. Effect size analysis indicated a large effect on emotional regulation and a medium effect on emotional symptoms, allowing participants to be classified into three groups: significant improvement, clinical stability, and slight symptom increase on one of the scales.

In the qualitative phase, a narrative design with content analysis was used, based on interviews with adolescents and caregivers. Ten emerging themes reflected a transition from impulsivity and emotional overwhelm to conscious self-regulation and acceptance of distress. After the DBT skills group training at Lifesense, adolescents reported greater emotional control,

body awareness, and assertive communication skills. Caregivers highlighted improvements in empathy, communication, and emotional support capacity. Overall, the results indicate that group skills training strengthens emotional self-regulation, promotes family co-regulation, and supports the generalization of acquired skills, extending their impact to family and social contexts and fostering more adaptive emotional adjustment in adolescents.

Keywords: Adolescents, Dialectical Behavior Therapy (DBT), emotional dysregulation, Borderline Personality Disorder, DBT skills group training.

Planteamiento del Problema.

Actualmente, la salud mental es un tema de gran preocupación para la sociedad, teniendo en cuenta que de esta depende varios aspectos fundamentales para el eficaz desarrollo del ser humano (Sarmiento, 2017). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “Estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad” (OMS, 2022, párr. 1).

Teniendo en cuenta que la salud mental es un tema que involucra a toda una sociedad, se observa que, en Colombia, los componentes de esta misma se ven afectados a gran escala, lo que afecta el bienestar integral de las personas. Cuando se habla de bienestar se hace referencia al concepto de salud, no obstante, la presencia de situaciones y eventos estresantes genera un malestar bastante significativo en los individuos y sus relaciones como sociedad.

Cabe destacar que, dentro de esta sociedad, se encuentran diferentes poblaciones, cada una de ellas con diferentes problemáticas según su ciclo vital, una de ellas es los adolescentes, quienes por la etapa de transición y cambios que viven, hacen que sean una población con más

probabilidad de vulnerabilidad en todos los sentidos. El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, en 2015, en su Encuesta Nacional de Salud Mental hace referencia a que los aspectos como la pubertad, la identificación con sus pares, inicio de una vida sexual, maduración cognitiva, entre otros, permite que haya una mayor exposición y una alta prevalencia de síntomas psicopatológicos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

La OMS señala que uno de cada siete individuos entre los 10 y 19 años es diagnosticado con algún trastorno mental, en donde la mayoría tiene que ver con depresión, ansiedad y trastornos del comportamiento. En este sentido, la OMS afirma que no preocuparse de la salud mental de los adolescentes producirá consecuencias graves, limitando las posibilidades de generar una vida de calidad en el futuro en los individuos (OMS, 2021).

Así mismo, en un estudio realizado en una población de adolescentes escolarizados entre 10 y 17 años en Colombia, se evidencia que los síntomas de depresión son de mayor frecuencia en la población adolescente, mostrando un incremento significativo en los últimos años. “Se concluye entonces que los síntomas ansiosos y depresivos son frecuentes en la población de adolescentes, por lo cual se hace indispensable sospecharse y detectarlos de manera temprana para que reciban una atención oportuna, implementando medidas de educación a padres, maestros y orientadores” (Ospina et al., 2011, P. 919).

En este sentido, se puede identificar una alta prevalencia de dificultades y problemáticas a nivel de salud mental, especialmente en los adolescentes por su condición de vulnerabilidad emocional y física. Considerando lo anterior, se recalca la idea de que un porcentaje significativo de adolescentes entre 13 y 17 años sufren dificultades en su regulación emocional, impidiendo que vivan tranquilos con regularidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Además, se recalca el estudio de salud mental en Bogotá en el 2023 realizado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en el que se menciona que la población parte del estudio ha sido evaluada alguna vez en la vida, con los siguientes diagnósticos relacionados con la desregulación emocional: trastornos depresivos (10, 92%), ansiedad generalizada (9, 75%), ideas suicidas (19, 02%), trastornos de consumo de sustancias psicoactivas (0, 66%). En cuanto a esta muestra, se puede extraer para la población adolescente lo siguiente: un 18, 1 % de los jóvenes presenta un posible trastorno depresivo o se encuentra en riesgo depresivo, el 23, 57 % de los jóvenes presenta un posible trastorno de ansiedad generalizada, para el apartado de ideación suicida, se hace la distinción que un 28, 87 % los adolescentes presentan ideas suicidas y trastornos de sustancias psicoactivas un 0, 71 %.

Los problemas relacionados con el reconocimiento y validación de las emociones, y el déficit del control emocional hacen que el individuo se exprese de manera impulsiva, exteriorizando las emociones de una forma exagerada, incluso fuera de lo socialmente aceptado. Según Vargas y Muñoz (2013) “En los últimos años la literatura en psicología clínica ha señalado la importancia de la desregulación emocional, como elemento central, en los problemas psicológicos por los que consultan las personas que asisten a terapia” (p. 225).

Es así como la desregulación emocional en adolescentes es de gran interés en la práctica clínica, ya que en diversos estudios han evidenciado la influencia de la desregulación emocional en la sintomatología por depresión, ansiedad, estrés, ideación suicida comportamientos disruptivos, entre otros (Caqueo et al., 2020). Según Bautista et al. (2021), hay una relación entre la conducta de autolesiones y la desregulación emocional. Lozada y Valencia (2024), determinan una correlación negativa entre la desregulación emocional y la autoeficacia, en cuanto a la adaptación. La investigación de Zumba y Moreta (2022), muestra los efectos

negativos y la relación entre la regulación emocional y el estrés para la salud mental en adolescentes. Igualmente, Masters et al. (2019), expone la relevancia de la desregulación emocional en los síntomas de ansiedad social y depresión como parte de la adolescencia temprana.

Por lo tanto, esta investigación surge como respuesta a las necesidades y demandas derivadas por la alta prevalencia e incidencia de trastornos mentales y dificultades de desregulación emocional en los adolescentes. A lo anterior, se le suma la idea errónea que se presenta en la sociedad, especialmente en esta población, acerca de su perspectiva sobre priorizar la salud mental.

La desregulación emocional, principalmente tiene que ver con la incapacidad de una persona para controlar sus emociones, aumentando acciones como la impulsividad, cambios significativos en el estado del ánimo, comportamientos autodestructivos, entre otros. Asimismo, la desregulación emocional es una de las características del trastorno límite de personalidad (TLP), ya que, por la misma incapacidad para regular las emociones, la persona presenta un patrón de inestabilidad a nivel personal y social donde se caracteriza la fluctuación afectiva (American Psychiatric Association [APA], 2022). Es por eso, por lo que la intervención clínica es importante, “Esto sugiere la necesidad de promover entrenamientos específicos de regulación emocional para adolescentes mediante terapias individuales o grupales” (Caqueo et al., 2020, p. 214).

Existen diversos tratamientos e intervenciones para este tipo de afectaciones emocionales y trastornos mentales basadas en la evidencia, una de ellas es la terapia Dialéctica Conductual (por sus siglas en inglés, DBT), propuesta por Marsha M. Linehan en 1993. Este modelo es de tipo biosocial, el cual sustenta que la desregulación emocional es la disfunción principal de los

individuos con TLP condicionado a una predisposición tanto genética como la presente vulnerabilidad emocional del sujeto y de su ambiente invalidante (De la Vega y Sánchez, 2013).

Con lo anterior, se evidencia la necesidad de abarcar esta problemática de la desregulación emocional en adolescentes bajo una terapia con bases científicas y epistemológicas como lo es la terapia DBT y así se poder explicar los efectos que se producen en los adolescentes con dificultades graves de desregulación emocional.

Teniendo en cuenta que la terapia DBT tiene cuatro componentes (terapia individual, coaching telefónico, consultoría para el terapeuta y el entrenamiento grupal en habilidades) en su estructura terapéutica (Linehan, 1993a), y por las mismas características complejas del ciclo vital de los adolescentes (Gaete, 2015), se pretende enfatizar en el componente del entrenamiento grupal en habilidades, para incrementar las habilidades de tolerancia al malestar, efectividad interpersonal, sendero del medio, mindfulness y regulación emocional en el sujeto (Linehan, 1993b) y así poder distinguir los efectos que este trae en los adolescentes, considerando la sintomatología emocional y sus variaciones comportamentales evidenciadas en los resultados de pruebas psicométricas y en la perspectiva del sujeto.

Ahora bien, se destaca esta problemática como un aspecto de suma importancia para esta población, ya que presentan dificultades y rasgos de personalidad, los cuales pueden ser tratados a tiempo, disminuyendo esta sintomatología relacionada con la desregulación emocional en adolescentes, analizando sus características, categorías, incidencia, prevalencia y su relación con el TLP. De igual manera, profundizar los efectos de terapia DBT para la disminución de esta problemática, basada en la teoría biosocial, identificando así el entrenamiento grupal en habilidades y su relación con la desregulación emocional.

En consecuencia, la presente investigación se plantea con el fin de explicar el efecto del entrenamiento grupal en habilidades de la terapia DBT en adolescentes. Desde esta perspectiva, se propone la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo se explica el efecto del entrenamiento grupal en habilidades de la terapia DBT en adolescentes entre 12 y 17 años con dificultades graves de desregulación emocional que acuden a terapia en el centro científico especializado Lifesense en Bogotá, Colombia?

Justificación

La presente investigación está dirigida a evidenciar los efectos producidos por el entrenamiento grupal en habilidades de la terapia dialéctica conductual (por sus siglas en inglés, DBT) en los adolescentes con dificultades graves de desregulación emocional. El motivo para realizar esta investigación surge de la problemática del deterioro de la salud mental de esta población (OMS, 2021), por lo que se da la necesidad de evidenciar si la intervención basada en DBT es eficaz para la disminución de esta sintomatología, permitiendo que el adolescente tenga un ajuste en su vida mediante el entrenamiento de habilidades, además de contribuir académica, teórica y científicamente en los vacíos y/o brechas existentes en el conocimiento. En este sentido, se permite distinguir los siguientes argumentos de la investigación en cuestión.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como un “periodo crucial para el desarrollo de hábitos sociales y emocionales esenciales para el bienestar mental” (OMS, 2021, párr. 5). Durante este periodo, los jóvenes experimentan diversos cambios en su entorno personal y social, lo que puede llevar a una mayor experimentación de emociones negativas e inestabilidad emocional (Larson et al., 2002). En términos generales, la adolescencia puede ser una etapa emocionalmente desafiante y vulnerable ya que se ha encontrado que la

aparición de la mayoría de los problemas de salud mental ocurre en esta etapa (APA, 2022). La predisposición del adolescente a sentir las emociones con alta intensidad puede generar el incremento de conductas de riesgo (Fossati, 2014), aumentando la probabilidad de presentar desregulación emocional (Harvey y Rathbone, 2014).

De igual manera, durante la etapa de la adolescencia, es común observar una desregulación emocional, lo que puede desencadenar la aparición de actos impulsivos y aparición de problemas de comportamiento, asimismo, los resultados obtenidos en el estudio de Cracco et al. (2017) resaltan que los adolescentes presentan una disminución en la ejecución de estrategias adaptativas para regular las emociones y un aumento en el uso de técnicas desadaptativas de las cuales se vinculan a un riesgo psicopatológico, por tanto, estos hallazgos resaltan la importancia de dirigir la atención hacia la desregulación emocional en los enfoques terapéuticos e investigativos dirigidos a adolescentes (Cavicchioli et al., 2023).

Sesma (2017) define la desregulación emocional como la incapacidad de controlar adecuadamente la expresión de las emociones en diversas situaciones, manifestándose mediante una rigidez y falta de espontaneidad, así como la presencia de comportamientos disruptivos. De esta manera, los individuos que presentan desregulación emocional no tienen la habilidad para afrontar o tolerar los estresores emocionales, interpersonales y conductuales que se les presentan en el contexto (Miller et al., 2007).

Dado que esta problemática se evidencia a nivel mundial, se hace necesario abordar esta dificultad presentada en los adolescentes en el contexto colombiano, ya que las cifras a nivel global expuestas en el informe del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2017), son significativas. Se estima que aproximadamente entre el 10% y el 15% de los niños, niñas y adolescentes presentan trastornos mentales. La OMS (2023), dice que más del 13% de los

adolescentes con edades de entre 10 y 19 años, sufren trastorno mental diagnosticado. Lo cual equivale a aproximadamente 86 millones de adolescentes de 15 a 19 años y 80 millones de adolescentes de 10 a 14 años (UNICEF, 2023).

En este orden, el Boletín de Salud Mental en Niños, Niñas y Adolescentes, reportó que, en Colombia, se ha observado un incremento constante en el número de consultas por trastornos mentales y del comportamiento en personas de 0 a 19 años. Entre 2009 y 2017, se registraron aproximadamente 2.128.573 casos de niños, niñas y adolescentes diagnosticados con trastornos mentales según el código CIE 10: F00 a F99. Esto representa un promedio anual de 236.508 personas atendidas, con una tendencia creciente en el número de casos cada año (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Al mismo tiempo, la Encuesta Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia revela una elevada incidencia de síntomas depresivos y ansiosos entre adolescentes colombianos. Se encontró que el 80% de hombres y mujeres experimentan uno o dos síntomas, mientras que el 16, 6% de mujeres y el 15% de hombres muestran entre cuatro y seis síntomas. Además, un 9, 8% de hombres y un 14, 2% de mujeres presentan ocho o más síntomas de depresión y ansiedad (MinSalud, 2015).

Este estudio también señala un aumento preocupante en las tasas de suicidio entre los adolescentes colombianos, convirtiéndose en una grave problemática de salud pública. Entre los 13 y 17 años, el 6, 6% de los adolescentes reporta tener ideas suicidas, siendo un 7, 4% en mujeres y un 5, 7% en hombres. Respecto a los planes suicidas, un 1, 8% de los adolescentes manifiesta tenerlos, con un 2, 5% en mujeres y un 1, 0% en hombres. Además, el Ministerio de Salud y Protección Social destaca que el 37, 6% de los adolescentes que han considerado el suicidio han intentado llevarlo a cabo (MinSalud, 2015).

Los trastornos mentales más predominantes en la Encuesta Nacional de Salud Mental son: con mayor prevalencia, los trastornos de ansiedad (3,5%) y afectivos (1,2%).

Específicamente el trastorno de ansiedad social y depresión mayor, mostrando un aumento de este tipo de motivos de consulta en los servicios de salud (MinSalud, 2015).

Teniendo en cuenta lo anterior, la mayoría de los adolescentes del mundo con dificultades emocionales y con intento de suicidio, hasta un 77 %, no reciben tratamiento ambulatorio o lo abandonan prematuramente antes de adquirir habilidades para manejar la angustia y regular sus emociones de manera efectiva, generando así una mayor prevalencia de estas dificultades (Fleischhaker et al., 2011).

En consecuencia, se plantea como alternativa de intervención una terapia con evidencia científica y eficacia demostrada: la Terapia Dialéctico Conductual (DBT), desarrollada por Linehan et al. (1991). Esta terapia ha sido aplicada en el tratamiento de diversas dificultades asociadas con la desregulación emocional y los rasgos de personalidad límite, a través de una estructura compuesta por múltiples componentes de intervención (De Luna Velasco, 2024). De acuerdo con su eficacia en el tratamiento, Rathus y Miller (2002) propusieron un ajuste a la terapia enfocándose en adolescentes, también conocida como DBT-A, con el objetivo de trabajar en ideaciones suicidas, mediante estrategias diseñadas para mantener la participación del paciente en el tratamiento y reducir las conductas suicidas, así como abordar los aspectos que afectan negativamente la calidad de vida del adolescente (Fleischhaker et al., 2011).

Es importante destacar que la terapia DBT se centra en la adquisición de habilidades organizadas en cinco módulos: habilidades básicas de conciencia, de efectividad interpersonal, desregulación emocional, sendero del medio y de tolerancia al malestar (Linehan, 1993a). Estas habilidades se conectan con las estrategias de afrontamiento, las cuales comprenden procesos

cognitivos y conductuales para manejar las demandas que el individuo considera abrumadoras en términos de sus recursos (Lazarus y Folkman, 1984).

Ahora bien, investigaciones previas entre los años 2013 y 2024, que analizan las contribuciones hechas por el entrenamiento en habilidades de la terapia DBT en la disminución de los síntomas de desregulación emocional en los adolescentes, se evidencia importantes avances y propuestas, así mismo, vacíos y/o brechas en el conocimiento.

La investigación sobre la eficacia del entrenamiento en habilidades basada en la DBT en un contexto escolar hecha por Oros (2016) muestra que esta intervención fue exitosa, mejorando el índice de pensamientos suicidas en una muestra de seis mujeres adolescentes con rasgos del trastorno límite de personalidad (TLP). Sin embargo, este mismo estudio propone una discusión en que las investigaciones futuras deben ejecutar el tratamiento por un periodo más prolongado, así demuestra una mayor eficacia y practicidad de esta terapia.

Cabe destacar que en Colombia se realizó una investigación en donde se pone en evidencia la efectividad de la terapia DBT - A en el tratamiento de la depresión y la desregulación emocional. Los investigadores mencionan que los resultados del entrenamiento fueron eficaces y exitosos en los adolescentes, pero sugieren que investigaciones futuras pueden considerar variables como el entrenamiento en habilidades por separado, no multifamiliar y realizado en otros escenarios, considerando que la atención en salud mental en Colombia es limitada para muchas poblaciones (Ayala et al., 2023).

Además, Panish (2021) investiga el entrenamiento en habilidades de la terapia DBT para la resolución de problemas para adolescentes escolarizados, en un estudio mixto, donde menciona que los resultados cuantitativos y cualitativos mostraron eficacia y cambios significativos. Sin embargo, los resultados cuantitativos no fueron totalmente precisos en los

cambios percibidos por los adolescentes, no obstante, los resultados cualitativos, mostraron una mayor y clara percepción en los cambios para su bienestar.

Por último, cabe destacar que la idea de poder contribuir al mejoramiento del bienestar de la salud en los adolescentes es un factor importante. Dixius y Mohler (2023), en su investigación sobre los efectos de la DBT en adolescentes, mencionan que sus resultados fueron exitosos, ya que indican cambios positivos en el desarrollo de desregulación emocional y los síntomas relacionados, aun así, hacen la aclaración de que los resultados vistos desde un punto clínico pueden llegar a ser relevantes, pues estos sirven para la prevención de deterioro crónico en adolescentes con dificultades de desregulación emocional.

Por lo siguiente, se pretende realizar una investigación que pueda explicar los cambios en los adolescentes aportados por el entrenamiento en habilidades de la terapia dialéctica conductual, considerando pruebas psicométricas y el discurso subjetivo del individuo una vez termine la intervención.

La presente investigación se justifica en los puntos mencionados anteriormente, los cuales se pueden resumir en los siguientes cuatro aspectos: 1) Un estudio e intervención con un tiempo más prolongado, 2) Un estudio en un escenario ambulatorio con adolescentes en un contexto colombiano, 3) Un estudio mixto, con diseño secuencial explicativo para extraer resultados más eficaces y confiables, desde un punto cuantitativo y cualitativo y 4) Consolidar y analizar la participación de las familias y redes de apoyo en los procesos de intervención en adolescentes con dificultades graves de desregulación emocional. En este sentido, se aportará a la literatura científica y teórica a nivel nacional, ampliando y contribuyendo al conocimiento en esta área clínica.

Marco Legal

La psicología en Colombia se ha fortalecido como una disciplina y profesión. El Colegio Colombiano de Psicólogos, en 2014, reafirmó que un psicólogo es el profesional que adquiere un título desempeñándose en todo territorio nacional por medio de procedimientos éticos, humanizados y de manera científica. Además, mediante el Código Deontológico y Bioético del Psicólogo en Colombia, se reglamenta la Ley 1090 de 2006, que estipula el ejercicio y la conducta profesional del psicólogo (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2019).

Así lo reconoce la Ley 1090 de 2006, en su artículo 36, donde estipula que el psicólogo está en la obligación de explicarle a los usuarios sobre qué intervenciones manejará, por consiguiente, los riesgos, evolución, tiempo y alcances que se manejen dentro del plano terapéutico, lo anterior debe ir enmarcado dentro del consentimiento informado (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2019).

Como obligación del psicólogo y, por ende, como derecho del usuario, la Ley 1090 de 2006, en el artículo 36, refiere que el psicólogo no podrá practicar intervenciones sin consentimiento autorizado del usuario. En los casos de menores de edad deberá ser firmado el consentimiento por el acudiente, dándose por sentado que “acudiente” no puede ser cualquiera (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2019).

El acudiente de un menor de edad, tal como quedó enmarcado en el artículo 2.3.4.1 del Decreto 1075 del 2015, refiere que “padres de familia” es padre o madre, así como los tutores o quien albergue la patria potestad debidamente autorizada. (Ministerio de Educación Nacional, 2015). Asimismo, dentro del artículo 36 de la Ley 1090 del 2006, se entiende acudiente como el “representante legal”, si llegase a efectuarse un tercero que no sea alguno de sus padres debe

estar jurídicamente conferido por un juez de la República de Colombia o por un acto administrativo en proceso de adopción (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2019).

En Colombia se asume la adolescencia, como la edad comprendida entre los doce y dieciocho años; para efectos de la jurisprudencia, la ley que protege a los Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) es la 1098 de 2006: Ley de Infancia y Adolescencia (Congreso de la República de Colombia, 2006). Dentro del marco jurídico, se hace específico que los NNA tienen derecho a una atención completa en salud mental, referenciando lo anterior en los artículos 17, 18, 19, 20 y 21 de la Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011).

La jurisprudencia constitucional ha manifestado que, en materia relacionada con menores de edad, se deriva el consentimiento sustituto o asentimiento informado con algunas limitaciones, ya que, por su corta edad, los menores no están en la facultad de identificar plenamente la verdad que los rodea, careciendo la conciencia conveniente para ellos hacerse cargo de la autorización en tratamientos médicos sobre su propia salud física o mental (Sentencia SU-337 de 1999 y T-1019 del 2006). En consecuencia, a lo anterior es que se obliga a que sean los padres o acudientes debidamente autorizados del NNA quien den el consentimiento informado a nombre propio.

Desde la bioética se ha promovido en Colombia la figura del asentimiento informado, el cual se maneja como un procedimiento de inclusión con el fin de avalar la autonomía del NNA, más que ser parte de un documento que legitime una validez en términos jurídicos, el asentimiento informado se evidencia en contenido moral, por medio del respeto a la opinión en procesos de salud o enfermedad, otorgando con esto un empoderamiento y pertinente desarrollo moral para futuras decisiones a los NNA (Gómez, 2010)

El asentimiento informado en la normativa legal y ética de Colombia da por sentado que es un requerimiento legal durante la investigación clínica en menores de edad, por lo que se estipula que los niños mayores de 12 años son aptos para dar su asentimiento informado bajo la autorización de sus padres o acudiente legal (CIOMS, 2016); otorgándole la resolución No 008430 de 1993 los lineamientos en la ética de la investigación en contexto clínico.

En referencia al desarrollo y curso de investigación científica o académica, la Ley 1616 del 2013 en el ordinal 14 del artículo 6°, cita el derecho de que el individuo por medio de consentimiento informado o en caso de NNA (mayor de 12 años y menor de 18 años) el asentimiento informado, avala para ser parte de estudios, de igual manera la Ley 1090 del 2006, en el ordinal 9 del artículo 2, refiere que el psicólogo trata la investigación bajo el respeto, la honestidad y el bienestar de los participantes con total entendimiento de normas legales y profesionales que regulan el trabajo investigativo con humanos.

Marco Teórico

El presente marco teórico adjunta los conceptos relacionados con la desregulación emocional en adolescentes, características, categorías, incidencia y prevalencia del trastorno límite de personalidad (TLP) y cómo se presenta en adolescentes. Así mismo, se expone una terapia que interviene este tipo de dificultades como lo es la terapia dialéctica conductual (por sus siglas en inglés, DBT), sus componentes de intervención, la teoría biosocial y las características del entrenamiento grupal en habilidades y su relación con la desregulación emocional.

En primera instancia, la desregulación emocional se entiende como con las dificultades en la habilidad para poder regular y modular las diferentes emociones por parte del individuo. El

manejo de este déficit se centra en el desarrollo de habilidades para regular las emociones, por lo cual, implica una intervención que favorezca el entrenamiento y fortalecimiento de la regulación emocional (Vargas y Muñoz, 2013).

Según Hervás (2011), este déficit emocional aumenta las probabilidades de problemas de regulación, lo cual constituye un factor de vulnerabilidad común a diversos trastornos mentales. La desregulación emocional puede ser un factor de vulnerabilidad base para los siguientes trastornos: a) trastornos depresivos, pues su relación es muy estrecha al tener un componente importante de descontrol afectivo, b) trastorno de ansiedad, ya que tiene como base un proceso psicofisiológico, llevando al individuo muchas veces a suprimir sus emociones y fluctuando en ellas (trastorno de pánico, ansiedades generalizada...), c) trastorno de personalidad límite (TLP) ya que los individuos con esta dificultad suelen presentar dificultades de desregulación emocional, llevándolos a tener poco control de sus conductas (Hervás, 2011). Por lo tanto, la desregulación emocional no causa el trastorno, sino que es un componente estructural de su fenotipo clínico (Aldao et al., 2010; Joormann y Stanton, 2016; Carpenter y Trull, 2013).

La desregulación emocional es hoy en día uno de los focos principales de investigación y una problemática relevante en salud pública. Se estima que esta dificultad constituye una de las causas del desarrollo y mantenimiento de cerca del 75% de los trastornos mentales, siendo un factor común en la depresión y la ansiedad (Cremades et al., 2021). En respuesta a esta problemática, dentro del marco de la terapia cognitivo-conductual surge la Terapia Dialéctico Conductual (DBT, por sus siglas en inglés), desarrollada por Marsha Linehan en 1993, inicialmente orientada al tratamiento del trastorno límite de la personalidad (TLP) y de la desregulación emocional en pacientes con conductas parasuicidas o autolesivas (Soler et al., 2016). Desde este enfoque, la desregulación emocional se comprende como la dificultad del

individuo para modular adecuadamente sus respuestas fisiológicas y conductuales ante los estados emocionales intensos, buscando a través del entrenamiento en habilidades promover estrategias de regulación ajustadas al contexto y que favorezcan la adaptación y el funcionamiento social (Vargas y Muñoz, 2013).

En este sentido, la desregulación emocional hace parte de las características del TLP (Lieb et al., 2004) que acorde al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (en sus siglas en inglés, DSM 5 - TR), se encuentra clasificado dentro de los trastornos del clúster B y hace parte de uno de los Trastornos de Personalidad (APA, 2022).

Se entiende entonces que un trastorno de personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y genera malestar o perjuicios para el sujeto (APA, 2022).

De acuerdo con el DSM 5 - TR los criterios diagnósticos del TLP son patrones de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos e impulsividad en diversos contextos y que se manifiesta por cinco o más de los siguientes hechos: 1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario. 2) Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación. 3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable. 4) Impulsividad en dos áreas potencialmente dañinas para sí mismo. 5) Comportamientos intensos o amenazas suicidas recurrentes o autolesivas. 6) Inestabilidad afectiva. 7) Sentimientos crónicos de vacío. 8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira. 9) Ideación paranoide relacionado con el estrés (APA, 2022).

Se hace mención en que este trastorno inicia durante la adolescencia o adultez temprana, aunque a lo largo del tiempo y con la implementación de algunos estudios, se ha podido evidenciar que, durante la niñez, se reflejan los primeros síntomas y rasgos de personalidad (National Institute of Mental Health, 2011, citado en, Rodríguez y Betancor, 2018). Es normal encontrar altos índices de desregulación emocional en los adolescentes, sin embargo, los rasgos de personalidad límite se deben distinguir, tomando los signos y los síntomas para identificar su estructura de personalidad, su evolución y posible etiología (Monzón y Fernández, 2016).

El diagnóstico y distinción del TLP a nivel mundial, se puede ver en dos clasificaciones el DSM 5 y el CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud). En el DSM 5 aparece dentro del grupo de trastorno de personalidad con el código 301.83 y en el CIE-11 dentro de los trastornos de personalidad y comportamiento del adulto con el código 6D10. Donde menciona que es una inestabilidad emocional de la personalidad, llevando a la persona a actuar impulsivamente sin premeditar las consecuencias de las acciones (OMS, 2022).

El TLP se considera uno de los más complejos y con mayor dificultad en el abordaje clínico, por su complejidad diagnóstica y su prevalencia en la población (Roldán, 2011). Lo anterior, debido a que existe un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales y el afecto, con un mínimo control de impulsos (APA, 2022), destacando una alta mortalidad por suicidio, y un elevado número de trastornos comórbidos y carencias funcionales, en los pacientes (Rodríguez y Betancor, 2018).

En el TLP se distingue el aspecto límite, relacionado con un estado o nivel mayor, mostrando una gravedad del funcionamiento desadaptativo de la personalidad, persistiendo en un patrón duradero (Mosquera, 2011). Este patrón, es complejo, pues si bien se puede estabilizar

durante un tiempo considerable, no obstante, genera limitaciones y un mayor uso de estrategias de regulación emocional desadaptativas en los sujetos, en cuanto a su calidad de vida y su ajuste social (González et al., 2023).

Los pacientes con TLP tienen como característica principal el malestar emocional causado por la percepción de abandono, vergüenza, autodesprecio, ira y vacío interior. Estas emociones logran desestabilizar aspectos interpersonales e intrapersonales, haciendo que haya un error en la interpretación de los estímulos, dando así una sensación de negatividad, pesimismo y desesperanza (Miller et al., 2024).

Como se mencionó anteriormente, además de la dificultad diagnóstica, actualmente el TLP es considerado uno de los trastornos con más dificultad al momento de intervención (Roldán, 2011), debido al abordaje del componente de la personalidad, pues esta es una estructura, la cual hace referencia a los rasgos propios de un individuo influenciada por los pensamientos, sentimientos, y conductas persistentes a lo largo de todos los ciclos vitales (Rodríguez y Betancor, 2018). Al hablar de trastornos de la personalidad, se refiere a estos rasgos desadaptativos permanentes e inflexibles, generando una incapacidad social, llevando así un malestar significativo en el paciente con TLP (Rodríguez y Betancor, 2018).

En consecuencia, las personas con trastornos de personalidad muestran dificultades en el funcionamiento interpersonal, comprometiendo el bienestar psicológico tanto del paciente como de su círculo social (Landinez et al, 2021). El TLP presenta diversas sintomatologías, en donde las personas diagnosticadas, expresan cambios significativos en el humor, las conductas impulsivas autodestructivas, baja confianza, abuso de sustancias, temor al rechazo y niveles altos de sensibilidad, llegando a tener altas tasas de suicidio con un porcentaje del 8-10% de los intentos consumados (Rodríguez y Betancor, 2018).

Por esta razón, Rodríguez y Betancor (2018) distinguen tres principales manifestaciones clínicas del TLP: 1) dificultades de desregulación emocional, 2) comportamientos impulsivos y 3) relaciones inestables a nivel social. Así, el sujeto se ve afectado, llevándolo a tener distorsiones cognitivas, lo que hace que haya mayor ocurrencia para perder el control de su comportamiento (Gopar, 2021).

El TLP afecta el 2% de la población probablemente siendo más frecuente en mujeres que en hombres, no obstante, en la población clínica se evidencia una afectación del 30%. De acuerdo con esto, las mujeres diagnosticadas con TLP son más propensas a tener otros trastornos como depresión mayor, trastornos de ansiedad o de alimentación. Por el lado de los hombres, existe una mayor probabilidad de coincidir con trastornos como abuso de sustancias y trastorno de personalidad antisocial (Rodríguez y Betancor, 2018).

Igualmente, Marqués et al. (2017), menciona que el TLP es uno de los trastornos de personalidad más comunes, teniendo una prevalencia global entre el 1,6% y el 6%, sugiriendo así, un mayor número de conductas de autolesión, generando una atención importante por los entes internacionales, llevando a cabo el desarrollo de políticas de atención con tratamientos primarios para el TLP.

Aragón et al. (2013), mostró en su estudio que el TLP tiene una prevalencia poblacional del 1,4 % al 5,9% en la epidemiología en atención primaria. Los resultados de Aragón mostraron una prevalencia de 0,017% lo que corresponde a 829 individuos, siendo esta mayor en la de los pacientes con otros trastornos mentales. En los hombres un 0,018% y en las mujeres un 0,016%, estos fueron similares. Con relación a prevalencia y edad, se encontró que antes de los 24 años hay un 0,031% y por encima de los 35 años un 0,014%. Los pacientes con TLP en su mayoría tienen trastornos mentales comórbidos, los cuales consisten en trastornos afectivos

(26,3%), trastornos neuróticos (38,1%), trastornos psicóticos (5,1%) y abuso de sustancias (21,5%).

Según el estudio de la encuesta nacional de salud mental en Colombia, el 39 % de la población no tiene rasgos, el 40,8 % de la población mayor de 18 años presenta entre uno o dos rasgos, el 14,8 % tiene tres a cinco rasgos y el 4,6 % seis o más rasgos de personalidad límite, donde fue similar el porcentaje entre hombres y mujeres (MinSalud, 2015).

Todavía cabe señalar que la adolescencia es un periodo importante para el desarrollo personal, pues implica la transición de la infancia a la adultez (Salus, 2011). Este periodo abarca aproximadamente las edades entre los 10 años hasta los 19 años, donde se experimenta un rápido crecimiento físico, cognitivo y psicosocial, permitiendo al individuo adaptarse a su entorno. Sin embargo, es una etapa donde hay mayor vulnerabilidad para la aparición de conductas de riesgo, ocasionadas por las dificultades en la regulación emocional a lo que pueda dar paso para diferentes trastornos mentales, incluso la aparición de rasgos límites de personalidad (Borrás, 2014).

Conviene subrayar, que los profesionales de la salud por mucho tiempo estuvieron reuentes a la idea de diagnosticar a los menores de 18 años con TLP, pues la sintomatología aparece normalmente en la adolescencia. Lo anterior, debido a que la intensidad emocional y la impulsividad son características propias del adolescente, confundiéndose con TLP. Por el contrario, estudios contemporáneos marcaron el cambio en el tratamiento y el enfoque en el diagnóstico para revisar con precisión las características y rasgos límites del adolescente para prevenir este trastorno, pues muchos generan un buen pronóstico, siempre y cuando se intervenga de manera temprana, los individuos que se tratan en la adolescencia tienen resultados optimistas (Miller et al., 2024).

Del mismo modo, Zanarini et al. (1997), menciona que factores de riesgo presentados en la niñez (experiencias adversas), pueden asociarse al TLP. Además, la investigación hecha por Afifi et al. (2011), resalta que diversos tipos de adversidad infantil son factores prevalentes e influyentes entre las personas con trastornos de personalidad (esquizotípicos, antisociales, limítrofes y narcisistas). Acontecimientos como el maltrato infantil, estilos de crianza, la desorganización del apego y las dificultades en las relaciones de los padres con los hijos son asociados al desarrollo de TLP (Kaess y Chanen, 2020).

Winsper et al. (2012), revela en su estudio que a los 11 años se distinguen los primeros síntomas de TLP, por los antecedentes familiares adversos y las relaciones parentales. De la misma manera, en la adolescencia se presentan dificultades con las relaciones sociales, lo que puede contribuir para el desarrollo del TLP en esta etapa (Crowell et al., 2009).

Así pues, a lo largo de las últimas décadas se ha mostrado que cada vez hay una mayor evidencia en el argumento para el diagnóstico y tratamiento del TLP tanto en los adultos como en los adolescentes (Kaess y Chanen, 2020). Así, el tratamiento e intervención anticipada del trastorno muestra mayores beneficios (Monzón y Fernández, 2016). De esta manera, hoy en día muchos profesionales de la salud confirman la legitimidad del diagnóstico de TLP en esta población.

Es preciso mencionar Kaess y Chanen (2020) afirman que el TLP es un trastorno importante para los entornos de salud mental en la población adolescente, pues se estima una prevalencia de un 11% de pacientes psiquiátricos ambulatorios y hasta un 50% de los pacientes en entornos hospitalarios.

Al hablar de remisión del TLP se señala que este proceso es más elevado en la adolescencia, con 14 años, como momento inicial, y destaca la importancia de distinguirlo como

una patología grave y con altos riesgos de salud en el presente y futuro. Es por eso por lo que la detección temprana puede reducir las afectaciones a lo largo de la vida (Kaess et al., 2014).

En segundo lugar, al momento de plantearse las intervenciones basadas en evidencia, se ha demostrado que la Terapia Dialéctica conductual (por sus siglas en inglés, DBT) es un tratamiento psicológico, el cual ha sido de gran efectividad en TLP presente en las conductas donde prima la desregulación emocional, seguida de impulsividad y problemas en las relaciones interpersonales (National Institute of Health mental, 2024).

La terapia DBT propuesta por Linehan en 1993 es un tratamiento psicológico para abordar el TLP y síntomas de desregulación emocional, impulsividad e inestabilidad (De la vega y Sánchez, 2013). La terapia DBT pertenece al grupo de tercera generación de la terapia cognitivo conductual (TCC), donde se enfatiza el contexto y su función e influencia, donde se incorporan conceptos como atención plena, aceptación, valores y dialéctica (Ramírez y Vargas, 2012). La filosofía de la DBT propone integrar elementos cognitivos y conductuales, donde permiten que haya una evidencia empírica suficiente para considerarla eficaz para reducir síntomas relacionados con la desregulación emocional (Soler et al., 2016).

Parte del objetivo principal de la DBT, consiste en que los pacientes manejen en su realidad diaria habilidades que regulan sus emociones y conductas (Gempeler, 2008). La DBT se considera una terapia multimodal, con 4 componentes de intervención: 1) terapia individual, 2) Soporte telefónico (coaching telefónico) 3) grupo de consulta para los terapeutas y 4) entrenamiento grupal en habilidades. Según Linehan (1993a), en su programa de investigación, el cual validó la efectividad de la DBT, propone administrar el tratamiento en estos cuatro modos o componentes, los cuales son ofrecidos simultáneamente:

1. **Terapia individual (ambulatoria):** El terapeuta realiza atención a los problemas motivacionales (factores personales y ambientales), se trabaja las crisis, todo lo relacionado con conductas autolíticas, conductas de autosabotaje y conductas autolesivas. Normalmente son una vez por semana con un tiempo de duración de 50-60 a 90-110 minutos (Linehan, 1993a).
2. **Coaching telefónico:** La consulta telefónica consiste en proporcionar cambios en la vida cotidiana de los patrones disfuncionales, mediante la interacción telefónica, que permite manejar desafíos diarios y acompañamiento del proceso, tanto del uso de habilidades como de generalización de estas habilidades (Linehan, 1993a).
3. **Consultoría para el terapeuta:** Consiste en encuentros semanalmente por parte de los terapeutas (individuales y grupales) para revisar el trabajo y obtener feedback, feedback técnico, feedback personal y habilidades sociales (Linehan, 1993a).
4. **Entrenamiento en habilidades grupales:** Los pacientes de la DBT deben estar en entrenamiento en habilidades durante el primer año de terapia. El entrenamiento para reducir las conductas suicidas o límites es más difícil de manera individual, por lo que hacer un entrenamiento grupal es más efectivo. Este entrenamiento se lleva a cabo según un formato psicoeducativo, con un grupo abierto (entre 6 a 8 pacientes), el cual se reúne una vez por semana entre dos horas a dos horas y media. Las habilidades dentro del entrenamiento son: tolerancia al malestar, efectividad interpersonal, mindfulness, sendero del medio y regulación emocional (Linehan, 1993a).

En efecto, el entrenamiento en habilidades, el cual después de cuarenta años de eficacia clínica, se ha convertido en un componente como variable estándar, pues ha sido competente en reducir conductas impulsivas y autolesivas (Linehan, 2015). Estas habilidades por parte del

paciente se manejan en situaciones donde hay conductas desadaptativas, volviéndolas conductas alternativas y eficaces para controlar y modificar el malestar emocional, cognitivo o conductual (Vásquez, 2016a).

Haciendo énfasis en el entrenamiento en habilidades grupal de la DBT, se distingue que este se realiza en cinco habilidades (tolerancia al malestar, afectividad interpersonal, mindfulness, sendero del medio y regulación emocional) logrando una destreza eficaz en el paciente, alcanzando metas, canalizando los problemas influenciados y estructurados por la desregulación emocional de la persona (Linehan, 1993b). Se debe tener en consideración que aprender y refinar las habilidades, es esencial para que haya un cambio en los patrones de comportamiento, emocionales y pensamientos angustiantes frente a los problemas de la vida (Linehan, 1993b).

A continuación, se menciona cada una de las habilidades trabajadas dentro del componente del entrenamiento en habilidades grupal de la DBT:

1. La habilidad de atención plena (Mindfulness), es nombrada por Linehan (1993b) como “Núcleos”. Son habilidades sesgadas en la formación de las demás habilidades. Esta habilidad práctica la meditación, reduciendo el dolor y enfocándose en la satisfacción (Linehan, 2015). Generan autoaprendizaje y autoconciencia, trabajando las conductas impulsivas, de la mejor manera se trabaja la conciencia de cada actuar (Rathus y Miller, 2015).
2. La habilidad de tolerancia al malestar (Linehan, 1993b), es comprendida como la destreza para sobrellevar la molestia emocional. Se usa cuando hay una crisis y no está en la facultad del paciente resolverlo inmediatamente (Linehan, 2015). Esta habilidad se trabaja para hacer uso de soluciones a corto plazo, ya que no se cauteriza la problemática

de raíz, pero, si logra que se acepte la realidad del momento sin causar una crisis, y dándole ventaja a buscar una solución más eficaz (Rathus y Miller, 2015).

3. La habilidad de regulación emocional (Linehan,1993b), trabaja en contener y examinar el lenguaje de las emociones, esta habilidad es de gran beneficio ya que, en estados de descontrol emocional, permite la regulación y el control de la situación (Linehan, 2015). Trabaja de la mano con habilidades que activan estados emocionales placenteros, logrando con esto la disminución a la intolerancia y malestar de las emociones que causan des confort en el paciente (Rathus y Miller, 2015).
4. La habilidad de efectividad personal (Linehan,1993b), es parte de las habilidades, trayendo consigo beneficios relevantes para la persona. Se centra en la acción de expresar las emociones, sean agradables o que causen malestar, teniendo en cuenta respeto y validación personal (Rathus y Miller, 2015). Al mismo tiempo se trabaja la autoconfianza, trayendo como beneficio no continuar en relaciones perjudiciales y dañinas, permitiendo al paciente establecer límites, sin dejar de lado el contexto social.
5. La habilidad del sendero del medio: Se centra en enseñar al individuo a encontrar un equilibrio entre posiciones extremas en las interacciones y formas de pensar, permitiendo la validación mutua y la negociación efectiva. Busca evitar actitudes polarizadas o rigidez, llevando así al sujeto al enfoque dialectico para la resolución de conflictos y la interacción social (Linehan,1993b; Rathus y Miller, 2015).

En resumen, el entrenamiento grupal en habilidades permite al paciente desarrollar estrategias de afrontamiento y regulación emocional en un contexto terapéutico, para ajustarse a su contexto inmediato y adaptarse eficazmente a nivel social (Linehan y Wilks, 2015). Cabe señalar, como se mencionó anteriormente, que la teoría menciona que la frecuencia de este

entrenamiento grupal es semanal, con una duración de dos horas y media, completando los módulos aproximadamente en seis meses o un año, para así generar un cambio significativo en la sintomatología de la desregulación emocional y las conductas impulsivas (Linehan, 1993a).

En relación con el marco conceptual de la intervención, es importante precisar que la presente investigación se desarrolla en el Centro Especializado Lifesense, ubicado en la ciudad de Bogotá, Colombia, institución que implementa de manera íntegra el protocolo estándar de la Terapia Dialéctica Conductual y, específicamente, el entrenamiento grupal en habilidades diseñado por Marsha Linehan (1993b). Por esta razón se justifica la vinculación que se tiene con el centro terapéutico, ya que este aplica los lineamientos teóricos y metodológicos planteados en la literatura internacional, garantizando la fidelidad al modelo original y su adaptación a la población adolescente con dificultades graves de desregulación emocional.

El entrenamiento grupal en habilidades DBT en Lifesense se desarrolla bajo un formato grupal cerrado o semiestructurado, con una duración aproximada de ocho a diez meses, distribuidos en sesiones semanales de dos horas. Las sesiones son dirigidas por terapeutas certificados en DBT, y los grupos están conformados por un número reducido de participantes entre seis y ocho adolescentes junto con sus cuidadores, lo que favorece el aprendizaje colaborativo, la validación emocional y la contención entre pares (Linehan, 1993b).

Cada ciclo de entrenamiento aborda de manera secuencial las cinco habilidades fundamentales del modelo DBT: mindfulness (conciencia plena), regulación emocional, efectividad interpersonal, tolerancia al malestar y la aplicación dialéctica de las habilidades. Las sesiones siguen una estructura estandarizada que incluye: práctica inicial de mindfulness, revisión de las tareas asignadas, exposición teórica del nuevo contenido, desarrollo de ejercicios experienciales o role playing, y asignación de tareas conductuales para la semana (Linehan,

1993b). Este formato busca promover la generalización de las habilidades aprendidas a los contextos cotidianos del adolescente, como la familia, el entorno escolar y las relaciones sociales.

El entrenamiento grupal se complementa con los demás componentes esenciales del modelo DBT: la terapia individual, el coaching telefónico y las reuniones de equipo de terapeutas. Estos elementos garantizan la adherencia al protocolo, la coherencia entre los distintos niveles de intervención y la calidad del proceso terapéutico (Linehan, 1993b). Además, el centro Lifesense utiliza instrumentos estandarizados de evaluación, tales como la escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS) y la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21), con el fin de monitorear de manera sistemática el pre y el post de los avances individuales y grupales en regulación emocional y bienestar psicológico.

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace referencia a la eficacia de este protocolo DBT tal cual como lo propone la literatura en población adolescentes. La investigación de Baudinet et al. (2020), menciona que la DBT en adolescentes administra mejor los comportamientos excesivos, mejora en sus relaciones y reducción de los síntomas de salud mental, por eso se resalta que la DBT permite enseñar un conglomerado de habilidades, que ayudan a los pacientes a controlar y expresar sus emociones de manera adaptativa. Esta terapia en sus diversas modalidades lleva al individuo a fortalecer su área social, permitiendo que haya un ajuste dependiendo su contexto (Silva, 2022).

La propuesta de Linehan consiste en poder combinar diferentes estrategias de la TCC clásica y el cambio conductual contemporáneo, integrando en primer lugar la aceptación, enfatizada como equilibrio para cambiar, siendo influenciada por la integración de la perspectiva de la práctica oriental (Zen) con la práctica psicológica occidental y en segundo lugar la

validación, lo que implica el reconocimiento frecuente y comprensivo del malestar emocional del paciente (Linehan, 1993a). Es por eso por lo que, dentro de la DBT, se hace atención en el cambio de conducta y las estrategias de aceptación, mostrando así el componente dialéctico, buscando el balance entre ambos elementos, rompiendo la rigidez de los pensamientos y emociones del TLP (Gempeler, 2008).

Es importante mencionar que la DBT explica la causa y origen del TLP, por medio de la teoría biosocial, donde desarrolla su intervención (Linehan, 1993a) reconociendo a la ciencia conductual, la dialéctica: tesis y anti-tesis (Elices y Cordero, 2011), la práctica zen como componentes de su origen teórico y vinculada con el mindfulness (Vásquez, 2016b).

En cuanto a el modelo biosocial, el cual enmarca la DBT, se explica en que es un enfoque, el cual se divide en categorías que se comunican entre sí, como lo son: variables dimensionales, postulados evolucionista e hipótesis del origen y causas, incluyendo factores biológicos y vivencias del aprendizaje. En el TLP sobresalen tres componentes clínicos como causa: ansiedad por separación, enfrentamientos cognitivos e inseguridad afectiva y conductual (De la Vega y Sánchez, 2013).

De manera que este modelo, muestra que la característica principal del TLP es la desregulación emocional, el cual es el resultado de una predisposición biológica a la vulnerabilidad emocional dentro del sujeto, así mismo, de un ambiente invalidante (De la vega y Sánchez, 2013). La DBT no solamente plantea un modelo de tratamiento, sino que propone un modelo teórico, en donde sus intervenciones toman base, centrándose en la disfunción general del sistema de regulación emocional (Elices y Cordero, 2011).

Así Linehan (1993a) manifiesta que, dentro de los aspectos que influyen las conductas de los pacientes con TLP, está la vulnerabilidad emocional, entendida como un déficit en el control

de las emociones, generando así la desregulación emocional, que ocurre cuando el paciente crece en un ambiente invalidante (Linehan, 1993a). La desregulación emocional según su etiología es el resultado entre una vulnerabilidad biológica (componente hereditario) y un ambiente invalidante (Linehan, 1993a).

En cuanto a la vulnerabilidad biológica en términos emocionales presenta tres características: alta sensibilidad emocional, alta reactividad emocional y lento retorno a la línea de base (Vásquez, 2016a). Los pacientes con TLP se activan ante situaciones no previstas, haciendo que la emoción aterrice intensamente, dando lugar a que el retorno a la línea de base o de calma se dé en un tiempo más largo al que podría llegar otra persona (Vásquez, 2016a). La molestia emocional es tan aguda e intolerable para el paciente, que se dan las conductas impulsivas, como consecuencia de buscar esa tan apacible calma (Linehan, 1993a).

De igual manera, el ambiente invalidante presenta que el primer protagonista invalidante de la persona es el mismo núcleo familiar (De la Vega y Sánchez, 2013). En el TLP se presenta la mayoría de las veces en dos modelos de familia: la familia caótica-inestable y la familia negligente-abusiva. De este modelo, existe un contexto donde hay respuestas inapropiadas, erráticas y extremas frente a las experiencias del individuo. Así pues, el sujeto recibe rechazo, invalidación emocional y refuerzos a la frustración (Vásquez, 2016a).

Por lo anterior, la DBT ha permitido tener demostraciones en distintas pruebas clínicas, por lo cual Linehan y Wilks (2015), afirman que actualmente es el tratamiento más eficaz para el TLP. Así mismo, Stoffers et al. (2012), señala que la DBT ha sido el tratamiento más estudiado, demostrando así eficacia para el tratamiento del TLP y su sintomatología. El Instituto Nacional de la Salud Mental (en sus siglas en inglés, NIHMH) (2024), expone que una de las terapias más utilizadas con valor científico es la DBT, pues se centra en la conciencia del reconocimiento de

las emociones y los comportamientos autodestructivos. Los resultados han llevado a la DBT a tratar otras patologías relacionadas a la desregulación emocional, es por eso por lo que el entrenamiento en habilidades es considerado uno de los de mayor atención (Soler et al., 2016).

Según Elices y Cordero (2011), resaltan la evidencia empírica de la DBT para problemas comportamentales como: abuso de sustancias, bulimia, trastorno por atracón, y depresión. A la vez, Lynch et al. (2007) resalta que la aplicación de la DBT puede reducir índices de desregulación emocional y su sintomatología, así mismo, el control en las conductas impulsivas, dando así un gran porcentaje en la adherencia al tratamiento de los pacientes, en especial a adolescentes con síntomas de TLP y otros trastornos mentales. De acuerdo con el estudio hecho por Neacsiu et al. (2010), se identifica que el componente del entrenamiento grupal en habilidades logra disminuir los intentos de suicidios, por lo que este componente es fundamental para la disminución de las diferentes sintomatologías de desregulación emocional y de pacientes con TLP.

Estado del Arte

A continuación, se presentan los resultados de manera sintética de la revisión bibliográfica de las investigaciones más relevantes con relación al tema, problema y objetivos de la investigación. Los criterios de búsqueda tenidos en cuenta para esta revisión son: a) Período de investigación desde el 2013 al 2024, b) Países con más publicaciones y/o investigaciones relacionadas al tema, c) Investigaciones desarrolladas en poblaciones de adolescentes con dificultades de desregulación emocional, d) Búsqueda bibliográfica en bases de datos confiables y científicas como: Google Scholar, Medline complete, Psycodoc, pshychology. Dabe base, Redalyc y ProQuest Central.

Se encontraron 44 documentos relacionados con la investigación. Para efectos de esta revisión, estos textos se agrupan, teniendo en cuenta las características de cada investigación, según las siguientes tres temáticas: 1) Tipo de enfoque, 2) País de estudio y 3) Componente relacionado a la Terapia Dialéctica Conductual (tabla 1).

Tabla 1

Análisis numérico de las tres temáticas relacionadas a la revisión.

Tipo de enfoque		País de estudio		Componente relacionado a la terapia dialéctica conductual	
Cualitativo	9	Canadá	1	Estudios relacionados a TLP	2
		Chile	1		
		Perú	1		
		Países bajo	1		
Cuantitativo	24	Portugal	1	Estudios relacionados a DBT en general	18
		Suiza	1		
		Malasia	1		
Mixto	11	México	4	Estudios relacionados al entrenamiento en habilidades	24
		Estados unidos	5		
		Colombia	7		
		Inglaterra	8		
		España	13		
TOTAL = 44					

Nota. Elaboración propia.

Teniendo en cuenta el tema de investigación, se realizó la búsqueda distinguiendo los criterios relacionados a la investigación. En este sentido, se observa que la mayoría de las investigaciones de DBT y su intervención en adolescentes con dificultades de desregulación emocional, son de enfoque cuantitativos, evidenciados en la aplicación y análisis de pruebas psicométricas con relación a la sintomatología y trastornos relacionados.

Las investigaciones con enfoque cuantitativo mostraron aceptación y eficacia del entrenamiento en habilidades de la terapia DBT, con poblaciones como: adultos, familiares,

jóvenes y adolescentes, así mismo, mostraron validez principalmente para el tratamiento del trastorno límite de personalidad (TLP) y trastornos relacionados a las dificultades comportamentales como bulimia, adicciones, impulsividad, estrés parental y el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H).

La revisión y análisis de las diferentes investigaciones de corte cuantitativo permitieron identificar instrumentos utilizados para mostrar la eficacia de la terapia DBT y los cambios en la sintomatología de la desregulación emocional y del TLP. Estas pruebas, fueron analizadas bajo sistemas estadísticos evaluando así cada componente de los estudios correspondientes.

Se distinguen las principales escalas e instrumentos utilizados para la toma de resultados, los cuales permiten identificar el cambio de las medidas en sintomatología del TLP y de la desregulación emocional en relación a la intervención de la terapia DBT: Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21), Cuestionario de Salud General (GHQ - 12), Cuestionario de Aceptación Acción (AAQ - II), Escala de dificultades en regulación emocional (DERS), El Inventario de Depresión de Beck - II (BDI - II) y Cuestionario Mindfulness de cinco facetas (FFMQ). De igual manera, se utilizaron encuestas cuantitativas para la recolección de datos.

Habría que decir también, que la revisión de las investigaciones cuantitativas, logró evidenciar una mayor eficacia y practicidad de la DBT en cuanto al tiempo de intervención, distinguiendo así el estudio cuantitativo hecho por Oros (2016), donde recalca la efectividad del entrenamiento en habilidades de la DBT dentro de un contexto escolar, por lo cual, propone que los estudios futuros relacionados deben ejecutar el modelo de terapia durante un periodo completo de 24 semanas, donde se pueda enseñar a profundidad un grupo de habilidades a adolescentes escolarizados.

En este mismo sentido, Hancock et al. (2020), en su investigación cuantitativa, identifica una reducción estadísticamente significativa en los síntomas asociados a la desregulación emocional, una vez los adolescentes terminan el entrenamiento en habilidades de la DBT, aun así, hacen referencia a que se requiere más estudios que aumenten la confiabilidad de los hallazgos, revisando los beneficios clínicos de la DBT para pacientes individuales.

A la vez, se distingue que hay un número importante en cuanto a investigaciones de enfoque cualitativo y mixto, pero realizando la distinción se evidenció que hay una relevancia mayor en las mixtas, comparando las evidencias numéricas y cualidades según el sujeto de estudio refería. Las investigaciones de carácter cualitativo mostraron una utilidad e importancia de este enfoque, relacionados a la descripción del discurso y/o perspectivas directas del sujeto de investigación.

Con respecto a los países donde han estudiado esta temática, se observan muchos contextos al margen de la terapia dialéctica conductual y su componente de entrenamiento en habilidades, pero los criterios de búsqueda permitieron distinguir ciertos países donde hay mayor impacto e importancia del tema relacionado para su población. Las investigaciones en países latinoamericanos (México, Perú, Chile, Colombia) son significativas, pero se evidencia que en países norteamericanos y europeos la producción teórica y científica de este tema es mayor, abarcando mayor población a nivel nacional. Las investigaciones latinoamericanas identificadas en su mayoría son a nivel local, con una población menor.

En una investigación mixta donde se evaluó la implementación nacional de la terapia dialéctica conductual en un entorno comunitario, se puede evidenciar que los resultados sugieren la importancia del entrenamiento en habilidades a nivel nacional y comunitario, donde se puede

implementar en los planes de servicios obligatorios y servicios de salud pública (Flynn et al., 2020).

Ahora bien, la revisión bibliográfica en investigaciones de los últimos diez años, permitieron observar que países desarrollados como Estados Unidos, Inglaterra y España han implementado el entrenamiento en habilidades en grupos mayores, incluso en comunidades y a nivel nacional mostrando una eficacia en el tratamiento.

El tercer punto relacionado a los componentes de la terapia dialéctica conductual mostró que las investigaciones relacionadas al TLP hay muchas, sin embargo, la revisión permitió analizar dos investigaciones relacionadas a los rasgos de personalidad del trastorno en adolescentes, mostrando una importancia en cuanto a los síntomas que los adolescentes pueden tener, ocasionando problemas con su regulación emocional.

Una investigación realizada por Carreiras et al. (2022), “Descubriendo características límite en una muestra comunitaria de adolescentes portugueses”, se distingue que los rasgos del trastorno límite más prevalentes en su muestra fueron los sentimientos de abandono e intensidad emocional, teniendo una influencia en el rendimiento escolar , afectaciones como la impulsividad, la ideación suicida, el estrés y la depresión tuvieron mayor prevalencia, indicando la importancia de evaluar e intervenir estos rasgos del TLP en edad tempranas para prevenir .

Después, se pudo extraer una cantidad significativa de investigaciones realizadas sobre la terapia DBT con todos sus componentes incluidos, mostrando eficacia para los sujetos de estudio. De las 18 investigaciones relacionadas a la implementación y generalidades de la terapia DBT, todas mostraron eficacia, no obstante, no se descartan las variaciones que puede tener dependiendo del lugar, duración y población.

Una investigación realizada en Suiza “Efectos de un DBT estandarizado: un programa sobre el desarrollo de la identidad en adolescentes” por Dixius y Mohler (2023), examinaron los efectos potenciales de un programa de DBT – A en un entorno hospitalario. La evaluación permitió estudiar a 130 adolescentes dentro del programa de 12 semanas de duración dentro del hospital. La investigación mostró cambios significativos en el desarrollo de la identidad, la regulación emocional y síntomas relacionados, “los resultados pueden volverse clínicamente relevantes para la prevención del deterioro crónico en adolescentes emocionalmente inestables” (Dixius y Mohler, 2023, P. 1)

Además, en el análisis bibliográfico, se tuvieron en cuenta los estudios relacionados al entrenamiento en habilidades de la terapia DBT. El componente del entrenamiento en habilidades de la terapia DBT, en el transcurso de la última década, ha demostrado científicamente la evidencia de su eficacia del tratamiento, el cual se puede implementar en entornos clínicos y no clínicos, especialmente en adolescentes con conducta suicida, depresión, impulsividad, agresividad y trastornos alimentarios (Hermosillo de la Torre et al., 2023). Las habilidades de atención plena, tolerancia al malestar, regulación emocional y habilidades interpersonales, hacen parte de los bloques del entrenamiento

El estudio hecho por Hermosillo de la Torre et al. (2023), evidencian la evaluación del efecto del tiempo sobre la conducta suicida, los factores de riesgo asociados y los factores protectores en los primeros adolescentes mexicanos. En ese sentido, los investigadores concluyen que el programa DBT y el entrenamiento en habilidades evitó y mantuvo estables las muertes por suicidio, favoreció la reducción de la desregulación emocional, pero no el malestar depresivo. El entrenamiento en habilidades de la terapia DBT es prometedor y eficaz para

reducir el suicidio y la desregulación emocional, no obstante, se destaca profundizar para mejorar la sintomatología depresiva.

El estudio mixto hecho por Flynn et al. (2019), permite ver los resultados positivos del entrenamiento en habilidades, mostrando así su eficacia para sujetos con diagnósticos dual. Tanto los resultados cualitativos como cuantitativos son positivos, corroborando los hallazgos entre sí. La investigación mixta proporciona la seguridad de resultados, permitiendo ver similitud entre ellos.

Por otro lado, la investigación con enfoque mixto hecha por Panish (2021) permitió ver una brecha importante entre el estudio cualitativo y cuantitativo en la eficacia del entrenamiento en habilidades de la terapia DBT. Según los resultados del estudio hecho por Panish, los resultados cuantitativos, analizados estadísticamente, no revelaron cambios significativos en las puntuaciones de la desregulación emocional y su sintomatología. Sin embargo, el análisis cualitativo de las percepciones de los estudiantes después de la intervención permitió ver que los sujetos de estudios percibieron un cambio beneficioso con mejoras en sus habilidades de regulación emocional.

Por último, se hace un análisis de las investigaciones a nivel nacional, en donde se escogieron siete relacionadas directamente al tema de investigación. Los estudios en su mayoría como resultados de investigaciones de proyectos de tesis tanto de pregrado como de posgrado permiten ver la importancia y relevancia de este tema en Colombia. En su tesis de maestría Cepeda (2021), ve los resultados de su estudio sobre los efectos de un protocolo de entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional de la terapia DBT, considerando la sintomatología del adolescente. Cepeda en su investigación muestra que una vez realizada la intervención hay una disminución notable en las puntuaciones de los tres instrumentos aplicados

Así pues, se muestra a continuación un estudio llamado: Efectividad de la Terapia Dialéctico Conductual en Adolescentes (DBT-A) en el tratamiento de la depresión y la desregulación emocional: un estudio de cohorte prospectivo colombiano, hecho por Ayala et al. (2023), donde se quiso determinar la efectividad de un programa de entrenamiento de habilidades DBT - A en dos formatos grupales diferentes, en comparación con la atención estándar, para el tratamiento de los EDys y los síntomas depresivos en adolescentes.

En la investigación anterior, se pudo observar que al implementar el entrenamiento en habilidades de la terapia DBT – A, sea en un formato multifamiliar o separado hay beneficios significativos y eficaces para la desregulación emocional. El entrenamiento multifamiliar puede tener un beneficio extra, en cuanto a los síntomas de depresión, realizando más estudios.

Se destacan vacíos en el conocimiento en cuanto al entrenamiento en habilidades en entornos con recursos limitados, la aplicación del entrenamiento en habilidades por separado en otros escenarios y las relaciones entre las intervenciones en línea y presenciales.

Para finalizar, de la información obtenida a partir de los textos consultados, se utilizarán aspectos relacionados con el enfoque de investigación y el entrenamiento en habilidades de la terapia DBT en un contexto colombiano en adolescentes con dificultades de desregulación emocional.

Adicionalmente, se identificó que existen vacíos en la literatura a nivel nacional y local (servicios de salud pública), relacionados a investigaciones con enfoques cualitativos y mixtos, que permitan analizar y describir los cambios percibidos en los adolescentes con dificultades de desregulación emocional y síntomas como depresión, ansiedad, estrés... con respecto a los cuatro bloques del entrenamiento en habilidades por separado de la terapia DBT.

De igual manera, se observa un vacío en la investigación por género y con mayor tiempo de duración de la intervención, ya que se han visto estudios con tiempo de intervención cortos, hechos en poblaciones mixtas (hombres y mujeres). En este sentido, se puede profundizar si el entrenamiento en habilidades en un contexto con adolescentes colombianos, con un tiempo de duración más prolongado, produce mayores cambios y eficacia en esta población, teniendo en cuenta el ajuste que se produce a nivel individual, familiar y social. Así pues, esta investigación pretende aportar a los vacíos mencionados anteriormente.

Objetivo

Objetivo General

Explicar el efecto del entrenamiento grupal en habilidades de la terapia DBT en adolescentes entre 12 y 17 años con dificultades graves de desregulación emocional que acuden a terapia en el centro científico especializado Lifesense en la ciudad de Bogotá, Colombia.

Objetivos Específicos

- Identificar las medidas de regulación emocional antes y después del entrenamiento grupal en habilidades de la terapia DBT en los adolescentes entre 12 y 17 años con dificultades graves de desregulación emocional que acuden a terapia en el centro científico especializado Lifesense en la ciudad de Bogotá, Colombia.
- Explorar la percepción de los adolescentes entre 12 y 17 años con dificultades graves de desregulación emocional después de haber terminado el entrenamiento grupal en habilidades de la terapia DBT en el centro científico especializado Lifesense en la ciudad de Bogotá, Colombia.

- Explorar la percepción de los padres o acudientes de los adolescentes entre 12 y 17 años con dificultades graves de desregulación emocional después de haber terminado el entrenamiento grupal en habilidades de la terapia DBT en el centro científico especializado Lifesense en la ciudad de Bogotá, Colombia.
- Comprender los resultados cuantitativos con base a los hallazgos cualitativos con respecto al efecto del entrenamiento grupal en habilidades de la terapia DBT en adolescentes entre 12 y 17 años con dificultades graves de desregulación emocional que acuden a terapia en el centro científico especializado Lifesense en la ciudad de Bogotá, Colombia.

Hipótesis de Investigación

- Hipótesis alternativa: Si hay diferencias entre las medidas (resultados) de las pruebas aplicadas antes y después del entrenamiento grupal en habilidades de la terapia DBT.
- Hipótesis nula: No hay diferencias entre las medidas (resultados) de las pruebas aplicadas antes y después del entrenamiento grupal en habilidades de la terapia DBT.

Metodología

Diseño

La presente investigación se enmarca en un enfoque mixto, entendido como la integración sistemática de métodos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio, con el propósito de obtener una comprensión más completa y profunda del fenómeno investigado (Creswell, 2009; Hernández et al., 2017). En particular, se adopta un diseño secuencial

explicativo, el cual se estructura en dos fases consecutivas: en primer lugar, se realiza el análisis de datos cuantitativos y posteriormente, se desarrolla una fase cualitativa orientada a profundizar e interpretar los hallazgos obtenidos en la etapa inicial. De esta manera, se utiliza este diseño para explicar los resultados cuantitativos mediante la recolección y análisis de la información cualitativa (Creswell, 2009).

En la primera fase de esta investigación, el componente cuantitativo corresponde a un estudio preexperimental de un solo grupo con mediciones pretest y postest de tipo retrospectivo. Esta clasificación se fundamenta en que el Centro Especializado Lifesense aplicó como parte de su protocolo clínico rutinario dos instrumentos psicométricos estandarizados la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) de Gratz y Roemer (2004) y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) de Lovibond y Lovibond (1995) a 13 adolescentes de entre 12 y 17 años, tanto antes de iniciar como al culminar el entrenamiento grupal en habilidades basado en la terapia Dialéctica Conductual (DBT). Estas evaluaciones fueron realizadas de manera sistemática dentro de los procedimientos clínicos del centro, con las cuales se contaba con el permiso y el consentimiento para el uso en la presente investigación. Posteriormente, Lifesense proporciona a los investigadores la base de datos anonimizada correspondiente a estos 13 registros, mediante un acuerdo de voluntades formalizado para el uso ético de la información.

La recolección de datos, por tanto, ya fue realizada de manera previa y ajena a la intervención directa del equipo investigador. Sin embargo, el análisis estadístico de los resultados pre y post es realizado prospectivamente por los investigadores, utilizando técnicas adecuadas de análisis comparativo para identificar cambios significativos en las variables clínicas evaluadas. Según Creswell (2009) y Hernández, Fernández y Baptista (2017), un diseño

preexperimental se caracteriza por la implementación de una intervención a un solo grupo de participantes, con mediciones antes y después del tratamiento, sin grupo control ni asignación aleatoria, y con un bajo control sobre variables externas. En esta investigación, aunque los datos son retrospectivos, cumplen con las condiciones estructurales para ser analizados como un preexperimental de un solo grupo antes - después, dado que: 1) Existe una intervención definida (entrenamiento DBT), 2) Se cuenta con mediciones estandarizadas pre y post intervención y 3) Se realiza un análisis estadístico para evaluar las diferencias entre ambos momentos.

Ahora bien, en la segunda fase, el componente cualitativo, adopta un diseño de investigación narrativo con análisis de contenido, el cual permite comprender cómo los adolescentes y sus acudientes construyen y relatan sus experiencias subjetivas relacionadas con el entrenamiento grupal en habilidades de la terapia DBT. Según Creswell (2009), el diseño narrativo se centra en la recolección y análisis de relatos personales, explorando las secuencias de eventos, emociones y significados atribuidos por los participantes a sus vivencias.

En esta fase, mediante entrevistas semiestructuradas, se recolecta los relatos de los adolescentes y sus acudientes sobre su proceso de cambio emocional, las habilidades aprendidas y el impacto percibido del entrenamiento en su vida diaria. Posteriormente, se realiza un análisis de contenido, organizando la información en torno a categorías y patrones de sentido que emergen de las narrativas. De esta forma, la investigación narrativa permite capturar la riqueza temporal, emocional y contextual de las experiencias vividas, tal como lo mencionan Creswell (2009) y Hernández et al. (2017), fortaleciendo la comprensión integral del fenómeno en estudio.

Ubicación Espacio – Temporal

Bogotá, Colombia en el centro científico y especializado Lifesense para el desarrollo de habilidades personales e interpersonales.

Lifesense es un centro de atención especializado en el desarrollo de habilidades personales, interpersonales y profesionales en los individuos. Como objetivo buscan generar contextos para la construcción de una vida saludable, donde el individuo pueda tener un amplio repertorio, capacidades de toma de decisiones y habilidades. Lo anterior, basado en la psicología basada en la evidencia y en los últimos hallazgos científicos, lo cual permite tratamientos más eficaces. Además, Lifesense cuenta con el entrenamiento internacional en Dialectical Behavior Therapy, permitiéndoles la certificación para brindar servicios relacionados con DBT.

Población y Muestra

La población objetivo está conformada por adolescentes entre 12 y 17 con dificultades graves de desregulación emocional, que han participado en el entrenamiento grupal en habilidades de la terapia Dialéctica Conductual (DBT) en el Centro Especializado Lifesense, en la ciudad de Bogotá, Colombia, junto con sus padres o acudientes. En la fase cuantitativa, se trabaja con datos previamente recolectados por el centro entre enero de 2024 y abril de 2025, correspondientes a 13 adolescentes que completaron el protocolo de intervención y fueron evaluados mediante las escalas DERS y DASS - 21, antes y después del entrenamiento. La fase cualitativa se desarrolla posteriormente, a través de entrevistas semiestructuradas aplicadas a un subgrupo de estos adolescentes y sus acudientes, seleccionados según criterios derivados del análisis cuantitativo.

Para la fase cuantitativa del estudio, se utilizan 13 registros clínicos de adolescentes entre 12 y 17 años que participaron en el entrenamiento grupal en habilidades de la terapia DBT en el

Centro Especializado Lifesense, en la ciudad de Bogotá. Esta muestra corresponde a la totalidad de los casos disponibles que cumplen con los criterios de inclusión y para los cuales se cuenta con mediciones pre y post intervención a través de las escalas DERS y DASS - 21. Dichos datos fueron recolectados por el equipo clínico de Lifesense como parte de su protocolo de atención institucional, y suministrados al equipo investigador bajo el marco de un acuerdo formal de voluntades.

Para la fase cualitativa, se emplea un muestreo no probabilístico por conveniencia, el cual es apropiado, ya que la selección de los participantes depende de su disponibilidad, accesibilidad y disposición para participar (Hernández et al., 2017). Este tipo de muestreo cumple con el objetivo pertinente, el cual no es la generalización estadística sino la profundización en la experiencia vivida por los sujetos (Creswell, 2009). La selección de los participantes se realiza a partir de los resultados del análisis cuantitativo, organizando los casos en tres grupos según el tipo de efecto observado: Disminución en la presentación de síntomas, Sin variaciones en la presentación de síntomas y Aumento en la presentación de síntomas en alguna escala. Se proyecta la participación de dos adolescentes por cada grupo, junto con sus respectivos acudientes, para un total estimado de aproximadamente seis participantes (adolescente y acudiente), quienes culminaron el proceso terapéutico y formaron parte del entrenamiento en habilidades. Esta estrategia de muestreo garantiza una representación equilibrada de las distintas trayectorias de cambio identificadas en la fase cuantitativa, facilitando así una exploración comprensiva y comparativa de las experiencias subjetivas en relación con los efectos percibidos de la intervención. Para esto se toma en cuenta los siguientes criterios de inclusión y de exclusión (ambas fases usan los mismos criterios):

1. Criterios de inclusión:

- Adolescentes diagnosticados por el centro especializado Lifesense con alteraciones graves en la regulación emocional.
- Adolescentes entre 12 y 17 años que asistan al programa DBT, participantes del entrenamiento en habilidades grupales.
- Adolescentes con terapeuta individual DBT en el centro científico especializado Lifesense que lleven de 1 a 12 meses de tratamiento.
- Adolescentes que tengan a sus padres o cuidadores dentro del programa del entrenamiento en habilidades.

2. Criterios de exclusión:

- Adolescentes con diagnósticos concomitantes de trastornos alimenticios, por consumo de sustancias psicoactivas o del neurodesarrollo.
- Adolescentes que ya hayan pertenecido o hecho parte de un programa de entrenamiento grupal en habilidades DBT en otra institución diferente a Lifesense.
- Adolescentes que hayan tenido otro tipo de intervención para tratar los síntomas de desregulación emocional durante el entrenamiento de habilidades distintas a la terapia dialéctico conductual.
- Adolescentes que no hayan cumplido con los módulos dispuestos de la intervención en el centro especializado Lifesense para culminar el grupo de habilidades.
- Adolescentes que lleven menos de seis meses con medicación psiquiátrica sin seguimiento.

Intervención

El presente estudio se enmarca en un diseño metodológico mixto de tipo secuencial explicativo, estructurado en dos fases complementarias. En la fase cuantitativa, el componente empírico se fundamenta en datos previamente recolectados por el centro especializado Lifesense, institución que implementó el entrenamiento grupal en habilidades de Terapia Dialéctica Conductual (DBT) como parte de su protocolo clínico habitual. Esta fase contempla el análisis retrospectivo de los registros clínicos disponibles.

La fase cualitativa, que constituye la segunda etapa del estudio, se enfocará en la recolección y análisis de información a través de entrevistas semiestructuradas aplicadas a los adolescentes y sus cuidadores, con el fin de explorar las experiencias subjetivas relacionadas con el proceso de intervención.

La intervención de Lifesense se centra en el programa, el cual tiene una duración aproximada de ocho a diez meses, con sesiones semanales de dos horas, desarrolladas en grupos reducidos de seis a ocho participantes. Cada sesión sigue una estructura que incluye ejercicios de mindfulness, revisión de tareas, introducción de contenidos teóricos, actividades experienciales y asignación de tareas conductuales. El entrenamiento aborda los cinco módulos de habilidades DBT: mindfulness, regulación emocional, tolerancia al malestar, efectividad interpersonal y pensamiento dialéctico, promoviendo la generalización de las habilidades a contextos familiares, escolares y sociales. Esta intervención se complementa con una evaluación pre y post, observando el progreso mediante las escalas DERS y DASS-21. De esta manera, la investigación cumple

Es importante aclarar que este estudio no contempla la implementación directa de la intervención, ya que esta fue previamente ejecutada por los profesionales del centro Lifesense.

La población participante es seleccionada con base en criterios de inclusión que contemplan haber recibido acompañamiento terapéutico bajo el modelo DBT por parte del equipo clínico de dicha institución.

Técnicas

En la primera fase, de carácter cuantitativo, se emplea el análisis de datos obtenidos a través de dos instrumentos estandarizados: la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS) y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21). La selección de estas herramientas se fundamenta en su validez psicométrica para evaluar dimensiones centrales de la desregulación emocional, tales como la sintomatología afectiva, la impulsividad y la dificultad en el control emocional, aspectos altamente relevantes en la población adolescente objeto de estudio.

En la segunda fase, correspondiente al componente cualitativo, se utilizará la entrevista semiestructurada como técnica principal para la recolección de datos. Esta herramienta permite explorar en profundidad las experiencias subjetivas de los adolescentes y sus cuidadores en relación con el entrenamiento grupal en habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), facilitando la comprensión contextualizada de los efectos observados en la fase cuantitativa. El análisis de la información cualitativa se llevará a cabo mediante técnicas de análisis de contenido, orientadas a identificar ideas emergentes que den cuenta del impacto percibido de la intervención.

1. Instrumentos utilizados por Lifesense y considerados para la fase cuantitativa:

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21):

Lovibond y Lovibond (1995) desarrollaron la escala de depresión, ansiedad y estrés (por sus siglas, DASS - 21), un instrumento que mide 3 estados emocionales desfavorables para el sujeto: depresión, ansiedad y estrés. Estudios previos demostraron que el DASS dispone de manera apropiada validez convergente y discriminante.

Principalmente contaba con 42 ítems, posteriormente se previó a 21, donde se incluyeron 7 ítems de las 3 subescalas. DASS 21 fue traducido y validado en comunidad hispana (Daza, et al., 2002), más en concreto en Chile por Vinet, Rehbein, Román y Sainz (2008) e innovada por Román (2010).

El DASS 21 maneja cuatro opciones de respuesta en formato likert, donde empieza en 0 (“No representa nada del sentir o sucedido durante la última semana) terminando en 3 (“Si me sucede esto demasiado, o la mayoría del tiempo). Este instrumento tiene como beneficio ser una prueba de auto reporte, es corta, fácil de realizar y de entender. La prueba ha demostrado ser apropiada en dominio psicométricos en anteriores investigaciones en cuanto a validación (Antony et al., 1998; Clara et al., 2001; Apóstolo et al., 2006).

Escala de dificultades en regulación emocional (DERS):

Es un instrumento que mide la desregulación emocional, fue ajustada al español en el 2004 por Gratz y Roemer. Es una prueba de auto reporte, la cual valora las complicaciones en la desregulación emocional que se destacan en el contexto clínico (Coutinho, et al., 2010)

Con indicadores de consistencia interna alfa de 93, fiabilidad test-retest de 4 a 8 semanas, las conductas relevantes en cuanto a desregulación emocional como son las conductas autolesivas y violencia intrafamiliar (Gratz y Roemer, 2004).

Hervás y Jódar (2008) simplificaron los ítems de 36 a 28. La prueba se responde en tipo Likert (1=casi nunca, 5= casi siempre). Cuando su puntuación arroja un valor alto es

relativamente más alto el puntaje de complicaciones. Existe una adaptación para adolescentes ajustada (Marín et al; 2012) (DERS-E) (Gratz y Roemer, 2004), consta de 24 ítems, donde se ven comprometidas la forma en que regulan las emociones los jóvenes. Investigaciones han abordado que esta prueba sostiene una alta evidencia de ser un buen predictor de trastornos psicológicos potenciales (Weinberg y Klonsky, 2009).

Tabla 2

Instrumentos cuantitativos para la recolección y análisis de datos cuantitativos.

Instrumentos	Autores principales	Validación en Colombia	Alfa de Cronbach	Mide	Compuesta	Formato de respuesta	Modo Interpretación
Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)	Lovibond y Lovibond, (1995).	Ruiz, F., García, D. y Suárez, J. (2017).	0.72	3 estados emocionales desfavorables para el sujeto: depresión, ansiedad y estrés.	Posee tres subescalas, Depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), Ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y Estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18)	Escala tipo Likert de cuatro puntos (0-1-2-3).	A mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología
Escala de dificultades en regulación emocional (DERS)	Gratz y Roemer (2004).	Muñoz, A., Vargas, R., y Hoyos, J. (2016).	0.93	Es un instrumento destinado a la evaluación de las dificultades para la regulación emocional.	Consiste en 36 ítems reunidos en seis factores: a) no aceptación (b) metas impulsividad (d) estrategias conciencia (f) claridad	Tipo Likert y cinco categorías 1=casi nunca, 2=algunas veces, 3=la mitad del tiempo, 4=la mayoría de las veces, 5=casi siempre.	Las puntuaciones directas en las subescalas y en la escala total; las puntuaciones altas en la escala total indican dificultades en la capacidad para regular las emociones Este instrumento incluye once ítems con codificación inversa

Nota. Elaboración Propia.

2. Instrumentos cualitativos:

Entrevista semiestructurada:

Se considera como entrevista una técnica de investigación científica, la cual se basa en una relación entre dos o más personas. Según Díaz et al. (2013), la entrevista es una técnica de investigación cualitativa, utilizada para recolectar información, a través del diálogo.

La entrevista es una técnica eficaz, pues obtiene datos más completos y profundos, aclarando las dudas por parte de la población estudio durante el proceso. En los estudios descriptivos es una técnica que trae muchas ventajas al momento de poder identificar descripciones o percepciones de los sujetos (Díaz et al., 2013).

La entrevista semiestructurada, permite tener una guía para el desarrollo eficaz del proceso, además que lleva a cumplir los objetivos de investigación de manera puntual, ordenada, libre y espontánea (Díaz et al., 2013).

Cabe destacar que las entrevistas se realizan según las características de cada grupo de rangos (Disminución en la presentación de síntomas, Sin variaciones en la presentación de síntomas y Aumento en la presentación de síntomas en alguna escala), identificadas en el análisis cuantitativo y así poder desde esta técnica realizar el análisis a través de las narraciones de los participantes escogidos según los grupos.

Las categorías que dan estructura a la entrevista son: 1) La desregulación emocional, 2) Depresión, 3) Ansiedad y 4) Estrés. Estas categorías permiten entender la sintomatología de la desregulación emocional en los adolescentes, pues esta tiene que ver con las dificultades en la habilidad de poder regular y modular las emociones en los sujetos. Como principales factores que se asocian y desencadenan la desregulación emocional, se encuentran: la depresión, la ansiedad y el estrés.

Procedimiento

1) Fase cuantitativa:

- **Análisis de la información cuantitativa:** Según la información obtenida por los instrumentos cuantitativos (DASS - 21 y DERS) y suministrada por parte del centro especializada Lifesense, se realiza un análisis estadístico de la información a través del programa estadístico JAMOVI.

Una vez llevados los datos al programa estadístico, se realiza una prueba inicial, con el fin de revisar la normalidad de los datos (Prueba Shapiro – wilk), posterior se realizará una prueba de comparación de medidas para identificar el tipo de datos (Prueba T pareada), y así se ver los promedios de los datos cuantitativos. Por último, se identifican las medidas en grupos de resultados por rangos (Disminución en la presentación de síntomas, Sin variaciones en la presentación de síntomas y Aumento en la presentación de síntomas en alguna escala), con el fin de explicarlo en la fase cualitativa.

- **Identificación de los participantes:** Según la información y el análisis de la fase cuantitativa, se realiza la identificación de los participantes para la fase cualitativa. En esta fase se realiza un contacto por medio de la base de datos del centro especializado Lifesense, donde se utiliza una base de datos con códigos o seudónimos en lugar de nombres en los registros de datos, para mantener la confidencialidad y la protección de los datos y los usuarios. Posteriormente, el Centro Especializado Lifesense toma los participantes seleccionados y a través de un correo se realiza el contacto, donde se explica la dinámica la investigación. Se aclara que el intermediario, el Centro Especializado Lifesense siempre está presente junto con los investigadores para que así se pueda dar una correcta confidencialidad y protección de los datos suministrados.

2) Fase cualitativa:

- **Firma consentimiento informado:** Para el desarrollo de la investigación, se suministra el consentimiento informado de manera virtual, a través de un correo al representante legal del adolescente y el asentimiento informado a los adolescentes, antes del inicio de las entrevistas.
- **Recolección de la información:** Esta fase pretende explicar la fase cuantitativa, pues los resultados cuantitativos de las pruebas pre y post al entrenamiento, dan directrices para la recolección de la información cualitativa, la cual se toma a partir de los tres grupos establecidos, según las características identificadas en la información cuantitativa (Disminución en la presentación de síntomas, Sin variaciones en la presentación de síntomas y Aumento en la presentación de síntomas en alguna escala). Una vez realizado este proceso, se hacen entrevistas virtuales semiestructuras a un grupo de aproximadamente 6 adolescentes y sus acudientes, de manera individual, para que así pueda haber una explicación del efecto del entrenamiento. Durante el desarrollo de la entrevista se realiza la grabación pertinente a las narraciones de los participantes, dando un previo aviso en la fase del consentimiento informado. Cabe destacar que la entrevista es realizada en un contexto terapéutico del Centro Especializado Lifesense.
- **Análisis cualitativo:** Según el análisis de datos, se inicia la fase de evaluación, recolección y análisis de la información. Después de haber identificado a los participantes, se continúa con el análisis de contenido de los participantes, evidenciando los 3 grupos de cambio. En esta fase se realiza una transcripción de las narraciones y la creación de matrices de sentido, según la estructura de las categorías y subcategorías de análisis, con el fin de identificar las ideas emergentes. De manera paralela se realiza

triangulación de fuentes (contrastando las narrativas desde dos perspectivas adolescente y acudiente) y de investigadores (la verificación de dos o tres investigadores en el proceso de codificación e identificación de ideas emergentes), con el fin de garantizar la validez y credibilidad del análisis cualitativo.

3) Fase de análisis secuencial explicativo:

- **Fase final de análisis de datos:** En esta fase se integran y contrastan los resultados cuantitativos y cualitativos con el propósito de comprender en profundidad los efectos del entrenamiento grupal en habilidades DBT en adolescentes con dificultades graves de desregulación emocional. Inicialmente, se analizan los datos cuantitativos obtenidos a través de las pruebas DERS y DASS - 21, con el fin de establecer la magnitud y dirección del cambio, así como la confiabilidad estadística de los resultados. Posteriormente, los hallazgos cualitativos se utilizan para explicar, complementar y contextualizar los resultados numéricos, permitiendo identificar cómo los cambios observados en las medidas psicométricas se expresan en las experiencias subjetivas de los participantes y sus acudientes. Esta fase permite fortalecer la validez interpretativa del estudio, comprobando las hipótesis planteadas (nula o alternativa) y ofreciendo una comprensión integral del efecto del entrenamiento DBT desde una perspectiva empírica y experiencial.
- **Resultados y sugerencias:** Se generan resultados definitorios del proceso investigativo y se identifican los puntos con respecto al nuevo conocimiento generado y a las sugerencias a estudios futuros, generando una retroalimentación al Centro Especializado, como proceso de compensación.

Matriz de Variables

Las variables del estudio se derivan directamente del modelo teórico y clínico de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) propuesto por Marsha Linehan (1993b) y de los constructos psicométricos evaluados mediante las escalas y DASS - 21. Estas variables constituyen el núcleo conceptual y operativo de la investigación, permitiendo medir el impacto del entrenamiento grupal en habilidades DBT sobre la regulación emocional en adolescentes con dificultades graves de desregulación emocional. En este sentido, la variable dependiente corresponde a la desregulación emocional, entendida como:

- Desregulación emocional: La desregulación emocional se entiende como con las dificultades en la habilidad para poder regular y modular las diferentes emociones por parte del individuo. El manejo de este déficit se centra en el desarrollo de habilidades para regular las emociones, por lo cual, implica una intervención que favorezca el entrenamiento y fortalecimiento de la regulación emocional. (Vargas y Muñoz, 2013). Según Muñoz et al. (2016) la desregulación emocional se puede medir en la escala de dificultades de desregulación emocional (DERS), validada por el mismo en Colombia.

La variable independiente corresponde al entrenamiento grupal en habilidades de la terapia DBT el cual constituye el componente principal de intervención del estudio. Las Habilidades desarrolladas en el entrenamiento grupal (tolerancia al malestar, efectividad interpersonal, mindfulness y habilidades de regulación emocional) son:

- Tolerancia al malestar: Destreza para sobrellevar la molestia emocional. Se usa cuando hay una crisis y no está en la facultad del paciente resolverlo inmediatamente (Linehan, 1993b; Linehan, 2015). Permite traer soluciones a corto plazo, ya que no se cauteriza la problemática de raíz, pero, si logra que se acepte la realidad del momento sin

causar una crisis, y dándole ventaja a buscar una solución más eficaz (Rathus y Miller, 2015).

- Efectividad interpersonal: (Linehan,1993b) Es la acción de expresar las emociones, sean agradables o que causen malestar, teniendo en cuenta respeto y validación personal (Rathus y Miller, 2015). Al mismo tiempo se trabaja la autoconfianza, trayendo como beneficio no continuar en relaciones perjudiciales y dañinas, permitiendo al paciente establecer límites, sin dejar de lado el contexto social.
- Mindfulness: Son habilidades que permiten la práctica de la meditación, reduciendo el dolor y enfocándose en la satisfacción (Linehan,1993b; Linehan, 2015).
- Habilidades de regulación emocional: Trabaja en contener y examinar el lenguaje de las emociones, en estados de descontrol emocional, permite la regulación y el control de la situación (Linehan,1993b; Linehan, 2015). Trabaja de la mano con habilidades que activan estados emocionales placenteros, logrando con esto la disminución a la intolerancia y malestar de las emociones que causan des confort en el paciente (Rathus y Miller, 2015).
- Habilidad del sendero del medio: Se centra en enseñar al individuo a encontrar un equilibrio entre posiciones extremas en las interacciones y formas de pensar, permitiendo la validación mutua y la negociación efectiva. Busca evitar actitudes polarizadas o rigidez, llevando así al sujeto al enfoque dialéctico para la resolución de conflictos y la interacción social (Linehan,1993b; Rathus y Miller, 2015).

Tabla 3*Matriz de variables*

Nombre de la variable	Definición operativa	Nivel de medición	Naturaleza	Escala de medición	Unidad de medición
Desregulación emocional	La medición se realiza con la escala de dificultades en regulación emocional (DERS): (1) No aceptación de las respuestas emocionales (no-aceptación), (2) Dificultades en conductas dirigidas a metas cuando se está alterado (metas), (3) Dificultades para controlar comportamientos impulsivos cuando se está alterado (impulsividad), (4) Acceso limitado a estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas (estrategias), (5) Falta de conciencia emocional (conciencia), y (6) Falta de claridad emocional (claridad).	Cuantitativa	Continua	Ordinales	Puntuación total: Nunca (0 puntos) Casi nunca (1 punto) A veces (2 puntos) A menudo (3 puntos) Casi siempre (4 puntos)
Depresión	La medición de esta variable se realiza con la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS – 21), la cual mide 3 estados emocionales desfavorables para el sujeto: depresión, ansiedad y estrés.	Cuantitativa	Continua	Ordinales	Puntuación total: Nunca (0 puntos) A veces (1 punto) Frecuentemente (2 puntos) Casi siempre (3 puntos)

Ansiedad	La medición de esta variable se realiza con la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS – 21), la cual mide 3 estados emocionales desfavorables para el sujeto: depresión, ansiedad y estrés.	Cuantitativa	Continua	Ordinales	Puntuación total: Nunca (0 puntos) A veces (1 punto) Frecuentemente (2 puntos) Casi siempre (3 puntos)
Estrés	La medición de esta variable se realiza con la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS – 21), la cual mide 3 estados emocionales desfavorables para el sujeto: depresión, ansiedad y estrés.	Cuantitativa	Continua	Ordinales	Puntuación total: Nunca (0 puntos) A veces (1 punto) Frecuentemente (2 puntos) Casi siempre (3 puntos)

Nota. Elaboración Propia.

Matriz de Categorías

Las entrevistas están guiadas por un protocolo diseñado con base en 4 categorías: Desregulación emocional, Depresión, Ansiedad y Estrés, los cuales indican los síntomas clínicos significativos de los adolescentes, permitiendo abordar tanto los contenidos emocionales como las herramientas adquiridas para gestionar el malestar emocional.

Las categorías de análisis se relacionan directamente con las variables del estudio, ya que representan los principales indicadores clínicos asociados a la variable dependiente (desregulación emocional) y permiten explorar los efectos del entrenamiento grupal en habilidades DBT (variable independiente). Estas categorías, empleadas en las entrevistas, actúan como dimensiones cualitativas que complementan la medición psicométrica y el análisis realizado con los resultados de las escalas DERS y DASS - 21.

Tabla 4

Matriz de categorías

Nombre de la categoría	Definición	subcategoría	Definición	Preguntas Adolescentes	Preguntas acudientes
Desregulación emocional	La desregulación emocional se entiende como la dificultad en la habilidad para poder regular y modular las diferentes emociones, normalmente relacionadas a la depresión, ansiedad y estrés por parte del individuo. El manejo de este déficit se centra en el desarrollo de habilidades para regular las emociones, por lo cual, implica una intervención que favorezca el entrenamiento y fortalecimiento de la regulación emocional (Vargas y Muñoz, 2013).	Habilidades de regulación emocional.	Ayuda a identificar, comprender y gestionar emociones intensas. Incluye herramientas para reducir la vulnerabilidad emocional, aumentar emociones positivas y responder de forma equilibrada frente a lo que se siente.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Después del entrenamiento, crees que reconoces mejor lo que estás sintiendo?, Si es así, ¿Qué habilidades te ayudaron? • ¿Hoy cómo percibes que las emociones influyen en tu comportamiento? • ¿Cómo descubriste tu relación con las emociones antes y después del entrenamiento en la habilidad de regulación emocional? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo percibe el cambio de su hijo/a en la forma de manejar o expresar sus emociones después de finalizar el entrenamiento? • ¿Qué situaciones antes difíciles o que implicaban conductas problema hoy maneja diferente? • ¿Cómo ha influido el ambiente familiar en ese proceso de mejora? • ¿Qué estrategias ves que usa cuando está enojado(a), triste o frustrado(a)? • ¿Qué tipo de apoyo cree que su hijo/a aún necesita para seguir regulando sus emociones?
		Habilidades de Mindfulness.	Es la habilidad de prestar atención, de forma deliberada y sin juzgar, al momento presente. Ayuda a los adolescentes a conectarse con sus pensamientos, emociones y acciones, favoreciendo el autocontrol	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo crees que estar más consciente del momento presente te ha ayudado? • ¿Qué diferencias notaste entre reaccionar automáticamente y responder con atención plena? • ¿Qué significado tiene para ti 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha evidenciado que su hijo/a que usa alguna técnica de atención plena en su vida cotidiana? • ¿Han observado si su hijo/a se toma más tiempo para reflexionar antes de actuar? • ¿El ambiente en casa favorece momentos de calma y conexión presente? • ¿De qué manera a impactado este tipo de habilidades en su

	y la toma de decisiones conscientes.	“aceptar el momento tal como es”?	relación con los demás o con ustedes como familia?
Habilidades de Tolerancia al malestar.	Consiste en aprender a soportar el dolor emocional sin empeorar la situación. Enseña estrategias para manejar crisis sin actuar impulsivamente, fomentando la aceptación del momento difícil como parte inevitable	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En qué situaciones de tu vida usaste lo que aprendiste para manejar el malestar emocional intenso? • ¿Qué resultado tuvo para ti aplicar esas estrategias? • ¿Cuál fue el impacto de practicar estas habilidades en situaciones de crisis reales? • ¿Cómo ha cambiado tu relación con el dolor emocional, desde que aprendiste que se puede transitar en lugar de evitarlo? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo enfrenta ahora su hijo/a el malestar emocional o situaciones que no puede cambiar? • ¿Qué estrategias ha usado recientemente que les hayan sorprendido o llamado la atención? • ¿Se sienten ustedes preparados para acompañarle sin intervenir de forma impulsiva? • ¿Qué aspectos del entorno familiar podrían mejorar para apoyar su tolerancia al malestar?
Habilidades de Efectividad interpersonal.	Enseña a relacionarse con los demás de manera efectiva, cuidando los propios derechos, la relación y la autoestima. Incluye habilidades para pedir lo que se necesita,	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay algo nuevo que haces ahora cuando quieres pedir algo o decir que no? • ¿Qué? • ¿Sientes que tus distintas relaciones cambiaron con estas habilidades? • ¿Qué 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Describe como su hijo/a se comunica con ustedes o con otras personas ahora? • ¿Expresa mejor lo que necesita o lo que le molesta? • ¿Qué tan abiertos se sienten como familia al diálogo y a la resolución de conflictos? • ¿Qué cambios te han sorprendido o conmovido en su

			<p>decir no y manejar conflictos sin dañar vínculos importantes. conscientes.</p>	<p>cambio en ti y en los demás?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Describe las diferencias en tus límites personales, antes y después del entrenamiento? 	<p>forma de relacionarse desde que culmino el entrenamiento?</p>
	Habilidad del sendero del medio.		<p>Promueve una forma flexible de pensar, que integra puntos de vista opuestos y favorece el equilibrio entre aceptación y cambio. Incluye la validación emocional (propia y ajena) y la búsqueda de soluciones que no sean extremas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo manejas hoy la idea de aceptar algo y al mismo tiempo trabajar para que mejore? • ¿Cómo te ayudo esta habilidad a encontrar equilibrio entre extremos como: "todo o nada", "tener la razón o ceder", "hacer lo que quieres vs. lo que me piden"? • ¿En tus propias palabras como comprendes la idea de encontrar un punto medio entre dos extremos? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo responde su hijo/a ante los desacuerdos o situaciones contradictorias? • ¿Han notado una mayor flexibilidad o aceptación en su manera de ver las cosas? ¿cómo?
Depresión	Estado de ánimo caracterizado por tristeza persistente, pérdida de interés o placer en las actividades, sentimientos de	Estado de ánimo Bajo	Presencia de sentimientos persistentes de tristeza o vacío.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando te sientes desanimado o con poca energía, ¿qué haces ahora que 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo responde su hijo/a ahora cuando atraviesa momentos de desánimo o tristeza profunda?

	culpa o inutilidad, fatiga y dificultades para concentrarse (Beck, 2008; Lovibond y Lovibond, 1995).			antes no hacías? • ¿Qué habilidades crees que te ayudan a afrontar momentos donde tu energía o estado de ánimo es bajo? • ¿Qué habilidad utilizas cuando te sientes desmotivado o sin interés para involucrarte en alguna actividad? • ¿describe como lo haces? • ¿Con qué frecuencia las practicas ahora en comparación de antes?
		Pérdida de interés	Reducción en el interés o placer por actividades que antes eran significativas.	• ¿Qué habilidad utilizas cuando algo te preocupa mucho o te pone muy nervioso? • ¿Qué aprendiste en el grupo que te sirva en esos momentos? • ¿Ahora tienes alguna estrategia para hacerlo? ¿Cuál usas
Ansiedad	Estado de preocupación, agitación, inquietud o temor, caracterizado por síntomas físicos como palpitaciones, sudoración, tensión muscular y pensamientos preocupantes (Beck, 2008; Lovibond y Lovibond, 1995).	Preocupación constante	Presencia de pensamientos recurrentes sobre posibles problemas o amenazas futuras.	• ¿Cómo reacciona su hijo/a actualmente frente a situaciones que antes le generaban mucha preocupación o ansiedad? • ¿Ha observado que utilice alguna herramienta o estrategia cuando está nervioso/a o alterado/a? ¿Cuales? • ¿Qué cambios, si los hay, ha notado en su forma de afrontar situaciones

				<p>más seguido?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué diferencias notas en cómo vives la ansiedad desde que empezaste a entrenar estas habilidades? • ¿Cuándo experimentas palpitaciones, músculos tensos, sudor por ansiedad, qué estrategias aprendidas en el entrenamiento o empleas para manejarlos? • ¿Cuál técnica concreta te sirve? 	<p>inciertas o que le generaban miedo?</p>
		Reacciones físicas	<p>Manifestaciones fisiológicas como palpitaciones, tensión muscular, sudoración o hipervigilancia.</p>		
Estrés	<p>Respuesta del organismo ante demandas o presiones externas, caracterizada por tensión, irritabilidad, dificultades para concentrarse y problemas de sueño (Lovibond & Lovibond, 1995).</p>	Sobrecarga emocional	<p>Sensación de no poder con las exigencias cotidianas, ya sea escolares, familiares o sociales, realizando Conductas como aislamiento, irritabilidad, somatización o discusiones en respuesta al estrés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué haces ahora cuando sientes que el estrés te supera o te desborda? • ¿Cuál habilidad del grupo te sirvió en esas situaciones? • ¿Qué diferencias notas desde que aprendiste las habilidades DBT, en cómo 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo maneja su hijo/a actualmente situaciones de mucho estrés o presión? ¿Qué cambios ha observado en comparación con cómo lo hacía antes? • ¿Cómo ha cambiado la forma en que se relacionan en momentos de tensión familiar o conflicto desde que participaron del entrenamiento?

reaccionas
cuando algo
no sale como
esperabas
ahora?
• ¿Cómo es
hoy tu forma
de enfrentar
días
cargados o
situaciones
que antes te
hacían sentir
muy tenso?

Nota. Elaboración Propia.

Fuentes y Recolección de Información

Primera fase: fuente y recolección de datos cuantitativos

La fuente de los datos de la primera fase (cuantitativa) corresponde a los registros clínicos generados por el Centro Especializado Lifesense como parte de su protocolo estándar de intervención con adolescentes entre enero de 2024 y abril de 2025. Estos registros incluyen los resultados de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21) de Lovibond y Lovibond (1995) y la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS) de Gratz y Roemer (2004), aplicadas en dos momentos: antes del inicio y al finalizar el entrenamiento grupal en habilidades de la terapia Dialéctica Conductual (DBT). La aplicación de las pruebas fue realizada por los profesionales del centro como parte del proceso clínico de evaluación, el cual incluye una entrevista inicial, diligenciamiento en línea de los instrumentos psicométricos en un plazo no mayor a siete días, y una sesión final de devolución. Una vez culminado el entrenamiento, los adolescentes fueron reevaluados con los mismos instrumentos. La base de datos resultante, compuesta por 13 registros completos, es entregada al equipo investigador en el marco de un acuerdo de voluntades formalizado entre ambas partes. El análisis estadístico de la información

se realiza mediante el software JAMOVI, empleando pruebas de normalidad, comparación de medidas pre y post, y estimación del tamaño del efecto.

Segunda fase: fuente y recolección de datos cualitativos

La fuente de información para la segunda fase corresponde a los discursos de adolescentes y acudientes que participaron en el entrenamiento grupal en habilidades DBT y que son seleccionados tras el análisis de los datos cuantitativos, organizados en tres grupos según los resultados obtenidos: Disminución en la presentación de síntomas, Sin variaciones en la presentación de síntomas y Aumento en la presentación de síntomas en alguna escala. Esta fase tiene un carácter prospectivo, ya que los datos son recolectados directamente por los investigadores mediante entrevistas semiestructuradas, las cuales permiten explorar las experiencias subjetivas de los participantes respecto al proceso terapéutico, los aprendizajes percibidos y los cambios emocionales atribuidos al entrenamiento. Las entrevistas están guiadas por un protocolo diseñado con base en 4 categorías: Desregulación emocional, Depresión, Ansiedad y Estrés, los cuales indican los síntomas clínicos significativos de los adolescentes, permitiendo abordar tanto los contenidos emocionales como las herramientas adquiridas para gestionar el malestar emocional. El análisis cualitativo se realiza mediante análisis de contenido (Hernández et al., 2017), codificando y categorizando los datos en matrices elaboradas en Excel. La recolección se realiza posteriormente en el contexto terapéutico del Centro Lifesense, y bajo estricto cumplimiento de los principios éticos establecidos por la Resolución 8430 de 1993 y la Ley 1581 de 2012, incluyendo la firma del consentimiento informado por parte de los acudientes, el consentimiento para participación del menor y el asentimiento informado del adolescente. El contacto inicial se realiza a través de una invitación formal enviada por correo electrónico

institucional, autorizada por el Centro Lifesense. Cabe aclarar que la entrevista se hace de manera individual y tiene una duración de 45 minutos, es realizada y grabada por un investigador seleccionado para llevar el proceso de recolección de datos. Posteriormente, la grabación se transcribe para el análisis de contenido.

Plan de análisis:

Teniendo en cuenta que la presente investigación adopta un enfoque mixto con un diseño metodológico secuencial explicativo (Creswell, 2009; Hernández et al., 2017), el análisis de datos se estructura en tres fases complementarias: análisis cuantitativo, análisis cualitativo y análisis secuencial explicativo.

La primera fase, correspondiente al componente cuantitativo, se desarrolla mediante procedimientos estadísticos estandarizados, incluyendo análisis descriptivos e inferenciales. En esta etapa se analizan los datos numéricos derivados de las escalas aplicadas en los momentos pretest y posttest del entrenamiento grupal en habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), desarrollado previamente por el centro especializado Lifesense. El análisis contempla la verificación de supuestos de normalidad mediante la prueba de Shapiro - Wilk, así como la comparación de medias a través de pruebas paramétricas (t de Student para muestras relacionadas). Además, se calcula el tamaño del efecto con el fin de establecer la magnitud de los cambios observados.

La segunda fase, correspondiente al componente cualitativo, implica un proceso de codificación y análisis del contenido de las narraciones obtenidas a través de entrevistas semiestructuradas aplicadas a los adolescentes participantes y sus cuidadores. Este procedimiento busca identificar temas e ideas emergentes que permitan interpretar, desde una

perspectiva narrativa, la experiencia subjetiva frente a la intervención recibida, facilitando una comprensión en profundidad del proceso de cambio.

Cabe destacar que, durante este proceso de identificación de ideas emergentes, la triangulación de investigadores es fundamental, llevando así una dinámica donde dos investigadores del equipo codifican de manera independiente las entrevistas transcritas, con el fin de verificar la codificación y el alcance de las ideas emergentes, asegurando validez y credibilidad.

Finalmente, la tercera fase consiste en un análisis integrador de los datos cuantitativos y cualitativos. Esta fase tiene como propósito contrastar y relacionar los resultados derivados de las medidas estandarizadas con la información emergente de las narrativas. En este sentido, los hallazgos cualitativos permiten explicar, ampliar y contextualizar los resultados cuantitativos, dando lugar a una interpretación más comprensiva del efecto del entrenamiento grupal en habilidades DBT. La articulación de ambos enfoques permite identificar tanto los cambios medibles como aquellos relacionados con la vivencia y la subjetividad de los adolescentes, tal como lo propone el modelo secuencial explicativo.

De esta manera, se da cumplimiento a las fases metodológicas del diseño planteado, donde los resultados obtenidos mediante procedimientos cuantitativos sirven como punto de partida para la indagación cualitativa, orientada a explorar las posibles causas o significados de las diferencias (o la ausencia de ellas) encontradas (Hernández et al., 2017).

Consideraciones Éticas

La presente investigación, tiene en cuenta consideraciones éticas, las cuales promueven el cuidado, el beneficio y la integridad de los participantes. De este modo, el estudio se enmarca en la normatividad siguiente:

La ley 1090 de 2006, menciona en cuanto a la investigación con participantes humanos, que se debe realizar un detallado y cuidadoso proceso de investigación. El capítulo siete, artículo cincuenta, menciona que los investigadores, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, así pues, salvaguardando el bienestar y los derechos de los participantes (Congreso de Colombia, 2006). En este sentido, el deber como investigadores es considerar el avance científico, siempre y cuando se respete y mantenga el respeto y dignidad de los participantes.

Es importante mencionar que la presente investigación se enmarca en lo establecido por la ley 1581 de 2012, donde se hace referencia a la reglamentación general para la protección de datos personales. Así pues, se pretende guardar y proteger los datos de los participantes, elaborando un proceso investigativo confiable tanto para los investigadores, como para los participantes, protegiendo sus derechos según la normatividad vigente. Teniendo en cuenta lo anterior, se destacan los siguientes puntos:

- Acceso restringido: Solo los investigadores autorizados pueden acceder a la información, de acuerdo con su función y necesidad.
- Datos anónimos: Los datos personales son anonimizados para evitar la identificación del paciente. Una vez Lifesense suministró la base de datos y se realizó la sistematización de la información, a cada paciente se le asignó un código para así identificar su información y resultados.

- Consentimiento informado: Se realizó la firma del consentimiento y asentimiento informado, lo cual garantizó que los pacientes aseguraron comprender los fines y alcances del uso de sus datos.
- Seguridad de la información: Las entrevistas se realizaron y grabaron en un lugar privado (contexto terapéutico de Lifesense) y se tuvo un computador que cumplió con los protocolos de seguridad para las grabaciones y transcripciones con un internet confiable.
- Control de acceso: Solo los investigadores autorizados accedieron a la información, de acuerdo con su función y necesidad. Para acceder a la información en el computador, se tuvo en cuenta el uso de contraseñas pertinentes para cada archivo.
- Dispositivo y almacenamiento seguro: Los datos se resguardaron en servidores protegidos con cifrado y medidas de seguridad contra accesos no autorizados. Este dispositivo solo tuvo acceso el grupo de investigadores y fue visualizado en un computador de un solo investigador con conexión a internet confiable.
- Espacios seguros: Las entrevistas se realizaron y grabaron en un lugar seguro (contexto terapéutico de Lifesense) con el fin de guardar la información directamente, evitando que se distribuya la información.

Cabe mencionar que la resolución 8430 de 1993 del ministerio de salud, menciona y establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, donde se pretendió hacer una contribución al conocimiento de los procesos psicológicos en los adolescentes. Por lo cual, parte de las finalidades de esta investigación fueron aportar y recomendar en práctica y el cuidado de la salud, la prevención y control de los problemas de salud y a la producción de insumos para la salud (Ministerio de Salud, 1993).

Comité de ética

Ahora bien, se hace mención acerca de los lineamientos éticos de la investigación, los cuales se tuvieron en cuenta y fueron cuestionados bajo el comité de ética, el cual evaluó las consideraciones dichas, con el fin de salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes, lo cual permitió la confiabilidad y protección de los datos.

Según el artículo once del capítulo uno de la resolución 8430 de 1993, esta investigación corresponde a la clasificación de estudio, según la categoría “investigación riesgo mínimo”, ya que como se ha mencionado, se realizó un estudio teniendo en cuenta los resultados de las pruebas hechas antes y después del entrenamiento grupal en habilidades en los adolescentes y posterior una entrevista de un grupo de adolescentes y sus acudientes para profundizar las narrativas una vez hayan acabado el entrenamiento de habilidades.

En cuanto a los riesgos y beneficios que se plantearon en la presente investigación, según las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos (CIOMS, 2016), se hace mención que los riesgos fueron considerados según el estándar del riesgo mínimo, donde se sometió el proceso investigativo a un comité de ética, el cual evaluó de manera positiva, que cada apartado cumplió con un criterio científico y validado según las normas presentadas anteriormente. Es así como, desde la problemática, la justificación, los objetivos y el diseño metodológico, son considerados y validados para que así se genere un riesgo mínimo.

El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas (CEIFUS), bajo el Código de aval CEIFUS 1379-25 y el Protocolo asociado 031-25 UNV. La aprobación fue emitida mediante el Radicado de respuesta No. 3716,

correspondiente al acta No. 020-25, en sesión realizada el 27 de mayo de 2025, con fecha oficial de aval el 5 de junio de 2025.

Los beneficios, estuvieron basados en cumplir objetivamente los propósitos de la investigación, generando así un nuevo conocimiento necesario, que aporte a la salud y a los pacientes. De igual manera, se explicó el efecto del entrenamiento grupal en habilidades para pacientes adolescentes con dificultades de desregulación emocional, aportando a la construcción de una intervención segura y eficaz para esta afectación.

Dado que la presente investigación se realizó con menores de edad (adolescentes entre 12 y 17 años), es indispensable el consentimiento y el asentimiento informado. Tanto en la ley 1090 de 2006, CIOMS y la declaración de Helsinki, este apartado es fundamental para el desarrollo de la investigación. En este sentido, los padres o el representante legal del menor dieron autorización para la participación en la investigación. Una vez la firma del consentimiento por parte del representante legal, se realizó el asentimiento al adolescente, donde se le informó al menor de edad el proceso en el cual se encontraba.

Para concluir, se hace mención que los autores declararon que no existe ningún conflicto de intereses que pudo haber influido en la realización, desarrollo o resultados de la presente investigación.

Resultados

El presente capítulo expone de manera sistemática los resultados obtenidos en el proceso de investigación, donde se analiza e interpreta los hallazgos derivados de las dos fases del estudio: la fase cuantitativa, orientada a identificar el cambio en las medidas de desregulación emocional y malestar psicológico antes y después del entrenamiento, y la fase cualitativa,

destinada a explorar y comprender la percepción subjetiva de los adolescentes y sus acudientes sobre los efectos del entrenamiento grupal en habilidades DBT.

La investigación se desarrolló bajo un enfoque mixto con diseño secuencial explicativo, el cual, según Creswell (2009), combina la fortaleza del análisis estadístico con la profundidad interpretativa del análisis cualitativo, así busca, una comprensión integral del fenómeno estudiado. Este diseño se estructura en dos etapas consecutivas: primero se recopilan y analizan los datos cuantitativos, y posteriormente se realiza la fase cualitativa con el fin de explicar y contextualizar los resultados iniciales.

Este capítulo se organiza de acuerdo con los objetivos específicos y las fases del diseño secuencial explicativo. Así, en la primera parte se presentan los resultados cuantitativos, correspondientes al objetivo específico 1, que consistió en identificar las medidas de regulación emocional antes y después del entrenamiento grupal DBT mediante el uso de dos instrumentos: la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21). En la segunda parte se exponen los resultados cualitativos, vinculados a los objetivos específicos 2 y 3, orientados a explorar la percepción de los adolescentes y de sus acudientes sobre los efectos del entrenamiento grupal en habilidades DBT. Finalmente, se incluye una fase de análisis secuencial explicativo y discusión, dirigida a cumplir el objetivo específico 4, cuyo propósito fue comprender los hallazgos cuantitativos a la luz de la información cualitativa, generando una interpretación conjunta que explique el efecto del entrenamiento grupal en habilidades DBT en adolescentes con dificultades de desregulación emocional.

Se hace la aclaración que, una vez analizados los datos cuantitativos, los 13 registros (sujetos) fueron clasificados en tres grupos diferenciados según los patrones de cambio observados entre las mediciones pre y post intervención.

Tabla 5

Clasificación de los 13 registros (participantes) en 3 grupos

Grupo de cambio	Sujeto	Edad
Disminución en la presentación de síntomas	S1	16
	S4	17
	S6	15
	S7	15
	S8	17
	S10	17
	S12	19
Sin variaciones en la presentación de síntomas	S13	17
	S2	16
	S9	17
Aumento en la presentación de síntomas en alguna escala	S11	19
	S3	14
	S5	15

Nota. Elaboración propia.

La fase cualitativa incluyó seis participantes seleccionados estratégicamente según los tres patrones de cambio identificados en el análisis cuantitativo. Esta distribución permitió contrastar experiencias de mejora, estabilidad y dificultad, ofreciendo una comprensión integral del impacto del entrenamiento grupal en habilidades DBT. Los hallazgos cualitativos complementaron los resultados estadísticos, profundizando en los procesos subjetivos de cambio emocional y adaptación familiar. Lifesense autorizó ampliar la participación en el primer grupo a tres adolescentes, por lo que la muestra cualitativa final estuvo conformada por seis participantes distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 6

Clasificación de los participantes en 3 grupos

Grupo de cambio	Sujeto	Número de sujetos	Número de acudientes entrevistados
Disminución en la presentación de síntomas	S1,	3	2
	S8		2
	S13		2
Sin variaciones en la presentación de síntomas	S2	1	2
Aumento en la presentación de síntomas en alguna escala	S3	2	1
	S5		2

Nota. Elaboración propia.

Fase cuantitativa: resultados estadísticos

La fase cuantitativa cumplió el objetivo de identificar las medidas de desregulación emocional antes y después del entrenamiento grupal en habilidades de la terapia DBT, en los adolescentes del centro especializado Lifesense, teniendo en cuenta los resultados de los instrumentos DERS y DASS-21.

El análisis incluyó procedimientos descriptivos e inferenciales. En primer lugar, se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión para ambas pruebas, comparando los resultados pre y post para identificar cambios globales y por subescalas. Posteriormente, se evaluó la normalidad de las diferencias mediante la prueba de Shapiro - Wilk, lo que permitió seleccionar la prueba estadística adecuada para las comparaciones pareadas. Además, se

calcularon los tamaños de efecto (d de Cohen) para estimar la magnitud de los cambios observados, y se realizaron análisis de distribución de frecuencias para clasificar los resultados clínicos.

Con base en estos análisis, se identificaron patrones de cambio a nivel individual, clasificando a los participantes en tres grupos (disminución en la presentación de síntomas, sin variaciones en la presentación de síntomas y aumento en la presentación de síntomas en alguna escala) según su evolución en ambas escalas. Estos resultados constituyen la base para la selección de casos representativos en la fase cualitativa, permitiendo un abordaje integral que combina evidencia cuantitativa y narrativa.

Medidas Descriptivas

En la medida global de la **DERS**, los adolescentes presentaron en el pretest un promedio de 103.23 puntos (DE = 6.56), lo que indica un nivel alto de dificultades en la regulación emocional, con puntajes que oscilan entre 91 y 110. Posterior al entrenamiento grupal en habilidades DBT, el promedio descendió a 69.46 puntos (DE = 21.78), con un rango de 34 a 96, lo que refleja una disminución sustancial en la intensidad de las dificultades. Este cambio sugiere que el entrenamiento produjo una mejora generalizada en las competencias de regulación emocional.

Tabla 7

Medidas descriptivas de DERS (Pre y Post)

Variable	N	Media pre	Mediana pre	DE pre	Mín pre	Máx pre	Media post	Mediana post	DE post	Mín post	Máx post
DERS Global	13.0	103.23	105.0	6.56	91.0	110.0	69.46	72.0	21.78	34.0	96.0
No aceptación	13.0	19.62	19.0	3.01	17.0	29.0	12.31	14.0	5.91	4.0	20.0

Control de impulsos	13.0	13.15	14.0	1.86	8.0	15.0	7.85	8.0	3.24	3.0	13.0
Acceso a estrategias	13.0	22.15	23.0	2.67	16.0	25.0	14.0	14.0	6.23	5.0	22.0
Conductas orientadas a metas	13.0	21.15	22.0	2.82	16.0	25.0	16.0	17.0	5.93	5.0	24.0
Conciencia emocional	13.0	15.23	15.0	2.05	12.0	19.0	10.62	11.0	2.1	6.0	13.0
Claridad emocional	13.0	12.62	12.0	1.56	10.0	15.0	8.69	8.0	2.36	6.0	13.0

Nota. Elaboración propia.

En la subescala de **No aceptación de las respuestas emocionales**, el promedio pasó de 19.62 (DE = 3.01) a 12.31 (DE = 5.91), mostrando una reducción de las actitudes de rechazo o juicio frente a las emociones propias, un objetivo clave en el módulo de Mindfulness y Regulación emocional de la DBT.

En **Dificultad en el control de impulsos**, los puntajes promedio disminuyeron de 13.15 (DE = 1.86) a 7.85 (DE = 3.24), lo que indica un mejor manejo de conductas impulsivas frente a emociones intensas, una meta directamente trabajada en el módulo de Tolerancia al malestar.

En la subescala **Acceso limitado a estrategias de regulación emocional**, el puntaje promedio se redujo de 22.15 (DE = 2.67) a 14.00 (DE = 6.23). Esto señala que los participantes incrementaron la percepción y el uso de estrategias efectivas para manejar emociones, lo cual está en consonancia con el entrenamiento sistemático en habilidades DBT.

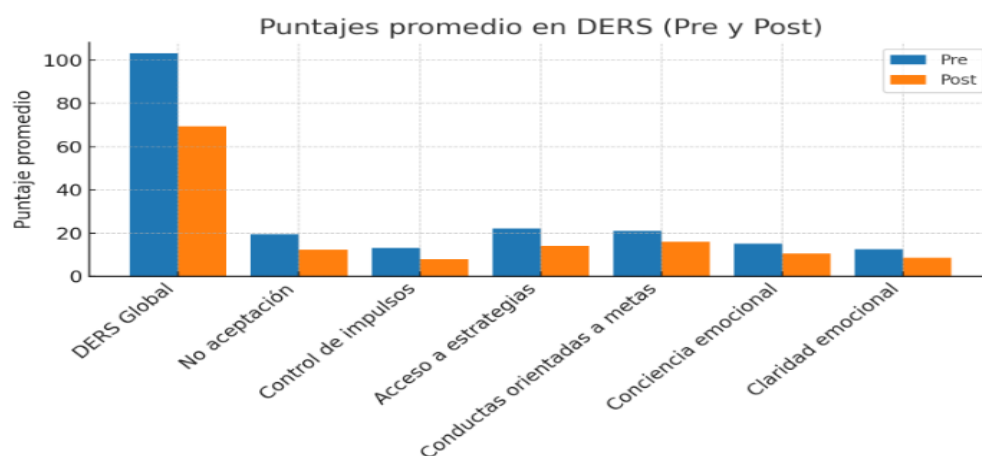
En **Dificultad en conductas orientadas a metas**, el promedio pasó de 21.15 (DE = 2.82) a 16.00 (DE = 5.93), reflejando una mayor capacidad para mantener conductas dirigidas a objetivos, incluso bajo estrés emocional.

En **Falta de conciencia emocional**, se observa un cambio del promedio de 15.23 (DE = 2.05) a 10.62 (DE = 2.10), evidenciando un aumento en la identificación y reconocimiento de estados emocionales, un componente esencial del Mindfulness.

Finalmente, en **Falta de claridad emocional**, los puntajes promedio disminuyeron de 12.62 (DE = 1.56) a 8.69 (DE = 2.36), lo que indica una mejor comprensión y diferenciación de las emociones, facilitando una regulación más adaptativa.

Figura 1

Puntajes promedio en DERS Pre y Post



Nota. Elaboración propia.

Ahora bien, en la puntuación global del **DASS - 21**, los adolescentes obtuvieron un promedio de 45.15 puntos (DE = 12.31) en el pretest, ubicándose en un rango de afectación severa, con valores entre 15 y 58. Tras la intervención, la media descendió a 30.54 puntos (DE = 21.18), con un rango más amplio (0 a 62), evidenciando una reducción general del malestar psicológico global medido por el instrumento.

Tabla 8

Medidas descriptivas de DASS - 21 (Pre y Post)

Variable	N	Media pre	Mediana pre	DE pre	Mín pre	Máx pre	Media post	Mediana post	DE post	Mín post	Máx post
DASS Global	13.0	45.15	48.0	12.31	15.0	58.0	30.54	37.0	21.18	0.0	62.0
Depresión	13.0	15.54	17.0	3.86	7.0	20.0	10.62	11.0	8.44	0.0	21.0
Ansiedad	13.0	14.69	16.0	5.23	3.0	20.0	9.0	9.0	7.09	0.0	21.0

Estrés	13.0	14.92	14.0	4.37	5.0	21.0	10.92	10.0	6.34	0.0	20.0
--------	------	-------	------	------	-----	------	-------	------	------	-----	------

Nota. Elaboración propia.

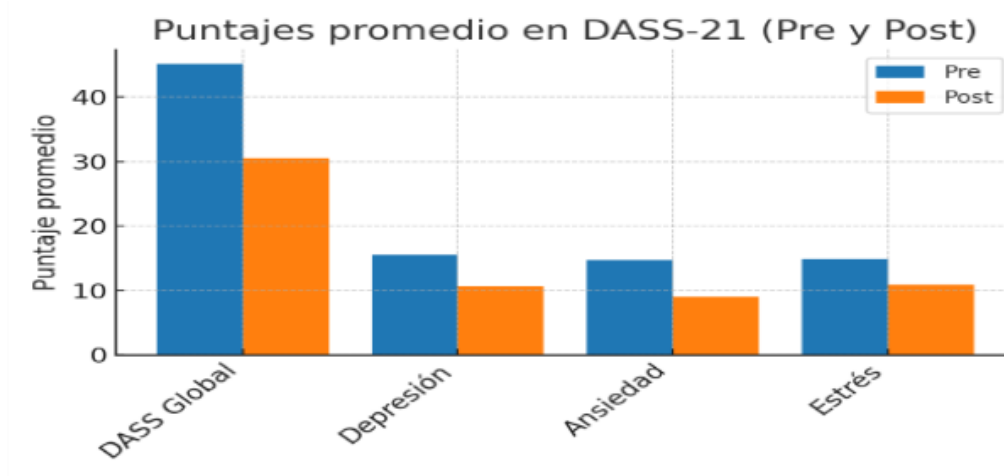
En la subescala de **Depresión**, el puntaje promedio pasó de 15.54 (DE = 3.86) a 10.62 (DE = 8.44), lo que indica una disminución en síntomas como anhedonia, desesperanza y ánimo deprimido. Este cambio refleja mejoras en la capacidad de los adolescentes para activar conductas gratificantes y utilizar estrategias aprendidas en el entrenamiento DBT para manejar pensamientos y emociones negativas.

En **Ansiedad**, el promedio descendió de 14.69 (DE = 5.23) a 9.00 (DE = 7.09), mostrando una reducción de síntomas fisiológicos y cognitivos de ansiedad (tensión, inquietud, miedo anticipatorio). Este resultado se alinea con el desarrollo de habilidades de Mindfulness y Tolerancia al malestar, que ayudan a manejar la activación fisiológica y a reducir la evitación emocional.

En la subescala de **Estrés**, el puntaje promedio pasó de 14.92 (DE = 4.37) a 10.92 (DE = 6.34), reflejando menor tensión, irritabilidad y dificultad para relajarse. Estos avances son coherentes con la práctica de técnicas de regulación emocional y con el incremento en el control de la reactividad frente a demandas ambientales.

Figura 2

Puntajes promedio en DASS - 21 Pre y Post



Nota. Elaboración propia.

Los datos sugieren que el entrenamiento grupal en habilidades DBT tuvo un impacto positivo no solo en la desregulación emocional (medida por DERS), sino también en el malestar psicológico global y en sus tres dimensiones específicas (depresión, ansiedad y estrés). La reducción observada podría explicarse por la adquisición de habilidades que permiten responder de manera más adaptativa a las emociones intensas, disminuyendo su duración e intensidad y favoreciendo el funcionamiento psicosocial general.

Con el fin de visualizar los cambios en los niveles de desregulación emocional antes y después del entrenamiento grupal en habilidades de la terapia dialéctica conductual, se presenta a continuación la distribución porcentual de las categorías diagnósticas (DX) para el DERS global y sus subescalas. Esta representación gráfica permite identificar de forma clara el desplazamiento de los participantes hacia niveles más adaptativos en la mayoría de las dimensiones evaluadas, lo que facilita la interpretación de los resultados estadísticos y su vinculación con los objetivos terapéuticos planteados.

Tabla 9

Distribución de frecuencias y porcentajes - Prueba DERS – DX

Variable	Categoría	Frecuencia	% del Total	% Acumulado
PRE Global DERS DX	Leve	4	30.8%	30.8%
	Moderada	9	69.2%	100.0%
POST Global DERS DX	Adecuada	8	61.5%	61.5%
	Leve	4	30.8%	92.3%
PRE N.A DX	Moderada	1	7.7%	100.0%
	Moderado	12	92.3%	92.3%
POST N.A DX	Severo	1	7.7%	100.0%
	Adaptativo	7	53.8%	53.8%
PRE D.C.I DX	Moderado	6	46.2%	100.0%
	Adaptativo	11	84.6%	84.6%
POST D.C.I DX	Moderado	2	15.4%	100.0%
PRE A.L.E.R.E DX	Adaptativo	13	100.0%	100.0%
	Moderado	1	7.7%	7.7%
POST A.L.E.R.E DX	Moderado	12	92.3%	100.0%
	Adaptativo	9	69.2%	69.2%
PRE D.D.C.O.M DX	Moderado	4	30.8%	100.0%
	Severo	8	61.5%	61.5%
POST D.D.C.O.M DX	Severo	5	38.5%	100.0%
	Adaptativo	4	30.8%	30.8%
PRE F.C.E DX	Moderado	8	61.5%	92.3%
	Severo	1	7.7%	100.0%
POST F.C.E DX	Adaptativo	1	7.7%	7.7%
	Moderado	11	84.6%	92.3%
PRE F.C.E.M DX	Severo	1	7.7%	100.0%
	Adaptativo	10	76.9%	76.9%
POST F.C.E.M DX	Moderado	3	23.1%	100.0%
	Adaptativo	1	7.7%	7.7%
PRE F.C.E.M DX	Moderado	12	92.3%	100.0%
	Adaptativo	9	69.2%	69.2%
POST F.C.E.M DX	Moderado	4	30.8%	100.0%
	Adaptativo	9	69.2%	69.2%

Nota. Elaboración propia.

En el **DERS Global** se observa que, en el pretest, el 69.2% de los adolescentes presentaba un nivel Moderado de desregulación emocional, mientras que el 30.8% se encontraba en el rango Leve. Tras la intervención, el 61.5% alcanzó un nivel adecuado, el 30.8% se mantuvo

en Leve y únicamente un 7.7% permaneció en Moderada. Este cambio indica un desplazamiento clínicamente relevante hacia niveles funcionales de regulación emocional.

En la subescala de **No Aceptación (N.A)**, antes del entrenamiento el 92.3% presentaba un nivel Moderado y el 7.7% Severo. Posteriormente, un 53.8% alcanzó un nivel Adaptativo y el 46.2% se mantuvo en Moderado, lo que sugiere mejoras notables en la aceptación de las emociones, objetivo central del módulo de Mindfulness y Tolerancia al malestar.

En **Dificultad en el Control de Impulsos (D.C.I)**, el 84.6% ya se encontraba en nivel Adaptativo y el 15.4% en Moderado antes de la intervención. Tras el entrenamiento, el 100% de los adolescentes se ubicó en la categoría Adaptativo, evidenciando un reforzamiento de habilidades de autocontrol.

En **Acceso Limitado a Estrategias de Regulación Emocional (A.L.E.R.E)**, al inicio el 92.3% estaba en nivel Moderado y solo un 7.7% en Adaptativo. Después de la intervención, el 69.2% alcanzó un nivel Adaptativo y el 30.8% se mantuvo en Moderado, reflejando una mejora importante en el uso de estrategias funcionales de afrontamiento.

En **Dificultad para Dirigir Conductas Orientadas a Metas (D.D.C.O.M)**, el pretest mostraba 61.5% en Moderado y 38.5% en Severo. Al finalizar, el 30.8% alcanzó Adaptativo, 61.5% se mantuvo en Moderado y un 7.7% en Severo, indicando que, aunque hubo progresos, esta área aún presenta desafíos para parte de los adolescentes.

En **Falta de Conciencia Emocional (F.C.E)**, inicialmente el 84.6% estaba en Moderado, el 7.7% en Severo y otro 7.7% en Adaptativo. Tras el entrenamiento, el 76.9% logró un nivel Adaptativo y el 23.1% se mantuvo en Moderado, lo que muestra un avance sustancial en la capacidad de identificar y registrar emociones.

En **Falta de Claridad Emocional (F.C.E.M)**, el 92.3% inició en Moderado y el 7.7% en Adaptativo. Luego del entrenamiento, el 69.2% alcanzó un nivel Adaptativo y el 30.8% se mantuvo en Moderado, evidenciando un incremento en la comprensión y etiquetado preciso de las emociones.

Los datos indican que el entrenamiento grupal en habilidades DBT favoreció mejoras significativas en la mayoría de las dimensiones de desregulación emocional. El mayor impacto se observa en el incremento de categorías Adaptativas y la disminución de niveles Moderados y Severos.

Tabla 10

Distribución de frecuencias y porcentajes - Prueba DASS - 21 – DX

Variable	Categoría	Frecuencia	% del Total	% Acumulado
PRE Global DASS DX	Extremo	9	69.2%	69.2%
	Leve	1	7.7%	76.9%
	Moderado	1	7.7%	84.6%
	Normal	1	7.7%	92.3%
	Severo	1	7.7%	100.0%
POST Global DASS DX	Extremo	4	30.8%	30.8%
	Leve	2	15.4%	46.2%
	Moderado	1	7.7%	53.8%
	Normal	5	38.5%	92.3%
	Severo	1	7.7%	100.0%
PRE Depresión DX	Extremadamente Severa	10	76.9%	76.9%
	Moderada Severa	2	15.4%	92.3%
	Severa	1	7.7%	100.0%
POST Depresión DX	Extremadamente Severa	6	46.2%	46.2%
	Leve	5	38.5%	84.6%
	Moderada	2	15.4%	100.0%
PRE Ansiedad DX	Extremadamente Severa	11	84.6%	84.6%
	Leve	1	7.7%	92.3%
	Moderada	1	7.7%	100.0%

POST Ansiedad DX	Extremadamente Severa	6	46.2%	46.2%
	Leve	4	30.8%	76.9%
	Moderada	2	15.4%	92.3%
	Severa	1	7.7%	100.0%
PRE Estrés DX	Extremadamente Severa	6	46.2%	46.2%
	Leve	1	7.7%	53.8%
	Moderada	1	7.7%	61.5%
	Severa	5	38.5%	100.0%
POST Estrés DX	Extremadamente Severa	4	30.8%	30.8%
	Leve	5	38.5%	69.2%
	Moderada	3	23.1%	92.3%
	Severa	1	7.7%	100.0%

Nota. Elaboración propia.

En el **DASS Global**, los datos iniciales (pretest) muestran que el 69.2% de los adolescentes se encontraba en el rango Extremo, mientras que un 7.7% se ubicaba en cada una de las categorías Leve, Moderado, Normal y Severo. Tras la intervención, el porcentaje en el rango Extremo se redujo a 30.8%, y aumentó notablemente la proporción de participantes en categoría Normal (38.5%), así como en Leve (15.4%). Este cambio sugiere una disminución global en los niveles de sintomatología de depresión, ansiedad y estrés.

En el dominio de **Depresión**, antes del entrenamiento el 76.9% se encontraba en la categoría Extremadamente Severa, el 15.4% en Moderada y el 7.7% en Severa. Posteriormente, el porcentaje en Extremadamente Severa descendió al 46.2%, con un incremento en las categorías Leve (38.5%) y Moderada (15.4%). Esto evidencia un desplazamiento hacia rangos menos severos, coherente con el efecto esperado del entrenamiento DBT en la reducción de sintomatología depresiva.

En **Ansiedad**, el pretest muestra que el 84.6% de los participantes se encontraba en Extremadamente Severa, con solo un 7.7% en Leve y un 7.7% en Moderada. Tras el

entrenamiento, el porcentaje en Extremadamente Severa disminuyó al 46.2%, mientras que aumentaron las proporciones en Leve (30.8%), Moderada (15.4%) y Severa (7.7%). Este patrón indica una disminución general en la intensidad de la ansiedad.

En **Estrés**, inicialmente el 46.2% estaba en Extremadamente Severa, el 38.5% en Severa, y el resto distribuido entre Leve y Moderada (7.7% cada una). Después de la intervención, el porcentaje en Extremadamente Severa se redujo al 30.8%, y se incrementaron las categorías Leve (38.5%) y Moderada (23.1%). Esto sugiere un impacto positivo del entrenamiento en la reducción del estrés percibido.

Los resultados muestran un patrón consistente de disminución en los niveles de severidad en depresión, ansiedad y estrés tras la implementación del entrenamiento grupal en habilidades DBT. Este efecto puede explicarse por la adquisición de competencias en Mindfulness, Regulación emocional, Tolerancia al malestar y Efectividad interpersonal, las cuales contribuyen a reducir la reactividad emocional y a mejorar la capacidad de afrontamiento frente a situaciones estresantes.

Prueba de Normalidad de las Diferencias

La mayoría de las variables cumplió el supuesto de normalidad ($p \geq .05$), justificando el uso de t de Student pareada. En los casos presentados, se mantuvo el criterio paramétrico.

Tabla 11

Normalidad de Δ (Post-Pre) mediante Shapiro - Wilk

Variable	p (Shapiro-Wilk Δ)	Decisión
DERS Global	0.124	t pareada
No aceptación	0.161	t pareada
Control de impulsos	0.439	t pareada
Acceso a estrategias	0.175	t pareada

Conductas orientadas a metas	0.712	t pareada
Conciencia emocional	0.349	t pareada
Claridad emocional	0.074	t pareada
DASS Global	0.422	t pareada
Depresión	0.622	t pareada
Ansiedad	0.226	t pareada
Estrés	0.685	t pareada

Nota. Elaboración propia.

El análisis de normalidad se realizó sobre las diferencias entre las puntuaciones posttest y pretest ($\Delta = \text{Post} - \text{Pre}$) para cada variable del DERS y del DASS - 21, utilizando la prueba de Shapiro - Wilk. El criterio de decisión adoptado fue el nivel de significancia de $p > 0.05$ para asumir normalidad en la distribución de las diferencias.

Los resultados indican que todas las variables evaluadas presentan valores de p superiores a 0.05 (rango de 0.074 a 0.712), lo que sugiere que las diferencias siguen una distribución aproximadamente normal. En consecuencia, se determinó la pertinencia de emplear la prueba t de muestras pareadas para contrastar las medias pre y post en cada caso.

Desde un punto de vista metodológico, esta decisión es consistente con el diseño preexperimental con mediciones repetidas utilizado en la investigación, ya que la prueba t de Student para muestras relacionadas, es adecuada cuando las diferencias entre mediciones cumplen el supuesto de normalidad. Además, este resultado fortalece la validez interna del análisis, dado que permite aplicar pruebas paramétricas, las cuales tienen mayor potencia estadística cuando los supuestos se cumplen.

En el marco teórico de la DBT, confirmar la normalidad de las diferencias es relevante porque permite evaluar con mayor precisión si el entrenamiento grupal produjo cambios significativos en las habilidades de regulación emocional y en la reducción de síntomas emocionales, eliminando la influencia de sesgos asociados a la distribución de los datos.

Prueba de Comparación de Medidas y Prueba de Tamaño de Efecto

El análisis de comparación de medias pareadas se realizó con el objetivo de evaluar el impacto del entrenamiento grupal en habilidades DBT sobre la desregulación emocional y los síntomas de depresión, ansiedad y estrés. La hipótesis alternativa planteaba que los puntajes PRE serían mayores que los puntajes POST, indicando una mejoría tras la intervención.

Tabla 12

Comparación PRE - POST y Tamaño de efecto (Cohen's d)

Variable	t	gl	p	Cohen d (dz)	Magnitud
DERS Global	5.35	12.0	<.001	1.48	grande
No aceptación	3.43	12.0	0.003	0.95	grande
Control de impulsos	5.36	12.0	<.001	1.49	grande
Acceso a estrategias	4.53	12.0	<.001	1.26	grande
Conductas orientadas a metas	3.24	12.0	0.004	0.9	grande
Conciencia emocional	4.72	12.0	<.001	1.31	grande
Claridad emocional	4.53	12.0	<.001	1.26	grande
DASS Global	1.94	12.0	0.038	0.54	mediano
Depresión	1.92	12.0	0.040	0.53	mediano
Ansiedad	2.01	12.0	0.034	0.56	mediano
Estrés	1.70	12.0	0.115	0.47	pequeño

Nota. Elaboración propia.

En el DERS, se observó una disminución significativa en el puntaje global ($t(12) = 5.35$, $p < .001$), con mejoras consistentes en todas las subescalas (todas con $p \leq .004$), lo que refleja un cambio positivo robusto en regulación emocional.

En el DASS-21, el puntaje global presentó una reducción significativa ($t(12) = 1.94$, $p = .038$), al igual que las subescalas de depresión ($t(12) = 1.92$, $p = .040$) y ansiedad ($t(12) = 2.01$, $p = .034$). La subescala de estrés mostró una disminución leve al 5% ($t(12) = 1.70$, $p = .115$), aunque con tendencia a la baja.

Estos resultados respaldan parcialmente la hipótesis alternativa, confirmando mejoras estadísticamente significativas en la regulación emocional (DERS) y en los dominios del DASS - 21, con una tendencia positiva en el resto.

A continuación, se presentan los tamaños de efecto (Cohen's d) por cada variable evaluada en las pruebas DERS y DASS-21, con el fin de evaluar la magnitud del efecto asociado al entrenamiento grupal en habilidades DBT.

En el caso de la desregulación emocional global (DERS Global), se observa una disminución promedio de -33.77 puntos, con un intervalo de confianza que va de -47.52 a -20.02, $t(12) = 5.35$, $p < .001$, y un tamaño de efecto muy grande ($d = 1.48$). Este resultado indica una reducción significativa y clínicamente relevante en la desregulación emocional tras el entrenamiento grupal en habilidades DBT.

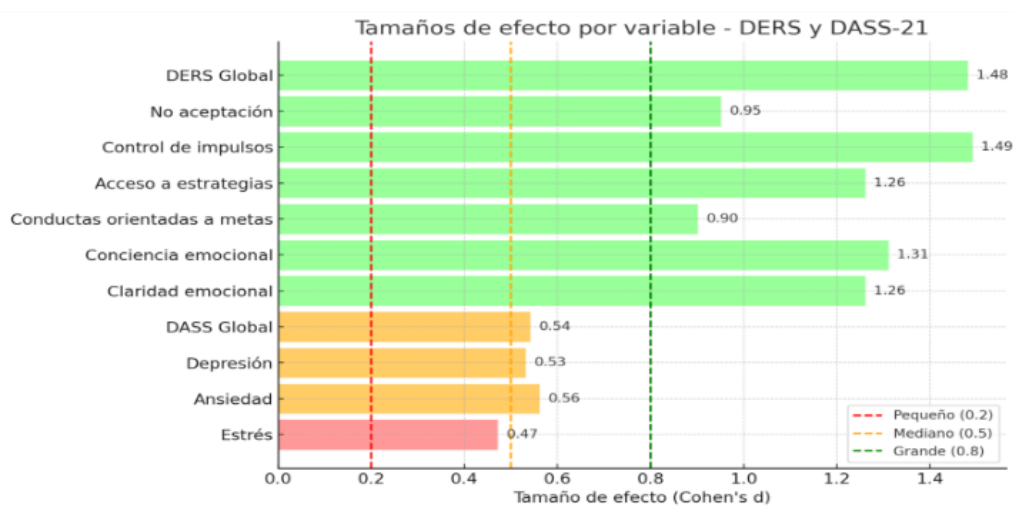
Las subescalas del DERS también mostraron reducciones significativas y tamaños de efecto grandes: No aceptación ($d = 0.95$), Control de impulsos ($d = 1.49$), Acceso a estrategias ($d = 1.26$), Conductas orientadas a metas ($d = 0.90$), Conciencia emocional ($d = 1.31$) y Claridad emocional ($d = 1.26$). Esto sugiere que la intervención fue efectiva no solo en la reducción global de la desregulación emocional, sino también en la mejora de habilidades específicas asociadas con la regulación emocional.

En cuanto a la prueba DASS - 21, los resultados indican una tendencia a la reducción en sintomatología emocional. El puntaje global presentó una disminución promedio de -14.62 puntos ($p = 0.076$, $d = 0.54$, efecto mediano). Las subescalas de depresión ($p = 0.08$, $d = 0.53$) y ansiedad ($p = 0.068$, $d = 0.56$) mostraron efectos medianos cercanos al umbral de significancia, mientras que estrés presentó un efecto pequeño ($d = 0.47$, $p = 0.23$).

Esto sugiere que el entrenamiento grupal en habilidades DBT influye de forma directa en los déficits de regulación emocional, evidenciado por los altos tamaños de efecto en el DERS y sus subescalas. El impacto sobre la sintomatología emocional general (DASS-21) podría requerir un seguimiento más prolongado o la integración de componentes complementarios para consolidar cambios clínicamente significativos en depresión, ansiedad y estrés.

Figura 3

Tamaño de efecto por variable – DERS y DASS - 21



Nota. Elaboración propia.

En conjunto, los datos respaldan la hipótesis alternativa planteada en el estudio, confirmando mejoras relevantes en las habilidades de regulación emocional y aportando evidencia empírica a favor del modelo de adquisición de habilidades de la DBT en población adolescente con dificultades graves de desregulación emocional.

Clasificación de cambio individual

Para explicar el efecto del entrenamiento grupal en habilidades de la terapia DBT sobre las dificultades graves de desregulación emocional, se establece una clasificación de cambio

individual con tres grupos de efecto: Disminución en la presentación de síntomas, sin variaciones en la presentación de síntomas y aumento en la presentación de síntomas en alguna escala. Esta clasificación se aplica considerando de forma simultánea los puntajes obtenidos por cada participante en las dos pruebas utilizadas DERS y DASS - 21 administradas en los momentos pre y post intervención. El procedimiento se basa en un patrón combinado de medidas pre - post, definido mediante criterios clínicos preestablecidos, que permiten evaluar de manera conjunta la magnitud y la dirección del cambio en ambas escalas. Este enfoque posibilita identificar con mayor precisión a los participantes que son seleccionados para la fase cualitativa del estudio, asegurando que la muestra represente los diferentes perfiles de respuesta a la intervención y permitiendo un análisis más profundo de los factores asociados a cada tipo de cambio.

- **Disminución en la presentación de síntomas:** Se clasificaron en este grupo aquellos participantes que mostraron una reducción consistente en sus puntajes en ambas pruebas, o una mejora clara en una de ellas sin que se evidenciara deterioro en la otra. Este patrón indica progresos clínicamente relevantes en la regulación emocional y/o en los síntomas emocionales (depresión, ansiedad y estrés). Este grupo representa a los individuos que respondieron favorablemente al entrenamiento en habilidades DBT, logrando cambios adaptativos sostenidos.
- **Sin variaciones en la presentación de síntomas:** Este grupo incluye a los participantes que presentan puntajes similares antes y después de la intervención, o cuya mejora mínima en una de las pruebas se ve compensada por un leve empeoramiento en la otra. Este patrón refleja estabilidad clínica sin avances o retrocesos significativos.

- **Aumento en la presentación de síntomas en alguna escala:** Se incluyeron en este grupo a aquellos participantes que empeoraron de manera relevante en al menos una de las pruebas, sin que existiera una mejora compensatoria en la otra. Este patrón evidencia un aumento en los síntomas de desregulación emocional y en síntomas emocionales. Estos casos son relevantes para el análisis cualitativo, ya que pueden aportar información sobre factores de riesgo o barreras al cambio durante el entrenamiento.

De esta manera, se hace la siguiente clasificación de los tres grupos en relación con los 13 registros, de los cuales se realizó el análisis estadístico:

Tabla 13

Grupos de clasificación de cambio individual

Disminución en la presentación de síntomas	Sin variaciones en la presentación de síntomas	Aumento en la presentación de síntomas en alguna escala
8	3	2

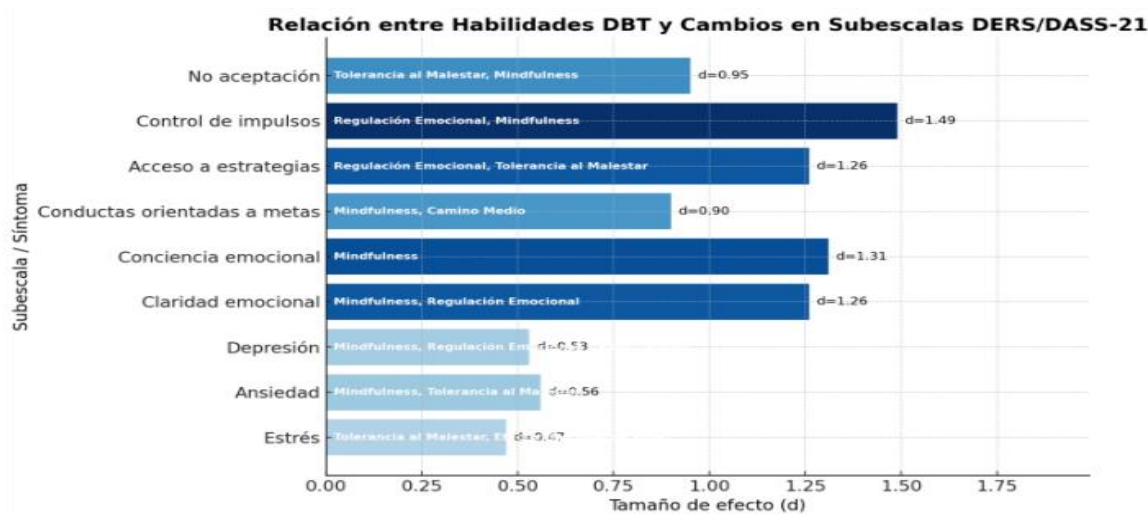
Nota. Elaboración propia.

Para concluir el análisis estadístico, se evidencia que los resultados cuantitativos muestran que el entrenamiento grupal en habilidades DBT se asocia con reducciones significativas y clínicamente relevantes en la desregulación emocional (DERS) y con descensos de magnitud mediana en la sintomatología emocional (DASS - 21), con una tendencia pequeña en Estrés.

De esta manera, las subescalas del DERS con mayor cambio significativo fueron todas en su totalidad, sin embargo, se destacan las siguientes: 1) dificultad en el control de impulsos, 2) falta de conciencia emocional, 3) acceso limitado a estrategias de regulación emocional. En el caso del DASS-21, las tres subescalas mostraron cambios, sin embargo, depresión y ansiedad fueron las que tuvieron mayor relevancia.

Figura 4

Relación entre habilidades DBT y las subescalas del DERS y DASS - 21



Nota. Elaboración propia

Teniendo en cuenta lo anterior, se determina por los resultados presentados en el análisis estadístico, las habilidades que aumentaron significativamente después del entrenamiento en los participantes fueron: 1) Mindfulness, 2) regulación emocional y 3) Tolerancia al malestar. Así pues, se sugiere que el aumento permitió en los participantes poder aprender el repertorio de estrategias DBT, reducir significativamente a actuar impulsivamente frente a emociones intensas e identificar y etiquetar las emociones.

Fase cualitativa: resultados narrativos

Esta fase cumplió el objetivo de explorar la percepción de los adolescentes y de sus acudientes acerca de los efectos del entrenamiento grupal en habilidades de DBT, con el fin de profundizar en la comprensión de los cambios observados en la fase cuantitativa y explicar los mecanismos subjetivos que los acompañan. En coherencia con los objetivos específicos 2 y 3,

esta etapa buscó describir cómo los participantes interpretan su experiencia de regulación emocional, los aprendizajes adquiridos durante el entrenamiento y las transformaciones percibidas en su funcionamiento emocional, conductual y familiar.

El análisis se llevó a cabo mediante el método de análisis de contenido de las entrevistas, en el cual se llevó un proceso de codificación y análisis del contenido de las narraciones obtenidas a través de entrevistas. Así pues, se permitió construir núcleos temáticos interpretativos y realizar el análisis de la información por medio de matrices de sentido.

Del proceso de análisis surgieron diferentes ideas emergentes que representan los ejes más significativos de la experiencia de los adolescentes y sus familias durante el entrenamiento grupal en habilidades de la terapia DBT. A continuación, se presentan dichas ideas acompañadas de fragmentos textuales que ejemplifican las percepciones de los participantes.

Para este fin se propone el siguiente modelo de explicación, el cual permite hacer el análisis cualitativo, teniendo en cuenta las categorías y subcategorías de análisis. Con base en las diez subcategorías de análisis se derivaron diez ideas emergentes que sintetizan las percepciones por adolescentes y acudientes al entrenamiento DBT. Estas categorías integran procesos intrapsíquicos (reconocimiento, validación, regulación) y contextuales (co-regulación familiar, negociación de límites).

Tabla 14

Modelo de explicación para el análisis cualitativo

Categorías De Análisis	Subcategorías De Análisis	Ideas emergentes	Ejemplo Cita Textual
Desregulación Emocional	Habilidades De Regulación Emocional	De la reactividad emocional al autocontrol consciente y validado	“Antes me auto agredía porque no sabía manejar lo que sentía, ahora dejo que la emoción pase sin que me controle”

	Habilidades De Mindfulness	Conciencia plena y autorregulación emocional	“Antes reaccionaba sin pensar, ahora respiro, miro lo que estoy sintiendo”
	Habilidades De Tolerancia Al Malestar	Del rechazo al malestar a la aceptación consciente y el afrontamiento activo	“Aprendí que no todo se puede cambiar, pero sí puedo soportarlo sin hacerme daño”
	Habilidades De Efectividad Interpersonal	Del conflicto a la comunicación consciente y la conexión empática	“Aprendí a poner límites sin pelear y eso ha mejorado mi relación con mi mamá”
	Habilidad Del Sendero Del Medio	Del pensamiento extremo al equilibrio dialéctico: integrar emociones, razón y aceptación	“Si tengo una posición muy polarizada, miro si hay grises; puede que él tenga la razón o puede que yo la tenga”
Depresión	Estado De Ánimo Bajo	Afrontamiento activo del estado de ánimo bajo	“A veces me siento mal, pero sé que en algún momento me tengo que parar y seguir con mi vida”
	Pérdida de Interés	Reconstrucción del interés y la motivación desde la acción consciente	“Lo primero a lo que acudo es acción opuesta; si no quiero hacer algo, lo hago y eso me ayuda a salir del bajón”
Ansiedad	Preocupación Constante	Regulación consciente de la preocupación constante	“Cuando siento presión en el pecho sé que me estoy preocupando más de lo necesario; ahí respiro o uso mi plan de crisis”
	Reacciones Físicas	Autorregulación fisiológica de la ansiedad	“Uso hielo en la cara o respiro profundo; eso me calma y evito que la ansiedad se me salga de control”
Estrés	Sobrecarga Emocional	Manejo dialéctico de la sobrecarga emocional	“Si me siento estresada, lloro y me libero, porque si no exploto”

Nota. Elaboración propia.

De este modo, se expone el análisis de las ideas emergentes según las respuestas de los participantes, distribuidas en las categorías de análisis 1) Desregulación emocional, 2) Depresión, 3) Ansiedad y 4) Estrés.

1) Categoría de desregulación emocional

La percepción de la desregulación emocional de los adolescentes después de haber terminado el entrenamiento grupal en habilidades DBT, se puede entender y relacionar con los sujetos, quienes perciben la adquisición y aplicación de las cinco habilidades que les permite regularse de manera más efectiva. Los adolescentes describen un proceso de aprendizaje progresivo orientado al reconocimiento, validación y manejo de las emociones intensas, lo cual favoreció el desarrollo de estrategias de autocontrol, reducción de la impulsividad y fortalecimiento de los vínculos familiares.

Habilidades de regulación emocional:

La idea emergente que permite entender esta subcategoría de análisis es la denominada “de la reactividad emocional al autocontrol consciente y validado”. El análisis de las entrevistas con adolescentes revela un cambio profundo en la forma en que los participantes comprenden y gestionan sus emociones. Antes del entrenamiento, las emociones intensas eran percibidas como estímulos incontrolables que conducían a respuestas impulsivas o conductas desadaptativas. Tras la implementación del programa grupal en habilidades DBT, los relatos evidencian un tránsito hacia un proceso consciente de autorregulación emocional, que combina el reconocimiento emocional, la aplicación de estrategias DBT y la validación en el contexto familiar.

En primer lugar, los adolescentes manifestaron haber desarrollado una mayor conciencia emocional que les permitió identificar, nombrar y diferenciar sus emociones. Reconocer lo que sienten se convirtió en un acto de validación interna, mediante el cual aprendieron a aceptar sus estados afectivos sin juzgarlos. Frases como “*antes no entendía mis emociones, ahora sé cuándo estoy empezando a enojarme y respiro*” (sujeto 3, en entrevista, 2025) o “*antes me auto agredía porque no sabía manejar lo que sentía, ahora dejo que la emoción pase sin que afecte tanto*”

(Sujeto 3, en entrevista, 2025) reflejan una redefinición de la relación con la emoción, que deja de ser vivida como una amenaza y se transforma en una experiencia manejable. Este proceso de reconocimiento emocional permite una desvinculación entre la emoción y la acción, donde sentir no implica necesariamente reaccionar impulsivamente.

En segundo lugar, se observa una implementación activa de estrategias y técnicas DBT como STOP, acción opuesta, verificación de hechos, respiración consciente, plan de crisis o DEAR MAN que facilitan la modulación de emociones intensas y el reemplazo de conductas impulsivas por respuestas reflexivas. Los adolescentes relatan cómo estas herramientas les permiten detenerse antes de reaccionar, aplicar estrategias concretas y recuperar el equilibrio emocional: *“mi primera reacción era acostarme o evadirme, pero ahora hago acción opuesta y cambia mi malestar de una forma impresionante”* (sujeto 1, en entrevista, 2025). Este aprendizaje no solo impacta el control emocional, sino también el comportamiento observable, evidenciando cambios en hábitos de autocuidado (sueño, alimentación y rutinas) y una disminución general en la vulnerabilidad emocional.

Además, los participantes identifican una mejora en las interacciones familiares, donde las habilidades aprendidas se aplican para resolver conflictos de forma dialogada y empática: *“me permitió mejorar mucho la relación con mis papás, pues muchas veces pienso antes de hablar o de actuar”* (sujeto 2, en entrevista, 2025), lo que ayuda a la regulación emocional del adolescente.

El hallazgo radica en la transferencia contextual de las habilidades DBT: las estrategias no permanecen en el plano individual, sino que se extienden al sistema familiar, promoviendo vínculos más saludables, resolución de conflictos y una regulación emocional sostenida en el tiempo.

Habilidades de mindfulness:

La idea emergente que permite identificar la percepción de los sujetos se señala como “conciencia plena y autorregulación emocional”. Los hallazgos obtenidos a partir de las entrevistas con adolescentes permiten identificar que el entrenamiento favoreció un proceso de autoconocimiento profundo y una mejora significativa en la capacidad de respuesta consciente frente a las emociones intensas. Esta idea emergente refleja el tránsito de los participantes desde una relación automática y reactiva con sus emociones hacia una atención plena y reflexiva, donde el control se alcanza no desde la represión, sino desde la comprensión y aceptación del momento presente.

En primer lugar, los adolescentes describen que la práctica de la conciencia plena les permitió reconocer y validar sus emociones sin juzgarlas, facilitando una conexión más auténtica consigo mismos. Los relatos dan cuenta de un proceso de autoconocimiento que posibilita distinguir entre el pasado, el presente y la interpretación emocional de cada experiencia. Un participante expresa: *“estar bien consciente de lo que está pasando me hizo desarraigar el recuerdo de la emoción y la situación de ahora, entonces siento que eso me ayudo”* (sujeto 1, en entrevista, 2025). Estas expresiones reflejan el desarrollo de una aceptación activa de la realidad, donde se reconoce el dolor sin evadirlo, integrándolo como parte inevitable de la experiencia humana.

Los adolescentes reconocen que la práctica del mindfulness ha generado una atención sin juicio hacia sus pensamientos y emociones, que ahora son observados como eventos pasajeros más que como determinantes de la conducta. Este cambio de perspectiva implica pasar de una vivencia de mera supervivencia emocional “solo existir” a una experiencia de presencia consciente, donde se habita el aquí y el ahora con mayor serenidad y apertura. Técnicas como la

atención plena en la respiración, la autoobservación y la aceptación radical constituyen pilares fundamentales de este proceso, al fomentar una mayor sintonía entre mente, cuerpo y emoción. En este sentido, la conciencia plena actúa como un puente hacia la autorregulación, permitiendo que los adolescentes reconozcan sus estados emocionales y actúen desde la comprensión y no desde la reacción impulsiva.

En segundo lugar, los discursos revelan una evolución hacia la regulación emocional mediante respuestas conscientes, que sustituyen la impulsividad y la evasión por estrategias deliberadas de afrontamiento. La incorporación de la mente sabia, estado en el que convergen la mente racional y la mente emocional, emerge como una práctica central en este cambio. Un adolescente manifiesta: *“cuando reaccionaba automáticamente me metía en muchos problemas...ahora me calmo, estoy en mi mente sabia entonces yo puedo saber que es oportuno para el momento”* (Sujeto 3, en entrevista, 2025), reflejando la consolidación de un equilibrio entre emoción y razón. Este proceso se acompaña del uso constante de técnicas específicas de DBT, como TIP (técnicas para reducir emociones intensas mediante activación física y regulación respiratoria), STOP (detenerse, observar y actuar conscientemente) y respiración consciente, las cuales permiten reducir la intensidad emocional y recuperar el control en momentos críticos. Frases como *“uso TIP o mindfulness para no concentrarme en la emoción y que no siga subiendo... o hacer stop y veniros un momento”* (Sujeto 8, en entrevista, 2025) ilustran la apropiación de estas herramientas como recursos de afrontamiento autónomo.

El hallazgo radica en que los adolescentes incorporan el mindfulness no solo como una herramienta clínica, sino como una práctica cotidiana de vida, capaz de transformar la impulsividad en reflexión, la reactividad en serenidad y el juicio en aceptación. Este cambio marca un paso esencial hacia la construcción de una regulación emocional sostenible y

participativa, que trasciende el espacio terapéutico y se instala en la dinámica relacional y familiar.

Habilidades de tolerancia al malestar:

La idea emergente que llevó el análisis de las habilidades de tolerancia al malestar tiene que ver con lo denominado “del rechazo al malestar a la aceptación consciente y el afrontamiento activo”. Se evidencia que el entrenamiento en habilidades de tolerancia al malestar promovió un cambio sustancial en la manera en que los participantes comprenden, experimentan y afrontan el dolor emocional. Esta categoría de sentido sintetiza un proceso de transformación del sufrimiento reactivo hacia la aceptación consciente y el afrontamiento funcional del malestar, lo cual se traduce en una mayor autorregulación emocional, control conductual y estabilidad relacional.

En primer lugar, los adolescentes describen la aceptación radical como una experiencia liberadora que les permite encontrar paz interior y reducir la intensidad de las emociones negativas. Aceptar el momento presente sin negarlo ni amplificarlo se convierte en una estrategia central para no prolongar el sufrimiento. Los participantes expresan que *“aceptar las cosas hace que estés más en paz contigo misma”* (Sujeto 1, en entrevista, 2025) o que *“al transitarlo, al tratarlo, al regularme emocionalmente en el momento me ha ayudado demasiado de una forma increíble”* (Sujeto 1, en entrevista, 2025). Esta práctica implica un tránsito de la lucha contra las emociones hacia su reconocimiento consciente, favoreciendo la regulación emocional y la disminución de conflictos internos.

En segundo lugar, los discursos muestran la incorporación de estrategias concretas de afrontamiento ante crisis emocionales, especialmente el uso del plan de crisis y la habilidad STOP como medios para prevenir la impulsividad y manejar los primeros signos de

desbordamiento. Los adolescentes identifican los indicios físicos y emocionales del malestar palpitations, tensión muscular, respiración agitada y aplican recursos sensoriales para modular su respuesta: hielos, sabores ácidos, respiración consciente o distracción con estímulos agradables. Estas técnicas, que componen el llamado kit de emergencia DBT, permiten pausar antes de actuar, prevenir conductas autolesivas y recuperar el control. *“uso TIP o mindfulness para no concentrarme en la emoción y que no siga subiendo” (Sujeto 8, en entrevista, 2025), o “cuando me siento muy mal, agarro un hielo o respiro profundo hasta que se me pasa un poco” (Sujeto 13, en entrevista, 2025).*

En tercer lugar, los participantes destacan un fortalecimiento activo de la relación con sus emociones, entendiendo el malestar no como algo que debe evitarse, sino como una experiencia que puede ser transitada de forma consciente. Antes del entrenamiento, los adolescentes tendían a reprimir o escapar del sufrimiento, lo que producía acumulación emocional y estallidos impulsivos. En la actualidad, expresan haber aprendido a “sentir sin actuar”, reconociendo que el malestar disminuye cuando se permite su curso natural. Esta comprensión transforma su modo de relacionarse consigo mismos y con los demás: ahora logran expresar lo que sienten sin explotar y cuidar su bienestar mediante estrategias de afrontamiento saludable. El hallazgo muestra que la tolerancia al malestar emerge no como una simple estrategia clínica, sino como una forma de relación madura con la propia vulnerabilidad emocional, extendida también al contexto familiar.

Habilidades de efectividad interpersonal:

La idea emergente, correspondiente a este análisis es denominada “del conflicto a la comunicación consciente y la conexión empática”. El análisis de los relatos de los adolescentes evidencia que el entrenamiento grupal en efectividad interpersonal generó transformaciones significativas en la forma de comunicarse, establecer límites y relacionarse emocionalmente con

los demás. Esta categoría de sentido muestra un tránsito desde la impulsividad y la pasividad hacia una comunicación consciente, asertiva y empática, que promueve la autorregulación emocional y fortalece los vínculos afectivos.

En primer lugar, los adolescentes describen haber aprendido a expresar sus emociones y necesidades con claridad y respeto, sin recurrir a la reactividad o al silencio defensivo. El uso del modelo DEAR MAN una de las técnicas centrales del módulo DBT se ha convertido en un recurso cotidiano para comunicar lo que sienten de manera estructurada y reflexiva. Frases como *“uso el DEAR MAN porque me sirve mucho para expresar lo que siento”* (Sujeto 1, en entrevista, 2025) o *“antes decía lo primero que se me ocurría”* (sujeto 3, en entrevista, 2025) ilustran un proceso de internalización funcional de la comunicación asertiva, entendida no como un protocolo técnico, sino como una práctica emocionalmente consciente. Los sujetos manifiestan que *“ordenar lo que se siente antes de hablar”* (Sujeto 1, en entrevista, 2025) les permite mantener la calma y reducir los conflictos.

La comunicación asertiva emerge, así, como una estrategia de autorregulación que transforma la impulsividad verbal en diálogo reflexivo. En la comprensión de los adolescentes, comunicar asertivamente significa decir las cosas sin ofender y defenderse sin atacar, configurando una nueva forma de interacción emocional basada en el respeto mutuo y la validación recíproca.

En segundo lugar, los participantes relatan un proceso de reconocimiento y fortalecimiento de los límites personales, vinculado al desarrollo de la autoeficacia emocional y del autorrespeto. Las expresiones *“antes no ponía límites, dejaba que me pisotearan”* (Sujeto 5, en entrevista, 2025) y *“ahora digo no me gusta, no quiero”* (Sujeto 5, en entrevista, 2025) reflejan un cambio profundo desde la complacencia o la sumisión hacia la autonomía afectiva.

En sus relatos, poner límites no se asocia con el rechazo o el distanciamiento, sino con la protección del bienestar personal y el fortalecimiento de la identidad. Los adolescentes entienden que decir “no” no significa perder amor o aceptación, sino reconocerse como sujetos con valor y dignidad emocional.

Este proceso está mediado por la aplicación de técnicas como FAST (mantener la firmeza y la congruencia en la comunicación) y GIVE (ser amable, validar al otro y mantener la relación), las cuales les permiten sostener límites sin deteriorar los vínculos. La habilidad de establecer límites se convierte, así, en un indicador de autovaloración y de equilibrio entre independencia y conexión.

En tercer lugar, los discursos reflejan una mejora sustancial en las relaciones interpersonales y familiares, marcada por una mayor apertura emocional, empatía y disposición al diálogo. Los adolescentes relatan que pasaron de la desconfianza o el aislamiento a la reconstrucción de lazos significativos: *“antes no tenía amigos, ahora sí tengo”* (Sujeto 8, en entrevista, 2025), *“mi relación con mis papás cambió mucho, ahora los abrazo”* (Sujeto 2, en entrevista, 2025). Estas expresiones revelan que la efectividad interpersonal ha trascendido la comunicación funcional para convertirse en un proceso de reconexión emocional y vincular.

En este sentido, la efectividad interpersonal no se limita a comunicarse bien, sino que se entiende como una forma de transformación relacional, donde el reconocimiento del otro y la autorregulación convergen para generar vínculos más estables y compasivos. Las habilidades DEAR MAN, FAST y GIVE funcionan como herramientas de mediación emocional, pero también como dispositivos de crecimiento personal y social.

El hallazgo radica en que los adolescentes no solo aplican las estrategias DBT en el contexto terapéutico, sino que las generalizan a su vida cotidiana, reconfigurando su forma de

comunicarse y de vincularse con los demás desde una postura más consciente, empática y autorregulada, abriéndose a nuevos espacios sociales.

Habilidad del Sendero del Medio:

El análisis corresponde a la idea emergente “del pensamiento extremo al equilibrio dialéctico: integrar emociones, razón y aceptación”. Se identifica que la habilidad del Sendero del Medio se consolidó como un proceso de aprendizaje emocional que promueve la flexibilidad cognitiva, la aceptación ante el conflicto y la capacidad para tolerar la frustración. Esta idea refleja una transición profunda: los participantes pasaron de una visión rígida y polarizada de las experiencias (“todo o nada”, “yo tengo la razón”) hacia una comprensión más dialéctica, en la que reconocen que es posible mantener el equilibrio entre emociones, pensamientos y acciones opuestas.

En primer lugar, los adolescentes describen la flexibilización cognitiva como uno de los principales logros del entrenamiento. Explican que ahora son capaces de analizar distintas perspectivas y reconocer que las situaciones no siempre se reducen a extremos. En sus relatos aparece con frecuencia la metáfora de “ver grises”, asociada a un cambio en la forma de pensar y de relacionarse: “*si tengo una posición muy polarizada, miro si hay grises*” (Sujeto 13, en entrevista, 2025) o “*puede que él tenga la razón o puede que yo la tenga*” (Sujeto 5, en entrevista, 2025). Este cambio cognitivo representa el tránsito de un pensamiento rígido y defensivo hacia un pensamiento abierto, reflexivo y relacional, que les permite responder con calma y mantener relaciones más equilibradas. El reconocimiento del punto medio no implica neutralidad pasiva, sino la integración activa de perspectivas diversas, lo cual fortalece la toma de decisiones realistas y el manejo de los desacuerdos.

En segundo lugar, la aceptación y regulación emocional ante el conflicto se configura como un eje central de la experiencia adolescente. Los participantes expresan haber aprendido a aceptar las diferencias sin necesidad de reaccionar impulsivamente, reconociendo que algunas situaciones no pueden cambiar y que responder con serenidad contribuye al bienestar personal y relacional. Frases como *“acepto la situación que me incomoda y eso me ayuda a no tener tantos problemas”* (Sujeto 1, en entrevista, 2025) o *“tú opinas lo tuyo, yo opino lo mío”* (Sujeto 8, en entrevista, 2025) reflejan una comprensión madura de aceptar la realidad tal como es sin resignarse a ella.

Los adolescentes indican que antes solían involucrarse en discusiones intensas, pero ahora logran mantener conversaciones más racionales y empáticas *“antes peleábamos un montón, ahora es una conversación racional”* (Sujeto 2, en entrevista, 2025). La aceptación se convierte, en este sentido, en una forma de autocuidado y de fortalecimiento de los vínculos afectivos, reduciendo el impacto del malestar y promoviendo interacciones más constructivas.

El hallazgo radica en que los adolescentes no solo aplican esta habilidad en contextos terapéuticos o familiares, sino que la proyectan a su vida cotidiana como una forma de interpretar el mundo con mayor apertura y serenidad. El Sendero del Medio se convierte, así, en una herramienta vital para gestionar los contrastes de la adolescencia, promoviendo un desarrollo emocional más equilibrado y una convivencia fundamentada en la empatía, la aceptación y la reflexión.

2) Categoría de depresión

La percepción de la depresión como síntoma por parte de los adolescentes después de haber terminado el entrenamiento grupal en habilidades DBT, se puede entender y relacionar en

que los sujetos relatan un tránsito desde la apatía y la pérdida de interés hacia la acción consciente y la tolerancia emocional. Las estrategias aprendidas, especialmente la acción opuesta y la aceptación radical, permitieron resignificar la tristeza como una emoción manejable, vinculada al crecimiento personal y no al estancamiento afectivo.

Estado de ánimo bajo:

El análisis corresponde a la idea emergente “afrontamiento activo del estado de ánimo bajo”. El entrenamiento grupal en habilidades DBT favoreció una transformación profunda en la manera en que los adolescentes comprenden y afrontan la tristeza y el desánimo. El estado de ánimo bajo deja de ser interpretado como un signo de debilidad o derrota para ser comprendido como una emoción transitoria que puede ser gestionada mediante acción consciente, aceptación y flexibilidad. Esta idea refleja la transición de la inmovilidad emocional hacia la acción con propósito, sustentada en el principio de acción opuesta y en estrategias de autocuidado que promueven la regulación y la estabilidad afectiva.

En primer lugar, los adolescentes describen la activación conductual y la acción opuesta frente al desánimo como un recurso central para salir del ciclo de la tristeza. La acción, aunque mínima, es percibida como un mecanismo que restaura el equilibrio emocional y previene el aislamiento. En sus palabras: *“lo primero a lo que acudo es acción opuesta y me ha servido demasiado”* (Sujeto 1, en entrevista, 2025), *“si no quiero hacer algo, lo hago”* (Sujeto 2, en entrevista, 2025). Estas expresiones evidencian la comprensión de que la conducta puede transformar el estado emocional, donde se promueve actuar en sentido contrario a la emoción desadaptativa para modificar su curso. Los adolescentes relatan que realizar actividades como salir de casa, contactar amigos, escuchar música o cumplir con rutinas cotidianas los ayuda a disminuir el malestar.

En segundo lugar, las narrativas reflejan una comprensión realista del malestar y una actitud activa frente a la tristeza. Los adolescentes reconocen que, aunque el estado de ánimo bajo persiste en algunos momentos, ahora cuentan con estrategias para afrontarlo sin rendirse ante él. Frases como *“a veces simplemente me siento mal, pero sé que en algún momento me tengo que parar... aunque me siento desanimado, hago el esfuerzo y continúo con mi vida”* (Sujeto 2, en entrevista, 2025) revelan una internalización del principio de aceptación activa del malestar, entendida no como resignación, sino como disposición para avanzar a pesar de las emociones negativas. Esta conciencia de progreso, acompañada de orgullo por el propio esfuerzo, refleja la consolidación de autoeficacia, que fortalece el sentido de logro y la capacidad de persistir ante la adversidad.

El hallazgo radica en que el entrenamiento DBT permitió que los adolescentes reinterpretaran el malestar como una oportunidad para actuar con propósito y construir bienestar. La tristeza se transforma así en un espacio de crecimiento y regulación, donde la acción se convierte en sinónimo de esperanza y flexibilidad en una práctica cotidiana

Pérdida de interés:

El análisis se realizó bajo la percepción de la idea emergente “reconstrucción del interés y la motivación desde la acción consciente”. La pérdida de interés constituye una experiencia emocional relevante, vinculada al desánimo y la desmotivación, pero también a la posibilidad de transformación mediante la regulación emocional y la acción consciente. Los adolescentes aprenden que el desinterés no es un estado permanente ni una identidad emocional, sino un indicador que puede gestionarse mediante decisiones conductuales orientadas al bienestar.

En primer lugar, se observa un proceso de gestión emocional del desinterés y la desmotivación, en el cual los adolescentes reconocen la relación entre sus pensamientos,

emociones y comportamientos. Antes de la intervención, describen el desinterés como una experiencia paralizante caracterizada por la inactividad, la apatía y el aislamiento social. Sin embargo, tras el entrenamiento en habilidades DBT, comprenden que este estado puede manejarse a través del reconocimiento consciente y la puesta en práctica de estrategias adaptativas.

Los participantes expresan que han aprendido a identificar señales tempranas de desánimo como pensamientos negativos o sensación de vacío y a responder activamente antes de que el malestar se intensifique. Frases como *“me sentí muy desmotivada, me sentí muy mal y lo que hice fue acción opuesta... me puse a organizar mi cuarto y eso me ayudó a que el malestar fluyera”* (Sujeto 1, en entrevista, 2025) o *“un día dije ya no más y fui a clase, aunque estaba en un episodio depresivo”* (Sujeto 1, en entrevista, 2025) ilustran cómo la acción opuesta se convierte en una herramienta de autocontrol y de regulación emocional.

En esta comprensión, actuar no depende de sentir ganas, sino de elegir actuar para generar movimiento emocional, en donde los adolescentes asumen la acción como un gesto de resistencia y cuidado personal, comprendiendo que moverse, socializar o cumplir rutinas favorece la regulación del ánimo y la reconexión con el entorno.

Asimismo, destacan un cambio en la percepción de sí mismos: los individuos se reconocen como sujetos activos en su bienestar y expresan orgullo al notar que aplican las estrategias sin que nadie se los recuerde. Tal autoconciencia refleja una madurez emocional emergente, sustentada en la autogestión y la constancia.

El hallazgo muestra la comprensión de que la motivación no antecede a la acción, sino que surge de ella: actuar se convierte en la vía para recuperar el interés, fortalecer la flexibilidad

y sostener el bienestar. Así, la pérdida de interés deja de representar un síntoma de vacío para convertirse en una oportunidad de crecimiento psicológico y equilibrio emocional.

3) *Categoría de ansiedad*

La percepción de la ansiedad como síntoma por parte de los adolescentes después de haber terminado el entrenamiento grupal en habilidades DBT, se puede entender y relacionar en que los relatos evidencian un proceso de autoconciencia y autorregulación. Los adolescentes aprenden a identificar las señales cognitivas, fisiológicas y emocionales que anticipan las crisis de ansiedad, aplicando de manera autónoma técnicas de respiración, mindfulness y plan de crisis. Esto les permite disminuir la intensidad de las preocupaciones, prevenir desbordes emocionales y mantener un funcionamiento cotidiano más estable.

Preocupación constante:

El análisis se realizó bajo la idea emergente denominada “regulación consciente de la preocupación constante”. La preocupación constante, anteriormente vivida como un ciclo incontrolable de ansiedad y anticipación, se ha transformado en un proceso de autoconciencia y regulación emocional progresiva. Los participantes evidencian una transición desde respuestas impulsivas y evitativas hacia estrategias conscientes y funcionales, basadas en el reconocimiento temprano de los signos ansiosos y en la aplicación oportuna de habilidades aprendidas durante el entrenamiento grupal DBT. Esta categoría de sentido refleja un proceso de internalización y generalización del aprendizaje emocional, en el cual los individuos logran contener la preocupación sin reprimirla, utilizando recursos que promueven equilibrio psicológico y autonomía.

En primer lugar, los adolescentes destacan el reconocimiento y la gestión de la ansiedad como un logro central del entrenamiento. Antes del entrenamiento, describen que la preocupación era un fenómeno abrumador y fuera de control, caracterizado por pensamientos anticipatorios, miedos irracionales, tensión corporal, insomnio y conductas de aislamiento. Tras la intervención, los participantes manifiestan haber desarrollado una mayor capacidad de autoobservación, reconociendo los primeros signos mentales y fisiológicos de la ansiedad. Frases como *“cuando pienso mucho en lo que puede pasar”* (Sujeto 8, en entrevista, 2025) o *“cuando siento presión en el pecho sé que me estoy preocupando más de lo necesario”* (Sujeto 1, en entrevista, 2025) evidencian este cambio en la autopercepción emocional. Este reconocimiento temprano permite interrumpir el curso ascendente de la ansiedad y aplicar estrategias de regulación antes de que se produzca la crisis. Un participante expresa: *“yo antes era muy ansiosa, demasiado, y eso me afectaba mucho; ya ahora lo manejo de mejor manera: cuando es un ataque de ansiedad me controlo con mi plan de crisis, practico habilidades y así ha mejorado mucho mi ansiedad”* (Sujeto 1, en entrevista, 2025). El plan de crisis, junto con el uso de técnicas de mindfulness y respiración consciente, se convierte en un recurso de seguridad que ofrece estructura, control y calma.

En segundo lugar, los adolescentes describen una notable reducción del impacto de la preocupación y una capacidad sostenida para mantener el equilibrio emocional. Los participantes explican que la práctica constante de las habilidades aprendidas les ha permitido integrar la regulación emocional más allá de los momentos de crisis. Antes, la preocupación ocupaba gran parte de su energía y tiempo, afectando su rendimiento y su bienestar; ahora, logran identificar cuándo están rumiando pensamientos o anticipando escenarios negativos, y activan estrategias como la mente sabia, el STOP o la acción opuesta para romper el ciclo.

En sus palabras, controlar la preocupación no significa eliminarla, sino reducir su interferencia en la vida cotidiana. Algunos relatan que, aunque siguen experimentando ansiedad, está ya no los paraliza ni los desconecta de sus actividades: *“aunque me preocupo, puedo seguir haciendo mis cosas, estudiar o salir, porque sé cómo controlarlo”* (Sujeto 2, en entrevista, 2025). Esta actitud demuestra un avance hacia la aceptación activa de la ansiedad como una emoción transitoria y manejable. En lugar de luchar contra ella, los adolescentes la interpretan como una señal que les recuerda el uso de sus recursos de autocontrol. El cambio se evidencia también en el ámbito funcional: los sujetos reportan mejoras en su rendimiento académico, relaciones familiares y capacidad para enfrentar situaciones estresantes.

El hallazgo resalta el valor terapéutico del enfoque dialéctico: los sujetos aprenden que la estabilidad no proviene de la ausencia de malestar, sino de la capacidad de reconocerlo, regularlo y continuar actuando con serenidad y propósito.

Reacciones físicas:

El análisis constituye la exploración de la idea emergente “autorregulación fisiológica de la ansiedad”. Se expresa una evolución desde la reactividad corporal hacia la regulación integrada, en la que el cuerpo deja de ser un generador de miedo para convertirse en un instrumento de autorregulación emocional y bienestar.

En un primer nivel, los adolescentes desarrollan una mayor conciencia corporal y reconocimiento de las señales fisiológicas de la ansiedad. En sus relatos describen con precisión los síntomas que antes resultaban confusos o abrumadores: respiración acelerada, tensión muscular, rigidez, sudoración, temblores o sensación de opresión torácica. Antes del entrenamiento DBT, estas experiencias eran vividas como manifestaciones incontrolables que

generaban temor o irritabilidad: *“sentía que no podía controlar mi cuerpo, que algo malo iba a pasar”* (Sujeto 8, en entrevista, 2025).

Sin embargo, tras el entrenamiento, los individuos expresan haber aprendido a observar estas reacciones como parte natural del proceso emocional, comprendiendo que no indican peligro, sino activación. Frases como *“cuando tiemblo o sudo, sé que tengo que respirar o usar hielo para calmarme”* (Sujeto 1, en entrevista, 2025) muestran un cambio fundamental en su relación con el cuerpo. El reconocimiento temprano de los signos físicos de la ansiedad les permite intervenir antes de que la emoción se desborde, utilizando estrategias adaptativas que restauran el equilibrio fisiológico y emocional.

En un segundo nivel, los adolescentes explican el uso funcional de estrategias fisiológicas para manejar la activación corporal, evidenciando una aplicación práctica del módulo de tolerancia al malestar y regulación emocional de la DBT. Las técnicas más mencionadas incluyen el método TIP (cambio de temperatura, respiración controlada y relajación muscular progresiva), junto con recursos sensoriales como el contacto con hielo, el uso de agua fría o la ingesta de dulces ácidos. Un participante relata: *“utilizo mi plan de crisis, uso hielos... y eso me ayuda demasiado a calmarme”* (Sujeto 1, en entrevista), mientras otro comenta: *“el cambio de temperatura o concentrarme con la respiración cuadrada me funciona mucho”* (Sujeto 5, en entrevista, 2025).

En un tercer nivel, se observa un proceso de aceptación corporal y regulación integrada, en el que los adolescentes ya no temen las respuestas físicas de la ansiedad, sino que las interpretan como información útil. Expresan que ahora escuchan lo que el cuerpo les comunica sin asustarse, lo cual favorece una relación más compasiva y menos reactiva con su propia fisiología. Los adolescentes han pasado de percibir las reacciones físicas como amenazas

incontrolables a reconocerlas como señales útiles de autoconocimiento y regulación. Se resalta que el cuerpo, antes fuente de temor, se convierte en una herramienta de equilibrio, conciencia y poder personal.

4) Categoría de estrés

La percepción del estrés como síntoma por parte de los adolescentes después de haber terminado el entrenamiento grupal en habilidades DBT, se puede entender y relacionar en que este integra la experiencia de sobrecarga emocional y el desarrollo de estrategias de afrontamiento funcional. Los participantes relatan haber pasado de reacciones impulsivas y evitativas a respuestas reflexivas basadas en autocuidado, aceptación y acompañamiento familiar. El apoyo mutuo entre adolescentes y acudientes se consolida como un factor protector, evidenciando la transferencia del aprendizaje DBT al contexto relacional.

Sobrecarga emocional:

La idea emergente que permite el análisis de la sobrecarga emocional es “manejo dialéctico de la sobrecarga emocional”. La sobrecarga emocional deja de ser una experiencia paralizante para convertirse en una oportunidad de autorregulación y conexión relacional. Esta categoría de sentido refleja la apropiación de las habilidades DBT en el manejo del estrés, mostrando cómo los participantes integran estrategias cognitivas, conductuales y familiares para sostener su equilibrio emocional frente a las demandas cotidianas.

En primer lugar, los adolescentes destacan el desarrollo de estrategias de autocontrol como resultado del reconocimiento de la intensidad emocional. Comprenden que el primer paso para regular el estrés es identificar cuándo las emociones comienzan a intensificarse. Antes del entrenamiento, describen haber reaccionado con rabia, llanto o aislamiento ante la mínima

frustración, sin entender qué provocaba esas respuestas. Tras el proceso DBT, expresan haber aprendido a detenerse antes de actuar, utilizando habilidades como Stop, respiración consciente y acción opuesta para responder de manera reflexiva.

Afirman que *“cuando siento que el estrés me supera hago acción opuesta, intento mentalizarme que esto va a pasar”* (Sujeto 1, en entrevista, 2025), lo que refleja un entendimiento maduro del autocontrol como un proceso activo, no como una negación emocional. Esta comprensión les permite reconocer que el control no implica suprimir lo que sienten, sino elegir cómo responder ante ello. El reconocimiento temprano del malestar funciona como un punto de partida para aplicar las estrategias aprendidas y prevenir el desbordamiento, fortaleciendo su sensación de autoeficacia y dominio personal. De este modo, la regulación emocional se convierte en una práctica aprendida, en lugar de un rasgo innato.

En segundo lugar, los adolescentes describen la implementación de conductas de afrontamiento funcional ante la sobrecarga emocional, mostrando una clara transición desde estrategias evitativas hacia respuestas adaptativas y conscientes. En sus relatos, explican que el afrontamiento no consiste en “evitar” o “bloquear” el estrés, sino en aceptarlo y gestionarlo de forma activa. Frases como *“si me siento estresada, lloro y me libero, porque si no exploto”* (Sujeto 5, en entrevista, 2025) o *“cuando me desbordo, pido ayuda o hago pausas activas”* (Sujeto 13, en entrevista, 2025) ilustran un proceso de aceptación emocional y búsqueda de equilibrio.

Finalmente, tanto adolescentes resaltan la importancia del apoyo familiar como estrategia compartida para contener el estrés. Los adolescentes reconocen que sentirse escuchados y validados por sus padres o acudientes les brinda calma y seguridad emocional: *“cuando me estreso, me encierro, pero ya reflexiono y hablo con ellos”* (Sujeto 2, en entrevista, 2025). Este

acompañamiento crea un entorno emocionalmente más contenedor, donde la comunicación reemplaza al conflicto y la empatía sustituye la crítica. De este modo, la regulación deja de ser una tarea individual para convertirse en una práctica relacional compartida, fortaleciendo los vínculos familiares y disminuyendo la carga emocional percibida por todos los miembros del hogar.

A continuación, se expondrá el análisis de estas mismas ideas de sentido, según la percepción de los acudientes. Lo anterior, con el fin de cumplir el objetivo específico número tres, en donde al análisis se añadió la percepción de los padres o acudientes de los adolescentes con dificultades graves de desregulación emocional después de haber terminado el entrenamiento grupal en habilidades de la terapia DBT.

1) Categoría de desregulación emocional desde la perspectiva de los acudientes

Habilidades de regulación emocional:

La idea emergente denominada “de la reactividad emocional al autocontrol consciente y validado” expresa la mirada de los cuidadores sobre un proceso de cambio que no solo modificó las conductas de los adolescentes, sino también su propio modo de acompañar, escuchar y sostener emocionalmente.

Desde la percepción de los acudientes, el entrenamiento grupal en habilidades DBT significó una transformación profunda en la manera como los adolescentes enfrentan las emociones intensas y, en consecuencia, en la dinámica emocional familiar. Los padres y cuidadores describen haber presenciado un cambio gradual desde la impulsividad y la desregulación hacia un manejo más consciente, reflexivo y equilibrado de las emociones.

Los acudientes relatan que antes del entrenamiento los adolescentes eran más propensos a actuar bajo la intensidad del momento, presentando conductas explosivas o evitativas ante la frustración. Sin embargo, después del proceso, observan que los adolescentes aplican con mayor frecuencia las estrategias aprendidas en DBT, como la respiración consciente, el uso del STOP y la acción opuesta. Un acudiente comenta: *“Antes todo era gritos o llanto, ahora ella dice que está enojada y se encierra a respirar, ya no destruye nada”* (Acudiente 1, S5, en entrevista, 2025).

Este tipo de testimonios muestra que los acudientes reconocen la existencia de una autorregulación emocional adquirida y un mayor control conductual en sus hijos. Dicha percepción se asocia a la comprensión de que el entrenamiento no solo les proporcionó herramientas, sino también un modo diferente de pensar y reaccionar frente a las emociones. Los padres refieren que sus hijos ahora piensan antes de hablar o se calman antes de actuar, demostrando que el proceso de regulación emocional se ha trasladado del espacio terapéutico al contexto familiar cotidiano.

Además, los acudientes destacan un cambio en la forma en que ellos mismos acompañan las crisis emocionales de sus hijos. Antes, las reacciones familiares tendían a ser punitivas o de sobreprotección; ahora, comprenden la importancia de la validación emocional como base para la regulación conjunta. Un acudiente menciona: *“Antes me desesperaba cuando se alteraba, ahora trato de dejarla respirar y esperar a que use lo que aprendió, ya no entro en pánico como antes”* (Acudiente 1, S1, en entrevista, 2025).

Estas percepciones muestran cómo la validación familiar se convierte en un espacio de co-regulación emocional, donde los adolescentes sienten confianza para expresar lo que experimentan sin miedo a la crítica o la sanción. Los acudientes identifican que el ambiente

emocional del hogar influye directamente en la estabilidad de sus hijos, y por ello procuran mantener una comunicación serena y un acompañamiento constante durante las crisis. En sus palabras, *“ya no se trata de quitarles la emoción, sino de ayudarles a pasar por ella sin que se hagan daño”* (Acudiente 2, S1, en entrevista, 2025).

Habilidades de mindfulness:

La idea de emergente denominada “conciencia plena y autorregulación emocional” Desde la mirada de los acudientes, los adolescentes tienen una mayor capacidad para detenerse, observar y responder con calma ante situaciones de estrés o conflicto. Este cambio es descrito como un tránsito de la reacción inmediata a la reflexión consciente, donde los adolescentes aprenden a observar lo que sienten sin dejarse dominar por la emoción.

Los acudientes destacan que antes del entrenamiento, sus hijos tendían a reaccionar de forma automática gritando, llorando o evadiendo la situación, mientras que ahora logran pausar, respirar y analizar antes de responder. Un acudiente menciona: *“Antes todo era impulso, hablaba sin pensar; ahora respira, se queda callada un momento y luego me dice lo que siente con calma”* (Acudiente 1, S1, en entrevista, 2025).

Los acudientes no solo observan estos cambios en los individuos, sino que reconocen haber incorporado ellos mismos algunas de las prácticas de mindfulness, especialmente en los momentos de tensión familiar. Varios refieren que el entrenamiento les enseñó a acompañar desde la quietud, evitando responder desde la frustración o la urgencia. *“Yo también aprendí a detenerme; cuando la veo alterada, respiro y pienso con ella, le digo que se calme y que piense en lo que está sintiendo”* (Acudiente 1, S1, en entrevista, 2025).

Esta co-práctica se convierte en una forma de co-regulación emocional, donde la presencia serena del acudiente funciona como modelo y sostén para el adolescente. El acto de

respirar juntos simboliza un aprendizaje compartido, que fortalece la relación y reduce la intensidad de las crisis. Los acudientes entienden que estar presentes implica no solo observar, sino también acompañar sin juicio, permitiendo que el otro transite su emoción con autonomía.

Habilidades de tolerancia al malestar:

La idea emergente denominada “del rechazo al malestar a la aceptación consciente y el afrontamiento activo” desde la mirada de los acudientes, antes del entrenamiento DBT, los adolescentes tendían a evitar o reprimir el dolor emocional, lo que generaba acumulación de malestar, explosiones emocionales y conflictos familiares. Tras el proceso terapéutico, los acudientes perciben que los sujetos han desarrollado una actitud más consciente y calmada ante las emociones difíciles, aprendiendo a atravesar el malestar sin dejarse dominar por él.

Para los acudientes, aceptar el momento presente se ha convertido en un indicador de madurez emocional y de estabilidad interna. Afirman que sus hijos están más en paz consigo mismos y que esta actitud de aceptación ha reducido las reacciones impulsivas y los conflictos cotidianos: “Antes todo era drama o gritos, ahora la veo respirar y decir: *‘ya pasará, no puedo cambiarlo, pero lo puedo manejar’*. Eso para mí es un avance enorme” (Acudiente 1, S5, en entrevista, 2025).

Los acudientes también reconocen la incorporación efectiva de estrategias concretas, como el plan de crisis y la técnica STOP (detenerse, dar un paso atrás, observar y proceder conscientemente), como recursos que permiten a los adolescentes manejar sus emociones antes de llegar al desborde. “Cuando la veo alterada, ella misma dice que va a hacer STOP o busca su caja de herramientas; eso evita que se lastime o que grite como antes” (Acudiente 1, S2, en entrevista, 2025).

En suma, los acudientes comprenden que los adolescentes han pasado de evitar el sufrimiento a aceptarlo conscientemente, integrando la regulación emocional como una práctica cotidiana. La familia, a su vez, se convierte en un espacio de sostén afectivo que refuerza la calma y la aceptación, consolidando un proceso de recuperación y adaptación emocional compartida.

Habilidades de efectividad interpersonal:

La idea emergente denominada “del conflicto a la comunicación consciente y la conexión empática” desde la mirada de los acudientes, han generado transformaciones notorias en la manera en que los adolescentes se comunican, establecen límites y se relacionan con los demás. Los cuidadores describen este proceso como una transición del conflicto al diálogo, en la cual los adolescentes expresan sus emociones con mayor claridad, control y respeto.

Los acudientes coinciden en que la comunicación familiar se ha vuelto más abierta y reflexiva, caracterizada por un tono más calmado y una disposición a resolver los desacuerdos sin recurrir a gritos o aislamiento. *“Antes todo terminaba en pelea, ahora ella respira, me dice lo que piensa y me pide las cosas con calma. Ya no reacciona gritando, sino explicando”* (Acudiente 1, S5, en entrevista, 2025).

Este testimonio refleja el reconocimiento parental de una nueva forma de expresión emocional que equilibra autenticidad y regulación. Los acudientes explican que los individuos utilizan estrategias concretas aprendidas durante el entrenamiento, como la técnica DEAR MAN, para realizar peticiones o expresar desacuerdos de manera clara y efectiva. Una cuidadora expresa:

Por otro lado, los cuidadores señalan un cambio positivo en las relaciones sociales y familiares de los adolescentes. Describen un aumento en la apertura afectiva, la confianza y la

disposición para compartir con otros. Algunos acudientes destacan *“han vuelto a tener amigos... ahora saben escuchar y no solo hablar”* (Acudiente 1, S1, en entrevista, 2025). Estos testimonios reflejan la expansión de las habilidades interpersonales más allá del núcleo familiar, mostrando una generalización de los aprendizajes del entrenamiento DBT hacia los vínculos sociales.

Habilidad del sendero del medio:

La idea emergente denominada “del pensamiento extremo al equilibrio dialéctico: integrar emociones, razón y aceptación” desde la mirada de los acudientes, ha favorecido en los adolescentes una mayor flexibilidad cognitiva y emocional, evidenciada en una disposición más abierta para dialogar, aceptar las diferencias y reducir los extremos en su manera de pensar o reaccionar. Los padres y cuidadores describen que, tras el entrenamiento DBT, sus hijos se muestran más dispuestos a escuchar y comprender distintos puntos de vista, lo que ha mejorado la convivencia familiar y disminuido la frecuencia de las discusiones.

Los acudientes mencionan que antes del proceso terapéutico, los adolescentes tendían a mantener posturas rígidas o absolutistas, mostrando dificultades para negociar o ceder ante las diferencias. Sin embargo, ahora perciben un avance hacia la flexibilización cognitiva, que interpretan como una señal de madurez y control emocional *“Aprendió que no todo se puede hacer como ella quiere, hay cosas que hay que aceptar, y eso la ha ayudado a estar más tranquila”* (Acudiente 1, S5, en entrevista, 2025).

Aunque el equilibrio no se mantiene de manera constante, reconocen que ahora existe una conciencia y una disposición activa para buscarlo, lo que representa un avance significativo hacia la regulación emocional y la convivencia familiar saludable.

2) Categoría de depresión desde la perspectiva de los acudientes

Estado de ánimo bajo:

La idea emergente denominada “afrontamiento activo del estado de ánimo bajo” desde la mirada de los acudientes, los adolescentes han experimentado un tránsito del encierro y la pasividad hacia una disposición más activa y reflexiva frente al malestar emocional. El entrenamiento ha permitido que los jóvenes identifiquen sus emociones, expresen su tristeza con mayor claridad y busquen apoyo en lugar de aislarse completamente.

Los acudientes señalan que sus hijos ahora demuestran una mayor apertura emocional y búsqueda de contacto en los momentos de tristeza, reemplazando conductas impulsivas o de evitación por estrategias de autocuidado y comunicación. *“Cuando está muy triste, me busca para abrazarme o simplemente se sienta conmigo; antes se encerraba y no hablaba con nadie”* (Acudiente 1, S2, en entrevista, 2025)

En síntesis, los acudientes comprenden que sus hijos han pasado de un estado de pasividad emocional a una actitud activa y flexible frente a la tristeza. La implementación de estrategias conductuales y el fortalecimiento del vínculo familiar se consolidan como elementos esenciales de este proceso.

Pérdida de interés:

La idea emergente denominada “reconstrucción del interés y la motivación desde la acción consciente” desde la mirada de los acudientes, antes del entrenamiento DBT los adolescentes atravesaban períodos prolongados de apatía, desánimo y desconexión emocional, caracterizados por la falta de energía, el aislamiento social y la resistencia a cumplir con responsabilidades académicas o familiares. *“Antes pasaba casi todo el día en la cama o en el*

celular, no quería hacer nada, ni siquiera comer con nosotros” (Acudiente 1, S1, en entrevista, 2025).

Estas conductas eran interpretadas por los acudientes como señales de preocupación y desbordamiento familiar, ya que generaban tensiones dentro del hogar y sentimientos de impotencia ante la falta de iniciativa de los adolescentes. Sin embargo, tras el entrenamiento en habilidades DBT, los cuidadores manifiestan que sus hijos muestran una mayor conciencia emocional y disposición para actuar frente al desánimo, evidenciando el uso espontáneo de estrategias como la acción opuesta. *“Ahora, cuando se siente triste o desanimado, él mismo busca hacer algo. Sale a caminar, ordena su cuarto o pone música; ya no se queda acostado todo el día” (Acudiente 1, S2, en entrevista, 20205).*

Los acudientes también observan un progreso en la capacidad de los adolescentes para comunicar su desmotivación y pedir ayuda de forma asertiva, en lugar de aislarse o reaccionar impulsivamente. *“Cuando se siente mal, ahora me dice que necesita un momento o que quiere estar sola, pero ya no se encierra; después vuelve y hablamos” (Acudiente 1, S5, en entrevista, 2025).*

3) Categoría de ansiedad desde la perspectiva de los acudientes

Preocupación constante:

La idea emergente denominada “regulación consciente de la preocupación constante” desde la mirada de los acudientes, los individuos solían quedar atrapados en pensamientos anticipatorios y escenarios catastróficos, los cuales derivan en reacciones intensas como llanto, irritabilidad, insomnio o aislamiento social. *“Se angustiaba mucho por cosas que todavía no*

pasaban, se imaginaba lo peor y terminaba llorando o encerrada en el cuarto” (Acudiente 1, S5, en entrevista, 2025).

Estas manifestaciones eran interpretadas por los acudientes como signos de ansiedad incontrolable que interferían en el desempeño cotidiano y en la convivencia familiar. Sin embargo, después del entrenamiento en habilidades DBT, los cuidadores observan una mejora significativa en la autoconciencia emocional de los adolescentes, evidenciada en la capacidad para identificar con mayor rapidez los primeros signos físicos y mentales de ansiedad. *“Ahora se da cuenta cuando está empezando a preocuparse y usa su plan de crisis; respira, se baña con agua fría o se pone a caminar un rato, y eso la ayuda a calmarse” (Acudiente 1, S1, en entrevista, 2025).*

Este reconocimiento temprano del malestar es percibido como un logro importante del proceso terapéutico, ya que permite que los jóvenes intervengan antes de llegar a una crisis. Los acudientes destacan que los sujetos aplican estrategias concretas de autorregulación, como la respiración profunda, el uso de estímulos sensoriales (hielo, duchas frías, música), o el contacto con personas de confianza para disminuir la intensidad emocional.

Reacciones físicas:

La idea emergente denominada “autorregulación fisiológica de la ansiedad” desde la mirada de los acudientes, los adolescentes experimentaban manifestaciones físicas intensas de la ansiedad como llanto repentino, temblores, tensión muscular, respiración agitada, movimientos nerviosos o episodios de aislamiento que resultaban difíciles de manejar tanto para ellos como para sus familias. Los padres relatan que, en ese momento, no comprendían el origen ni el sentido de esas respuestas corporales, interpretándolas frecuentemente como “exageraciones, dramas o falta de control... *Yo pensaba que lo hacía por llamar la atención, que era puro*

capricho, pero ahora entiendo que eran los nervios y la ansiedad” (Acudiente 1, S3, en entrevista, 2025).

Los acudientes valoran ahora las estrategias como herramientas funcionales que no solo reducen la intensidad de la ansiedad, sino que también previenen conductas impulsivas o reacciones desbordadas. Paralelamente, los padres han aprendido a acompañar sin invalidar, transformando la forma de entender y gestionar el malestar dentro de la familia. Este proceso refleja no solo una mejoría en la regulación fisiológica del adolescente, sino también una evolución relacional que consolida el impacto del entrenamiento DBT en el sistema familiar como un todo.

4) Categoría de estrés desde la perspectiva de los acudientes

Sobrecarga emocional:

La idea emergente denominada “manejo dialéctico de la sobrecarga emocional” desde la mirada de los acudientes, los adolescentes solían reaccionar ante el estrés con conductas impulsivas, irritabilidad, discusiones constantes o retraimiento emocional. Los padres recuerdan que los momentos de sobrecarga eran frecuentes y que los jóvenes explotaban por cualquier cosa o se encerraban por horas, lo que generaba un ambiente familiar tenso y desgastante. Estas reacciones eran interpretadas como falta de control o madurez, lo cual aumentaba la frustración de los adultos y la distancia afectiva en el hogar.

Tras el entrenamiento en habilidades DBT, los cuidadores describen un cambio notable en la capacidad de autocontrol y regulación emocional de sus hijos. Explican que los adolescentes ahora reconocen las señales tempranas del estrés como el cansancio, la tensión o la irritabilidad y aplican estrategias aprendidas para evitar desbordes. *“Ahora cuando siente que va*

a explotar, respira, se queda callada un rato y después hablamos; antes gritaba y no paraba hasta llorar” (Acudiente 1, S8, en entrevista, 2025).

Por último, los acudientes destacan el papel central del apoyo familiar como contenedor emocional tanto para el adolescente como para los demás miembros del hogar. Reconocen que el proceso DBT también les permitió aprender a escuchar con empatía, validar emociones y evitar respuestas punitivas o reactivas. *“Yo también aprendí a no juzgar tanto; ahora lo escucho, dejo que se calme y luego hablamos. Eso nos ha unido mucho más” (Acudiente 1, S2, en entrevista, 2025).*

En conjunto, los acudientes interpretan que los adolescentes han pasado de la saturación emocional a la regulación compartida y el afrontamiento activo. Perciben que el estrés ya no desencadena reacciones caóticas, sino procesos de autorreflexión, pausa y búsqueda de soluciones. A su vez, reconocen que este cambio ha impactado positivamente en toda la familia, promoviendo una convivencia más empática, calmada y orientada al bienestar emocional colectivo.

Como conclusión del análisis cualitativo, a partir de las diez ideas emergentes se evidenció un tránsito significativo desde la impulsividad, la desesperanza y la saturación emocional, hacia la autorregulación consciente, la aceptación del malestar y el fortalecimiento de vínculos familiares y sociales más empáticos.

Uno de los resultados más relevantes radica en la evolución del modo en que los adolescentes comprenden y gestionan sus emociones. Las subcategorías asociadas a la regulación emocional, la tolerancia al malestar y el mindfulness revelan que los participantes no solo aprendieron técnicas, sino que las internalizan como formas de autoconocimiento y autoeficacia emocional. Frases como ahora puedo pensar antes de actuar o ya sé cuándo mi cuerpo me está

avisando muestran que la regulación dejó de ser una instrucción externa para convertirse en una habilidad integrada a la experiencia cotidiana. Esta apropiación refleja un cambio cualitativo en el modo en que los sujetos se relacionan con sus emociones: pasaron de ser impulsivos a ser agentes activos de su control emocional.

Otro hallazgo distintivo se relaciona con la conciencia corporal y la lectura del propio cuerpo como herramienta de regulación. Las subcategorías vinculadas a la ansiedad y las reacciones fisiológicas mostraron que los adolescentes desarrollaron una sensibilidad inédita frente a sus señales somáticas, identificando la respiración, la temperatura o la tensión muscular como indicadores tempranos del malestar. El cuerpo, antes percibido como fuente de amenaza o descontrol, se transforma en un aliado para la autorregulación. Esta integración entre cuerpo y emoción es uno de los aspectos más innovadores del proceso, ya que rompe con la fragmentación mente cuerpo.

En el eje de depresión, los resultados mostraron un cambio funcional en la forma de enfrentar el desánimo y la pérdida de interés. Los adolescentes adoptaron la acción opuesta como una estrategia de empoderamiento, entendiendo que la conducta puede modificar la emoción. Este principio conductual fue experimentado no como imposición, sino como una herramienta de agencia personal. Los acudientes confirmaron esta transformación al notar una mayor autonomía y persistencia ante el malestar, evidenciando procesos de flexibilidad que se sostienen más allá del entrenamiento.

Respecto a la efectividad interpersonal, la investigación halló un avance relevante en la capacidad de los adolescentes para establecer límites, comunicar necesidades y validar las emociones propias y ajenas. Las habilidades DEAR MAN, FAST y GIVE no solo fortalecieron la comunicación asertiva, sino que generaron un impacto sistémico: los acudientes reportaron un

clima familiar más dialogante y menos punitivo. Lo diferenciador en este punto es que el cambio no se limita al individuo, sino que se generaliza hacia la dinámica familiar y social, produciendo un efecto de retroalimentación positiva entre el aprendizaje individual y la convivencia colectiva.

En cuanto a las categorías de desregulación emocional, se observó un fenómeno particularmente relevante: la regulación emocional compartida. Los acudientes relataron haber aprendido, junto a los adolescentes, a reconocer la intensidad emocional y a implementar estrategias de calma. Este proceso de aprendizaje mutuo transformó la relación familiar en un espacio terapéutico cotidiano, donde la validación, la escucha y el acompañamiento reemplazan el juicio y la reactividad. Esta co-regulación familiar constituye un hallazgo innovador, pues el entrenamiento grupal no solo modifica patrones emocionales individuales, sino que reorganiza sistemas relacionales bajo principios de empatía y equilibrio dialéctico.

Análisis Secuencial Explicativo y Discusión

El presente apartado tiene como finalidad hacer un análisis secuencial explicativo de los hallazgos obtenidos en las fases cuantitativa y cualitativa de la investigación, cumpliendo objetivo específico número cuatro, orientado a vincular los resultados estadísticos del cambio clínico evaluado mediante las escalas DERS y DASS - 21 con las narraciones y significados emergentes de las entrevistas realizadas a los adolescentes y a sus acudientes.

Según el análisis estadístico y la prueba *d* de cohen, el entrenamiento grupal produjo un efecto muy grande en desregulación emocional global (DERS; $d = 1.48$) y mejoras consistentes en todas sus subescalas. Esta magnitud indica una mejora sustancial en la capacidad de los adolescentes para reconocer, comprender y regular sus emociones. Esto sugiere un cambio integral y consistente en los distintos dominios de la regulación emocional.

Los resultados obtenidos en cuanto a la disminución de los puntajes post en la desregulación emocional, evaluada mediante la escala DERS, en los adolescentes participantes del entrenamiento grupal en habilidades DBT, son consistentes con lo reportado por Bravo et al. (2023). En dicho estudio, los adolescentes que participaron en un entrenamiento similar mostraron una mejoría clínica significativa, evidenciada por una reducción del puntaje promedio total en la DERS de aproximadamente 130 a 105 puntos al finalizar la intervención, lo que indica un cambio clínicamente relevante hacia una mayor regulación emocional.

Estos hallazgos, revelan que la reducción significativa en la desregulación emocional (DERS Global) no fue un proceso meramente técnico, sino una transición percibida por los adolescentes como un paso de la reactividad emocional al autocontrol consciente. Ellos describen haber aprendido a detenerse antes de reaccionar, a comprender lo que sienten y a aplicar habilidades concretas que les permiten actuar de manera más equilibrada: *“Antes explotaba y no pensaba, ahora cuando siento que me voy a enojar hago el STOP y me calmo; eso me ayudó mucho”* (Sujeto 8, en entrevista, 2025). Este hallazgo coincide con lo reportado por Pardo et al. (2020), quienes, en un estudio cualitativo con adolescentes con problemas de conducta, encontraron que los participantes describieron el entrenamiento en habilidades DBT como un proceso de cambio reflexivo y de aumento de la conciencia emocional, más allá del aprendizaje técnico de las estrategias.

La disminución en las dimensiones de No aceptación emocional y Falta de claridad emocional también refleja la adquisición de una nueva relación con las emociones, en la cual aceptarlas deja de ser un signo de debilidad para convertirse en una forma de autorregulación adaptativa. Un participante menciona: *“Ya no peleo con lo que siento, lo dejo pasar y me calma más rápido. Entendí que sentir rabia o tristeza no está mal”* (Sujeto 1, en entrevista, 2025). Este

proceso es coherente con lo planteado por Lynch et al., (2006), quienes describen que uno de los mecanismos centrales del cambio en la DBT consiste en transformar la relación con las emociones desde la evitación y la impulsividad hacia la aceptación y el afrontamiento funcional.

En este sentido, este efecto revela un proceso psicológico de transformación profunda en la relación con las emociones. Los adolescentes pasaron de una posición de lucha o evitación afectiva a una postura de reconocimiento activo y aceptación consciente de su experiencia emocional. Este tránsito puede comprenderse a la luz del modelo dialéctico propuesto por Linehan (1993b), quien señala que el aprendizaje de la aceptación radical constituye un eje central en la regulación emocional, al permitir que los individuos validen su experiencia interna sin responder impulsivamente.

Asimismo, investigaciones recientes sostienen que la aceptación emocional está mediada por un aumento en la conciencia emocional y la metacognición, facilitadas por el entrenamiento en mindfulness, una de las habilidades DBT (Neacsiu et al., 2010; Lynch et al., 2006). Este componente promueve la observación sin juicio y la identificación precisa de los estados afectivos, lo que reduce la evitación experiencial y favorece una regulación más flexible. Por lo tanto, según los adolescentes el reconocimiento y la aceptación emocional emergen como resultados esperables del proceso dialéctico de cambio, donde la validación interna reemplaza la represión emocional, consolidando una forma más adaptativa y consciente de autorregulación.

Por su parte, los acudientes refuerzan esta comprensión al señalar que sus hijos *“ya no se castigan por sentir, sino que buscan cómo manejar lo que les pasa”* (Acudiente 1, S1, en entrevista, 2025), lo cual sugiere un cambio sistémico en la comprensión familiar de las emociones y una mayor estabilidad afectiva tras el entrenamiento. Este tipo de transformación en

la dinámica relacional también ha sido observado por Gillespie et al. (2022), quienes destacan que los participantes que completaron DBT perciben un cambio profundo en la manera en que ellos y su entorno interpretan las emociones, reconociéndolas como experiencias válidas y manejables dentro del contexto interpersonal.

Estos relatos explican por qué el tamaño del efecto es tan alto en subescalas como Dificultad en el control de impulsos ($d = 1.49$) y Falta de conciencia emocional ($d = 1.31$), ya que los adolescentes reconocen la internalización de la habilidad de observar sin juzgar, identificar la emoción y decidir una respuesta funcional que facilite el correcto afrontamiento. Estos hallazgos se encuentran en consonancia con lo planteado por Linehan y Wilks (2015), quienes sostienen que la terapia DBT transforma la relación de la persona con sus emociones, promoviendo la aceptación, la validación emocional y el uso de estrategias adaptativas para el afrontamiento, aspectos que se reflejan en la disminución de las dificultades en la regulación emocional.

Así mismo, en el DASS - 21, los resultados indican una tendencia a la reducción en sintomatología emocional. El puntaje global presentó una disminución promedio de -14.62 puntos ($p = 0.076$, $d = 0.54$, efecto mediano). Las subescalas de depresión ($p = 0.08$, $d = 0.53$) y ansiedad ($p = 0.068$, $d = 0.56$) mostraron efectos medianos cercanos al umbral de significancia, mientras que estrés presentó un efecto pequeño ($d = 0.47$, $p = 0.23$).

Los efectos medianos encontrados en las subescalas de depresión ($d = 0.53$) y ansiedad ($d = 0.56$) se corresponden con transformaciones narrativas que evidencian un afrontamiento activo y flexible del malestar emocional. Los adolescentes describen una transición desde la pasividad hacia la acción consciente, apoyada en la habilidad DBT de acción opuesta: *“Antes me quedaba acostado todo el día, ahora si estoy mal salgo o hago algo; me ayuda a que no me hunda”*

(Sujeto 2, en entrevista, 2025). Este cambio en la conducta refleja una mejora en la dimensión depresiva del DASS - 21, donde actuar a pesar del desánimo se convierte en una estrategia funcional de recuperación, en línea con la propuesta de la terapia dialéctica conductual sobre el fortalecimiento del repertorio de conductas reguladas ante emociones displacenteras (Linehan, 1993a; Lynch et al., 2006).

Lo anterior, no se limita a la simple ejecución de conductas alternativas, sino que obedece a un proceso de reestructuración emocional y cognitiva que permite al individuo actuar contrariamente al impulso emocional disfuncional. Desde el marco de la terapia dialéctica conductual, la acción opuesta interrumpe el círculo de retroalimentación negativa entre emoción y conducta, de modo que, al modificar el comportamiento, se produce una influencia sobre el estado emocional, reduciendo su intensidad y favoreciendo el equilibrio afectivo (Linehan, 1993a; Lynch et al., 2006). Así, elegir conscientemente una conducta opuesta al impulso inicial como levantarse, salir o interactuar socialmente en lugar de aislarse activa sistemas de recompensa y refuerzo positivo que promueven una sensación de autoeficacia y control (Neacsiu et al., 2010; Jacobson et al., 2001). Esto explica la mejora en la dimensión depresiva del DASS - 21 observada tras el entrenamiento

La reducción del puntaje en ansiedad, por su parte, encuentra explicación en la aplicación del plan de crisis y las técnicas sensoriales: *“Cuando me da ansiedad uso el hielo o respiro profundo; antes lloraba o me encerraba, ahora me calma más rápido”* (Sujeto, 3, en entrevista, 2025). Este hallazgo coincide con lo planteado por Seow et al. (2020), quienes demostraron que el uso de habilidades DBT actúa como mediador en la reducción del malestar psicológico general, particularmente en los dominios de depresión y ansiedad.

Los acudientes observan y validan estos cambios conductuales: *“Cuando está muy triste me busca para abrazarme, o me dice que necesita respirar un momento. Antes no decía nada y explotaba”* (Acudiente, 1, S2, en entrevista, 2025). Estas narraciones complementan el hallazgo cuantitativo mostrando que la reducción del malestar emocional no es una simple disminución sintomática, sino una reorganización funcional de las estrategias de afrontamiento: el adolescente reconoce sus estados internos, aplica habilidades adaptativas y comunica su necesidad de apoyo. Este tipo de transformaciones interpersonales coincide con lo descrito por Amiri et al. (2021), quienes observaron que los programas basados en DBT favorecen no sólo la disminución sintomática, sino también una reorganización funcional de las estrategias de afrontamiento dentro del entorno familiar.

A continuación, se presenta una comprensión articulada de las subescalas de ambas pruebas (DERS y DASS -21), en diálogo con las categorías de sentido cualitativas que emergieron del análisis de las entrevistas.

Análisis de las Subescalas del DERS

No aceptación de las respuestas emocionales:

La media pasó de 19.62 (DE = 3.01) a 12.31 (DE = 5.91). Esta subescala se vincula con la adquisición de habilidades de tolerancia al malestar y aceptación radical. Los adolescentes expresan que aprendieron a reconocer sus emociones sin juzgarlas ni evitarlas: *“Ya no peleo con lo que siento; lo dejo pasar y me ayuda a calmarme más rápido”* (Sujeto 1, en entrevista, 2025). Los acudientes corroboran este cambio al mencionar que los adolescentes *“ya no se castigan por sentir tristeza o enojo, sino que buscan cómo manejarlo”* (Acudiente 1, S1, en entrevista, 2025).

Este proceso de aceptación consciente explica la reducción observada en los niveles de estrés percibido y la mayor estabilidad emocional posterior al entrenamiento.

La práctica de estas habilidades de aceptación, integrada con las habilidades de tolerancia al malestar, permite reducir la impulsividad y prevenir conductas desreguladas en momentos de alta activación emocional. Por tanto, la mejora en esta subescala no solo refleja una reducción sintomática, sino una reorganización funcional de la gestión emocional, donde los adolescentes aprenden a experimentar sus emociones sin evitarlas, reinterpretándolas como señales de necesidad o ajuste, en lugar de amenazas.

Dificultad en el control de impulsos:

Los puntajes promedio disminuyeron de 13.15 (DE = 1.86) a 7.85 (DE = 3.24). La reducción en esta dimensión se asocia a la gestión de emociones intensas con el fortalecimiento de habilidades de STOP, mente sabia y regulación consciente. *“Ahora me detengo antes de decir o hacer algo que me arrepienta” (Sujeto 8, en entrevista, 2025)*. Este control impulsivo es un indicador clave de la disminución de conductas desreguladas, coherente con el efecto grande hallado en el tamaño de cambio global del DERS.

Acceso limitado a estrategias de regulación emocional:

La media se redujo de 22.15 (DE = 2.67) a 14.00 (DE = 6.23). Los resultados cualitativos mostraron que este cambio fue consecuencia de la gestión de emociones intensas a través del reconocimiento de técnicas y estrategias DBT, donde los adolescentes implementan las herramientas, lo que logra permitir un acceso amplio y profundo de estas, en donde además de identificarlas, se evidenció generalización de ellas a tal punto de no solamente producir cambios individuales, sino también a nivel contextual (familiar y social). *“Entonces yo siento que sí me sirvieron como digamos del stop, o sea como parar y miremos también la verificación de hechos,*

me sirve mucho la verificación hechos, el saber cómo qué está pasando, por qué está pasando, los hechos que están pasando” (Sujeto 1, en entrevista, 2025).

Dificultades en conductas orientadas a metas:

El puntaje pasó de 21.15 (DE = 2.82) a 16.00 (DE = 5.93). La mejoría cuantitativa en esta subescala se relaciona con la aplicación de estrategias de acción opuesta y activación conductual. Los adolescentes describen que *“aunque no tengan ganas, hacen algo pequeño para sentirse mejor”* (Sujeto 2, en entrevista, 2025), lo que refleja una transición hacia la autorregulación proactiva. Este cambio coincide con la disminución de síntomas depresivos en la DASS - 21, indicando que el movimiento y la acción consciente actúan como mediadores del bienestar.

Falta de conciencia emocional:

El cambio fue de 15.23 (DE = 2.05) a 10.62 (DE = 2.10). El cambio en esta subescala se entiende en que las adolescentes permiten diferenciar emociones y entender las causas detrás de ellas, *“antes no entendía mis emociones, ahora sé cuándo estoy empezando a enojarme y respiro”* (Sujeto 8, en entrevista, 2025), esto fortalece la identificación y validación emocional. Los sujetos reconocen que antes las emociones los dominaban, pero ahora logran observarlas sin reaccionar automáticamente, *“antes me auto agredía porque no sabía manejar lo que sentía, ahora dejo que la emoción pase sin que afecte tanto”* (Sujeto 1, en entrevista, 2025), esto permite que dejen pasar la emoción sin que defina su comportamiento.

Falta de claridad emocional:

Los puntajes disminuyeron de 12.62 (DE = 1.56) a 8.69 (DE = 2.36). Los relatos muestran que los adolescentes desarrollaron una mayor conciencia emocional, sabiendo identificar y nombrar lo que sienten. Esto se refleja en afirmaciones como: *“Antes solo sabía que estaba mal, ahora sé si es tristeza, enojo o miedo”* (Sujeto 13, en entrevista, 2025). Esta claridad

emocional actúa como puente hacia la selección adecuada de estrategias DBT, lo que coincide con la reducción significativa en la subescala de ansiedad del DASS - 21, al disminuir la confusión afectiva que suele detonar reacciones ansiosas.

Los resultados obtenidos en las subescalas del DERS reflejan una mejora significativa en las habilidades de regulación emocional tras el entrenamiento grupal en habilidades DBT. En primer lugar, las disminuciones en No aceptación de las respuestas emocionales y Acceso limitado a estrategias de regulación emocional evidencian la incorporación de la aceptación radical y la tolerancia al malestar como herramientas para enfrentar emociones intensas. Este cambio coincide con los planteamientos de Linehan (2015), quien sostiene que aceptar la experiencia emocional sin juicio reduce la reactividad y previene la desregulación. Asimismo, Gratz y Roemer (2004) explican que la aceptación emocional constituye un predictor esencial del bienestar psicológico y de la disminución del estrés percibido, lo que se refleja en los resultados de esta investigación. La reducción en Falta de conciencia y Claridad emocional muestra que los adolescentes fortalecieron la habilidad de mindfulness, entendida como la capacidad de observar y describir los estados internos con precisión, lo cual se asocia con una mayor autorregulación y una menor impulsividad (Neacsiu et al., 2010).

Análisis de las Subescalas del DASS - 21

Depresión:

El puntaje promedio pasó de 15.54 (DE = 3.86) a 10.62 (DE = 8.44). La disminución de síntomas depresivos se comprende a partir de la consolidación de hábitos de autocuidado, contacto social y acción opuesta. Los adolescentes expresan que ya no se aíslan y que buscan activamente actividades que les aportan bienestar. *“Cuando me siento triste, hago acción*

opuesta o salgo a caminar; ya no me quedo encerrada todo el día” (Sujeto 1, en entrevista, 2025).

Ansiedad:

El promedio descendió de 14.69 (DE = 5.23) a 9.00 (DE = 7.09). Este descenso se explica por la apropiación del plan de crisis y de las técnicas sensoriales DBT. Los adolescentes reconocen sus síntomas físicos de ansiedad y aplican recursos preventivos: *“Cuando siento que me late el corazón o me falta el aire, uso hielo o respiro y se me pasa” (Sujeto 3, en entrevista, 2025).* Este tipo de regulación somática reduce el impacto fisiológico de la ansiedad y muestra un dominio autorreflexivo del cuerpo, lo que se traduce en una mejora cuantitativa significativa.

Estas narraciones dan cuenta de una transformación en la relación con el cuerpo y la emoción, además de un cambio en el proceso de autorregulación corporal consciente, donde el adolescente identifica las señales tempranas de activación (palpitaciones, hiperventilación, tensión muscular) y responde con estrategias de control físico que restablecen la regulación. En términos de Linehan (1993b), este tipo de respuesta refleja la transición del comportamiento impulsivo a la conducta regulada, sustentada en la conexión entre cuerpo y emoción.

Estrés:

El puntaje promedio pasó de 14.92 (DE = 4.37) a 10.92 (DE = 6.34). El descenso en los puntajes de estrés concuerda con los relatos sobre afrontamiento funcional, pausas activas y comunicación asertiva. Los adolescentes mencionan que *“ahora se toman un tiempo, respiran o piden ayuda antes de explotar” (Sujetos 3, en entrevista, 2025).* Esta regulación compartida en el entorno familiar amplifica el efecto terapéutico, consolidando el carácter sistémico del cambio observado.

Por otro lado, las mejoras en las subescalas del DASS - 21 especialmente en depresión y ansiedad se relacionan con la implementación de estrategias conductuales activas y la regulación fisiológica mediante el uso de habilidades DBT como acción opuesta, plan de crisis y técnicas sensoriales TIP. Los hallazgos concuerdan con estudios de McCauley et al. (2018) y Mehlum et al. (2014), quienes demostraron que la DBT para adolescentes reduce significativamente la sintomatología depresiva y ansiosa al promover conductas orientadas al afrontamiento y la resolución de problemas. Asimismo, el descenso en los niveles de estrés coincide con lo señalado por Fruzzetti e Iverson (2006), quienes destacan que la co-regulación familiar y la validación del entorno facilitan el mantenimiento de la calma y previenen el escalamiento emocional. En conjunto, estos resultados confirman que el entrenamiento grupal en habilidades DBT no solo disminuye la desregulación emocional, sino que transforma la relación de los adolescentes con sus emociones, fortaleciendo tanto la regulación individual como la convivencia familiar y social.

Con lo anterior, se señala que la magnitud del cambio en DERS es más grande que en DASS - 21, lo que indica que el entrenamiento grupal en habilidades DBT incidió más en procesos de regulación emocional que en síntomas clínicos generales como ansiedad, depresión y estrés. Estos hallazgos son consistentes por el mismo formato grupal, prioriza la enseñanza de habilidades sobre la eliminación inmediata del malestar, favoreciendo que los participantes modifiquen su relación con los síntomas más que su completa desaparición (Linehan y Wilks, 2015). En este sentido, la intervención puede interpretarse como una estrategia eficaz para fortalecer factores protectores y de afrontamiento, con potencial de impactar de forma más duradera en la reducción de la sintomatología, es por eso que se entiende que las medidas del DASS - 21 fue menor (tamaño mediano) que el tamaño del efecto del DERS (tamaño grande), ya

que el entrenamiento grupal en habilidades de la terapia DBT, produce el efecto del correcto afrontamiento de síntomas como depresión , ansiedad y estrés, más no la eliminación de ellos, lo cual se evidencia en los resultados del DASS - 21 y sus subescalas.

Ahora bien, con el propósito de comprender de manera más precisa el efecto del entrenamiento grupal en habilidades de la terapia DBT sobre las dificultades graves de desregulación emocional, se realizó una clasificación de los participantes en tres grupos de acuerdo con el patrón de cambio observado en las mediciones pre y post intervención de las escalas DERS y DASS - 21. Esta categorización permitió contrastar los resultados cuantitativos con los hallazgos cualitativos, identificando los distintos modos en que los adolescentes experimentaron y explicaron el efecto del entrenamiento.

Análisis por grupos de efecto

1) Grupo de disminución en la presentación de síntomas

Este grupo representa a los adolescentes que mostraron reducciones consistentes en los puntajes de la DERS y la DASS - 21, evidenciando mejoras clínicas relevantes en regulación emocional, depresión, ansiedad y estrés. Las narraciones de este grupo muestran una comprensión profunda del proceso de cambio, caracterizado por el desarrollo de autocontrol consciente, aceptación emocional y acción regulada.

Las narraciones coinciden con las ideas emergentes “de la reactividad emocional al autocontrol consciente y validado” y “afrontamiento activo del estado de ánimo bajo”. Los adolescentes expresan que el entrenamiento les permitió aprender a detenerse y usar herramientas reales para manejar emociones intensas. *“Antes reaccionaba con gritos o me*

encerraba, ahora respiro y pienso si vale la pena discutir. Eso me ayudó a no sentirme tan mal después” (Sujeto 2, en entrevista, 2025).

El cambio en este grupo no solo es clínico, sino también relacional. Los adolescentes indican sentirse más comprendidos por sus familias y usar las habilidades para mejorar la convivencia: *“Antes no hablaba con mi mamá porque siempre terminábamos peleando, ahora puedo decirle lo que siento sin enojarme” (Sujeto 3, en entrevista, 2025).*

Esto refleja un proceso de transformación hacia el autocontrol consciente y la regulación emocional efectiva, coherente con lo planteado por Linehan (2015) y Neacsiu et al. (2010), quienes destacan que el uso constante de habilidades DBT predice una reducción sostenida de la vulnerabilidad emocional. Además, la co-regulación familiar observada en este grupo respalda lo señalado por Fruzzetti e Iverson (2006), al identificar la validación emocional en el entorno familiar como un factor mediador clave del cambio terapéutico.

2) Grupo de sin variaciones en la presentación de síntomas

El segundo grupo agrupa a quienes mantuvieron puntajes estables en las escalas DERS y DASS - 21, sin avances ni retrocesos clínicamente significativos. Aunque cuantitativamente se evidenció estabilidad, las entrevistas muestran que estos adolescentes sí reconocen cambios subjetivos y de conciencia emocional, la diferencia radica en que las narraciones muestran que se encuentran aún en fase de consolidación.

Las ideas emergentes más asociadas a este grupo fueron “comprensión emocional ante momentos de crisis” y “enfrentamiento funcional ante la sobrecarga emocional”. Los adolescentes refieren que han comenzado a identificar sus emociones y a comprender sus detonantes, pero todavía les cuesta aplicar las estrategias de manera constante: *“Sé qué tengo que hacer, pero a veces se me olvida usarlo cuando estoy muy brava” (Sujeto 1, en entrevista, 2025).*

Las narraciones sugieren que la integración de las habilidades requiere mayor tiempo y acompañamiento familiar, especialmente en hogares donde persisten tensiones o escaso apoyo emocional. Algunos adolescentes expresan dificultades para mantener la práctica fuera del espacio terapéutico: *“Cuando estoy sola sí puedo respirar y calmarme, pero si estoy con mis papás me da más rabia”* (Sujeto 8, en entrevista, 2025).

De este modo, la estabilidad en los resultados cuantitativos se entiende como un proceso de asimilación gradual del cambio, donde la comprensión emocional avanza, pero la regulación aún depende del contexto y del apoyo social. El proceso de consolidación gradual del aprendizaje, donde la comprensión emocional precede a la regulación conductual, tal como describe Linehan (1993a).

3) Grupo de aumento en la presentación de síntomas en alguna escala

Este grupo incluye a los adolescentes que mostraron aumento en los puntajes de DERS o DASS - 21, reflejando un incremento en la desregulación o en la sintomatología emocional posterior al entrenamiento. Si bien estos casos representan una minoría, su análisis cualitativo resulta clave para comprender factores de riesgo, resistencias o barreras al cambio terapéutico.

Las narraciones de este grupo se vinculan con las ideas emergentes “aceptación consciente y el afrontamiento activo” y “sobrecarga emocional”. Los adolescentes reconocen que el proceso terapéutico los llevó a confrontar emociones intensas que antes evitaban, lo que inicialmente generó malestar o retrocesos temporales. *“Al principio fue duro, porque empecé a pensar más en todo y me ponía peor. Pero después entendí que es parte de aprender a sentir”* (Sujeto 5, en entrevista, 2025).

Los participantes de este grupo reconocen que aún tienen dificultades para aplicar las habilidades bajo alta tensión o en contextos familiares conflictivos, mostrando que están en un

proceso intermedio del aprendizaje DBT: consiste en la fase de generalización, donde los individuos comprenden las habilidades cognitivamente pero aún no las automatizan en contextos de alta carga emocional.

De esta manera, se observa que las dificultades en la generalización de las habilidades en este grupo, se relaciona con el contexto familiar y por factores externos que obstaculizan el proceso, evidenciado en los resultados de la escala del DASS -21, la cual muestra algunas dificultades para manejar la sintomatología emocional, lo que pueda afectar en el desarrollo e implementación de las habilidades y estrategias DBT. A lo anterior, Gillespie et al. (2022) identifican que, en seguimiento a largo plazo, muchos participantes reportan que “hacer bien el grupo” no basta: necesitan consolidar las habilidades en la vida diaria para llegar al punto de la generalización de ellas, además estas dificultades lo relacionan con el contexto en el que se encuentra el individuo.

De manera complementaria, los hallazgos cualitativos muestran que estos cambios no se limitan al nivel individual, sino que impactan el entorno familiar y social del adolescente. La base teórica de la DBT, en particular la teoría biosocial de Linehan plantea que la desregulación emocional se origina por la interacción entre una alta sensibilidad emocional del individuo y un entorno invalidante (Linehan, 1993a).

Por otro lado, al ampliar la mirada más allá del núcleo familiar, se evidencian transformaciones que trascienden el espacio familiar, impactando también los contextos escolares y sociales de los adolescentes. En este sentido, los cuidadores describen una dinámica más empática y contenedora, donde la regulación emocional deja de ser un proceso exclusivamente personal para convertirse en una experiencia compartida dentro del hogar. Así

pues, la familia se transforma en un espacio de validación emocional, que sostiene y amplifica los logros alcanzados en la intervención.

Así, el entrenamiento DBT demuestra que la efectividad del cambio emocional no depende únicamente del desarrollo de habilidades intrapersonales, sino también de la participación del contexto relacional. El acompañamiento y la validación del entorno permiten que la regulación emocional emerja “de adentro hacia afuera”, consolidando la integración entre el crecimiento individual y la contención familiar como núcleo del proceso terapéutico.

Investigaciones recientes corroboran este enfoque sistémico. Por ejemplo, Smith et al., (2023), evaluaron un grupo de habilidades para padres y cuidadores integrado en un programa de DBT para adolescentes en el Reino Unido. Este estudio muestra que tras seis meses de intervención los cuidadores reportaron reducciones significativas en malestar psicológico, mejoras en comunicación familiar y mayor adaptabilidad del sistema familiar. Esto sugiere que los acudientes o el grupo de apoyo potencia la implementación efectiva de habilidades por parte del adolescente (Smith et al., 2023). En el mismo sentido, otro estudio cualitativo halló que cuando los padres aprendían y practicaban habilidades junto a sus hijos, mejoraba tanto la estabilidad emocional del individuo como la capacidad del cuidador de servir como “coach” de habilidades en contextos cotidianos (Holmqvist y Zetterqvist, 2024; Marco et al., 2024).

Conclusiones

A continuación, se presentan las conclusiones derivadas del análisis cuantitativo y cualitativo del estudio, las cuales integran los principales hallazgos sobre el efecto del entrenamiento grupal en habilidades de la terapia dialéctica conductual (DBT) en adolescentes

con dificultades graves de desregulación emocional, evidenciando su efectividad clínica, emocional y contextual.

1. Eficacia clínica del entrenamiento grupal en habilidades DBT en dificultades graves de desregulación emocional: El entrenamiento grupal en habilidades DBT produjo una reducción estadísticamente significativa en los niveles de desregulación emocional medidos por la escala DERS, con un tamaño de efecto grande ($d = 1.48$), lo cual evidencia una mejoría robusta en la capacidad de los adolescentes para reconocer, modular y responder de manera adaptativa a sus emociones. Las mejoras fueron consistentes en todas las subescalas, especialmente en control de impulsos, claridad emocional y acceso a estrategias de regulación, lo que demuestra la efectividad integral del modelo DBT para fortalecer los procesos de autorregulación cognitiva, fisiológica y conductual.
2. Evidencia de cambios clínicos sostenidos en síntomas emocionales: Aunque los efectos en la escala DASS - 21 fueron menores en relación con la escala DERS, los resultados indican una tendencia estable de reducción en los síntomas de depresión, ansiedad y estrés, lo que confirma la eficacia del entrenamiento para promover estabilidad emocional y disminuir la vulnerabilidad psicológica. La menor magnitud del cambio en comparación con el DERS sugiere que la DBT impacta principalmente en los procesos de afrontamiento y regulación, más que en la eliminación inmediata del malestar, coherente con el principio dialéctico de aceptación y cambio gradual propuesto por Linehan (1993a).
3. Cambio en la relación de los adolescentes con sus emociones: Los hallazgos cualitativos muestran que los adolescentes desarrollaron una nueva relación con sus emociones,

pasando de la evitación y el rechazo hacia la aceptación consciente y funcional del malestar. Este proceso se asocia con la práctica sistemática de las habilidades de mindfulness y tolerancia al malestar, las cuales reducen la autocrítica y promueven la validación emocional interna.

4. Consolidación del autocontrol y disminución de la impulsividad: La mejora significativa en la subescala control de impulsos del DERS confirma la adquisición de habilidades de pausa consciente, acción opuesta y uso de la mente sabia. Los adolescentes relatan una capacidad incrementada para detener reacciones automáticas y elegir respuestas más reguladas. Este cambio es congruente con estudios que destacan la DBT como una intervención eficaz para reducir la impulsividad en población adolescente (Rathus y Miller, 2015; Neacsiu et al., 2010).
5. Fortalecimiento del afrontamiento activo a través de la acción opuesta: La práctica de la acción opuesta evidenció un cambio profundo en la manera en que los adolescentes enfrentan los estados de ánimo depresivos y la sobrecarga emocional. Al decidir “hacer lo contrario” al impulso de aislarse o permanecer desmotivados, los participantes desarrollaron una respuesta activa y regulada frente al malestar, transformando la pasividad en movimiento consciente. Esta conducta, fortalece las estrategias de afrontamiento orientadas al problema, en lugar de las evitativas que predominaban antes del entrenamiento. Así, la acción opuesta no solo funcionó como una herramienta de regulación emocional inmediata, sino como un mecanismo de recuperación funcional y ajuste a la vida que fomenta autonomía, autoeficacia y adaptación al entorno.
6. Integración del cuerpo en la regulación emocional: La reducción de la ansiedad se explica por la regulación fisiológica, donde los adolescentes aplican estrategias del plan de crisis

como el uso de hielo, respiración controlada o estimulación sensorial. Esto muestra un dominio sobre el cuerpo y el manejo de la sintomatología ansiosa, tomando el cuerpo como un aliado e indicador del malestar emocional.

7. Generalización del aprendizaje a contextos familiares y sociales: El entrenamiento grupal, no solo generó cambios individuales, sino también efectos a nivel familiar. Los acudientes describen una dinámica más empática, contenedora y validante: Este hallazgo confirma la importancia de la co-regulación emocional familiar, donde los adolescentes expresaron el contexto familiar como un lugar de contención. Los acudientes pasaron de no tener conciencia de la enfermedad y ser conscientes de las diferentes crisis y sintomatología, además, al implementar ellos mismos estrategias de regulación emocional, la familia se convierte en un espacio regulador de adentro hacia afuera. De esta manera, se evidencia la importancia de la participación de la red de apoyo y familiar en los procesos terapéuticos en este tipo de población.
8. Cambio en los procesos interpersonales: La habilidad de efectividad interpersonal, mostró efectos no solamente en la comunicación asertiva, sino que pudo alcanzar que los adolescentes mejoraran sus procesos interpersonales, comenzaron a desarrollar habilidades sociales, fortalecer y extender sus redes sociales y de apoyo.
9. Diferencias en los patrones de cambio: La clasificación de los participantes en tres grupos (disminución en la presentación de síntomas, sin variaciones en la presentación de síntomas y aumento en la presentación de síntomas en alguna escala) permitió comprender que el impacto del entrenamiento DBT depende del nivel de práctica, apoyo familiar y contexto emocional. Quienes mostraron reducciones significativas representaron procesos de integración funcional y aceptación emocional; los casos

estables reflejan fases de asimilación gradual, mientras que los aumentos temporales se asociaron a las dificultades en la generalización de habilidades.

En conjunto, los resultados demuestran que el entrenamiento grupal en habilidades DBT es una intervención eficaz, validada empírica y clínicamente relevante para adolescentes con dificultades graves de desregulación emocional. Su efecto va más allá de la reducción sintomática, promoviendo autoconciencia, aceptación emocional, autocontrol conductual y comunicación efectiva, pilares fundamentales para la salud mental en esta etapa del desarrollo.

Limitaciones y Consideraciones Metodológicas

Una de las principales limitaciones del estudio radica en el tamaño reducido de la muestra ($n = 13$) y el grupo de participantes pequeño, lo que restringe la posibilidad de generalizar los hallazgos a una población más amplia. Dado que se trató de un grupo clínico específico de adolescentes con dificultades graves de desregulación emocional, los resultados reflejan principalmente las particularidades del contexto terapéutico en el que se desarrolló la intervención.

Adicionalmente, es imprescindible incorporar variables contextuales como diversidad socioeconómica, composición familiar y nivel educativo de los cuidadores, para perfeccionar la adaptación cultural y maximizar la eficacia a lo largo del tiempo.

Recomendaciones y Líneas Futuras

Se proponen las siguientes recomendaciones y líneas futuras para fortalecer la investigación y la práctica clínica en torno al entrenamiento grupal en habilidades de la terapia DBT en adolescentes.

En primer lugar, se recomienda replicar este estudio con una muestra más amplia y diversa, que incluya adolescentes de distintos contextos socioeconómicos y educativos, lo que permitiría aumentar la validez externa de los resultados y comparar diferencias en la respuesta terapéutica según variables contextuales. La ampliación del tamaño muestral también posibilitará el uso de análisis estadísticos más robustos, como modelos de regresión o análisis multivariados, para identificar predictores específicos de cambio en la regulación emocional.

En segundo lugar, futuras investigaciones deberían incorporar diseños experimentales o cuasi - experimentales con grupo control o grupos comparativos (probablemente con la TCC o programas psicoeducativos), con el fin de establecer con mayor precisión la relación causal entre el entrenamiento en habilidades de la terapia DBT y los cambios observados. Estudios controlados previos (Mehlum et al., 2014; McCauley et al., 2018) han demostrado la eficacia de la DBT en adolescentes, por lo que su replicación en contextos latinoamericanos permitiría adaptar y validar estos hallazgos a las realidades culturales locales.

Referencias Bibliográficas

- Afifi, T., Mather, A., Boman, J., Fleisher, W., Enns, M., Macmillan, H., Sareen, J. (2011). Childhood adversity and personality disorders: results from a nationally representative population-based study. *Journal of psychiatric research*, 45(6), 814–822.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.008>
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023. Informe ejecutivo (primer tomo). Colombia: Grafoscopio, 2023.
<https://consultorsalud.com/inform-revela-estado-actual-salud-mental-bogota/>
- Aldao, A., Nolen, S., Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

- Amiri, P., Hadianfard, H., Rahmanian, M. (2021). *The effect of dialectic behavioural therapy-based counselling on depression and anxiety symptoms and postpartum adaptation*. *BMC Psychiatry*, 21, 402. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03500-y>
- Antony, MM, Bieling, PJ, Cox, BJ, Enns, MW y Swinson, RP. (1998). Propiedades psicométricas de las versiones de 42 ítems y 21 ítems de las Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS) en grupos clínicos y una muestra comunitaria. *Psychological Assessment*, 10, 176-181.
<http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
- Antúñez, Zayra, & Vinet, Eugenia V. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 30(3), 49-55. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005>
- Apóstolo JL, Mendes AC, Azeredo ZA. (2006). Adaptation to Portuguese of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006 nov-Dec;14(6):863-71. doi: 10.1590/s0104-11692006000600006. PMID: 17294019.
- Aragonés, E., Fernández, A., Loayssa, J. (2015). Los trastornos de personalidad. El trastorno límite de la personalidad. *Revista Actualización en Medicina de Familia*, 11(5), 265-271.
- Aragonès, E., Salvador, L., López, J., Ferrer, M., Piñol, J. L. (2013). Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 171–174. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.006>. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31 (3), 532-545
- Ayala, C., Clavijo, D., Palacios, M., Forero, L., Niño, A., Rincón, J., Villalba, S. (2023). Effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy in Adolescents (DBT-A) in the treatment of depression and emotional dysregulation: A Colombian prospective cohort study. PREPRINT (Version 1) available at Research Square. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3617181/v1>
- Baudinet, J., Simic, M., Griffiths, H., Donnelly, C., Stewart, C., Goddard, E. (2020). Targeting maladaptive overcontrol with radically open dialectical behaviour therapy in a day programme for adolescents with restrictive eating disorders: an uncontrolled case series. *Journal of eating disorders*, 8(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00338-9>
- Bautista, G., Vera, J., Machado, F., Rodríguez, C. (2021). Depresión, desregulación emocional y estrategias de afrontamiento en adolescentes con conductas de autolesión. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(1), 137–150. <https://doi.org/10.14718/ACP.2022.25.1.10>
- Borrás, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico*, 18(1), 05-07. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002&lng=es&tlng=es.

- Bravo, I., Rodríguez, M., Vilar, A., Salvador, A., Biempica, M., García, M., Martín, L. M., Batlle, S. (2023). Clinical improvement of teens participating in a DBT skills training. *European Psychiatry*, 66(S1), S723–S724. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.1517>
- Caqueo, A., Mena, P., Flores, J., Narea, M., Irrázaval, M. (2020). Problemas de regulación emocional y salud mental en adolescentes del norte de Chile. *Terapia psicológica*, 38(2), 203-222. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000200203>
- Carpenter, W., Trull, J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current Psychiatry Reports*, 15(1), 335. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0335-2>
- Carreiras, D., Castilho, P., Cunha, M. (2022). Uncovering borderline features in a community sample of Portuguese adolescents. [Revelando rasgos del trastorno límite de la personalidad en una muestra comunitaria de adolescentes portugueses] *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 27(3), 159-167. <https://doi.org/10.5944/rppc.32319>
- Cavicchioli, M., Tobia, V., Ogliari, A. (2023). Emotion regulation strategies as risk factors for developmental psychopathology: a meta-analytic review of longitudinal studies based on cross-lagged correlations and panel models. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 51(3), 295-315. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00980-8>
- Cepeda, V. (2021). Efecto de un protocolo de entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional basado en la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) sobre la sintomatología emocional en adolescentes. Bogotá D.C: Fundación Universitaria Konrad Lorenz, 2021. Disponible en: <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/4774>
- CIOMS. (2016). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. *International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans*. ISBN: 978-92-9036088-9. https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
- Clara, IP, Cox, BJ y Enns, MW. (2001). Análisis factorial confirmatorio de las escalas de depresión, ansiedad y estrés en pacientes deprimidos y ansiosos. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 61-67. <https://doi.org/10.1023/A:1011095624717>
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2019). *Deontología y Bioética del ejercicio de la Psicología en Colombia. El manual Moderno (Colombia) S.A.S.*
- Congreso de la república de Colombia. (2006). Código de la Infancia y la Adolescencia Ley 1098 del 2006. <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/codigoinfancialey1098.pdf>
- Congreso de la república de Colombia. (2011). Ley 1438 del 2011. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
- Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley 1616 del 2013. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

- Congreso de la república. (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. <https://eticapsicologica.org/index.php/documentos/lineamientos/item/37-ley-1090-de-2006>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha R., y Dias, P. (2010). The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37, 145-151. <https://www.scielo.br/j/rpc/a/NZc5CnHnKBLjckCFXhMm44h/?lang=en>
- Cracco, E., Goossens, L., Braet, C. (2017). Emotion regulation across childhood and adolescence: evidence for a maladaptive shift in adolescence. *European child & adolescent psychiatry*, 26, 909-921. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0952-8>
- Cremades, C. Garay, C. Etchevers, M. (2021). Tratamiento de la desregulación emocional en hospitales del área metropolitana de Buenos Aires: Una encuesta a profesionales. *Revista Interdisciplinaria de Psicología y Ciencias Afines*, 38 (3), 103–116. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.3.6>
- Creswell, J. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 3rd Edition. Sage Publications Inc. ISBN 1412965578.
- Crowell, S., Beauchaine, T., Linehan, M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135(3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Daza, P., Novy, DM, Stanley, MA et al. (2002). Escala de depresión, ansiedad y estrés-21: traducción al español y validación con una muestra hispana. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 24, 195–205 (2002). <https://doi.org/10.1023/A:1016014818163>
- De la vega, I. Sánchez, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite [Dialectical behavioral therapy in borderline personality disorder]. *acción psicológica*, 10(1), 45-56. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>
- De Luna Velasco, L., Santana, M., Telles, F. (2024). Intervenciones psicológicas para la prevención del suicidio DBT-A con adolescentes: una revisión sistemática. *Avances en Psicología*, 32(1), e3120-e3120.
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2 (7), 162-167. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733228009>
- Dixius, A., Möhler, E. (2023). Effects of a standardized DBT—A program on identity development in adolescents. *Brain Sciences*, 13(9), 1328. Doi: <https://doi.org/10.3390/brainsci13091328>
- Elices, M., Cordero, S. (2011). Terapia dialéctica conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1 (3), 132-152. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475847405006>

- Fleischhaker, C., Sixt, B., Schulz, E. (2011). DBT-A: Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche: Ein Therapiemanual mit Arbeitsbuch auf CD. Springer-Verlag. https://books.google.com/books/about/DBT_A_Dialektisch_behaviorale_Therapie_f.html?id=MnEkBAAAQBAJ
- Flynn, D., Joyce, M., Gillespie, C., Kells, M., Swales, M., Spillane, A., . . . Weihrauch, M. (2020). Evaluating the national multisite implementation of dialectical behaviour therapy in a community setting: A mixed methods approach. *BMC Psychiatry*, 20, 1-13. doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02610-3>
- Flynn, D., Joyce, M., Spillane, A., Wrigley, C., Corcoran, P., Hayes, A., . . . Mooney, B. (2019). Does an adapted dialectical behaviour therapy skills training programme result in positive outcomes for participants with a dual diagnosis? A mixed methods study. *Addiction Science & Clinical Practice*, 14, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13722-019-0156-2>
- Fondo de las Naciones Unidas para la infancia Colombia. (2023). Salud mental para todos los niños y niñas. <https://www.unicef.org/colombia/historias/salud-mental-para-todos-los-ninos-y-ninas>
- Fossati, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence: Phenomenology and construct validity. En Sharp C. y Tackett, J.L (eds). *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*. Springer Science. Doi: 10.1007/978-1-4939-0591-1
- Fruzzetti, E., Iverson, M. (2006). Intervening with couples and families to treat emotion dysregulation and psychopathology. In D. K. Snyder, J. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 249–267). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11468-012>
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86 (6), 436-443. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 37, Suplemento No. 1, pp, 136-148. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615420011>
- Gillespie, C., Simpson, S. G., Lazarus, L., Dimech, A. (2022). Individuals who report having benefitted from dialectical behaviour therapy: A qualitative study of patients' experiences. *BMC Psychiatry*, 22, 147. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00179-9>
- Gómez, A., Suárez, D. (2010). Consentimiento informado en pediatría. Aplicaciones en psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39 (4), 758-770. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619231009>
- González, E., Montoya, J., Cadavid, M., Gaviria, A., Vilella, E., Gutiérrez, A. (2023). Trastorno límite de la personalidad, experiencias adversas tempranas y sesgos cognitivos: una revisión sistemática. *Revista de Investigación E Innovación En Ciencias de La Salud*, 5 (1), 273–293. <https://doi.org/10.46634/riics.174>
- Gopar, D. (2021). Distorsiones cognitivas en el Trastorno Limite de la Personalidad: revisión bibliográfica. RIULL – Repositorio institucional [Trabajo de fin de grado] <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/24032>

- 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>
- Hancock, E., Staniforth, C., Pomroy, L., Breen, K. (2020). Adolescent inpatient completers of dialectical behaviour therapy. [Adolescent inpatient completers of DBT] *Journal of Forensic Practice*, 22(1), 29-39. doi: <https://doi.org/10.1108/JFP-07-2019-0029>
- Harvey, P., Rathbone, B. (2014). *Dialectical Behavior Therapy for At-Risk Adolescents. A Practitioner's Guide to Treating Challenging Behavior Problems*. New Harbinger Publications, Inc. ISBN:9781608827985, 1608827984
- Hermosillo, A., E., Arteaga, S., Arenas. P., González, C., Acevedo, D., Martínez, K., Rivera, M. (2023). DBT-PAHSE intervention for reduce emotion dysregulation and suicide behavior in mexican early adolescents: A longitudinal study. *Healthcare*, 11(9), 1311. doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare11091311>
- Hernandez, R., Fernandez, C., Baptista, P. (2017). *Metodología de la investigación*. McGRAW-HILL / Interamericana Editores, S.A. DE C.V. ISBN: 978-1-4562-2396-0 <https://doi.org/10.1037/t01004-000>
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología conductual*, 19(2), 347-372. https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/psicopatologiadelaregulacionemocionalpapeldelosdeficitemocionales.pdf
- Hervás, G., Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19, 139-156. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000200001
- Holmqvist, K., Zetterqvist, M. (2024). *An emotion regulation skills training for adolescents and parents: Perceptions and acceptability of methodological aspects*. *Frontiers in Psychiatry*, 15, Article 1448529. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1448529>
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255–270. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.3.255>
- Joormann, J., Stanton, 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>
- Kaess, M., Brunner, R., Chanen, A. (2014). Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics*, 134(4), 782–793. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3677>
- Kaess, M., Chanen, A. (2020). Trastorno límite de la personalidad en la adolescencia. *Revista de Toxicomanías*. N°. 84–PP. 15–26. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7855725>

- Landinez, D., Gómez, A., Londoño, N. (2021). Rasgos patológicos de personalidad del DSM-5 entre estudiantes universitarios. *Psicología. Avances de la Disciplina*, 15 (1), 31-42. <https://doi.org/10.21500/19002386.5050>
- Larson, R., Moneta, G., Richards, H., Wilson, S. (2002). Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. *Child Development*, 73, 1151–1165. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00464>.
- Lazarus, R., Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. Nueva York: Springer Publishing Company. URL: https://books.google.com/books/about/Stress_Appraisal_and_Coping.html?id=i-ySQQuUpr8C
- Lieb, K., Zanarini, M., Schmahl, C., Linehan, M., Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet (London, England)*, 364(9432), 453–461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
- Linehan, M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press. URL: <https://books.google.com/books?id=UZim3OAPwe8C&printsec=copyright>
- Linehan, M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/1995-98090-000>
- Linehan, M. (2015). *DBT® skills training manual (2nd ed.)*. Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2015-05780-000>
- Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D., Heard, H. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*, 48(12), 1060-1064. doi:10.1001/archpsyc.1991.01810360024003
- Linehan, M., Wilks, C. (2015). The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy. *American Journal of Psychotherapy*, Vol. 69, No. 2, pp. 97-110. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97>
- Lovibond, SH y Lovibond, PF (1995). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS--21, DASS--42) [Registro de la base de datos]. Pruebas psicológicas APA.
- Lozada, A., Valencia, C. (2024). Desregulación Emocional y su Relación con la Autoeficacia en Adolescentes. *Tesla Revista Científica*, 4(1). <https://doi.org/10.55204/trc.v4i1.e262>
- Lynch, R., Rosenthal, Z., Chapman, L., Linehan, M. (2006). *Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 185–188. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00014.x>
- Lynch, T., Trost, W., Salsman, N., Linehan, M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual review of clinical psychology*, 3, 181–205. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229>

- Marco, S., Mayoral, M., Hervás, G. (2024). *Changes in adolescents with borderline personality features and caregivers after dialectical behaviour multifamily group therapy*. *Anales de Psicología*, 40(3), 432-442. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9304935>
- Marín, M., Robles, R., González, C., & Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35(6), 521-526. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58225137010.pdf>
- Marqués, S., Barrocas, D., Rijo, D. (2017). Tratamientos psicológicos para el trastorno límite de la personalidad: una revisión de las terapias orientadas al comportamiento cognitivo. *Acta Médica Portuguesa*, 30 (4), 307–319. <https://doi.org/10.20344/amp.7469>
- Masters, M., Zimmer, M., Farrell, L. (2019). Transactional Associations Between Adolescents’ Emotion Dysregulation and Symptoms of Social Anxiety and Depression: A Longitudinal Study. *The Journal of Early Adolescence*, 39(8), 1085-1109. <https://doi.org/10.1177/0272431618806053>
- McCauley, E., Berk, S., Asarnow, R., Adrian, M., Cohen, J., Korlund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, S., Gallop, R., Linehan, M. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777–785. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109>
- Mehlum, L., Tørmoen, J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, M., Stanley, H., Miller, L., Sund, M., Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082–1091. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>
- Miller, A., Rathus, J., Linehan, M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press. Recuperado de URL: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=FzhTN_-Nv_UC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Miller+,+A.,+Rathus+,+J.,+y+Linehan+,+M.+\(2007\).+Dialectical+behavior+therapy+with+suicidal+adolescents.+Guilford+Press&ots=OBiuLObXju&sig=HTFxlhGX8hcKTsYiuiAJsiHAJ58#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=FzhTN_-Nv_UC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Miller+,+A.,+Rathus+,+J.,+y+Linehan+,+M.+(2007).+Dialectical+behavior+therapy+with+suicidal+adolescents.+Guilford+Press&ots=OBiuLObXju&sig=HTFxlhGX8hcKTsYiuiAJsiHAJ58#v=onepage&q&f=false)
- Miller, C., Emanuele, J., Martínez, A. (2024). ¿Qué es el trastorno límite de la personalidad? Instituto de Mente Infantil. <https://childmind.org/es/articulo/que-es-el-trastorno-limite-de-la-personalidad/>
- Ministerio de Educación Nacional. (2015). Decreto No. 1075 del 26 de mayo de 2015. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77913>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta nacional de salud mental 2015. Tomo 1. <https://www.minjusticia.gov.co/programas>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Boletín de salud mental en niños, niñas y adolescentes. Boletín de Salud Mental No 4, Salud mental en niños, niñas y adolescentes. Actualizado en octubre de 2018.

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-4-salud-mental-nna-2017.pdf>
- Ministerio de Salud. (1993). RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Monzón, S., Fernández, M. (2016). Guía diagnóstica para el Trastorno Límite de la Personalidad en adolescentes. *Psicopatol. salud ment.* 28, 55-65. <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Monzon-S-28.pdf>
- Mosquera, D. (2011). Trastorno límite de personalidad. Una aproximación conceptual a los criterios del DSM. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.* ISSN: 2253-749X. Vol. 1 (2011) n°1. https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Trastorno_Limite_de_la_Personalidad_D.Mosquera.
- Muñoz, A., Vargas, R., Hoyos, J. (2016). Escala de dificultades en regulación emocional (DERS): análisis factorial en una muestra colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(1), 225–236. <https://doi.org/10.14718/ACP.2016.19.1.10>
- National Institute of Mental Health. (2024). Borderline personality disorder. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/borderline-personality-disorder>
- Neacsiu, A., Rizvi, S., Linehan, M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, 48(9), 832–839. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.017>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Trastornos mentales y del comportamiento. En *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (11ª ed.)*. <https://icd.who.int/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Salud mental del adolescente. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta. https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_
- Oros, E. (2016). The effectiveness of dialectical behavior therapy-based skills training in a traditional high school setting (Order No. 10191775). Available from Psychology Database. (1868419019).
- Ospina, F., Hinestrosa, M., Paredes, M., Guzmán, Y., Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 13 (6), 908-920. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42222537004>
- Panish, D. (2021). *Dialectical Behavior Therapy Skills Training for Emotional Problem Solving for Adolescents (DBT STEPS-A) in Urban School Contexts: A Mixed Methods Study* (Order No. 28492589) [Doctoral dissertation, Graduate School of Applied and Professional Psychology]. ProQuest Dissertations & Theses Global.

- <https://www.proquest.com/openview/a1736fc5e4c8effe6cb6c3bba301a171/1.pdf?cbl=18750&dis=s=y>
- Pardo, S., Fernández, A., Orgaz, P., Beá, M., Kerexeta, I., Díaz, A., Catalán, A., Vivanco, E., Aguirre, B., González, Á. (2020). A qualitative research of adolescents with behavioral problems about their experience in a dialectical behaviour therapy skills training group. *BMC Psychiatry*, 20, 245. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02649-2>
- Ramírez, H., Vargas, L. (2012). Terapia conductual dialéctica: descripción general de una propuesta centrada en la aceptación incondicional. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, vol. III, núm. 137, pp. 53-64. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15325492005>
- Rathus, J., Miller, A. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and life-threatening behavior*, 32(2), 146-157. URL: <https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/suli.32.2.146.24399>
- Rathus, J., Miller, A. (2015). *DBT Skills manual for adolescents*. The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2014-10680-000>
- Rodríguez, G., Betancor, C. (2018). Borderline Personality Disorder: Theoretical approach and introduction to practice. <https://core.ac.uk/outputs/235854393?source=oi>
- Roldán, C. (2011). Revisión bibliográfica. Trastorno Límite de Personalidad. Limitaciones y avances en el contexto terapéutico. Tesis de Máster, Instituto Superior de Estudios Psicológicos, ISEP, Madrid.
- Ruiz, F., García, M., Suárez, J., Odriozola, P. (2017). The Hierarchical Factor Structure of the Spanish Version of Depression Anxiety and Stress Scale -21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2017, 17, 1, 97-105. <https://blogs.konradlorenz.edu.co/files/ruiz2017dass21-1.pdf>
- Salus. (2011). Adolescencia: ¿Hasta cuándo se es adolescente? *Salus*. Vol. 15 (2), Valencia. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382011000200002&lng=es&tlng=es.
- Sarmiento, M. (2017). *Salud Mental y Desarrollo*. *Medicina*, 39(3), 246–254. <https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/118>
- Seow, Y., Collins, L., Page, C., Hooke, R. (2020). *Severity of borderline personality disorder symptoms as a moderator of the DBT skills-use → psychological distress relationship*. University of Western Australia Repository. https://research-repository.uwa.edu.au/files/87922062/PR_study_2_R_R2.pdf
- Sesma, E. (2017). Análisis del discurso de un grupo de adolescentes con trastorno de conducta tras haber participado en el entrenamiento en Habilidades Psicosociales de Terapia Dialéctica Conductual: una investigación cualitativa de la efectividad de la intervención psicoterapéutica. [Tesis doctoral]. Universidad del País Vasco, 2017.
- Silva, C. (2022). Estrategias de terapia dialéctica conductual para depresión en adolescentes: una propuesta teórica. *Revista de Investigación Talentos*, 9(2), 84–100. <https://doi.org/10.33789/talentos.9.2.172>

- Smith, L., Hunt, K., Parker, S., Camp, J., Stewart, C., Morris, A. (2023). Parent and carer skills groups in dialectical behaviour therapy for high-risk adolescents with severe emotion dysregulation: A mixed-methods evaluation of participants' outcomes and experiences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(14), 6334. <https://doi.org/10.3390/ijerph20146334>
- Soler, J., Eliges, M., Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-66). <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2793>
- Stoffers, J., Völlm, B., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2012(8), CD005652. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
- Vargas, R., Muñoz, A. (2013). La regulación emocional: precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual. *Psicología USP*, 24 (2), 225–240. <https://doi.org/10.1590/s0103-65642013000200003>
- Vásquez, E. (2016a). Terapia Dialéctica Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(2), 108-118. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000200005&lng=es&tlng=es.
- Vásquez, E. (2016b). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42-51. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006&lng=es&tlng=es.
- Weinberg A, Klonsky D. (2009). Measurement of emotion dysregulation in adolescents. *Psychological Assessment*. 2009; 21:616-621. <https://www2.psych.ubc.ca/~klonsky/publications/psychassessment2009.pdf>
- Winsper, C., Zanarini, M., Wolke, D. (2012). Prospective study of family adversity and maladaptive parenting in childhood and borderline personality disorder symptoms in a non-clinical population at 11 years. *Psychological medicine*, 42(11), 2405–2420. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000542>
- Zanarini, M., Williams, A., Lewis, R, Reich, R., Vera, S, Marino, M, Levin, A., Yong, L., Frankenburg, F. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 154(8), 1101–1106. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.8.1101>
- Zumba, D., Moreta, R. (2022). Afectividad, Regulación Emocional, Estrés y Salud Mental en adolescentes del Ecuador en tiempos de pandemia. *Revista De PSICOLOGÍA DE LA SALUD*, 10(1). <https://doi.org/10.21134/pssa.v10i1.801>

Anexos

Anexo 1

Aval comité de ética



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

CEIFUS 1379-25
Bogotá D.C, 05 de junio de 2025

Doctores:

John Henry Navia Linero
Jennifer Paola Gómez Sandoval
Kristel Eliana Bohórquez Ovalle
Sandra Milena Valeriano Pineda

Investigador Principal
Bogotá

Ref: Concepto ético de la solicitud vinculada al protocolo (031-25 UNV) Análisis del Entrenamiento Grupal en Habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual en Adolescentes con Dificultades Graves de Desregulación Emocional del centro Lifesense en Bogotá.

Doctores

El día 27/05/2025, en la sesión registrada en el acta No. 020-25, se reunió el Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas, donde se deja constancia de la recepción del comunicado de 19/05/2025 y evaluación de la siguiente información relacionada con el protocolo en referencia que se desarrolla bajo su dirección en Centro Especializado Lifesense y Fundación Universitaria Sanitas.

- Listado de documentos sometidos: Radicado 3.716. Respuesta al CEIFUS 870-25.

Concepto CEI:

El Comité de Ética en Investigación recibe a conformidad los ajustes realizados como respuesta a la solicitud del Comité realizada mediante CEIFUS 870-25.

Se revisa en sesión según los criterios institucionales establecidos y dado que el proyecto no compromete la seguridad, bienestar y respeta los derechos del sujeto de investigación, se decide aprobado por consenso este protocolo. Se informa que, como parte de las responsabilidades del Investigador Principal durante el desarrollo de una investigación, es de cumplimiento obligatorio llevar a cabo las siguientes actividades:

El documento de consentimiento informado aprobado para la aplicación en este estudio se firma y sella por el Comité de Ética, y posteriormente cargado junto con el comunicado de aprobación en la plataforma. Se solicita tener presente que este es el único documento autorizado para realizar el proceso de consentimiento informado con los sujetos. Al concluir el estudio, es obligatorio someter al Comité de Ética un informe final o resumen de los resultados de la investigación. Agradecemos su atención y compromiso para garantizar el cumplimiento de estas actividades conforme a los procedimientos establecidos.

El Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas está conformado por catorce (14) miembros principales y tres (03) miembros suplentes y se requiere la presencia de ocho (08) de ellos para cumplir con el quorum. (asistieron: 12).

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.

Eduardo Low Padilla	Presidente	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Farmacología Clínica
---------------------	------------	--

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
Bogotá D. C, Colombia



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

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.
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.
Mauricio Fernando Torres Roa	Miembro Deliberativo	Químico Farmacéutico
Betsy Valle Velasco	Miembro Deliberativo	Químico Farmacéutico
Angélica Viviana Niño Parrado	Miembro Deliberativo	Profesional especializado del área de ciencias de la salud
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.

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
 Bogotá D. C, Colombia

Anexo 2

Documento consentimiento informado – aprobado por el comité de ética



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE LOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

Título del estudio	Análisis del Entrenamiento Grupal en Habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual en Adolescentes con Dificultades Graves de Desregulación Emocional del centro Lifesense en Bogotá.
Investigador responsable	<p>Investigadores:</p> <p>John Henry Navia Linero - jh.naviali@unisanitas.edu.co Yennifer Paola Gómez Sandoval - jp.gomezsa@unisanitas.edu.co Krystal Eliana Bohórquez Ovalle - ke.bohorquezov@unisanitas.edu.co Sandra Milena Valeriano Pineda - sm.valerianopi@unisanitas.edu.co</p> <p>Número del investigador: 3118867381</p> <p>Docentes asesores:</p> <p>Natalia Caraballo Parra - ncarabalopa@unisanitas.edu.co Sonia Enríquez Guzmán - senriquezgu@unisanitas.edu.co</p>

Presentación:

La Fundación Universitaria Sanitas y los estudiantes mencionados anteriormente del programa de maestría en psicología clínica y de la salud, da la bienvenida y agradece su participación en el presente estudio que tiene como objetivo principal **Explicar el efecto del entrenamiento grupal en habilidades de la terapia DBT en adolescentes entre 12 y 17 años con dificultades graves de desregulación emocional que acuden a terapia en el centro científico especializado Lifesense en la ciudad de Bogotá, Colombia.** Esta investigación permite la contribución a la evidencia científica con respecto a la terapia Dialéctica Conductual en el entrenamiento grupal en habilidades en adolescentes junto con su cuidador o padres de familia, así mismo, se quiere aportar a la importancia y necesidad de hacer una intervención con participación familiar, teniendo en cuenta la red de apoyo y así estandarizar diferentes aspectos metodológicos y conceptuales en el tratamiento para intervenir la desregulación emocional. Para dar cumplimiento a este objetivo, se requiere de su participación voluntaria, la cual consiste en realizar una entrevista, permitiendo la recolección de datos cualitativos y posterior su análisis.

A continuación, describimos brevemente algunas particularidades de la investigación y los instrumentos que utilizaremos:

- Entrevista semi – estructurada, la cual explorara temas generales de la regulación emocional y del entrenamiento en habilidades y otros temas que surjan de la conversación, guiada por cuatro categorías: 1) Desregulación emocional, 2) Depresión, 3) Estrés y 4) Ansiedad. Dado que, la desregulación emocional se asocia con la aparición de emociones como la depresión, ansiedad y estrés, que son fundamentales para identificar los problemas emocionales que enfrentan los adolescentes. Estas categorías permiten explorar y comprender su perspectiva de la intervención.
- Este instrumento se realizará al acudiente, el cual participó en el entrenamiento grupal en habilidades del Centro Especializado Lifesense.
- Es importante mencionar que esta entrevista no pretende hacer parte ni interrumpir el tratamiento clínico que está recibiendo en el Centro Especializado Lifesense.
- La entrevista se realizará en contexto terapéutico del Centro Especializado Lifesense.





Esta investigación, se realiza bajo el estricto cumplimiento de los requisitos de rigor metodológico y ético, y por lo tanto contempla a cabalidad lo consignado en el artículo 11 de la Resolución No. 8430 de 1993 proferida por el Ministerio de Salud de la República de Colombia, la cual regula los aspectos de la investigación con seres humanos, a partir de la cual se considera una investigación de **RIESGO MINIMO** toda vez que la participación únicamente se limita a la **descripción de las variables a través de las respuestas de los participantes, sin incluir ningún tipo de intervención en ellos**. Lo anterior no implica que se desconozca, que evocar situaciones o creencias sobre las que indaga la entrevista, pueda tener algún efecto o implicación emocional en el participante, en cuyo caso el mismo está en libertad de decidir continuar o no en el estudio. Así mismo, en concordancia con lo establecido por la Ley 1090 del código de ética del Colegio Colombiano de Psicólogos, se respetará el principio de confidencialidad de la información, así como el anonimato de los participantes. Únicamente los investigadores tendrán conocimiento abierto y explícito de la identidad de quienes respondan las entrevistas y en caso de identificar alguna situación de riesgo en lo referente al bienestar del participante, le sugerirían e indicaran remitirse al profesional clínico y de la salud que pudiese brindar apoyo dentro del centro especializado Lifesense, donde se encuentra vinculado, es decir que en caso de identificar algún riesgo le informaran al participante orientándole sobre las medidas a considerar. Ninguna persona externa al equipo de investigación conocerá o tendrá acceso a esta información. Finalmente se aclara que el análisis de la información para responder a los objetivos de la investigación se abordará en conjunto a través de los análisis cualitativos requeridos para ello, y no de forma individual participante por participante.

De acuerdo con lo anterior, el presente consentimiento informado le brinda información sobre su papel en la participación especificando adicionalmente que:

1. Su participación es totalmente voluntaria.
2. Ninguna de las actividades contempladas en el estudio implica algún tipo de riesgo o alguna molestia física o psicológica a corto o largo plazo. Considerando sobre el componente psicológico las posibilidades de molestia, acorde a las diferencias individuales o características específicas de cada participante, en cuyo caso se podrá brindar asesoría y remisión al profesional especializado en caso de requerirse.
3. Al aceptar ser participante de la presente investigación, Ud. autoriza el uso de los datos para los análisis cualitativos pertinentes, acorde a los objetivos de la investigación.
4. La información obtenida en estas entrevistas o en cualquier momento durante su participación en la investigación será confidencial, y no tendrá un uso secundario o ajeno a la misma. Esto, de conformidad con lo estipulado por el artículo 2 (numerales 5, 6 y 8) de la ley 1090 del 2008 del ejercicio profesional del psicólogo.
5. Bajo el apoyo de la ley estatutaria 1581 del 2012 "habeas data", apruebo el manejo de datos personales registrado en este consentimiento informado. La cual al momento del análisis de información será **anónima** respetando de esta forma la confidencialidad y privacidad de los datos.
6. El tiempo promedio de participación será de **45 Minutos**
7. Su participación no implicará a la Universidad Fundación Universitaria Sanitas ni al Centro especializado Lifesense o a los integrantes del equipo de investigación el pago de dinero alguno. De igual forma, como participante no estará obligado a realizar pago alguno bajo ningún concepto.
8. Usted podrá retirarse en caso de no sentirse cómodo con la resolución de las preguntas, en el momento en el que desee hacerlo, informando al investigador encargado.
9. Esta investigación no interrumpe ni interfiere en su proceso clínico que tiene dentro del centro especializado Lifesense.
10. En caso de querer conocer el producto académico final, se le dará conocimiento de la ruta para acceder a ello.



Teniendo en cuenta lo anterior, manifiesto que después de conocer los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio y con la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas, yo _____ identificado con documento de identidad No _____ de _____ como _____ (parentesco) del menor de edad _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Por favor complete los siguientes datos

Nombre del Participante

Nombre del testigo No.1

Firma de la participante

Firma del testigo No.1

Nombre del testigo No.2

Firma del testigo No.2

Fecha: _____ Fecha: _____
Día/mes/año Día/mes/año

Firma del investigador principal

Nombre del investigador principal

Fecha: _____
Día/mes/año

En caso de inquietudes durante el desarrollo del proceso y posterior a este se puede contactar con el investigador principal cuyos datos se incluyen al inicio de este consentimiento. Adicionalmente con el comité de ética en investigación: *

*Número del investigador: 3118867381

*presidente CEI: Eduardo Low Padilla

*Teléfono: 601 5895377 ext 5719901

*Correo: comiteetica@unisanitas.edu.co

