

**EFICACIA DE LA TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL
COMO MODELO DE MEJORA EN CONDUCTAS SUICIDAS Y
AUTOLESIONES EN POBLACIÓN ADOLESCENTE CON
DESREGULACIÓN EMOCIONAL:
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

ADRIÁN CÁRDENAS CARAVACA

Trabajo de Fin de Máster

Tutor: Javier Ortega Allué

Máster Universitario en Psicología

General Sanitaria

Universidad de Vic

Vic, 4 marzo 2022

Resumen

Antecedentes: Considerando el suicidio como un grave problema de salud pública, es necesario investigar más sobre modelos de prevención y actuación eficaces para abordar los precedentes del suicidio, que también incide entre los jóvenes, siendo la cuarta causa de muerte en este grupo etario. Por otra parte, la terapia dialéctico conductual adaptada para adolescentes (TDC-A) es una intervención con una evidencia creciente para tratar la desregulación emocional y conductual, que puede ser efectiva para abordar conductas suicidas y de autolesión.

Objetivo: La presente revisión sistemática tiene como objetivo, sintetizar la información más actualizada de la literatura y aportar evidencia sobre la eficacia de la TDC-A en la reducción de conductas suicidas y autolesiones en adolescentes con desregulación emocional.

Método: La revisión sigue la metodología PRISMA. La búsqueda de la literatura se ha realizado en las bases de datos de PsycINFO, SCOPUS y PUBMED, mediante los descriptores booleanos, seleccionando los artículos a partir del título, resumen y el texto completo.

Resultados: Se han analizado 22 estudios que han completado los criterios de inclusión, donde se evalúa el efecto de un programa de entrenamiento de habilidades de la TDC-A. Todos los estudios coinciden en que la desregulación emocional es un factor común en diversos diagnósticos, en población adolescente. La TDC-A ha reportado más eficacia en el efecto de respuesta, en la mejoría clínica de autolesiones no suicidas y en psicopatología global, en comparación con otras intervenciones.

Conclusión: Los hallazgos obtenidos constatan que el entrenamiento de habilidades de la TDC-A es un modelo eficaz para reducir autolesiones y tentativas de suicidio en adolescentes con desregulación emocional.

Palabras clave: Terapia dialéctico conductual; TDC; Desregulación emocional; Trastorno límite de la personalidad; TLP; Autolesión; Autolesiones no suicidas; Tentativa de suicidio; Adolescentes.

Abstract

Background: Considering suicide as a serious public health problem, more research is needed on effective prevention and action models to address the precedents of suicide, which also affects young people, being the fourth leading cause of death in this age group. On the other hand, adolescent-adapted dialectical behavior therapy (DBT-A) is an intervention with growing evidence to treat emotional and behavioral dysregulation, which may be effective in addressing suicidal and self-harm behaviors.

Objective: This systematic review aims to synthesize the most up-to-date information in the literature and provide evidence on the efficacy of DBT-A in reducing suicidal behavior and self-harm in adolescents with emotional dysregulation.

Method: The review follows the PRISMA methodology. The literature search was carried out in the PsycINFO, SCOPUS and PUBMED databases, using Boolean descriptors, selecting the articles based on the title, abstract and full text.

Results: 22 studies that had met the inclusion criteria were analyzed, where the effect of a DBT-A skills training program is evaluated. All studies agree that emotional dysregulation is a common factor in various diagnoses in the adolescent population. The TDC-A has reported more efficacy in the response effect in the clinical improvement of non-suicidal self-harm and in global psychopathology, compared to other interventions.

Conclusion: The findings obtained confirm that DBT-A skills training is an effective model to reduce self-harm and suicide attempts in adolescents with emotional dysregulation.

Keywords: Dialectical behaviour therapy, DBT, Emotional dysregulation, Borderline personality disorder, BPD, Self-harm, Suicide attempt, SA, Nonsuicidal self-injury, NSSI, Adolescents.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Desregulación emocional.....	9
2.1.1 Vulnerabilidad emocional	9
2.1.2 Regulación emocional.....	10
2.2 Trastorno límite de la personalidad.....	10
2.2.1 Criterios diagnósticos DSM-V del trastorno de la personalidad límite	11
2.3 Autolesión no suicida y tentativa de suicidio.....	11
2.4 Factores de riesgo.....	13
2.5 Terapia Dialéctico Conductual.....	14
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	16
3.1 Objetivo general	16
3.2 Objetivos específicos	16
3.3 Hipótesis.....	17
4. METODOLOGÍA	17
4.1 Estrategia de búsqueda en la literatura.....	17
4.2 Criterios de selección.....	17
4.3 Método de revisión.....	18
5. RESULTADOS	18
5.1 Muestra de participantes	19
5.2 Origen de los estudios	20
5.3 Diseño de los estudios.....	20
5.4 Contenido de los estudios	20
5.4.1 Desregulación emocional.....	30
5.4.2 Autolesión no suicida y tentativa de suicidio.....	31
5.4.3 Trastorno límite de la personalidad.....	32
5.4.4 Beneficios de la TDC-A versus otras terapias.....	33
6. DISCUSIÓN	36
7. LIMITACIONES.....	41
8. CONCLUSIONES	42
9. BIBLIOGRAFÍA	43

1. INTRODUCCIÓN

La terapia Dialéctico Conductual (a partir de ahora nombrada con las siglas TDC o DBT en inglés) es un tratamiento internacionalmente reconocido, basado en la evidencia, para abordar el comportamiento suicida y otras formas de autolesión en poblaciones adultas (Linehan, 1993). La TDC ha sido adaptada para su uso en adolescentes y también se considera un tratamiento con respaldo empírico para disminuir repetidas tentativas de suicidio o *suicide attempts* (SA) y autolesiones no suicidas o *nonsuicidal self-injury* (NSSI) en adolescentes (McCauley et al., 2018).

Cabe destacar que según los informes de la OMS (2019) el suicidio constituye un grave problema de salud pública mundial, siendo una de las principales causas de muerte en el mundo. Se estima que en todo el mundo 703.000 personas mueren por suicidio cada año. Más de una de cada 100 muertes (1,3%) en 2019 fueron consecuencia del suicidio. Además, el suicidio es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años. Los datos del año 2019 también constatan que el suicidio fue la cuarta causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo, y se estima que el 77% de suicidios se produjeron en los países de ingresos bajos y medianos.

En referencia a la autolesión no suicida (NSSI) y las tentativas de suicidio (SA), los adolescentes son considerados un grupo de riesgo. Las estimaciones sugieren que aproximadamente entre el 13%-45% de los adolescentes han participado en NSSI en alguna etapa de su vida, como autocortarse, quemarse o golpearse sin intención letal (Muehlenkamp et al., 2012; Nock, 2010). También se estima, que la mayoría de adolescentes que reportan conductas autolesivas se han involucrado en esos comportamientos solo una vez o un par de veces (Nock et al., 2006). Sin embargo, para algunos adolescentes las autolesiones se convierten en un patrón de comportamiento desadaptativo, que implica un deterioro funcional significativo y un elevado riesgo de lesiones físicas graves o la muerte y, por tanto, son casos clínicos que manifiestan una fuerte necesidad de tratamiento psiquiátrico y médico (Klonsky, 2008).

Además, se ha descubierto que las autolesiones en la adolescencia son factores de riesgo robustos, como consecuencia de los intentos de suicidio en adultos (Chesin et al., 2017; Copeland et al., 2017) y la mayoría de adolescentes que mueren por suicidio tienen un historial de conducta autolesiva el año anterior a su muerte (Hawton et al., 1999). Así pues, un patrón de conducta autolesiva se asocia a graves problemas de salud mental y problemas del comportamiento que requieren visitas a la sala de emergencias y hospitalizaciones repetidas (Finkelstein et al., 2015).

Inicialmente, la TDC fue desarrollada para pacientes crónicos adultos con trastorno límite de la personalidad (nombrado con las siglas TLP) con tendencias suicidas (Linehan et al., 2007). Posteriormente, Miller, Rathus y Linehan (2007) adaptaron la TDC para adolescentes (TDC-A) con rasgos de TLP. A pesar de la controversia en torno al diagnóstico de TLP en adolescentes, la literatura actual proporciona evidencia suficiente para sugerir que la confiabilidad y validez del diagnóstico de TLP es igual en adolescentes que en adultos (Chanen y McCutcheon, 2013; Miller et al., 2008; Tackett et al., 2009). Según Linehan (1993), la desregulación emocional es la principal disfunción que contribuye a las conductas suicidas y conductas de autolesión, formando parte así, la desregulación emocional, como otra característica más del trastorno límite de la personalidad.

Cabe considerar, por otra parte, los hallazgos obtenidos en estudios comunitarios (Brunner et al., 2014) y clínicos (Nock et al., 2006; Jacobson 2008) en adolescentes, pues han demostrado una fuerte asociación entre las autolesiones y algunos trastornos psiquiátricos, especialmente en trastornos depresivos y trastorno límite de la personalidad (Jacobson, 2008; Soloff, 2000). Además, otros estudios en adultos han demostrado que las dos condiciones, tanto los trastornos del ánimo, como el TLP, con frecuencia coocurren, y se sugiere que esta comorbilidad está asociada con autolesiones más frecuentes y de mayor letalidad (Soloff et al., 2000; Soloff y Chiappetta, 2012) y con un peor pronóstico (Gunderson et al., 2014; Crawford et al., 2008).

No obstante, se ha encontrado que las dificultades de regulación emocional son un factor común en un número prominente de patologías entre los adolescentes, incluido el TLP (Fossati et al., 2013), la ansiedad (McLaughlin et al., 2011; Pepping et al., 2016), la depresión (Pepping et al., 2016), el comportamiento disruptivo (McLaughlin et al., 2011), los trastornos alimentarios (Sim y Zeman, 2006), la insatisfacción con el propio cuerpo e imagen (Sim y Zeman, 2006), niveles más altos de internalización, así como problemas de externalización junto con niveles más bajos de bienestar positivo (Wils et al., 2016). En todo caso, la desregulación emocional es un asunto de relevante preocupación, debido a que incide de manera significativa en la ideación e intentos suicidas (Saffer et al., 2015) junto con las autolesiones deliberadas en población adolescente (Adrian et al., 2011; Duggan et al., 2015).

Dada la naturaleza transdiagnóstica de la desregulación emocional, no es sorprendente que se hayan encontrado tratamientos que reporten beneficios para la salud mental más allá del TLP, (MacPherson et al., 2013). De hecho, la TDC-A se ha utilizado con éxito para ayudar a adolescentes que sufren de una variedad de condiciones, incluyendo los trastornos mentales que generalmente no se consideran nosológicamente relacionados con el TLP, como el trastorno bipolar (Goldstein et al.,

2007), el trastorno negativista desafiante (Nelson-Gray et al., 2006) y en poblaciones selectas, como adolescentes con discapacidad intelectual (Charlton y Dykstra, 2011).

Se observa que, durante la etapa adolescente, la desregulación emocional es un factor bastante común e induce a la impulsividad y a la aparición de conductas problemáticas en adolescentes (Dodge, 1991). La desregulación emocional se define como la incapacidad para modular la activación o un estado emocional (Linehan, 1993). En efecto, las capacidades psicosociales que ayudan a regular las emociones, no están completamente desarrolladas en la adolescencia (Larson et al., 2002; Steinberg, 2007) de modo que, aumenta la probabilidad de que los adolescentes se involucren en conductas de riesgo que puedan comprometer la salud (Brown et al., 2012; McLaughlin et al., 2011; Raffaelli y Crockett, 2003; Tarter, 2002).

Por otra parte, se ha observado que los adolescentes que incurren en autolesiones deliberadas, muestran un deterioro en las funciones ejecutivas (FE), en las áreas de inhibición (Madge et al., 2011), la regulación emocional (Mikolajczak et al., 2009), los cambios de tarea (París et al., 1999), la resolución de problemas después de pasar por una situación estresante (Nock y Mendes, 2008) y el funcionamiento interpersonal (You, Leung, y Fu, 2012). Siguiendo esta línea, estudios de neuroimagen también han examinado adolescentes con TLP, y se ha identificado, no tan solo una condición caracterizada por el comportamiento autolesivo, sino también por la impulsividad, la desregulación emocional y el deterioro en el funcionamiento interpersonal, como también la presencia de alteraciones en el desarrollo cerebral en términos de la materia blanca (Maier-Hein et al., 2014; New et al., 2013) y de la materia gris (Brunner et al., 2010; Richer et al., 2014) y alteraciones del desarrollo en las regiones de la corteza prefrontal del cerebro, que, en suma, son áreas funcionales de relevante importancia para la maduración de las funciones ejecutivas.

Dentro de este marco, la terapia dialéctico conductual es una terapia que tiene como objetivo reducir la desregulación emocional, demostrando ser una terapia eficaz en el tratamiento ambulatorio para personas con desregulación emocional, autolesiones recurrentes y tentativas de suicidio (DeCou et al., 2019; Linehan, 1993). La teoría biosocial de Linehan (1993) sugiere que las dificultades en la regulación de las emociones se manifiestan a partir de una combinación de vulnerabilidad emocional biológica y un entorno que invalida la comunicación de la emoción en la infancia. Así, a medida que se desarrolla la juventud, la predisposición biológica y el temperamento interactúa con las características ecológicas, para dar forma a estrategias con el fin de manejar circunstancias, que van desde conductas adaptativas y funcionales a conductas problema (Linehan, 1993).

De esta forma, la desregulación emocional constituye una manifestación de la conducta desadaptativa, caracterizada por la baja tolerancia al malestar, recursos de afrontamiento inadecuados y la creencia de que los comportamientos desadaptativos son soluciones viables para la resolución de problemas (Rathus y Miller, 2000). En esta perspectiva, la teoría biosocial de Linehan (1993) sirvió de guía en el desarrollo de la TDC centrada en erradicar la participación en comportamientos desadaptativos, mediante la enseñanza de afrontamiento adaptativo con el uso de habilidades (Neece et al., 2013).

Posteriormente, en la adaptación de la TDC para adolescentes (TDC-A), Miller, Rathus y Linehan (2007) integraron a las familias y cuidadores en las sesiones semanales de entrenamiento de habilidades. En esta terapia se redujo la duración del tratamiento de 12 meses a 3-6 meses, y se agregó un nuevo módulo de habilidades llamado: “Caminando por el sendero del medio” (Miller et al., 2007). Este nuevo módulo de habilidades se enfoca en el impacto negativo de la desregulación emocional entre los adolescentes y sus respectivos padres o cuidadores (Miller et al., 2007).

También, cabe considerar que varios estudios clínicos no controlados, sugieren que la TDC-A es eficaz para reducir las NSSI y la ideación suicida y, además, aumenta la adherencia al tratamiento (Fleischhaker et al., 2011; James et al., 2008; Katz et al., 2004; Rathus y Miller, 2002). Por otra parte, en un ensayo controlado aleatorio, también se reportó una mayor eficacia de la TDC-A en la reducción significativa de la frecuencia de las NSSI, la severidad de la ideación suicida y los síntomas depresivos desde el inicio hasta el final del tratamiento en un grupo de entrenamiento de habilidades de la TDC-A, en comparación con el tratamiento habitual (Mehlum et al., 2014).

Considerando la controversia del diagnóstico del TLP en adolescentes, la presente revisión sistemática se ha basado en examinar un denominador común en el TLP y otras patologías: la desregulación emocional. Por ende, se amplió la inclusión de estudios que examinaban muestras con diferentes diagnósticos, es decir, no tan solo a adolescentes con diagnóstico TLP o rasgos TLP, sino también a diversos diagnósticos donde está presente la desregulación emocional, factor prominente que se asocia a las NSSI y las SA. De esta manera, en este trabajo se manifiesta la relevancia del TLP como principal precursor para la implementación de la TDC, pero también, se hace referencia a otros trastornos que incluyen la desregulación emocional y que, en suma, son susceptibles a las NSSI y las SA.

Por tanto, el objetivo del presente trabajo consiste en recabar información mediante una revisión sistemática de la literatura en los últimos 5 años, aportando evidencia empírica sobre la eficacia clínica de la TDC-A en la reducción de las NSSI y SA en adolescentes con desregulación emocional.

Respecto al contenido y organización, el trabajo se estructura en diferentes apartados (ver en el formato esquema en la **Figura 1**):

- ✓ En primer lugar, un marco teórico donde se definen los siguientes conceptos; TDC, TLP, desregulación emocional, NSSI, SA y factores de riesgo.
- ✓ En segundo lugar, se exponen los objetivos e hipótesis, que se pretenden contrastar, validar y resolver.
- ✓ En tercer lugar, se presenta la metodología utilizada en esta revisión sistemática, incluyendo los criterios de inclusión de los estudios seleccionados.
- ✓ En cuarto lugar, se presentan los resultados aportados por los diferentes estudios.
- ✓ En quinto lugar, se presenta la discusión donde se contrastan los hallazgos obtenidos de cada estudio y se aportan nuevas perspectivas futuras hacia posibles líneas de investigación.
- ✓ En sexto lugar, se presentan las limitaciones de la presente revisión sistemática.
- ✓ Por último, se presenta las conclusiones con la finalidad de englobar de un modo sintetizado, todos los datos relevantes, en referencia a los resultados clínicos obtenidos de la aplicación de grupos de entrenamiento de habilidades de la TDC en población adolescente con desregulación emocional.

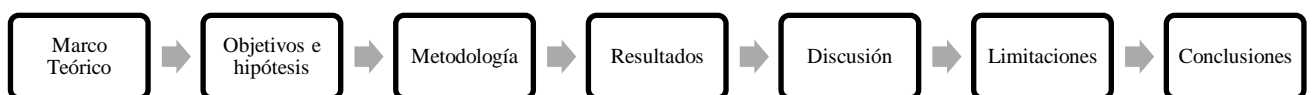


Figura 1. *Esquema de la estructura del trabajo*

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Desregulación emocional

Linehan (1993) define la desregulación emocional como *la incapacidad, pese a los mejores esfuerzos, de cambiar o regular las emociones, experiencias, acciones, respuestas verbales y/o expresiones no verbales de una manera adaptativa para afrontar una situación*. De igual modo, la vulnerabilidad emocional puede crear una desregulación emocional generalizada, que representa una incapacidad para regular emociones intensas y adaptar el comportamiento. La desregulación emocional también puede presentarse por el sobrecontrol y la supresión de las emociones, que da como resultado emociones negativas generalizadas, bajas emociones positivas, incapacidad para generar nuevas emociones positivas y dificultad para la comunicación emocional. Por último, se refiere a desregulación sistémica, como el proceso de interacción entre la vulnerabilidad emocional y las estrategias moduladoras de la emoción, que concluyen en respuestas desadaptativas e inadecuadas.

Entre las características de la desregulación emocional se destaca (Linehan, 1993):

- ✓ Exceso de experiencias emocionales dolorosas.
- ✓ Incapacidad o dificultad para regular estados de activación intensa.
- ✓ Dificultad para desviar la atención de los estímulos emocionales.
- ✓ Distorsiones o sesgos cognitivos en el procesamiento de la información.
- ✓ Control insuficiente de conductas impulsivas asociadas a emociones intensas.
- ✓ Dificultades de organización y coordinación para alcanzar objetivos durante los estados de activación emocional.
- ✓ Tendencia a paralizarse o disociarse bajo estados elevados de estrés.

2.1.1 Vulnerabilidad emocional

La *vulnerabilidad emocional* se define por las siguientes características (Linehan, 1993):

- ✓ Elevada emocionalidad negativa como línea de base.
- ✓ Sensibilidad a estímulos emocionales.
- ✓ Respuesta intensa a estímulos emocionales.
- ✓ Retorno lento a la línea de base emocional una vez que ha ocurrido la activación emocional.

2.1.2 Regulación emocional

La *regulación emocional* Linehan, (1993) se puede automatizar y controlar de forma consciente. En la TDC se enfatiza el control de la atención para integrar las habilidades adquiridas, de manera que se automaticen a la larga.

La regulación emocional se define como la capacidad de (Linehan, 1993):

- ✓ Inhibir la conducta impulsiva e inapropiada relacionada con la intensidad emocional.
- ✓ Organizarse y encaminarse hacia objetivos sin depender del estado de ánimo.
- ✓ Autocalmar o aliviar cualquier activación fisiológica inducida por una emoción intensa.
- ✓ Reenfocar la atención en presencia de una emoción intensa.

En definitiva, la desregulación emocional lleva a la impulsividad, falta de control en la expresión afectiva, poca flexibilidad y a la aparición de las conductas problema. Además, se observó que los jóvenes con dificultades de regulación emocional, tenían más probabilidad de consumir drogas duras, tener relaciones sexuales de riesgo y experimentar más conductas problema (Hessler y Katz, 2010). Sin olvidar otros factores, como el elevado riesgo de involucrarse en conductas de beber, fumar, usar marihuana y atracones de comida entre los jóvenes con elevados rasgos de la personalidad basados en las emociones (Combs et al., 2012; Pearson et al., 2015; Robinson et al., 2014; Zapolski et al., 2009; Zapolski et al., 2010).

Por consiguiente, el enfoque terapéutico debería abordar la regulación de las emociones en la adolescencia, centrándose en la irrupción de la emoción. De esta manera es posible inhibir las conductas de riesgo para la salud en etapas tempranas del desarrollo, disminuyendo la probabilidad de progresión de los comportamientos más severos y la ocurrencia de efectos negativos en la salud a largo plazo, asociados a la desregulación emocional (Eaton et al., 2012; Kann et al., 2016).

2.2 Trastorno límite de la personalidad

El trastorno límite de la personalidad (TLP o BPD en sus siglas en inglés) es un trastorno mental grave, caracterizado por la inestabilidad del afecto, la identidad y las relaciones interpersonales, que se acompaña frecuentemente por conductas de riesgo y autolesiones, y representa una alta tasa de comorbilidad psiquiátrica y deficiencias psicosociales graves (Kaess, Brunner y Chanen, 2014). Por este motivo, el diagnóstico precoz del TLP es fundamental para facilitar la intervención temprana en adolescentes con TLP y, por lo tanto, se previene la continuación de los síntomas en la edad adulta (Kaess et al., 2014).

Como resultado del diagnóstico precoz, también se reduce el deterioro de la enfermedad y la mortalidad. El TLP en adolescentes se ha vuelto un trastorno común, con una prevalencia estimada del 11% en pacientes ambulatorios (Chanen et al., 2008) y hasta un 50% en entornos hospitalarios (Grilo et al., 1996).

2.2.1 Criterios diagnósticos DSM-V del trastorno de la personalidad límite

Según el DSM-V (APA, 2013), el trastorno de la personalidad límite, se caracteriza por un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alternación de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

2.3 Autolesión no suicida y tentativa de suicidio

Las autolesiones constituyen un problema de gravedad para la salud pública, con altas tasas de prevalencia en muchos países (Madge et al., 2008; Jacobson y Gould 2007), pero solo una minoría de los adolescentes que se han autolesionado refieren haber recibido algún tipo de tratamiento posterior (Ystgaard et al., 2009). Las NSSI representan una preocupación de salud pública entre los adolescentes, aproximadamente se reportan entre un 13% y un 45% de antecedentes de NSSI en

muestras comunitarias (Choate, 2012), mientras que entre poblaciones psiquiátricas se reportan aproximadamente entre un 40% y un 80% de NSSI en adolescentes (Kerr et al., 2010). Otros datos epidemiológicos indican que el 10% de los adolescentes se ha autolesionado en alguna ocasión (Hawton et al., 2012).

Por lo general, las investigaciones sugieren que la ocurrencia de NSSI es más común entre los 12 y los 14 años (Cipriano et al., 2017) con un incremento de estas conductas durante el periodo adolescente y con un posterior declive de estas conductas, en la edad adulta joven (Plener et al., 2015). Haciendo referencia a lo anteriormente comentado, se plantea que la función principal de la autolesión puede ser regular el afecto negativo intenso en la ausencia de estrategias regulatorias efectivas (Gratz, 2003) siendo una conducta que puede persistir en el tiempo, ya que la conducta autolesiva, así como otras conductas problemáticas alivian de alguna forma el malestar (Espósito et al., 2003; Johnson et al., 2005; Nock, 2009). No obstante, la funcionalidad de la autolesión no se limita a la regulación afectiva, pues también es un mecanismo regulador como estrategia de afrontamiento para evitar el suicidio o evitar la disociación y otras funcionalidades como el autocastigo, la búsqueda de sensaciones o la afirmación de límites personales y, como manera de comunicar necesidades y deseos a los demás (Lauw et al., 2015).

En cuanto a la epidemiología de las NSSI, estimaciones de condiciones psiquiátricas comórbidas de autolesiones en adolescentes que incluyen: depresión mayor (2,2-96,2%), otros trastornos del estado de ánimo (13-62%), trastornos de ansiedad (42,9-82,7%), trastorno de estrés postraumático (16,9-24,1%), trastornos alimentarios (7,8-31%), trastorno por uso de alcohol/dependencia (4,2-43,7%), trastorno por uso de drogas/dependencia (13,0-45,2%), trastorno por uso de sustancias/dependencia (2,6-27,6%), trastorno oposicional desafiante (10,9%), trastorno de conducta (10,5-13,0%), otros trastornos del comportamiento (6,9-68,8%) y trastorno límite de la personalidad (20,5-72,5%) (Hawton et al., 2015).

Sin embargo, en la práctica clínica resulta difícil distinguir las intenciones de los comportamientos entre la autolesión no suicida (NSSI) y la tentativa de suicidio (SA) en adolescentes (Grandclerc et al., 2016). Los jóvenes a menudo se sienten confundidos sobre sus intenciones, y pueden informar, querer morir y buscar alivio de su malestar al mismo tiempo, además, las NSSI y SA con frecuencia coexisten (Grandclerc et al., 2016; Nock et al., 2006; Victor y Klonsky, 2014) representando ambos, los principales factores de riesgo para posteriores tentativas de suicidio y suicidios consumados (Asarnow et al., 2011; Chesin et al., 2017; Mcloughlin et al., 2015).

2.4 Factores de riesgo

La etapa adolescente se sitúa como un grupo de riesgo para padecer enfermedades mentales incluyendo las NSSI y SA. Según datos epidemiológicos, entre el 12,6% y el 13% de los adolescentes presentan síntomas que cumplen con los criterios diagnósticos de una enfermedad mental durante algún período de 12 meses de media, teniendo en cuenta que más de la mitad de incidencias graves de por vida comienzan antes de la edad de los 14 años (Kessler et al., 2005; Polanczyk et al., 2015; Waddle et al., 2014).

La edad como factor de riesgo asociado a padecer enfermedad mental en la adolescencia se podría explicar por la maduración del sistema nervioso central (SNC), en concreto, por la maduración de las funciones ejecutivas (FE), ya que la adolescencia coincide con la puesta a punto de las redes neuronales, involucrando la corteza prefrontal del cerebro (PFC) (Blakemore y Choudhury, 2006) y la expansión de las funciones ejecutivas (FE), donde se generan procesos cognitivos que están implicados en la regulación de las cogniciones, las emociones y las adaptaciones en las relaciones interpersonales y comportamientos sociales (Lalonde et al., 2013).

Sin embargo, para algunos jóvenes la experiencia con enfermedad mental es transitoria, ya que algunos factores como la resiliencia innata, los apoyos sociales y los recursos ambientales, actúan como moderadores protectores en la enfermedad mental (Antaramian et al., 2010; Clark et al., 2007; Khanlou y Wray, 2014).

En relación a los factores de riesgo para las NSSI y SA en adolescentes, se incluyen: la presencia de trastorno psiquiátrico, antecedentes de trauma infantil, pobre vínculo afectivo parental (Cipriano et al., 2017), antecedentes psiquiátricos de hospitalizaciones (Lloyd-Richardson et al., 2007), género femenino (Kokkevi et al., 2012; Plener et al., 2015), rasgos de la personalidad perfeccionista, baja autoestima, impulsividad, poca expresividad emocional, orientación no heterosexual, poca tolerancia al malestar, retraimiento social, entorno invalidante, antecedentes de autolesiones en la familia y/o amigos, y sistema familiar disfuncional (Lauw et al., 2015).

Por lo que hace a los factores con mayor riesgo de autolesión en adolescentes se incluyen: el consumo de sustancias, nivel socioeconómico bajo, y no convivir con ambos padres en el hogar, (Kokkevi et al., 2012), además, los pensamientos de desesperanza están asociados a mayor frecuencia de las autolesiones (Asarnow et al., 2011; Witt et al., 2018).

Por otro lado, los adolescentes pertenecientes a grupos de minorías étnicas se enfrentan a condiciones socioeconómicas y desafíos culturales que pueden contribuir desproporcionadamente a una mayor exposición de estrés (Borders y Liang, 2011; Coyle y Vera 2013; Perry-Parrish et al., 2016). Cabe destacar como factor de riesgo, la exposición crónica al estrés descontrolado, ya que agota los recursos regulatorios, dificultando las habilidades de afrontamiento y la regulación emocional de los adolescentes (Coyle y Vera, 2013; Perry-Parrish et al., 2016; Wadsworth, 2015; Wadsworth et al., 2005). En suma, los desafíos ambientales y la autorregulación ineficaz pueden aumentar el riesgo de psicopatología, incluidas las autolesiones, en minorías étnicas jóvenes (Cervantes et al., 2014; Gomez et al., 2011).

Además, algunas investigaciones sugieren que los adolescentes sin seguro de salud privado, tienen un acceso reducido a los servicios de salud mental (Burnett-Zeigler y Lyons, 2010) y que, de hecho, puede desencadenar en hospitalizaciones psiquiátricas tempranas asociadas a las autolesiones en adolescentes (Loyd-Richardson et al., 2007).

2.5 Terapia Dialéctico Conductual

La terapia dialéctico conductual o TDC fue desarrollada específicamente para abordar el trastorno límite de la personalidad (TLP) (Linehan 1993). De igual modo, constituye una terapia integral basada en la evidencia para el tratamiento ambulatorio de pacientes con desregulación emocional, autolesiones recurrentes y tentativas de suicidio (DeCou et al., 2019; Linehan, 1993). Así mismo, la TDC se centra en la filosofía dialéctica que pretende equilibrar la aceptación a los cambios y ayudar a manejar la desregulación emocional, reduciendo el comportamiento autodestructivo y mejorando la calidad de vida.

La Terapia dialéctico conductual adaptada para adolescentes (TDC-A) incluye varias modalidades de abordaje terapéutico: psicoterapia individual, *coaching* telefónico las 24 horas del día, equipos de consulta como forma de apoyo mutuo entre terapeutas y grupos multifamiliares de entrenamiento de habilidades (Linehan, 1993).

La TDC-A constituye un programa terapéutico de entrenamiento de habilidades organizado en cinco bloques de habilidades: Mindfulness o atención plena, Regulación de las emociones, Eficacia interpersonal, Tolerancia al malestar y Caminar por el sendero del medio [Linehan et al., (1991); Miller, Rathus y Linehan, (2007); Rathus, (2000); Miller, (2015)], que conjuntamente han señalado lo siguiente:

- ✓ **Mindfulness:** Enseñan a cultivar o adoptar una actitud de atención plena “siendo totalmente conscientes en el momento presente”, mientras se observan tanto los propios procesos internos como los estímulos externos, sin juzgar, ni aferrarse a las emociones y cogniciones.
- ✓ **Tolerancia al malestar:** Enseñan estrategias para frenar la respuesta impulsiva a corto plazo, aportando mayor sensación de control o reduciendo la excitación conductual, y también enseñan estrategias que mejoran la capacidad de aceptación en la desregulación emocional a largo plazo que no se enfocan en el cambio, sino que ayuda a afrontar los conflictos de una manera más adaptativa o “afrontar una situación sin empeorar las cosas”.
- ✓ **Eficacia interpersonal:** Enseñan a minimizar el efecto de las experiencias de marginación y a aplicar estrategias asertivas que equilibran la interacción entre conseguir lo que uno quiere o necesita, manteniendo una autoestima saludable y preservando las relaciones.
- ✓ **Regulación emocional:** Se centra en la observación, identificación de eventos desencadenantes de pensamientos, emociones, y conductas problema, contribuyendo como modulador del afecto en la aceptación de cogniciones y emociones.
- ✓ **Caminar por el sendero del medio:** Fomenta la dialéctica, la validación y los cambios de comportamiento en un sistema familiar. Se identifican y exploran diferentes puntos de vista que permiten llegar a un punto intermedio de consenso o entendimiento y aporta una mayor adaptación conductual entre adolescentes y sus familias.

La teoría biosocial de Linehan (1993) postula que los problemas surgen de una combinación de factores biológicos (desregulación emocional) y ambientales (invalidación del entorno). Cuando los pacientes fracasan repetidamente en satisfacer sus necesidades, los síntomas surgen debido a una motivación insuficiente, junto con un déficit de habilidades en varios dominios (Linehan, 1993). Por lo tanto, la estructura del programa de la TDC se orienta al cumplimiento de cinco funciones esenciales: mejorar la motivación para el cambio, mejorar las capacidades, generalización de nuevos comportamientos, estructurar el entorno y mejorar la capacidad y motivación del terapeuta (Miller et al., 2007).

Según Linehan (1993) la TDC-A, basada en la teoría biosocial, tiene como objetivo fortalecer las habilidades que conducen a una mejor regulación de las emociones, ya que la desregulación emocional está íntimamente relacionada con conductas suicidas y de autolesión, considerándose

estas conductas impulsivas como un intento de regular emociones intensas y/o dolorosas. Por tanto, otro de los objetivos de la TDC es mejorar las habilidades de los padres en la validación, el manejo de las contingencias de la conducta y la regulación emocional, habilidades que en su conjunto sirven a modo de apoyo para mejorar el uso de habilidades aprendidas en la TDC y ayuda a mejorar la regulación emocional de los adolescentes (Neacsiu et al., 2014). Asimismo, los terapeutas entrenan a los participantes en cómo y cuándo usar habilidades para afrontar situaciones de la vida diaria, con el fin de reducir conductas problemáticas. La capacitación de habilidades en las familias resulta beneficiosa para que los adolescentes puedan hacer frente con eficacia desafíos internos y externos (Miller et al., 2006; Rathus y Miller, 2015). Por otro lado, la TDC pretende infundir esperanza en sus pacientes a través de nuevas capacidades para regular las emociones y reducir el malestar, obteniendo un sentido de una vida que valga la pena ser vivida (Linehan, 1993).

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1 Objetivo general

En este apartado se plantea el objetivo general del presente trabajo:

-OG1 El objetivo principal de esta revisión sistemática es sintetizar la evidencia empírica de los últimos 5 años sobre los efectos de la TDC-A en la reducción de las NSSI y SA en adolescentes con desregulación emocional.

3.2 Objetivos específicos

A partir del objetivo principal se extraen otros objetivos específicos a los que tratará de dar respuesta:

-OE1 Identificar todos los estudios empíricos que datan del año 2016 hasta el año 2021 que investigan sobre la siguiente temática: TDC-A, TLP, adolescentes, desregulación emocional, NSSI y SA.

-OE2 Sintetizar los resultados y conclusiones extraídos de los diferentes artículos científicos sobre los beneficios de la TDC-A en contraste con otros enfoques terapéuticos.

3.3 Hipótesis

Una vez propuestos los objetivos anteriormente, se plantean las siguientes hipótesis:

- H1** La TDC-A disminuye el riesgo de autolesión, tentativa de suicidio y suicidio en adolescentes con desregulación emocional.

- H2** El entrenamiento de habilidades de la TDC-A resulta beneficioso para gestionar la desregulación emocional en adolescentes y familias.

- H3** La TDC-A es el tratamiento más eficaz para tratar el TLP.

- H4** La TDC-A demuestra mayor eficacia en la reducción de las NSSI y SA en comparación con otros enfoques terapéuticos.

4. METODOLOGÍA

4.1 Estrategia de búsqueda en la literatura

El presente trabajo sigue los criterios Prisma y consiste en una revisión sistemática, que se basa en la búsqueda de literatura científica, acerca de las investigaciones más actualizadas sobre la temática que se pretende analizar en esta revisión: la TDC. Se han utilizado las siguientes bases de datos: PsycINFO, Scopus y Pubmed. Los artículos fueron buscados hasta diciembre de 2021. La revisión se efectuó buscando los términos clave en el título, *keywords* y *abstract*, mediante el uso de los operadores booleanos, mostrados en la **Tabla 2**.

Términos clave

DBT or dialectical behavior therapy

AND – BPD or borderline personality disorder or emotional dysregulation or suicide or self-harm

AND- Teen or adolescent

Tabla 2. *Descriptores booleanos en la búsqueda de artículos*

4.2 Criterios de selección

Se aplicaron los siguientes criterios de selección en los artículos encontrados en las diferentes bases de datos:

-Tipos de estudio: Solo se incluyeron estudios empíricos, excluyendo: artículos no empíricos, informes de casos, libros o guías, tesis, revisiones y meta-análisis. Los años de publicación escogidos comprenden las fechas desde el 1 de enero de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2021. Se escogieron los últimos 5 años de publicación para revisar la literatura más actualizada sobre la temática en cuestión. No se excluyeron artículos por el diseño de estudio. Todos los artículos identificados fueron en inglés. Se seleccionaron los artículos por la inclusión de los términos clave “booleanos”.

-Tipos de participantes: Esta revisión ha analizado únicamente estudios que se centran en la población adolescente, que comprende las edades desde los 12 años hasta los 18 años. Se excluyeron estudios con muestras de población adulta, aunque en algunos estudios se incluyen a las familias, pero no afecta a la muestra estudiada. No hubo restricciones en relación con el número de participantes del estudio o características étnicas. Tampoco se excluyeron participantes con diferentes diagnósticos y/o comorbilidades.

4.3 Método de revisión

Los estudios se seleccionaron en 4 fases, siguiendo el modelo de diagrama de flujo representado en la **Figura 3**. En la fase preliminar se identificaron los artículos y se hizo un primer cribado, excluyendo los artículos por el título. De los artículos elegidos, se revisaron los resúmenes y se excluyeron todos aquellos artículos que no cumplieran con los criterios de inclusión para la selección. A continuación, una vez seleccionados los artículos según el *abstract*, se procedió a la revisión completa del texto de cada estudio y se incluyeron todos aquellos artículos que cumplieran con los criterios de selección para el objeto de estudio de la presente revisión sistemática.

5. RESULTADOS

Después de eliminar los artículos duplicados, 141; se examinaron según el título 297 artículos procedentes de tres bases de datos: PsycINFO, SCOPUS y PUBMED. Posteriormente, se hizo una primera selección por título de 136 artículos, de los cuales quedaron 60 artículos para examinar por el *abstract*. Finalmente, se seleccionaron por texto completo 22 artículos, que se incluyen en la revisión sistemática, representados en el diagrama de flujo. En cada una de las fases de selección, los artículos se excluyeron porque: (1) no estaban focalizados con el objetivo de estudio; (2) no estaban focalizados en la etapa adolescente de los 12 a los 18 años, (3) estaban publicados en otro idioma que no era el inglés, (4) no cumplieran con la tipología de estudio empírico que se pretende analizar.

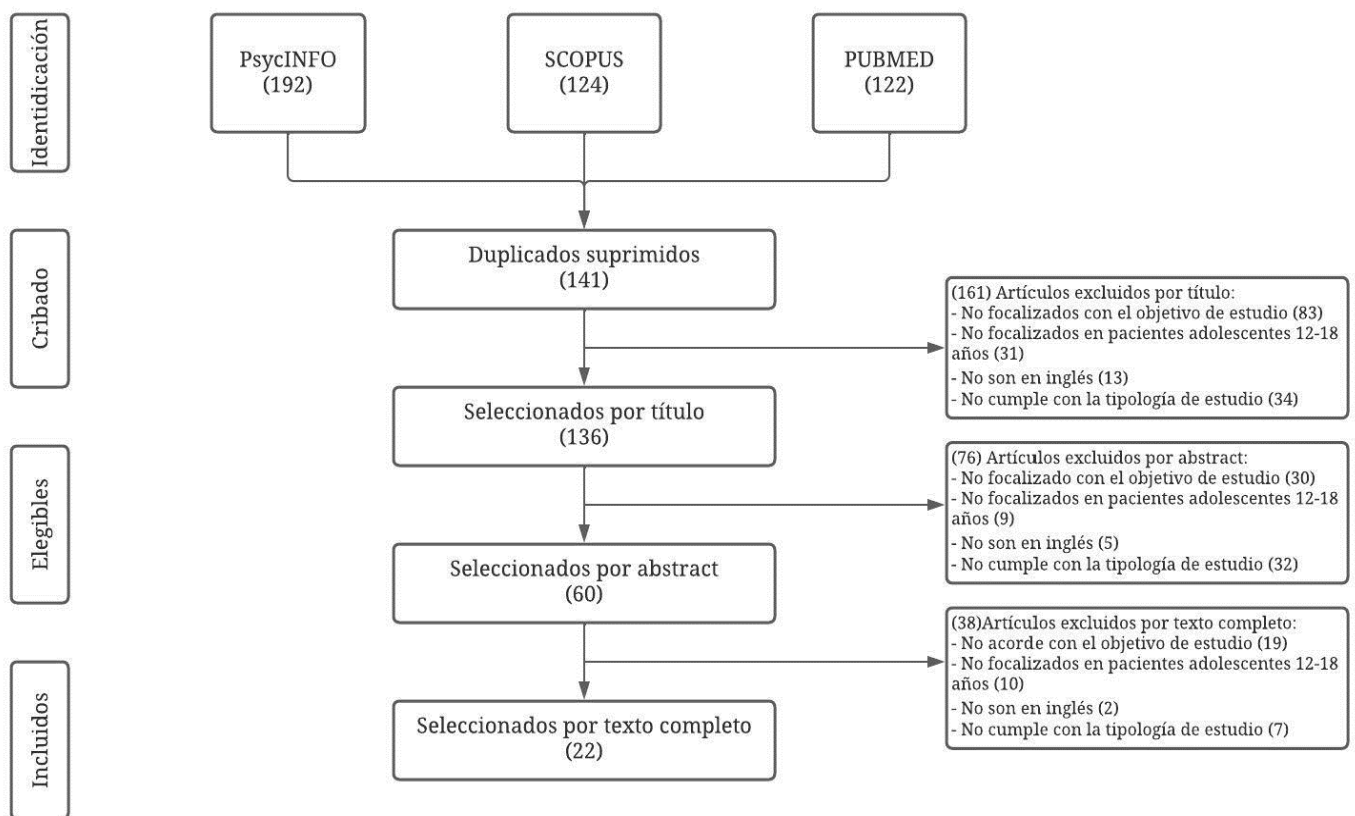


Figura 3. Diagrama de flujo

5.1 Muestra de participantes

La medida de los participantes incluidos en el análisis de la muestra de los diferentes estudios varía de 801 a 7 participantes. La mayor parte de los estudios, 70% (n=15), tienen una muestra grande compuesta por más de 40 participantes, y el 30% (n=7) de los estudios tienen una muestra pequeña.

Con relación a las características demográficas según la edad, se analiza la población adolescente de entre 12 a 18 años, con una edad media variable entre los diferentes estudios. Según el sexo, la muestra de todos los artículos (n=22) es representada por una predominancia femenina versus masculina, aunque se incluyen ambos sexos en todos los estudios. En tan solo 3 artículos, la muestra masculina es representada sobre el 40% de la muestra total, no llegando al 50% (Zapolski et al., 2017; McCredie et al., 2017; Lenz et al., 2021). En 16 artículos la muestra femenina representa al menos un 80% del total de la muestra (Santamarina et al., 2020; Khalid-Khan et al., 2016; Hancock-Johnson et al., 2020; Mehlum et al., 2016; McCauley et al., 2018; Buerger et al., 2019; Mehlum et al., 2019; Adrian et al., 2019; Smith et al., 2019; Yeo et al., 2020; Flynn et al., 2019; Gillespie et al., 2019; Ramleth et al., 2017; Pardo et al., 2020; Asarnow et al., 2021; Berk et

al., 2020). En cuanto las características de los participantes, 11 artículos informan sobre la etnia (Saito et al., 2020; Tebbett-Mock et al., 2019; Zapolski et al., 2017; McCredie et al., 2017; McCauley et al., 2018; Adrian et al., 2019; Smith et al., 2019; Yeo et al., 2020; Asarnow et al., 2021; Lenz et al., 2021; Berk et al., 2020).

5.2 Origen de los estudios

Las investigaciones de los artículos se llevaron a cabo en países pertenecientes a tres continentes. Por un lado, Norteamérica (n=11): Estados Unidos 11 artículos y Canadá 1 artículo; por otro lado, Europa (n=9): Noruega 3 artículos, España 2 artículos, Reino Unido 2 artículos, Suiza 1 artículo, Irlanda 1 artículo y, finalmente, en Oceanía (n=1): Australia 1 artículo. A modo de esquema tenemos la **Figura 4**.

Norteamérica	Europa	Oceanía
<ul style="list-style-type: none"> • Estados Unidos: 11 artículos • Canadá: 1 artículo 	<ul style="list-style-type: none"> • Noruega: 3 artículos • España: 2 artículos • Reino Unido: 2 artículos • Suiza: 1 artículo • Irlanda: 1 artículo 	<ul style="list-style-type: none"> • Australia: 1 artículo

Figura 4. *Origen de los estudios*

5.3 Diseño de los estudios

En cuanto al diseño de las investigaciones, 21 son de tipo cuantitativo y 1 de tipo cualitativo. De estos artículos, 21 son longitudinales y 1 es transversal. Por lo que hace a la cronología de los hechos estudiados, 11 son retrospectivos y 10 prospectivos.

5.4 Contenido de los estudios

Después de haber hecho un barrido por los diferentes artículos, se observa que todos los artículos (n=22) tienen como factor común la desregulación emocional, que está presente en diversos trastornos transdiagnósticos en población adolescente, en los que se evalúa el efecto de un programa de entrenamiento en habilidades de la TDC-A. A continuación en la **Tabla 3** se presentan las características y resultados principales de los artículos incluidos con su respectiva leyenda **Figura 5**.

Tabla 3. Características y resultados de los artículos

Referencia país	Título	Objetivo principal	Diseño	Muestra	Resultados principales	Limitaciones del estudio
Khalid-Khan et al., 2016 CANADA	Eficacia de una terapia dialéctico conductual modificada para adolescentes dentro de un modelo de atención escalonado.	Evaluar la TDC-A en pacientes con TLP rasgo TLP, ofrecido dentro de un modelo de atención escalonado en un programa de 15 semanas.	Cuantitativo. Longitudinal. Prospectivo.	N=7; edad 16,83; Femenino 84%; NE.	Durante el tratamiento de TDC-A, los participantes mostraron una disminución de síntomas de ansiedad (gran tamaño del efecto) y comportamientos disruptivos y el funcionamiento social (tamaño del efecto medio). También hubo un aumento en síntomas emocionales (tamaño del efecto medio) hiperactividad/falta de atención (tamaño del efecto medio).	Tamaño de muestra pequeño. Los resultados no son significativos por el tamaño de la muestra, por tanto, se informa del tamaño de efecto.
Mehlum et al., 2016 NORWAY	Terapia dialéctico conductual en comparación con la atención habitual mejorada para adolescentes con conductas suicidas y autolesivas repetitivas: Resultados en un año de seguimiento.	Examinar los resultados de un estudio de seguimiento prospectivo de 1 año en clínicas ambulatorias y psiquiátricas de TDC y (EUC) atención habitual mejorada, ambos de 19 semanas, para adolescentes con rasgos TLP que presentan autolesiones recientes y repetitivas.	Cuantitativo. Longitudinal. Prospectivo.	N=75; 15,6 años; Femenino 88,3%; NE; 2 grupos; Incluidos en el análisis de datos (n=56%). TDC-A: (n= 29). EUC: (n= 27).	TDC-A siguió siendo superior a EUC, pre-post tratamiento con un efecto de respuesta mayor y más rápida, tanto en el corto y largo plazo en la reducción de las autolesiones. Para otros resultados clínicos la TDC-A tuvo un efecto de respuesta más rápido en la mejora de la clínica en ideación suicida, desesperanza, síntomas depresivos o límite y el nivel global de funcionamiento, aunque no se observaron diferencias significativas inter-grupales entre TDC-A y EUC al año de seguimiento. Hubo una tendencia no significativa a que los participantes EUC recibieran tratamiento ambulatorio en mayor proporción durante el año de seguimiento. No hubo diferencias inter-grupales significativas en el número de visitas al servicio de urgencias.	Tamaño de muestra pequeño. No se discriminó en el análisis de pacientes con conductas suicidas y no suicidas. La condición del grupo EUC no fue manualizado y no se supervisó la fidelidad de los terapeutas TDC-A. El acceso al tratamiento de un año de seguimiento no fue controlado. Muestra predominante femenina.
Zapolski et al., 2017 USA	Estudio piloto: Implementación de un programa breve de habilidades TDC-A en las escuelas para reducir comportamientos de riesgo para la salud en la adolescencia temprana.	Comprobar la eficacia de un programa de TDC-A adaptado de 9 sesiones, implementado en el marco escolar, para reducir la desregulación emocional e impulsividad y las conductas problemáticas en una población adolescente.	Cuantitativo. Longitudinal. Retrospectivo.	N=53; 12,7 años; Femenino 51%; Afroamericano 47%, Blanco 42%, Multirracial 9%, Hispánico 2%.	Se halló una disminución significativa en la intención de involucrarse en conductas de riesgo, especialmente entre los adolescentes con altos niveles de rasgo de impulsividad basado en la emoción.	Falta de grupo control, limita la interpretación de la intervención. La inclusión de la muestra no evaluó el historial clínico previo de los participantes. El programa TDC adaptado no incluía todas las habilidades TDC, por tanto, no se examinaron posibles efectos de otras habilidades.
McCredie et al., 2017	Terapia dialéctico conductual en un	Comprobar la eficacia de la TDC-A en	Cuantitativo. Longitudinal.	N= 48; 15,2 años; Femenino 54%; Caucásico 54%,	TDC-A, demostró eficacia para reducir el número de diagnósticos desde el ingreso	Falta de aleatorización y ausencia de grupo de comparación.

USA	tratamiento residencial adolescente: resultados y eficacia.	desregulación emocional y conductas autolesivas en pacientes con una media de hospitalizaciones previas (M=4,79) y tratamientos ambulatorios fallidos, admitidos un programa TDC-A residencial.	Prospectivo.	Afroamericano/birracial 38% y otros 8%.	(M=3,13) hasta el alta (M=1,33) y la gravedad de los síntomas o SHSB más allá del género. Se encontró un tamaño de efecto mayor en la reducción del diagnóstico DM y los trastornos externalizantes. También se encontró un tamaño del efecto pequeño para trastornos alimentarios, TLP/rasgos, trastornos internalizantes, TEPT y trastorno por abuso de sustancias. En el TDAH, no se encontró reducción significativa de los criterios, pero si se redujo la gravedad de los síntomas. En cuanto a la utilidad percibida de los módulos TDC-A, los adolescentes informaron usar con más frecuencia habilidades de tolerancia al malestar (71,7%) que otras habilidades TDC-A y reportaron que todas las habilidades eran efectivas si se usaban (67,8%).	No todos los participantes recibieron el mismo orden o duración de tratamiento. Variables como la tasa de participación de los padres, demografía, CI, edad, diagnóstico inicial, o motivación de los adolescentes, entre otros, pueden influir en los resultados.
Ramleth et al., 2017 NORWAY	El impacto del trastorno límite de la personalidad y el trastorno límite sub-umbral de la personalidad en el curso de los trastornos de la personalidad autoinformada y calificada por el clínico en adolescentes depresivos que se autolesionan.	Examinar el impacto del TLP en la evaluación y el curso de la depresión autoinformada y calificada por el clínico en adolescentes que se autolesionan antes y después de un programa TDC-A de 19 semanas.	Cuantitativo. Longitudinal. Retrospectivo.	N=39; 15,8 años; Femenino 87,2%; NE; 2 grupos: TDC-A; (n= 21). EUC; (n= 18).	Los adolescentes deprimidos con síndrome completo de TLP (n=10) autodeclararon niveles significativamente más elevados en síntomas depresivos e ideación suicida en comparación con adolescentes del sub-umbral TLP (n=29), mientras que los dos grupos se calificaron como deprimidos por los clínicos. Los adolescentes TLP de síndrome completo tuvieron peor resultado del tratamiento TDC-A, en términos de mayores niveles de síntomas depresivos y niveles más bajos del funcionamiento global al finalizar el ensayo. Recibir TDC-A en comparación a EUC se asoció a una mayor reducción de los síntomas depresivos.	Tamaño de la muestra pequeño. Muestra predominante femenina. En las diferencias entre grupo TLP y sub-umbral TLP, no se ha podido identificar el valor de recibir tratamiento de TDC-A. Los resultados no se pueden generalizar a otros trastornos (excepto TLP o T. Depresivos) que incluyen NSSI.
McCauley et al., 2018 USA	Eficacia de la terapia dialéctico conductual para adolescentes con alto riesgo de suicidio. Un ensayo clínico aleatorizado.	Evaluar la eficacia de TDC-A en comparación con la terapia de apoyo individual y grupal (IGST), en 4 centros médicos y con un seguimiento de un año, para reducir las NSSI y SA entre adolescentes de alto riesgo.	Cuantitativo. Longitudinal. Prospectivo.	N=173; 14,89 años; 2 grupos; TDC-A: (n=86); Femenino 95,30%; Blanco 58,14%, Nativo-americano 1,16%, Afroamericano 8,14% Asiático-americano 4,65%, otros 1,16%, Hispánico 26,70%. IGST: (n=87); Femenino 94,19%; Blanco 55,29%, Afro-Americano 5,88%, Asiático-	En los análisis primarios, TDC-A demostró mayor eficacia a los 6 meses de seguimiento post-tratamiento en comparación a IGST, en la reducción de los intentos de suicidio, las NSSI y SA. Aunque no se encontraron diferencias significativas a los 12 meses de seguimiento, pues los adolescentes que recibieron IGST también mejoraron con el tiempo. Los análisis secundarios revelaron una mayor ausencia de autolesiones en el grupo que	Muestra predominante femenina. Los datos no se pueden generalizar debido a los criterios de inclusión de antecedentes NSSI y SA, así como por la muestra masculina minoritaria y diferencias étnicas y/o raciales entre los 4 centros de salud.

				Americano 7,06%, otros 3,53%, Hispanico 28,24%.	recibió TDC-A respecto a IGST a los 12 meses de seguimiento.	
Gill et al., 2018 AUSTRALIA	Terapia de grupo para la desregulación emocional: tratamiento para los adolescentes y sus padres.	Examinar los cambios en los adolescentes en la desregulación emocional, depresión, ansiedad y estrés en un programa de entrenamiento de habilidades TDC-A para familias y adolescentes.	Cuantitativo. Longitudinal. Retrospectivo.	N=12; 15,50 años, Femenino 75%; NE.	Se observó una mejoría significativa en relación con la aceptación de las respuestas emocionales, la desregulación emocional general, la ansiedad, depresión y el estrés. El programa de habilidades TDC-A, con la inclusión de los padres, resultó ser eficaz para ayudar a los adolescentes a mejorar sus capacidades de regulación emocional.	Muestra pequeña. Ausencia de grupo control. No se evalúa el efecto del compromiso de las familias. Los efectos de los componentes TDC-A no se han evaluado.
Tebbett-Mock et al., 2019 USA	Eficacia de la terapia dialéctico conductual frente al tratamiento habitual para cuidados agudos en adolescentes hospitalizados.	Evaluar TDC-A versus TAU para adolescentes en una unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos.	Cuantitativo. Longitudinal. Retrospectivo.	N=801; 2 grupos; TDC-A (n= 425): 15,67 años; Femenino 66,3%; Caucásico 40,9%, Multirracial 20,2%, Afroamericano 19,8%, Asiático 9,9%, desconocido 8,9%, Nativo americano 0,2% TAU (n= 376): 15,59 años; Femenino 62,7%; Caucásico 52,7%, Multirracial 12,8%, Afroamericano 22,1%, Asiático 8%, desconocido 4,5%.	Los pacientes que recibieron TDC-A disminuyeron varias variables referidas a la seguridad en cuanto a las horas de observación constante (CO) por: incidentes de autolesión e intentos de suicidio, las sujeciones y el número de días de hospitalización en comparación con los pacientes que recibieron TAU. Aunque no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos por (CO) en las variables de ideación suicida o agresión, incidentes agresivos entre pacientes o hacia el personal, las reclusiones o el número de reingresos en la unidad. La formación de TDC en el personal sanitario se tradujo en beneficios clínicos y económicos, pues se redujeron los costes y se requirió menos personal por observación constante (CO), en los pacientes a los que se les administraba TDC.	Estudio no aleatorio, dificulta la generalización de resultados. Los datos se extraen de historias clínicas, no disponen de datos de seguimiento para examinar si las habilidades de TDC se mantienen fuera del hospital. Además, la variable de reingreso solo incluía el ingreso en la propia unidad, se desconocen posibles ingresos en otras unidades de hospitalización. No se pudo evaluar posibles variables relacionadas con el personal que pueden influir en la implementación de TDC y la interacción con los pacientes. No se pudo analizar los mediadores y moderadores de los resultados. La disponibilidad de la terapia individual y familiar TDC fue limitada.
Buerger et al., 2019 SWITZERLAND	Cambio diferencial de los rasgos del trastorno límite de la personalidad durante la terapia dialéctico conductual para adolescentes.	Investigar el impacto de TDC-A en los rasgos individuales como resultado primario. Y como resultados secundarios investigar el impacto de la TDC-A en la frecuencia NSSI y SA, y el TLP como centro de la patología y la psicopatología general.	Cuantitativo. Longitudinal. Retrospectivo.	N= 72; 15,7 años; Femenino 91,7%; NE.	TDC-A desde la línea de base hasta el post-tratamiento demostró disminuir significativamente el número medio de los 9 criterios del diagnóstico TLP, (a nivel individual de los rasgos TLP) síntomas agudos y crónicos TLP, relacionados directamente con una mejora en la regulación emocional y reducción de impulsividad, NSSI y SA. El cambio más significativo se observó en “sentimientos crónicos de vacío” y “inestabilidad afectiva (VII y VI). Los cambios en “Impulsividad en al menos 2 áreas”, “comportamiento suicida” y “ira intensa inapropiada” (IV, V y VIII), fueron	Evaluación naturalista de los resultados de un tratamiento en TDC-A y no un ensayo controlado aleatorio (RCT). No hubo grupo de control o grupo de tratamiento alternativo, para comparar si los cambios se deben a efectos terapéuticos o a la remisión natural. La adherencia de los pacientes y terapeutas no se comprobó ni se registró sistemáticamente. No se calculó un análisis de potencia de la muestra. No hubo seguimiento para comprobar la estabilidad del éxito del TDC-A, a largo

					fuertes, pero no tan robustos como los síntomas asociados a la regulación de las emociones (VII y VI). La frecuencia de NSSI y SA disminuyó significativamente, pero no se observaron cambios más sustanciales de los síntomas agudos (IV, V) como se esperaba. El cambio tampoco fue tan alto como se esperaba en “ideación paranoide/síntomas disociativos” (IX). El cambio menos significativo fue en “evitar el abandono”, “relación interpersonal inestable e intensa” y alteración de la identidad” (I, II, III), que se asocian a problemas en las relaciones intra-interpersonales. Se encontraron grados de cambio más pequeños en “evitar el abandono”, “relación interpersonal inestable e intensa” y “alteración de la identidad” (I, II, III), que se asocian a los problemas en las relaciones intra-interpersonales.	plazo.
Mehlum et al., 2019 NORWAY	Efectividad a largo plazo de la terapia dialéctico conductual versus atención habitual mejorada para adolescentes con conductas autolesiva y suicidas.	Investigar los efectos duraderos de TDC-A en comparación con la atención habitual mejorada (EUC) a través de un seguimiento prospectivo de 3 años, para analizar posibles mediadores de los efectos del tratamiento.	Cuantitativo. Longitudinal. Prospectivo.	N=71; 18,79 años; Femenino 90%; NE; 2 grupos; TDC-A: (n=37). EUC: (n=34).	A los 3 años de tratamiento la TDC-A siguió siendo superior a EUC en la reducción de la frecuencia de autolesiones, sin embargo, no hubo diferencias significativas entre ambos grupos en: ideación suicida, desesperanza, síntomas depresivos y límite. Recibir más de 3 meses adicionales posteriores al programa TDC-A, aumentó la reducción de autolesiones. Se observó una mayor reducción en el nivel de desesperanza durante la fase de tratamiento activo de TDC-A, que resultó ser un mediador significativo de la conducta autolesiva a largo plazo.	El tamaño de la muestra fue relativamente pequeño. Los datos no permitieron el análisis de conductas suicidas y no suicidas por separado. Los análisis no tuvieron en cuenta los efectos del terapeuta. El análisis del seguimiento como un modificador del efecto posterior a la aleatorización debe interpretarse con cautela, ya que estas variables pueden haberse visto afectadas por las diferencias en la selección de los participantes en el tratamiento y seguimiento ofrecido.
Adrian et al., 2019 USA	Predictores y moderadores de las autolesiones recurrentes en adolescentes que participan en un ensayo de tratamiento comparativo de	Examinar los predictores y moderadores asociados a la reducción de las NSSI en adolescentes con conductas suicidas que participaron en un ensayo controlado de TDC e IGST ambos de	Cuantitativo. Longitudinal. Prospectivo.	N=173; 14,89 años; Femenino 95%; 2 grupos; TDC: (n=86); Blanco 58%, Latino/Hispanico 28%. IGST: (n= 87); Blanco 53%, Latino/Hispanico 28%.	No hubo diferencias de mejora significativa entre TDC-A e IGST en adolescentes que presentaban mayor historial de autolesiones y comorbilidades más graves. Predictores de respuesta al tratamiento: Adolescentes con extenso historial de autolesiones, más síntomas de externalización, identidad racial no blanca y familias más conflictivas al inicio del tratamiento tuvieron	La potencia de la muestra no ha permitido evaluar otros posibles moderadores en adolescentes con sintomatología leve, ya que la muestra en su mayoría es representada por adolescentes con alto riesgo de suicidio. No se ha hecho una investigación exhaustiva de otras posibles variables. Muestra predominante femenina, variables

	intervenciones psicológicas.	6 meses.			una ratio de mejora mayor en comparación con sus homólogos al final del tratamiento. Los moderadores de respuesta al tratamiento: La etnia (mantuvo mayor frecuencia de la SA), la psicopatología parental y nivel de desregulación en adolescentes y padres (mantuvo mayor frecuencia de NSSI), en los que TDC-A tuvo una mayor tasa de mejora desde la línea de base hasta el post-tratamiento con respecto a IGST.	como agresividad en hombres no se han podido evaluar significativamente. Los problemas de externalización fueron medidos por cuestionarios y no por una entrevista. En los análisis hubo respuestas incompletas en los potenciales predictores/moderadores y faltas de ajuste en la tasa de error de tipo I para pruebas múltiples. Los médicos y las familias no estaban cegados en la asignación del tratamiento.
Smith et al., 2019 USA	Resultados del funcionamiento ejecutivo entre los adolescentes que reciben terapia dialéctica conductual.	Examinar los cambios en las FE de los adolescentes que participaron en un programa TDC-A de 16 semanas.	Cuantitativo. Longitudinal. Retrospectivo.	N= 93; 15,05 años; Femenino 81%; Caucásico 58%, Afroamericano 3%, Hispánico 19%, asiático 4%, otros 9%.	Los adolescentes con NSSI mostraron más disfunciones de FE en el BRIEF-SR. El perfil de los adolescentes en el pre-tratamiento TDC-A se caracterizó por deterioros en la regulación emocional, el cambio, el funcionamiento interpersonal, funcionamiento ejecutivo e inhibición por debajo de los niveles clínicos. El perfil de los adolescentes post-tratamiento TDC-A se caracterizó por mejoras significativas desde el rango elevado hasta el no clínico que representó un efecto moderado para regulación emocional, los cambios, el funcionamiento interpersonal y el funcionamiento ejecutivo general. En cambio, los problemas de inhibición se mantuvieron por debajo de niveles clínicos con un efecto pequeño.	No se incluyó asignación aleatoria ni un grupo de control o comparación que mida las variables por efectos terapéuticos o madurativos de las FE. Muestra de predominancia femenina y caucásica. Solo se incluyeron 93 adolescentes de los 162 graduados. El análisis solo se centró en los resultados de FE del BRIEF-SR. Solamente se midió las FE con BRIEF-SR, no se aplicaron otras medidas neurológicas.
Flynn et al., 2019 UK	Innovaciones en la práctica: terapia dialéctica conductual para adolescentes: implementación multisitio y evaluación de un programa de 16 semanas en un entorno comunitario público de salud mental.	Describir la implementación y efectividad de TDC-A de 16 semanas en 7 centros de salud mental para adolescentes con episodios de NSSI y SA durante las 16 semanas previas.	Cuantitativo. Longitudinal. Prospectivo.	N= 84; 15,72 años; Femenino 85%; NE.	Durante el tratamiento de TDC-A en 7 centros, se reportó reducciones significativas de la presencia y frecuencia de autolesiones, ideación suicida y depresión. También se reportaron reducciones en el número de ingresos agudos, días en cama y visitas al servicio de urgencias. Estos cambios se mantuvieron y mejoraron durante el seguimiento. TDC-A se asoció a resultados positivos de desregulación emocional y conductual. La implementación TDC-A demostró buena validez externa como enfoque de tratamiento en comunidades públicas de salud mental.	La utilización de servicios sanitarios se midió con formularios del terapeuta y no con los expedientes clínicos por parte de los investigadores. No grupo de control o comparación.
Gillespie et	Terapia dialéctica	Comparar los resultados	Cuantitativo.	N= 152; NE; 2 grupos;	TDC-A de 24 semanas tiene beneficios	No hubo grupo de control para comparar

al., 2019 IRELAND	conductual para adolescentes: una comparación de programas de 16 y 24 semanas impartido en un entorno comunitario público.	de los adolescentes y padres/tutores que participaron en programas TDC-A de 16 y 24 semanas en un entorno comunitario.	Longitudinal. Prospectivo.	TDC-A 16 semanas: (n=84); 15,72 años, Femenino 85%. TDC-A 24 semanas: (n=68); 15,62 años, Femenino 85%.	adicionales a TDC-A de 16 semanas en una mayor reducción de la ideación suicida y la depresión, sin embargo, hubo más tasas de abandono en el grupo de 24 semanas. TDC-A demostró reducción de la presencia (25% de los adolescentes) y frecuencia de autolesiones post-tratamiento en ambos programas. Ambos programas mostraron mejoras significativas desde antes hasta después de la intervención en las medidas del resultado de los auto-informes. No se observaron efectos de duración del tratamiento para los padres en la carga, pena o estrés en ambos programas. Los grupos no difirieron significativamente en cambios de síntomas TLP, el uso de habilidades TDC o el afrontamiento disfuncional.	los resultados en ambos grupos de 16 y 24 semanas. No se pudo determinar si los efectos del grupo de 24 semanas se deben a las 8 semanas adicionales de intervención TDC-A o al paso del tiempo. No se garantiza la fidelidad al modelo de tratamiento TDC-A. No hay suficientes datos para determinar el efecto del terapeuta o el centro. Los datos de autolesiones fueron informados por el terapeuta en lugar del investigador de los expedientes clínicos, podría haber inconsistencias en los informes. No se incluyó evaluación de la eficacia económica de los programas en un entorno comunitario público.
Saito et al., 2020 USA	La terapia dialéctica conductual disminuye los síntomas depresivos entre los adolescentes en una unidad de hospitalización de cuidados intensivos.	Examinar si TDC-A disminuye significativamente los síntomas de la depresión y la manía en comparación con TAU para pacientes hospitalizados.	Cuantitativo. Longitudinal. Retrospectivo.	N=801; 2 grupos; TDC-A (n= 425): 15,67 años; Femenino 66,3%; Caucásico 40,9%, Multirracial 20,2%, Afroamericano 19,8%, asiático 9,9%, desconocido 8,9%, Nativo americano 0,2% TAU (n= 376): 15,59 años; Femenino 62,7%; Caucásico 52,7%, Multirracial 12,8%, Afroamericano 22,1%, Asiático 8%, desconocido 4,5%.	Entre los pacientes que recibieron TDC-A, se observó mayor reducción en los síntomas depresivos y una mejoría clínica global de los síntomas, en comparación con TAU. Además, el tiempo de tratamiento fue significativamente menor para TDC-A (8 días) respecto a TAU (11 días), y los pacientes mostraron diferencias en la mejoría clínica. Sin embargo, no se reportaron diferencias significativas en el comportamiento impulsivo y la ira entre pacientes TAU y TDC-A.	La mitad de los pacientes carecían de escalas de valoración clínica. No es una comparación directa, los datos se recogen de forma prospectiva de un grupo control histórico. El tiempo de tratamiento fue breve para los grupos TDC-A y TAU, hecho que condiciona los resultados y la posibilidad de encontrar otros hallazgos clínicos relevantes como el comportamiento impulsivo y la ira.
Santamarina et al., 2020 SPAIN	Terapia Dialéctica Conductual adaptada para adolescentes con alto riesgo de suicidio en una clínica comunitaria: Un estudio pragmático, aleatorio y controlado.	Comparar la eficacia entre TDC-A y TAU+GS de 16 semanas de tratamiento, para reducir el riesgo de suicidio de los adolescentes en una clínica de salud mental comunitaria.	Cuantitativo. Longitudinal. Prospectivo.	N= 35; NE; 2 grupos; TDC-A (n=18): 15,3 años; Femenino 88,9%. TAU+GS (n=17); 15,2 años; Femenino 82,2%.	La TDC-A fue más efectiva que TAU+GS en la reducción de NSSI y el uso de antipsicóticos, y mejora significativa del funcionamiento global. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en la reducción de antidepresivos durante el tratamiento. Además, no se informó de ninguna SA al final del estudio en los 2 grupos de tratamiento con el mismo número de sesiones.	Tamaño de la muestra pequeño. Sin embargo, los datos y resultados son consistentes con estudios anteriores. Muestra mayoritaria femenina. No se manualizó el grupo TAU+GS como en otros ECAs. Los efectos de la medicación no se evaluaron sistemáticamente, ya que la muestra era pequeña y algunos participantes no tomaban medicación. La fidelidad al tratamiento no se evaluó formalmente. Falta de psicométricos validados para evaluar NSSI y SA.

Hancock-Johnson et al., 2020 UK	Adolescentes hospitalizados que completaron terapia dialéctico conductual.	Comprobar la efectividad del entrenamiento de TDC-A en adolescentes con trastornos mixtos de conducta y emociones (MDCE).	Cuantitativo. Longitudinal. Retrospectivo.	N= 22, 15,59 años; Femenino 81,81%; NE.	Hubo disminuciones significativas en la frecuencia de conductas agresivas y NSSI después del ciclo de entrenamiento en habilidades TDC-A. Hubo mejora significativa en el deterioro sintomático y conductual, pero no en el deterioro social.	No se incluyó evaluación de seguimiento más allá del tratamiento. No se investigaron posibles factores de confusión de los efectos de otras intervenciones o el ambiente, que pueden haber influido en los resultados de los comportamientos de autolesión o de agresividad. Los resultados no se pueden generalizar por tamaño pequeño de la muestra y falta de grupo control. No se evalúan beneficios a largo plazo por ausencia de seguimiento. No se evaluó el impacto de los terapeutas y los parámetros de compromiso hacia la TDC. La condición de trauma infantil no se evalúa.
Yeo et al., 2020 USA	Autolesiones y autorregulación en adolescentes de minorías étnicas urbanas: una aplicación piloto de la terapia dialéctico conductual para adolescentes.	Examinar las relaciones entre la autorregulación y autolesión entre adolescentes de minorías étnicas al completar un programa de TDC-A de 20 semanas.	Cuantitativo. Longitudinal. Retrospectivo.	N=51; 14,73 años; Femenino 80,4%; Hispánico/Latino 62,7%, Afroamericano 15,7%, Caucásico 2%, otros 7,8%.	TDC-A mejoró significativamente la regulación emocional en jóvenes de minoría étnica, con rasgos TLP e historial de NSSI y SA. Los adolescentes de minorías étnicas que se involucraron en NSSI y SA reportaron mayor desregulación emocional, dificultades de afrontamiento y sintomatología de TLP, a diferencia de sus homólogos sin ningún tipo de conducta NSSI o SA. Se identificó el afrontamiento disfuncional y la desregulación emocionales como factores de riesgo para las NSSI y SA. El afrontamiento adaptativo en el pre-tratamiento predijo un mayor uso de habilidades en el post-tratamiento. El afrontamiento y regulación emocional puede tener relaciones únicas con la psicopatología juvenil y la respuesta al tratamiento.	Ausencia de grupo control. Se carecía de un registro del ensayo y no se observaron cambios en los síntomas como resultado. Algunas variables de los adolescentes, los médicos o el entorno no se han medido. Prueba psicométrica (TDC-A-WCCL), no validada. Alta tasa de abandono terapéutico.
Pardo et al., 2020 SPAIN	Una investigación cualitativa de adolescentes con problemas de conducta sobre su experiencia en un	Examinar la experiencia subjetiva de los pacientes con problemas de conducta que han completado un programa de	Cualitativo. Transversal.	N= 20; Femenino 80%; NE.	Adolescentes con problemas de conducta evalúan positivamente su participación en TDC-A (entorno validador y cohesión grupal), que se percibe como eficaz para desregulación emocional y recomiendan el entrenamiento de habilidades en población sana.	No se puede generalizar un estudio cuantitativo, la muestra no representa a la población. La interacción entre pacientes puede favorecer la inhibición de individuos más pasivos cuyas opiniones pasan a segundo

	grupo de entrenamiento en habilidades de TDC-A.	entrenamiento en habilidades TDC-A.			Destacan eficacia terapéutica de la TDC-A en cambios intrapsíquicos (mejora de la actividad reflexiva), participación activa y motivación por el cambio. Preferencia hacia habilidades de mindfulness y tolerancia al malestar. Opiniones críticas al TDC-A: No comprenden la relevancia de las tareas para casa y como la práctica de habilidades promueve la generalización del uso de habilidades y, por otro lado, los resultados de TDC-A no son inmediatos, hay posibles recaídas y resulta difícil usar habilidades en un episodio de alta desregulación emocional.	plano a favor de quienes expresan más prominentemente sus propias opiniones. Se carece de información sobre aquellos que se negaron a participar después de firmar el consentimiento informado.
Berk et al., 2020 USA	Implementación de la terapia dialéctico conductual con adolescentes suicidas y autolesivos en una clínica comunitaria.	Examinar la viabilidad y eficacia de la TDC-A con minorías étnicas de adolescentes con tentativas de suicidio y autolesiones, tratados en una clínica comunitaria en un programa de 6 meses de entrenamiento.	Cuantitativo. Longitudinal. Retrospectivo.	N= 24; 15,2 años; Femenino 92%, Latino 63%, Caucásico 17%, asiático/Caucásico y Afroamericano/ Caucásico 8%.	Los resultados pre-post tratamientos mostraron una disminución significativa en intentos de suicidio, conductas de autolesión no suicidas (NSSI) e ideación suicida. También mejoraron significativamente algunos factores de riesgo que incluyen: desregulación emocional, síntomas depresivos, diagnóstico/síntomas de TLP/rasgos, psicopatología internalizante y externalizante, síntomas de TEPT y disociación y consumo de sustancias, expresión familiar, razones para vivir e impulsividad. Los padres informaron disminuciones significativas pre-post-tratamiento en su propia desregulación emocional. Tasa de finalización del tratamiento 82%.	Muestra pequeña. No grupo control. Falta de posterior seguimiento. Falta de calificaciones de adherencia a la TDC. Muestra predominante femenina y latina (no generalizable).
Asarnow et al., 2021 USA	Terapia dialéctico conductual para las autolesiones suicidas en jóvenes: regulación de las emociones, mecanismos y mediadores.	Evaluar los mecanismos, la mediación y los resultados de un ensayo controlado de TDC-A en comparación IGST en adolescentes con intentos previos de suicidio, autolesiones e ideación suicida.	Cuantitativo. Longitudinal. Retrospectivo.	N=173; 14,89 años; Femenino 95%; Hispánico 28%, minoría racial 44%. TDC-A: (n= 86). IGST: (n=87).	TDC-A mejoró la regulación emocional post-tratamiento y predijo una mayor remisión en la ocurrencia de las autolesiones (49,3%), conductas de externalización y reducción en el abuso de sustancias a los 12 meses de seguimiento a diferencia de IGST. TDC-A fue más efectiva que IGST en la mejora de habilidades de los padres.	Muestra predominante femenina. Potencia estadística limitada para detectar efectos pequeños. Los efectos del tratamiento más allá de los 12 meses están por determinar.

Lenz et al., 2021 USA	Una evaluación pre-experimental de los beneficios del tratamiento asociados con un programa de hospitalización parcial TDC-A.	Explorar los efectos de la intervención de TDC-A de 6 semanas, las proporciones de significación clínica, y el grado en que las características de los participantes y los componentes del TDC-A predijeron la variación de los resultados.	Cuantitativo. Longitudinal. Prospectivo.	N=74; 14,68 años; Femenino 58%; Blanco/Caucásico 87,83%, Afroamericana 5,40%, hispánico/Latino 4,05%, asiático- Americano 1,35%, Otros 1,35%.	El programa de TDC-A en hospitalización parcial demostró mejoría estadísticamente significativa en los síntomas globales, el 50% de los participantes informaron ganancias de tratamiento clínicamente significativas y un 23% señalaron reducciones de síntomas (asociados al desarrollo adaptativo) que representaron mejoría, pero no fueron clínicamente significativos. La mejora en la regulación de las emociones y eficacia interpersonal contribuyeron a las ganancias del tratamiento TDC-A. No se detectaron variaciones estadísticas en función de la edad, sexo o condición étnica/minoritaria de los participantes en el programa de hospitalización parcial.	La modelización estadística de la muestra podría haber sido más robusta para lograr un tamaño de muestra mayor. La muestra no representa a la diversidad demográfica. La muestra se caracteriza por gran variedad transdiagnóstica. Los diseños pre-experimentales no cumplen rigor de atribución causal.
-----------------------	---	---	--	---	---	---

Legenda de las siglas de los conceptos clave		
TDC-A= Terapia dialéctico conductual para adolescentes.	TAU= Tratamiento habitual.	IGST= Grupo individual de soporte terapéutico.
EUC= Mejora de la atención habitual.	GS= Terapia grupal.	FE= Funciones ejecutivas.
CO= Horas de observación constante.	NSSI= Autolesiones no suicidas.	SA= Tentativa de suicidio.
SHSB= Espectro de los comportamientos autolesivos.	TLP= Trastorno límite de la personalidad.	DM= Trastorno depresivo mayor.
TDAH= Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.	TEPT= Trastorno de estrés postraumático.	NE= No etnia.

Figura 5. Características y resultados de los estudios (con su respectiva leyenda)

5.4.1 Desregulación emocional

Ahora bien, en referencia a la desregulación emocional, todos los estudios han encontrado que la implementación de la TDC-A ha dado resultados significativos de mejoría clínica en sintomatología relacionada con la desregulación emocional. A continuación, se mostrarán dichos estudios y sus consecuentes resultados.

Un estudio en el que se implementó un programa TDC-A en 7 centros hospitalarios, Flynn et al., (2019) encontró efectos beneficiosos que se mantuvieron durante el seguimiento, en la desregulación emocional y conductual, asociado con la reducción de la presencia y frecuencia de las NSSI, ideación suicida y depresión, número de ingresos agudos, días en cama y visitas al servicio de urgencias. Del mismo modo, en la investigación de Gill et al., (2018) encontró mejora significativa en la aceptación de las respuestas emocionales, desregulación emocional general, la ansiedad, depresión y estrés. Esto también lo corrobora otro estudio en que se observó una mejoría de síntomas globales en el 50% de la muestra y un 23% mejoría no significativa en síntomas adaptativos, en un programa TDC-A de 6 semanas de hospitalización parcial (Lenz et al., 2021).

Otros estudios similares en entorno hospitalario, encontraron eficacia de la TDC-A, como en el caso del estudio de McCredie et al., (2017) que observaron reducción del número de diagnósticos y gravedad de los síntomas, con un tamaño de efecto mayor para T.D.M y trastornos externalizantes, por otro lado, un tamaño de efecto pequeño para T. Alimentarios, TLP/rasgos, trastornos internalizantes, TEPT y T.por abuso de sustancias, a excepción del TDAH en que no se redujo los criterios diagnósticos, pero sí la gravedad de los síntomas. Asimismo, el estudio de Khalid-Khan et al., (2016) observó una reducción significativa de síntomas ansiosos, efecto de tamaño medio en comportamientos disruptivos y el funcionamiento social, aunque se observó un tamaño de efecto medio en el aumento de síntomas emocionales y déficit de atención e hiperactividad, en contraposición con en el estudio de McCredie et al., (2017) que describió una mejoría de los síntomas TDAH. Completando estos hallazgos, el estudio de Berk et al., (2020) basado en minorías étnicas con alto riesgo de suicidio, la TDC-A tuvo una mejora significativa en varios factores de riesgo que incluye: desregulación emocional, síntomas depresivos, diagnóstico/síntomas de TLP/rasgos, psicopatología internalizante y externalizante, síntomas de TEPT y disociación, consumo de sustancias, expresión familiar y razones para vivir e impulsividad.

Un estudio que examinó las funciones ejecutivas, Smith et al., (2019) halló que los adolescentes que incurrieran en NSSI mostraron disfunciones en las funciones ejecutivas, calificadas con la escala BRIEF-SR. Al inicio del tratamiento TDC-A, estos perfiles, mostraron mayor deterioro en la

regulación emocional, el cambio, el funcionamiento interpersonal, funcionamiento ejecutivo e inhibición por debajo de los niveles clínicos, en cambio, en el post-tratamiento TDC-A se encontraron mejoras significativas con un efecto moderado para la regulación emocional, los cambios, el funcionamiento interpersonal y el funcionamiento ejecutivo general, a excepción de los cambios en la inhibición que se encontró un efecto pequeño (Smith et al., 2019).

Por otro lado, Zapolski et al., (2017) aplicaron la TDC-A en contexto escolar, en el que se halló una disminución en involucrarse en conductas de riesgo, especialmente entre adolescentes con altos niveles de impulsividad o desregulación emocional.

Asimismo, en un estudio cualitativo de Pardo et al., (2020) dirigido a adolescentes con problemas de conducta, los participantes evaluaron la TDC-A como una terapia eficaz para la desregulación emocional, así como para la capacidad reflexiva, la participación activa y la motivación para el cambio, recomendando el entrenamiento de habilidades en población más sana, en parte, valorando la TDC-A como un entorno validador, con cohesión grupal. También destacaron la preferencia hacia las habilidades de aceptación, *mindfulness* y tolerancia al malestar (Pardo et al., 2020). Sin embargo, en este estudio también surgieron críticas hacia el sistema de funcionamiento de la TDC-A, como la no comprensión de la relevancia de los deberes y la práctica de habilidades para su uso generalizado, la no inmediatez de los resultados con la posibilidad de posibles recaídas y la dificultad de usar habilidades para afrontar un episodio de alta desregulación emocional (Pardo et al., 2020).

5.4.2 Autolesión no suicida y tentativa de suicidio

En relación con las autolesiones no suicidas (NSSI) y tentativas de suicidio (SA), 14 estudios encontraron que la TDC-A resultó beneficiosa en las reducciones significativas en NSSI y SA (Santamarina et al., 2020; Tebbett-Mock et al., 2019; Hancock-Johnson et al., 2020; Mehlum et al., 2016; McCauley et al., 2018; Mehlum et al., 2019; Adrian et al., 2019; Smith et al., 2019; Yeo et al., 2020; Flynn et al., 2019; Gillespie et al., 2019; Ramleth et al., 2017; Asarnow et al., 2021; Berk et al., 2020). De estas investigaciones, 4 estudios encontraron que la TDC-A tenía un efecto de respuesta rápida y eficaz para las NSSI y SA (Mehlum et al., 2016; McCauley et al., 2018; Mehlum et al., 2019; Asarnow et al., 2021). Por otro lado, el estudio de Yeo et al., (2020) que analizó los mecanismos de autorregulación en minorías étnicas, identificó que los adolescentes que habían incurrido en NSSI y SA reportaron mayor desregulación emocional, dificultades de afrontamiento y sintomatología TLP, como también, en el estudio de Adrian et al., (2019) que asoció la etnia

identificada como latina, con una mayor frecuencia de las SA. Además, Smith et al., (2019) encontró relación entre las NSSI y las disfunciones en las funciones ejecutivas de los adolescentes.

Cabe destacar que las muestras analizadas comprenden, en su mayoría, una población adolescente con alto riesgo de NSSI y SA. Aunque los otros estudios no refieran explícitamente en sus resultados, mejoras en NSSI y SA (Saito et al., 2020; Khalid-Khan et al., 2016; Zapolski et al., 2017; McCredie et al., 2017; Buerger et al., 2019; Gill et al., 2018; Pardo et al., 2020; Lenz et al., 2021), la mejoría clínica en desregulación emocional, factores transdiagnósticos y sintomatología aguda están implicados en la mejoría de NSSI y SA; por tanto, todos los estudios coinciden que las NSSI y SA son un predictor de respuesta a la TDC-A.

5.4.3 Trastorno límite de la personalidad

La TDC-A ha reportado beneficios de mejoría clínica en adolescentes con TLP, así también lo indican 17 estudios analizados en esta revisión que han incluido en sus muestras el diagnóstico TLP o rasgos TLP en población adolescente (Khalid-Khan et al., 2016; Hancock-Johnson et al., 2020; Mehlum et al., 2016; McCredie et al., 2017; McCauley et al., 2018; Buerger et al., 2019; Mehlum et al., 2019; Adrian et al., 2019; Smith et al., 2019; Gill et al., 2018; Yeo et al., 2020; Flynn et al., 2019; Gillespie et al., 2019; Ramleth et al., 2017; Pardo et al., 2020; Asarnow et al., 2021; Berk et al., 2020).

En un estudio, Ramleth et al., (2017) comparó adolescentes deprimidos con el diagnóstico TLP y rasgos TLP, en que los adolescentes que presentaban síndrome completo de TLP, autoinformaban niveles clínicos más elevados en sintomatología depresiva e ideación suicida y niveles más bajos en el funcionamiento global y, además, obtuvieron un peor resultado del tratamiento de la TDC-A en comparación con los adolescentes que solo cumplían con los rasgos TLP.

Con relación al diagnóstico del TLP, el estudio Buerger et al., (2019) analizó el impacto del TDC-A en los criterios diagnósticos del TLP y su relación con las NSSI y SA, encontró que la implementación de la TDC-A redujo significativamente el número medio, a nivel individual, de los 9 criterios diagnósticos del TLP, síntomas agudos y crónicos. Los hallazgos de Buerger et al., (2019) encontraron un cambio significativo en los criterios VII y VI “sentimientos crónicos de vacío” y “inestabilidad afectiva”, aunque los cambios de los criterios IV, V y VIII “impulsividad en al menos 2 áreas”, “comportamiento suicida” y “ira intensa inapropiada” fueron robustos, pero no tan fuertes como VII y VI, además, NSSI y SA disminuyeron significativamente, sin embargo, el cambio menos significativo se dio en los criterios I, II, III “evitar el abandono”, “relación interpersonal

inestable e intensa” y “alteración de la identidad”. Contrastando estos resultados, la investigación de McCredie et al., (2017) reportó un efecto de tamaño pequeño en la reducción del diagnóstico TLP o rasgos TLP.

5.4.4 Beneficios de la TDC-A versus otras terapias

Con la finalidad de obtener hallazgos de un beneficio diferencial de la TDC-A, en 9 artículos analizados se contrastan los efectos de la TDC-A en comparación con otras intervenciones terapéuticas (Saito et al., 2020; Santamarina et al., 2020; Tebbett-Mock et al., 2019; Mehlum et al., 2016; McCauley et al., 2018; Mehlum et al., 2019; Adrian et al., 2019; Ramleth et al., 2017; Asarnow et al., 2021). Estos estudios coincidieron en que la TDC-A fue más eficaz en la reducción de las NSSI respecto a las terapias analizadas. Además, otros estudios observaron que la TDC-A tuvo un efecto de respuesta más rápido en las NSSI a diferencia de otras intervenciones (Mehlum et al., 2016, McCauley et al., 2018, Mehlum et al., 2019 y Asarnow et al., 2021).

Haciendo referencia al estudio de Mehlum et al., (2016) se encontró que la TDC-A desde la línea de base del tratamiento hasta el post-tratamiento y seguimiento de 1 año, tuvo un efecto de respuesta mayor y más rápido en la reducción de las autolesiones; y también para otros resultados clínicos, la TDC-A tuvo un efecto de respuesta más rápida, desde el inicio de la terapia, en la mejoría clínica en ideación suicida, desesperanza, síntomas depresivos o límite y el nivel global del funcionamiento. Aunque no hubo diferencias significativas entre tratamientos en las anteriores variables al año de seguimiento (Mehlum et al., 2016).

En base a los anteriores resultados, se analizó la misma muestra en un estudio posterior con un seguimiento de 3 años, que demostró mayor reducción de la frecuencia de las NSSI a los 3 años de seguimiento y, por otra parte, se observó mayor reducción de desesperanza durante el tratamiento activo de la TDC-A (Mehlum et al., 2019). En correlación con estos resultados, otro estudio McCauley et al., (2018) encontró en los resultados primarios, una mayor eficacia en la reducción de las NSSI y SA en el pos-tratamiento y a los 6 meses de seguimiento, mientras que en los resultados secundarios se observó una menor presencia de las NSSI a los 12 meses de seguimiento. Del mismo modo, el estudio de Asarnow et al., (2021) evidencia que se disminuyó la ocurrencia de NSSI en un 49,3%, se redujeron las conductas de externalización y disminuyó el abuso de sustancias a los 12 meses de seguimiento, demostrando ser la TDC-A efectiva en la mejora de habilidades de los padres.

Otros estudios también apoyan el beneficio de la TDC-A en las NSSI y diversa sintomatología [Saito et al., (2020), Santamarina et al., (2020), Tebbett-Mock et al., (2019), Adrian et al., (2019), y Ramleth et al., (2017)], tal y como veremos a continuación.

En primer lugar, el estudio de Saito et al., (2020) observó que la TDC-A tuvo un efecto mayor en la disminución de síntomas depresivos y una mejora clínica global de los síntomas en 8 semanas de tratamiento en comparación con el tratamiento habitual (TAU) de 11 semanas de tratamiento.

En segundo lugar, otro estudio de 16 semanas Santamarina et al., (2020) observó una mayor reducción de las NSSI, el uso de antipsicóticos y mejora del funcionamiento global, tampoco se informaron de SA entre la TDC-A y el tratamiento habitual más terapia grupal (TAU+GS). Seguidamente, los hallazgos de Tebbett-Mock et al., (2019) indicaron que la implementación de la TDC-A en una unidad de psiquiatría hospitalaria, se tradujo en la reducción de horas de observación constante por incidentes de las NSSI y SA, las sujeciones y el número de días de hospitalización.

En cuanto al estudio de Adrian et al., (2019) demostró en un primer análisis que la TDC-A reducía la frecuencia de las NSSI, además comprobaron que los adolescentes que más se beneficiaban de la TDC-A fueron aquellos con mayor desregulación emocional y en los que los padres reportaron psicopatología más grave y mayor desregulación emocional. En referencia al estudio de Ramleth et al., (2017) que evaluó el efecto de la TDC-A y la atención habitual mejorada (EUC) en adolescentes deprimidos con diagnóstico de TLP completo y sub-umbral de TLP, se observó una mayor reducción de los síntomas depresivos en el grupo de la TDC-A.

Por último, un solo estudio Gillespie et al., (2019) contrastó los beneficios de una TDC-A de 16 semanas y una TDC-A de 24 semanas, en el que se encontró que la TDC-A de 24 semanas obtuvo una mayor reducción en ideación suicida y síntomas depresivos; sin embargo, hubo más tasas de abandono en este último grupo. Además, ambos programas de la TDC-A demostraron una reducción de la presencia en un 25% y frecuencia de las NSSI (Gillespie et al., 2019). No obstante, no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a los efectos de duración del tratamiento para los padres, en variables como la carga, la pena o el estrés percibido, por otro lado, los participantes tampoco difirieron en cambios de síntomas del TLP, el uso de habilidades TDC-A o el afrontamiento disfuncional (Gillespie et al., 2019).

En contraposición, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la TDC-A y otras intervenciones en las siguientes investigaciones: Impulsividad e ira entre TDC-A y TAU+GS (Saito et al., 2020); Tanto la TDC-A como el TAU+GS fueron igual de eficaces en la disminución de la severidad de la ideación suicida y depresión (Santamarina et al., 2020); Ideación suicida, agresión, incidentes agresivos entre pacientes o hacia el personal, las reclusiones o el número de reingresos en la unidad, entre TDC-A y TAU (Tebbett-Mock et al., 2019); No se observaron diferencias significativas entre TDC-A y EUC al año de seguimiento en ideación suicida, desesperanza, síntomas depresivos o límite y el nivel global de funcionamiento, y tampoco en el número de visitas al servicio de urgencias (Mehlum et al., 2016); No hubo diferencias significativas entre TDC-A y EUC en ideación suicida, desesperanza, síntomas depresivos y límite (Mehlum et al., 2019); Tampoco diferencias de mejora significativa entre TDC-A y grupo individual de soporte terapéutico (IGST) en adolescentes con mayor historial de autolesiones y comorbilidades más graves (Adrian et al., 2019). Parece ser que los adolescentes que más se beneficiaron de ambas terapias fueron los que presentaban un extenso historial de NSSI, más síntomas de externalización, identidad racial no blanca y familias más conflictivas al inicio del tratamiento (Adrian et al., 2019).

6. DISCUSIÓN

En esta revisión sistemática se han analizado los artículos más actualizados, aportando evidencia empírica sobre el efecto de la TDC-A como un modelo terapéutico para abordar conductas suicidas y autolesiones en población adolescente con desregulación emocional.

Como se ha ido mencionando a lo largo del trabajo, la desregulación emocional es una característica común que incide en diversos diagnósticos, constituyendo un factor de riesgo que establece una relación causal con las NSSI y SA. Además, los adolescentes que incurren en las autolesiones se enfrentan a un alto riesgo de suicidio posterior (Finkelstein et al., 2015), pero también a una amplia gama de problemas psicosociales en la etapa adulta (Borschmann et al., 2017). Por otro lado, hay pruebas sólidas de que la TDC-A es un programa de tratamiento eficaz para una variedad de conductas problemáticas de los adolescentes (MacPherson et al., 2013), por lo que, a continuación, se presentan los hallazgos de los artículos analizados.

En relación a la primera hipótesis (H1) de la revisión sistemática, todos los resultados de los estudios revisados sugieren que el entrenamiento de habilidades de la terapia dialéctico conductual adaptada para adolescentes tiene un efecto en la mejora clínica de la regulación emocional y conductual, incluyendo la reducción de autolesiones y tentativas de suicidio. Adicionalmente, los hallazgos de McCredie et al., (2017) en un contexto hospitalario, añaden mayor reducción en el número de diagnósticos y gravedad de los síntomas en TDM, TEPT, T. por abuso de sustancias, T. alimentarios, TLP/Rasgos, trastornos externalizantes e internalizantes. Estos hallazgos también coinciden con una mejoría global de los síntomas en las investigaciones de (Gill et al., 2018; Lenz et al., 2021), incluyendo aceptación de las respuestas emocionales, desregulación emocional, ansiedad, depresión y estrés (Gill et al., 2018). Con todo ello, también se muestran resultados que coinciden con la mejoría clínica en minorías étnicas (Berk et al., 2020; Yeo et al., 2020). Por otra parte, Gillespie et al., (2019) sugirió que un entrenamiento de la TDC-A de 24 semanas obtuvo una mayor reducción en la ideación suicida y en los síntomas depresivos en comparación con la TDC-A de 16 semanas. Por otro lado, el estudio cualitativo de Pardo et al., (2020) reportó mejoras en la actividad reflexiva y la motivación para el cambio, así como la preferencia de los participantes por las habilidades de *mindfulness* y tolerancia al malestar. En cambio, los participantes no parecieron comprender la relevancia de los deberes y la práctica diaria de habilidades, además, mostraban preocupación por posibles recaídas, por la no inmediatez de los resultados y por la dificultad para usar habilidades en un episodio de alta intensidad emocional (Pardo et al., 2020).

Desde un punto de vista neuropsicológico, la investigación de Smith et al., (2019) sugiere que las funciones ejecutivas desempeñan un papel importante en la regulación emocional, ya que los datos psicométricos del BRIEF-SR indicaron que los adolescentes que presentaban NSSI, mostraron más disfunciones ejecutivas. Estos datos parecen sugerir que los adolescentes con un menor desarrollo en la maduración del sistema nervioso central en el área de las funciones cognitivas, tienen mayores dificultades en la regulación emocional, las adaptaciones interpersonales y en los comportamientos sociales (Lalonde et al., 2013). En la línea de estos resultados, parece reforzarse el concepto de la etapa adolescente como una población de riesgo para la desregulación emocional e impulsividad, implicadas en las NSSI, como explicación del desarrollo madurativo.

Por otra parte, también se ha observado que la implementación de la TDC-A en una unidad de salud mental de agudos reporta una disminución en la presencia y frecuencia de NSSI y SA, sintomatología depresiva, número de ingresos, días en cama y visitas al servicio de urgencias (Flynn et al., 2019), resultados que correlacionan con los hallazgos de Tebbett-Mock et al., (2019) añadiendo que la implementación y formación del personal en TDC-A, en una unidad de agudos, redujo las horas de observación constante por motivos de seguridad y atención al paciente, incluyendo, por ejemplo, incidencias o malestar de los pacientes. Estos dos hallazgos sugieren que la TDC-A es beneficiosa tanto en la evolución clínica de los pacientes como en la reducción de costes económicos, por lo que contar con un equipo interdisciplinar formado en la TDC-A, incluyendo las áreas de enfermería, psiquiatría y psicología, puede ser efectivo para abordar episodios de desregulación emocional y fomentar el uso de habilidades en los pacientes, para que tengan una mayor capacidad de autorregulación del malestar (Tebbett-Mock et al., 2019; Flynn et al., 2019). Así mismo, se enfatiza en la importancia de formar en TDC-A a enfermería, porque desempeñan un papel vital en el entorno hospitalario, siendo el personal que establece un contacto más frecuente con los pacientes y que puede estar disponible para animarlos a usar una habilidad, fomentando la integración y generalización de habilidades (Tebbett-Mock et al., 2019). También se sugiere la formación en TDC-A tiene otros beneficios para el personal, incluyendo la reducción del agotamiento o *burnout*, incremento de la motivación y mayor conocimiento en habilidades (Haynos et al., 2016). En resumen: reduciendo la sobrecarga laboral y aportando una mayor eficacia en el manejo de contingencias en pacientes adolescentes con desregulación emocional.

Por otra parte, los artículos analizados en esta revisión, implementan la TDC-A en un contexto clínico comunitario u hospitalario, a excepción de un artículo Zapolski et al., (2017) que analiza la aplicación de un programa TDC-A breve aplicado en un contexto escolar, en el que se halló una disminución en la intención de involucrarse en conductas de riesgo, especialmente entre los adolescentes con altos niveles del rasgo de impulsividad. Los resultados sugieren que la inclusión

del contexto escolar en intervenciones de TDC-A centradas en la desregulación emocional, pueden servir como un modelo de prevención de la salud mental para los adolescentes (Broussard, 2004; Council on School Health, 2008; Denehy, 2001).

En relación a la segunda hipótesis (H2) de la revisión, varios artículos sugieren que la TDC-A proporciona beneficios para los adolescentes y las familias. Como indican los hallazgos de [Adrian et al., (2019); Gill et al., (2018), y Berk et al., (2020)], la inclusión de los padres en un programa TDC-A ayuda a los adolescentes a mejorar sus capacidades de regulación emocional, y Berk et al., (2020) tiene un efecto también positivo en la mejora de regulación emocional en las familias. En relación a estos hallazgos, las investigaciones de Adrian et al., (2019) detectaron un factor de riesgo como efecto moderador en la frecuencia de las NSSI en adolescentes, relacionado con las familias que reportaron mayor psicopatología de los padres, y mayor conflictividad en la regulación entre padres y/o tutores legales e hijos, no obstante, respondieron a la TDC-A encontrando beneficios.

Los anteriores hallazgos correlacionan con la teoría biosocial de Linehan (1993), refiriéndose a que las dificultades en la regulación emocional se desarrollan por una vulnerabilidad biológica y un entorno invalidante que rechaza la expresión emocional y, como consecuencia, el infante aprende respuestas emocionales intensas, para generar una respuesta en los padres. De esta forma, a medida que los niños se desarrollan y llegan a la etapa adolescente, tienen índices de mayor desregulación emocional, acompañado por baja tolerancia al malestar, recursos de afrontamiento inadecuados y comportamientos desadaptativos para la resolución de problemas (Rathus y Miller, 2000). Por este motivo se adaptó la TDC para adolescentes, Miller et al., (2007), incluyendo a las familias en el entrenamiento de habilidades como una piedra angular en la mejora clínica de los adolescentes y el manejo de contingencias en el seno familiar. En suma, la generalización de habilidades también puede mejorar mucho si las personas en el entorno del adolescente, como los miembros de la familia, aprenden también habilidades y luego ayudan a los adolescentes a entrenar las habilidades todos los días (Miller et al., 2007).

En relación a la tercera hipótesis (H3), varios artículos sugieren que la TDC-A es un tratamiento eficaz para adolescentes con diagnóstico del TLP en la reducción de síntomas globales, NSSI y SA. Los hallazgos de Buerger et al., (2019) sugieren que la TDC-A reduce significativamente los síntomas agudos y crónicos del TLP, así como también, reduce el número medio de los 9 criterios diagnósticos del TLP, a nivel individual. Así, se encontraron cambios más significativos en los criterios VII y VI “sentimientos crónicos de vacío” y “inestabilidad afectiva”, seguidos de los criterios IV, V y VIII “impulsividad en al menos 2 áreas”, “comportamiento suicida” e “ira intensa inapropiada”, (Buerger et al., 2019). Apoyando estos resultados, McCredie et al., (2017) reportó un

efecto pequeño en la reducción del diagnóstico del TLP o rasgos TLP. Estos hallazgos podrían sugerir un planteamiento del programa TDC-A dirigido a objetivos relacionados a la reducción de los rasgos TLP.

Por otro lado, los hallazgos de Ramleth et al., (2017) en un estudio que compara el diagnóstico del TLP y rasgos TLP en adolescentes deprimidos, se observó que ambos grupos diagnósticos se beneficiaron de la TDC-A, aunque los adolescentes con diagnóstico completo de TLP informaban de una mayor sintomatología depresiva, ideación suicida y niveles más bajos en el funcionamiento global. Por tanto, el grupo con diagnóstico TLP obtuvo menor beneficio que los adolescentes con rasgos TLP (Ramleth et al., 2017). Estos hallazgos se correlacionan con la definición de Linehan (1993) sobre el TLP como un trastorno caracterizado por una alta sensibilidad emocional y con respuestas más frecuentes e intensas a los estímulos, que dificultan el retorno emocional a la línea de base. Además, los individuos con TLP se sienten más abrumados por sus emociones y su experiencia subjetiva de la depresión puede ser más intensa o severa (Stanley et al., 2006; Silk, 2010; Levy, 2007; Fertuck et al., 2016).

En cuanto a la cuarta hipótesis (H4), varios estudios sugieren que, en algunos aspectos, la TDC-A tiene ventajas en comparación con otros enfoques terapéuticos. Estos estudios sugirieron una mayor eficacia de la TDC-A en la reducción para las NSSI, respecto a otras terapias analizadas [Saito et al., (2020); Santamarina et al., (2020); Tebbett-Mock et al., (2019); Mehlum et al., (2016); McCauley et al., (2018); Mehlum et al., (2019); Adrian et al., (2019); Ramleth et al., (2017); Asarnow et al., (2021)] y, los hallazgos de Mehlum et al., (2019) observaron una mayor reducción de las NSSI durante la aplicación del tratamiento y posteriormente a los 3 años de seguimiento en comparación con la atención habitual mejorada o EUC. Además [Mehlum et al., (2016), McCauley et al., (2018), Mehlum et al., (2019) y Asarnow et al., (2021)] encontraron que la TDC-A mostró un efecto de respuesta más rápido en las NSSI a diferencia de otras intervenciones, contrastando con los hallazgos de Mehlum et al., (2016) en que el efecto de respuesta, fue más rápido en la mejoría clínica de ideación suicida, desesperanza, síntomas depresivos o límite y el nivel global del funcionamiento. Del mismo modo, otros estudios sugieren hallazgos similares: una mayor disminución de síntomas depresivos de la TDC-A en comparación con el tratamiento habitual (TAU) (Saito et al., 2020), reducción de NSSI, uso de antipsicóticos y mejora en el funcionamiento global de la TDC-A respecto a la atención habitual más terapia grupal (TAU+GS) (Santamarina et al., 2020) y mayor esperanza durante el tratamiento activo de la TDC-A (Mehlum et al., 2019).

Sin embargo, la TDC-A y otras intervenciones terapéuticas no mostraron diferencias significativas a largo plazo en algunas variables, tal y como se muestra en el apartado de “resultados” de esta

revisión sistemática, lo cual también respalda la eficacia de otras intervenciones, pero aun así cabe destacar el efecto de respuesta más rápida de la TDC-A en la mejoría clínica de algunos síntomas, a diferencia de otros tratamientos. Pues el tiempo de diferencia en la respuesta terapéutica entre dos tratamientos, con una recuperación más rápida en la TDC-A, también es de una importancia clínica considerable (Kratochvil et al., 2006).

Las hipótesis planteadas en la presente revisión se han confirmado, aunque también hay algunos aspectos que se deben contemplar en investigaciones futuras.

En el aspecto sociodemográfico se han identificado 2 variables en la muestra de las investigaciones susceptibles para la discusión. En primer lugar, la prevalencia de la muestra es mayoritariamente femenina, aunque según la OMS (2019) el sexo masculino tiene una prevalencia más elevada de suicidio. También se debería investigar si la predominancia de la muestra femenina en salud mental se debe a alguna variable que aún no se haya contemplado. De todas formas, en futuras investigaciones se deberían estudiar las implicaciones de la salud mental en la prevención de la tasa de suicidio en ambos sexos. Otro aspecto a investigar es el efecto de la TDC-A en muestras que incluyan un porcentaje mayor de sexo masculino, con la finalidad de generalizar los resultados.

En segundo lugar, se ha identificado que los artículos de USA refieren una diferenciación en la etnia, mientras que en los artículos europeos no se especifica la etnia, pues parece ser un dato no relevante en dichos países. Estableciendo una crítica a las diferencias étnicas, cabe especificar otros factores no biológicos que pueden incidir en problemas de salud mental, como el nivel socioeconómico y la desigualdad social.

En referencia al ámbito biológico, tomando de ejemplo la investigación de Smith et al., (2019), futuras investigaciones deberían medir el efecto de la TDC-A en la activación neuronal y los cambios en la estructura cerebral de las funciones ejecutivas mediante pruebas de neuroimagen. Un ámbito que también se debería investigar en relación a los hallazgos de Buerger et al., (2019) es la aplicación de modelos de TDC-A para tratar criterios diagnósticos específicos del TLP. También en referencia al estudio de Zapolski et al., (2017) es necesario que se hagan más investigaciones sobre la implementación y efectos de la TDC-A en el contexto educativo, integrando la TDC-A en el modelo curricular desde la adolescencia temprana como un modelo preventivo de cara al futuro, que capacite a los adolescentes a ser más resolutivos en regulación emocional y en la adopción de conductas más adaptativas.

En referencia al diseño de las investigaciones, esta revisión solo encontró un estudio cualitativo. Cabe destacar que la metodología cualitativa también es esencial para estudiar otros efectos de la

TDC-A en la experiencia subjetiva de los usuarios que reciben la terapia. Tomando como ejemplo los resultados de Pardo et al., (2020) se puede sugerir la inclusión de investigaciones cualitativas que traten aspectos a mejorar en términos de adherencia y eficacia en la terapia la TDC-A, como la motivación y la constancia en hacer los deberes o practicar habilidades diariamente, la reducción en la tasa de abandono en la terapia, una mayor implicación parental en el entreno de habilidades, aportar nuevas estrategias que faciliten el uso de habilidades en un episodio de alta intensidad emocional, así como aliviar las preocupaciones sobre la efectividad terapéutica de la TDC-A.

7. LIMITACIONES

Se debe tener en cuenta que particularmente cada artículo analizado en esta revisión tiene sus propias limitaciones específicas. En relación a la demografía de las muestras de los artículos analizados, la muestra de sexo masculino era escasa y algunos estudios tenían una medida de muestra pequeña, hechos que limitan la potencia estadística y la generalización de los resultados. Por otro lado, no hay una homogeneidad en función de la metodología de los programas de la TDC-A y en la comparación de la TDC-A con otras intervenciones que, por un lado, muestran los beneficios en diferentes metodologías, pero, por otro lado, no se pueden generalizar los resultados. En la misma línea, algunas investigaciones no disponen de grupo control para medir los efectos de la TDC-A respecto a otras intervenciones. En relación al efecto de la TDC-A, algunas investigaciones informan del tamaño del efecto porque no han encontrado resultados significativos. Además, algunos artículos, en su mayor parte los de diseño retrospectivo, encuentran limitaciones en la codificación de datos y posibles errores o inconsistencias en los informes. De igual manera puede ocurrir con los autoinformes de los participantes, que pueden estar condicionados por sesgos de los participantes que interfieran en los resultados. Por lo que respecta a las limitaciones de la presente revisión, se puede destacar la estrategia de búsqueda en la literatura, ya que solo se consultan 3 bases de datos, la dificultad para acceder a determinados estudios o las limitaciones en los criterios de inclusión como la lengua o la exclusión de la población adulta, en consecuencia, probablemente se puede no haber incluido algún artículo con aportaciones relevantes.

8. CONCLUSIONES

Por tanto, tal y como se ha ido analizando y explicando a lo largo del presente trabajo, la TDC-A es un enfoque terapéutico que trabaja diferentes áreas para afrontar las conductas problemáticas derivadas de la desregulación emocional.

Entre estas áreas se cuenta con las habilidades de regulación emocional, la eficacia en las relaciones interpersonales, la capacidad de dirigir la atención mediante el mindfulness, la tolerancia al malestar y el sendero del medio que media la dialéctica entre adolescentes y familias.

Los resultados obtenidos en esta revisión sistemática constatan que el entrenamiento de habilidades de la TDC-A es un modelo eficaz para reducir las autolesiones y las tentativas de suicidio en adolescentes con desregulación emocional. Del mismo modo, la TDC-A ha demostrado ser superior en cuanto al efecto de respuesta en las autolesiones, sintomatología depresiva y sintomatología global, mejorando más rápido la evolución clínica de los pacientes respecto a otras intervenciones. La TDC-A también ha demostrado eficacia en la mejora clínica global de diversos diagnósticos clínicos, entre ellos, en especial relevancia en los trastornos del ánimo y el trastorno límite de la personalidad.

Por otra parte, se ha demostrado que la TDC-A tiene beneficios tanto en un contexto hospitalario o comunitario clínico, como en un contexto escolar. Atendiendo a la premisa de que los adolescentes constituyen una población de riesgo para las autolesiones y tentativas de suicidio, la TDC-A parece ser un modelo eficaz para abordar esta problemática a nivel mundial, empezando por la formación de profesionales en TDC-A y desarrollando programas de prevención y actuación en diferentes contextos.

Por tanto, y como conclusión final se resalta la síntesis de los hallazgos encontrados y las reflexiones planteadas, ya que pueden servir como un punto de inflexión a partir del cual se abran nuevos horizontes de investigación futura sobre la TDC en población adolescente y adulta.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Adrian, M., McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Korslund, K., Avina, C., Gallop, R., & Linehan, M. M. (2019). Predictors and moderators of recurring self-harm in adolescents participating in a comparative treatment trial of psychological interventions. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, *60*(10), 1123–1132. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13099>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Asarnow, J. R., Berk, M. S., Bedics, J., Adrian, M., Gallop, R., Cohen, J., Korslund, K., Hughes, J., Avina, C., Linehan, M. M., & McCauley, E. (2021). Dialectical behavior therapy for suicidal self-harming youth: Emotion regulation, mechanisms, and mediators. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *60*(9), 1105–1115. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.01.016>
- Berk, M. S., Starace, N. K., Black, V. P., & Avina, C. (2020). Implementation of dialectical behavior therapy with suicidal and self-harming adolescents in a community clinic. *Archives of Suicide Research : Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, *24*(1), 64–81. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1509750>
- Boggiano, J. P., & Gagliesi, P. (2020). *Terapia dialéctico conductual: introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional* (1a ed). EDULP.
- Buerger, A., Fischer-Waldschmidt, G., Hammerle, F., Auer, K. von, Parzer, P., & Kaess, M. (2019). Differential change of borderline personality disorder traits during dialectical behavior therapy for adolescents. *Journal of Personality Disorders*, *33*(1), 119–134. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_334
- Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., Corcoran, P., Gillespie, C., Suarez, C., Swales, M., & Arensman, E. (2019). Innovations in practice: Dialectical behaviour therapy for adolescents: multisite implementation and evaluation of a 16-week programme in a public community mental health setting. *Child and Adolescent Mental Health*, *24*(1), 76–83. <https://doi.org/10.1111/camh.12298>
- Gill, D., Warburton, W., Simes, D., & Sweller, N. (2018). Group therapy for emotional dysregulation: Treatment for adolescents and their parents. *Child and Adolescent Social Work Journal*, *35*(2), 169–180. <https://doi.org/10.1007/s10560-017-0510-8>

- Gillespie, C., Joyce, M., Flynn, D., & Corcoran, P. (2019). Dialectical behaviour therapy for adolescents: a comparison of 16-week and 24-week programmes delivered in a public community setting. *Child and Adolescent Mental Health, 24*(3), 266–273. <https://doi.org/10.1111/camh.12325>
- Hancock-Johnson, E., Staniforth, C., Pomroy, L., & Breen, K. (2020). Adolescent inpatient completers of dialectical behaviour therapy. *Journal of Forensic Practice, 22*(1), 29–39. <https://doi.org/10.1108/JFP-07-2019-0029>
- Khalid-Khan, S., Segal, S. C., Jopling, E. N., Southmayd, K., & Marchand, P. (2016). Effectiveness of a modified dialectical behaviour therapy for adolescents within a stepped-care model. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 30*(2), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2016-0030>
- Lenz, A. S., Conte, G. D., Douglas, C., Crenshaw, A., Dobbs, C., Stogner, E., & Williford, V. (2021). A pre-experimental evaluation of treatment gains associated with a DBT-A partial hospitalization program. *Journal of Counseling and Development*. <https://doi.org/10.1002/jcad.12416>
- Linehan, M. (2020). *Manual de entrenamiento en habilidades DBT : para el/la terapeuta* (1a ed). EDULP.
- Lu, J., Dyce, L., Hughes, D., DeBono, T., Cometto, J., & Boylan, K. (2020). Outpatient psychiatric care for youth with suicide risk: Who is offered dialectical behavioural therapy? *Child & Youth Care Forum, 49*(6), 839–852. <https://doi.org/10.1007/s10566-020-09560-7>
- McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, M., Gallop, R., & Linehan, M. 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>
- McCredie, M. N., Quinn, C. A., & Covington, M. (2017). Dialectical behavior therapy in adolescent residential treatment: Outcomes and effectiveness. *Residential Treatment For Children & Youth, 34*(2), 84–106. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2016.1271291>
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2016). Dialectical behavior therapy compared with enhanced

usual care for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: Outcomes over a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(4), 295–300. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.01.005>

Mehlum, L., Ramleth, R.-K., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., Miller, A. L., Larsson, B., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2019). Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 60(10), 1112–1122. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13077>

OMS (2019). Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

Pardo, E. S., Rivas, A. F., Barnier, P. O., Mirabent, M. B., Lizeaga, I. K., Cosgaya, A. D., Alcántara, A. C., González, E. V., Aguirre, B., & Torres, M. A. G. (2020). A qualitative research of adolescents with behavioral problems about their experience in a dialectical behavior therapy skills training group. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02649-2>

Ramleth, R.-K., Groholt, B., Diep, L., Walby, F., & Mehlum, L. (2017). The impact of borderline personality disorder and sub-threshold borderline personality disorder on the course of self-reported and clinician-rated depression in self-harming adolescents. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0073-5>

Saito, E., Tebbett-Mock, A. A., & McGee, M. (2020). Dialectical behavior therapy decreases depressive symptoms among adolescents in an acute-care inpatient unit. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 30(4), 244–249. <https://doi.org/10.1089/cap.2019.0149>

Santamarina, Perez, P., Mendez, I., Singh, M. K., Berk, M., Picado, M., Font, E., Moreno, E., Martínez, E., Morer, A., Borràs, R., Cosi, A., Romero, S., Santamarina-Perez, P., Mendez, I., Singh, M. K., Berk, M., Picado, M., Font, E., Moreno, E., ... Romero, S. (2020). Adapted dialectical behavior therapy for adolescents with a high risk of suicide in a community clinic: A pragmatic randomized controlled trial. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(3), 652–667. <https://doi.org/10.1111/sltb.12612>

Smith, A., Freeman, K., Montgomery, S., Vermeersch, D., & James, S. (2019). Executive functioning outcomes among adolescents receiving dialectical behavior therapy. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 36(5), 495–506. <https://doi.org/10.1007/s10560-018-0578-9>

Tebbett-Mock, A. A., Saito, E., McGee, M., Woloszyn, P., & Venuti, M. (2019). Efficacy of dialectical behavior therapy versus treatment as usual for acute-care inpatient adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(4), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.01.020>

Yeo, A. J., Germán, M., Wheeler, L. A., Camacho, K., Hirsch, E., & Miller, A. (2020). Self-harm and self-regulation in urban ethnic minority youth: a pilot application of dialectical behavior therapy for adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 25(3), 127–134. <https://doi.org/10.1111/camh.12374>

Zapolski, T. C. B., & Smith, G. T. (2017). Pilot study: Implementing a brief DBT skills program in schools to reduce health risk behaviors among early adolescents. *The Journal of School Nursing : The Official Publication of the National Association of School Nurses*, 33(3), 198–204. <https://doi.org/10.1177/1059840516673188>