



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**COMPARACIÓN ENTRE TERAPIA DIALÉCTICA
CONDUCTUAL Y TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL
EN LA MEJORA DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS EN
ADULTOS JÓVENES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA
PERSONALIDAD**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

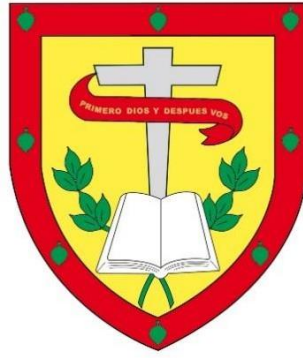
**AUTOR: BERNARDA MICAELA BENAVIDES CALDERÓN
JULIANA MICHELLE CÁCERES TORRES.**

**DIRECTOR: PSI. CLI. CLAUDIA CAROLINA ARÉVALO PROAÑO,
MGS.**

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

COMPARACIÓN ENTRE TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL

Y TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA MEJORA DE

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS EN ADULTOS JÓVENES CON

TRASTORNO LÍMTE DE LA PERSONALIDAD

PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL

TÍTULO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTOR: BERNARDA MICAELA BENAVIDES CALDERÓN

JULIANA MICHELLE CÁCERES TORRES.

DIRECTOR: PSI. CLI. CLAUDIA CAROLINA ARÉVALO PROAÑO,

MGS.

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Bernarda Micaela Benavides Calderón portador(a) de la cédula de ciudadanía N.º **0107890915** y **Juliana Michelle Cáceres Torres** portador(a) de la cédula de ciudadanía N.º **0105772438**. Declaramos ser autoras de la obra: **“Comparación entre Terapia Dialéctica Conductual y Terapia Cognitivo Conductual en la mejora de síntomas psicológicos en adultos jóvenes con Trastorno Límite de Personalidad”**, sobre la cual nos responsabilizamos sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaramos que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaramos finalmente que nuestra obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también nos responsabilizamos y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **23 de octubre de 2025**

F: Bernarda B.C

Bernarda Micaela Benavides Calderón

C.I. 0107890915

F: Michelle Cáceres

Juliana Michelle Cáceres Torres

C.I. 0105772438

Cuenca, 23 de octubre de 2025

CERTIFICACIÓN

Yo, **Claudia Carolina Arévalo Proaño**, con cédula de identidad N°**0104791033** en calidad de directora del trabajo de titulación con el tema: **“Comparación entre Terapia Dialéctica Conductual y Terapia Cognitivo Conductual en la mejora de síntomas psicológicos en adultos jóvenes con Trastorno Límite de Personalidad”**, certifico que el presente trabajo fue desarrollado por **Bernarda Micaela Benavides Calderón** y **Juliana Michelle Cáceres Torres**, bajo mi supervisión.

Atentamente,



Claudia Carolina
Arévalo Proaño



DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AGRADECIMIENTOS

A mi tía Charis,

Gracias por su amor incondicional, por estar siempre pendiente de mí con ese cariño que solo una tía puede ofrecer. Gracias por nutrirme con tu sabiduría profesional y, sobre todo, por enseñarme con el ejemplo que la unión entre una tía y una sobrina puede ser uno de los lazos más puros y significativos. Tu presencia ha sido un faro de luz y ternura en mi camino.

A mi abuelito Alejandro,

Aunque la distancia nos haya separado físicamente, su amor ha cruzado cada kilómetro para hacerse sentir. Gracias por su confianza, por creer en mí y por ser ese pilar que me ha hecho sentir segura y protegida en cada paso. Su apoyo y fe en mí son regalos que guardaré siempre en el corazón lleno de gratitud.

A mis Abuelitos Lucinda y Alberto,

Gracias por recibirme siempre con los brazos abiertos y el alma llena de amor. Sus oraciones, sus palabras y su ejemplo han sido una lección de vida. Admiro profundamente el amor que los une, esa complicidad que resiste el paso del tiempo y que me inspira a creer en el amor verdadero.

A mis tíos y primos,

Gracias por ser parte esencial de mi historia, por su apoyo constante durante toda mi formación académica y personal. Su cariño y presencia han sido abrigo en los momentos difíciles y motivo de alegría en cada logro alcanzado.

A mi primera mascota, Princesa,

Aunque ya no estes físicamente conmigo, vives en cada rincón de mi corazón, gracias por regalarme catorce años de amor puro y compañía incondicional. Nuestra conexión va más allá de las palabras; fuiste mi mayor confidente, mi consuelo y mi alegría. Gracias por elegirme, por enseñarme tanto, por recordarme que el amor verdadero también tiene cuatro patas.

A mi mejor amiga Isabel,

Más de diez años de amistad verdadera es un regalo invaluable. Gracias por caminar conmigo en cada etapa, por verme crecer, caer y levantarme, gracias por estar sin que te lo pida, por enseñarme con tu cariño y lealtad lo que significa una amistad genuina y

verdadera, por enseñarme con tu fortaleza y resiliencia que todo se puede lograr con fe y corazón. Tu compañía es uno de los regalos más hermosos que me ha dado la vida.

A mi amiga Michelle,

Gracias por recorrer conmigo esta aventura desde el inicio hasta el final. Por ser mi sostén, por creer en mí incluso cuando dudaba. Tú nobleza es tu mayor virtud, y sé que con ella iluminarás muchos caminos y transformarás el mundo, mi admiración por ti es indescriptible,

A mi amigo Mateo,

Gracias por llegar a mi vida y quedarte, por tu amistad sincera, por acompañarme en mis risas y también en mis lágrimas. Tu nobleza y sensibilidad son un reflejo de la belleza humana que aún existe en el mundo. Gracias por ser refugio en los días difíciles y por compartir conmigo tantos instantes de luz.

A mis amigas Emi y Kari,

Gracias por estar desde el primer día, por acompañarme con risas, abrazos y complicidad. Gracias por las carcajadas que sanaron días difíciles y por las lágrimas compartidas que nos hicieron más fuertes. No tengo duda de que serán grandes profesionales, pero más aún, sé que seguirán siendo las almas nobles que siempre estuvieron a mi lado.

Bernarda Micaela

DEDICATORIA

A Dios,

Por ser esa voz que me susurrara calma cuando el ruido del mundo intenta confundirme, por sostenerme cuando mis fuerzas flaqueaban y recordarme que incluso las pruebas más duras esconden bendiciones silenciosas.

Por abrir caminos donde solo veía muros, por enseñarme que todo tiene su tiempo y que sus planes siempre superan los míos. Gracias por no soltar mi mano y por ser certeza cuando el miedo quería ganar.

A mi mami,

La mujer que dio forma a mis sueños y sentido a mi existencia, tu amor ha sido mi abrigo y tu voz la guía que me rescata de mis propias dudas. Eres el reflejo más puro de fortaleza y de ternura; gracias a ti aprendí que la vida se enfrenta con esperanza.

Gracias por ser mi refugio constante, por creer en mí cuando yo no podía hacerlo por enseñarme que los límites no existen cuando el amor y la fe se entrelazan. Si algún día logro ser la mitad de lo que tú eres mi vida habrá tenido sentido.

A mi abuelita Lucy,

Por sus oraciones que me cubren con un manto de luz, por su fe inquebrantable y su amor incondicional, por recordarme con su ejemplo que la perseverancia también es una forma de amor. Gracias por aplaudir mis logros como si fueran los suyos, por esperarme siempre con los brazos abiertos y el corazón lleno de ternura.

Gracias por enseñarme la importancia de agradecer, de servir con humildad, de encontrar la luz incluso en los días grises, su amor puro y profundo es una herencia que llevaré conmigo por siempre.

A ellas,

Mi mami y mi abuelita, dos mujeres que han tejido con paciencia y amor el mapa de mi vida, son mi raíz y mi horizonte, mi mayor inspiración y el más grande regalo de Dios.

Este trabajo no solo marca el final de un camino académico sino el comienzo de una promesa, honrarlas siendo una mujer buena, valiente y agradecida como ellas me lo enseñaron.

Bernarda Micaela

AGRADECIMIENTOS

A Dios, primeramente,

por ser el centro y el sostén de todo lo que soy. Por haberme acompañado en cada paso de este camino que tantas veces pareció demasiado largo y difícil. Gracias, Señor, por no soltarme ni cuando yo misma quise rendirme, por mostrarme que incluso en el dolor había propósito, y por recordarme que la fe no se trata de ver, sino de confiar. En los días de silencio, cuando las fuerzas ya no alcanzaban, fuiste mi refugio; cuando todo parecía incierto, fuiste mi certeza. Hoy miro hacia atrás y puedo ver cómo cada paso, cada obstáculo, cada lágrima, fue parte de tu plan perfecto. Gracias por darme la oportunidad de cumplir uno de mis mayores sueños y por permitirme llegar hasta aquí de tu mano.

A mí,

porque aprendí que también merezco agradecerme. Porque a pesar de todas las batallas, del cansancio, de las dudas y de los miedos, seguí adelante. Porque en los momentos más oscuros me abracé fuerte y decidí continuar, incluso cuando no veía la meta cerca. Me agradezco por haber sido resiliente, por haber confiado en mi proceso, por haberme permitido caer y volver a levantarme. Me agradezco por no haber dejado que el dolor me convirtiera en algo que no soy, sino que, por el contrario, me impulsara a crecer, a sanar y a ayudar a otros a hacerlo también. Hoy reconozco que llegar hasta aquí no fue fácil, pero sí profundamente valioso. Detrás de cada logro hubo lágrimas, desvelos y sacrificios, pero también hubo amor propio, disciplina y fe. Y por eso, me abrazo y me digo: lo lograste.

A mi abuelita Mariana,

quien fue mucho más que una abuela: fue mi guía, mi refugio, mi mayor amor. Desde que era una bebé estuviste ahí para cuidarme, para enseñarme con paciencia y ternura lo que significan la bondad, la generosidad y el amor incondicional. Crecí bajo tu mirada, bajo tu cariño y tu ejemplo. Aunque ya no estés físicamente conmigo, siento tu presencia en cada logro, en cada pensamiento, en cada paso que doy. Este título también es tuyo, abuelita, porque todo lo que soy lleva algo de ti. Gracias por haberme enseñado a ser fuerte, a luchar sin rendirme, y a hacerlo siempre con amor. Te prometí que lo lograría, y aquí estoy,

cumpliendo esa promesa con el corazón lleno de gratitud y con la certeza de que me acompañas desde donde estás.

A mis padres, Lourdes y Carlos,

que con su amor, sacrificio y esfuerzo hicieron posible este sueño. Gracias, mamá y papá, por haber estado siempre, incluso desde la distancia. Por haber dejado tanto atrás para darme un futuro mejor, por haber trabajado incansablemente para que yo pudiera estudiar, crecer y cumplir mis metas. Este logro es tan mío como suyo. Gracias por cada llamada llena de aliento, por cada palabra de apoyo, por cada gesto que me recordaba que no estaba sola. Gracias por confiar en mí incluso en los momentos en los que yo misma dudaba de mis capacidades. Sé que todo lo que he conseguido ha sido posible gracias al amor y la fortaleza que me han transmitido. Ustedes me enseñaron que los sueños se alcanzan con esfuerzo y perseverancia, y que no hay distancia que pueda romper los lazos del amor familiar. Todo mi agradecimiento, mi respeto y mi amor son para ustedes.

A mi mejor amiga, Berny,

la persona que la vida me regaló como hermana del alma. Coincidimos el primer día de la universidad y desde ese momento nuestras vidas se entrelazaron de una manera que nunca imaginé. Gracias por ser esa presencia constante, por tu amor incondicional, por tu paciencia infinita, por tu risa que tantas veces me salvó. Gracias por acompañarme en los días buenos, pero sobre todo en los malos. Por quedarte cuando muchos se fueron, por entender mis silencios y por darme fuerza cuando ya no me quedaba ninguna. Sin ti, este camino habría sido mucho más difícil. Has sido mi soporte, mi confidente, mi hogar en medio del caos. Eres mi ángel de la guarda, y lo digo con el corazón en la mano: sin ti, no habría llegado hasta aquí. Gracias por no soltarme nunca, por recordarme quién soy, por cuidar de mí cuando ni yo misma podía hacerlo. No hay palabras que alcancen para expresar cuánto te amo y cuánto significas en mi vida.

A José, mi mejor amigo, mi compañero incondicional,

gracias por haber estado siempre, por apoyarme en cada paso, por creer en mí sin condiciones. Por tus palabras sinceras, por tu calma cuando yo era puro torbellino, por tu

manera tan genuina de estar sin exigir nada a cambio. Gracias por escucharme, por acompañarme, por motivarme a seguir cuando las fuerzas flaqueaban. Este logro también lleva tu nombre, porque tu apoyo fue un pilar en este proceso. Me siento afortunada de tenerte en mi vida, y sé que sin ti muchas cosas no habrían sido iguales.

A mis amigas,

Kari, Lele, Kelly,

Agradezco profundamente a la vida por todas las personas y experiencias que puso en mi camino. Por los momentos de alegría y también por las dificultades, porque cada uno de ellos me enseñó algo. Hoy cierro este capítulo con el alma llena de gratitud, sabiendo que todo lo vivido valió la pena.

Gracias a todos, de todo corazón, por ser parte de esta historia.

Michelle

DEDICATORIA.

A mi abuelita Mariana,

mi ángel eterno y el amor más puro que la vida me regaló.

Esta tesis es para ti, porque fuiste quien me cuidó, me enseñó y me acompañó desde mis primeros pasos. Porque crecí bajo tu mirada llena de ternura, bajo tus manos que todo lo curaban y tu voz que siempre me dio calma. Gracias por haber sido mi refugio, por haberme enseñado con tu ejemplo lo que significa amar sin medida, y por haber creído en mí desde siempre.

Aunque hoy no estés físicamente, te siento en cada logro, en cada sonrisa y en cada una de las fuerzas que me impulsaron a seguir cuando sentía que ya no podía más. Este trabajo es mi manera de honrarte, de decirte que todo tu amor, tus cuidados y tus enseñanzas viven en mí.

Te extraño todos los días, pero sé que estás presente en las pequeñas cosas cotidianas de la vida diciéndome siempre que soy fuerte y capaz.

Lo logré, abuelita.

Y lo hice por ti, por todo lo que sembraste en mi corazón.

Michelle

A nuestra tutora, Claudia,

Gracias por ser guía, ejemplo y fuente de inspiración. Por confiar en nosotras, por alentarnos con palabras que fortalecen el alma y por acompañarnos con verdadera vocación. Su calidez humana y su compromiso con la enseñanza dejan huellas imborrables. Fue un honor aprender de una docente que enseña no solo con conocimiento, sino con el corazón.

Bernarda y Michelle

Resumen

Introducción: La personalidad es un conjunto de rasgos psicológicos estables. El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) implica inestabilidad emocional, impulsividad y relaciones conflictivas, requiriendo tratamiento terapéutico para mejorar el funcionamiento individual.

Objetivo: Determinar la eficacia de la Terapia dialéctica conductual (TDC) y la Terapia cognitivo conductual (TCC) en la mejora de la sintomatología psicológica en adultos jóvenes con diagnóstico de TLP.

Metodología: Es así que, se empleó una revisión sistemática con el método PRISMA, cualitativo y descriptivo, en las bases de datos, PubMed, Science Direct, Scopus y Scielo de la biblioteca de la Universidad Católica de Cuenca.

Resultados: Se incluyeron 9 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión, los hallazgos evidencian que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) resultan eficaces para la reducción de sintomatología del Trastorno Límite de Personalidad (TLP). La TDC y la TCC mostraron resultados consistentes en la disminución de conductas autolesivas, ideación suicida, desregulación emocional, disfunciones cognitivas y conductuales, respectivamente.

Conclusión: Los hallazgos pertinentes evidencian que tanto la TCC de la segunda generación como la TDC de la tercera generación son eficaces en el tratamiento de pacientes diagnosticados con TLP, mientras la una trabaja en entrenamiento de habilidades y mecanismos de cambio, la otra trabaja en la reestructuración del núcleo disfuncional de la cognición y en estrategias conductuales, por consiguiente, los dos modelos se complementan de manera holística para mejorar la calidad de vida y la viabilidad de la intervención.

Palabras clave: Terapia dialéctica conductual, terapia cognitivo conductual, adultos jóvenes, trastorno límite de personalidad.

Abstract

Introduction: Personality is a set of stable psychological traits. Borderline Personality Disorder (BPD) involves emotional instability, impulsivity, and conflictive relationships, requiring treatment to improve individual functioning. **Objective:** To determine the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in improving psychological symptoms in young adults diagnosed with BPD. **Methodology:** A systematic review using the PRISMA method was conducted, with a qualitative and descriptive approach, based on searches in the databases PubMed, Science Direct, Scopus, and SciELO available through the library of the Catholic University of Cuenca. **Results:** Nine studies that met the inclusion criteria were included. The findings show that CBT and DBT are effective in reducing symptomatology of borderline personality disorder. DBT and CBT demonstrated consistent results in reducing self-harming behaviors, suicidal ideation, emotional dysregulation, and cognitive and behavioral dysfunctions, respectively. **Conclusion:** The relevant findings show that both second-generation CBT and third-generation DBT are effective in treating patients diagnosed with BPD. While one focuses on skills training and mechanisms of change, the other targets the restructuring the dysfunctional cognitive core and behavioral strategies. Consequently, the two models complement each other holistically to improve the quality of life and the effectiveness of intervention.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy, cognitive behavioral therapy, young adults, borderline personality disorder.

Contenido

| | |
|---------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN | 15 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 17 |
| PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 19 |
| OBJETIVOS | 20 |
| Objetivo general | 20 |
| MATERIALES Y MÉTODOS | 20 |
| Diseño | 20 |
| Estrategias de búsqueda | 20 |
| Criterios de selección | 20 |
| Extracción de datos | 21 |
| Análisis de datos..... | 22 |
| Figura 1 | 23 |
| RESULTADOS..... | 23 |
| Tabla 1..... | 24 |
| DISCUSIÓN | 31 |
| CONCLUSIONES | 34 |
| REFERENCIAS | 35 |

INTRODUCCIÓN

Para abordar los Trastornos de personalidad, resulta fundamental comprender que se entiende por personalidad, la misma se concibe como el conjunto de características psicosociales propias de cada individuo. Esta se forma de manera progresiva durante el tiempo influida por diversos factores como la genética, el temperamento y el contexto social en el que la persona se desenvuelve (Campos & Solovieva, 2022). Mientras que los trastornos de la personalidad, por su parte, son patrones permanentes de pensamientos, emociones y conductas que son inflexibles y generan un malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento general de una persona (Vega, 2023).

Frente a lo que anuda este tema de estudio, el Trastorno Límite de la Personalidad, también conocido como TLP, es un trastorno clasificado en el grupo B que incluye a los trastornos histriónico, antisocial y narcisista. Todos los trastornos de la personalidad del grupo B comparten rasgos comunes como emociones intensas y patrones de comportamiento impredecibles (American Psychiatric Association, 2014). En el caso del TLP, este trastorno se caracteriza por la inestabilidad emocional, el miedo generalizado al abandono, relaciones interpersonales intensas e inestables, autoimagen alterable, impulsividad como patrón, que a su vez resulta en conductas autolesivas y autodestructivas; y casi siempre se encuentran en un estado de crisis donde experimentan frecuentes cambios de humor.

La prevalencia del TLP es variable según el ámbito en el que se considere. A nivel mundial, su prevalencia se sitúa entre el 1-2%, aunque en pacientes hospitalizados o reclusos puede alcanzar hasta el 50% (Cabezas et al., 2019). Sin embargo, alrededor del 50% de las personas con TLP no son tratadas por personal médico, y en 80%, de los casos los familiares son los que solicitan la atención. En Estado Unidos la incidencia del TLP está entre el 0,5% a 6%, mientras que en Ecuador se denota un 12% (Carchipulla & Cañizares, 2022). Los casos son mucho más prevalentes en los servicios de atención primaria, donde la prevalencia puede cuadruplicar la del área general, implicando que las personas con TLP son usuarios frecuentes de la estructura general de salud (Gunderson et al., 2018).

El Trastorno Límite de la Personalidad se caracteriza por una sintomatología variada y compleja que se manifiesta por un patrón particular, que subyace en cuatro dimensiones: (a) inestabilidad interpersonal, como relaciones intensas y un fuerte miedo

al abandono; (b) trastornos cognitivos como disociación, alteración de la identidad e ideas obsesivas y paranoicas; (c) desregulación emocional y afectiva; y (d) problemas de comportamiento, incluida la impulsividad y las conductas autolesivas y suicidas (Macías et al., 2022). Las personas que padecen TLP tienden a interpretar la realidad de forma dicotómica, como una elección entre extremos. Esto, a su vez, puede generar comportamiento impulsivo y de alto riesgo (Bohus et al., 2021). La sintomatología del TLP incluye lo siguiente: gran temor al abandono, relaciones interpersonales inestables, conducta autodestructiva, ideación suicida, sentimiento crónico de vacío, problemas con controlar la ira y la disociación (Borja, 2024). La población con TLP también muestra tasas significativamente altas de autolesiones y comportamiento suicida (Jarrin & Vallejo, 2025).

Debido a la incidencia que tiene el TLP, desde hace muchos años, se han utilizado varias psicoterapias para tratar este trastorno, la mayoría de los tratamientos disponibles han surgido de las principales escuelas psicoterapéuticas, como la psicoterapia orientada psicodinámicamente, la terapia cognitivo-conductual o humanística (Stoffers et al., 2022). De ese modo, las psicoterapias convertidas en manuales y validadas empíricamente para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad, han revolucionado la actitud hacia esta enfermedad prevalente, de hecho, entre estos tratamientos basados en la evidencia, se destacan dos modelos terapéuticos que han ido evolucionando durante generaciones, dentro de la segunda ola se encuentra la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y como tercera ola la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) (Crocì et al., 2020).

Por un lado, la TCC al ser parte de la segunda ola se enfoca en la incorporación de la cognición para reconocer que no solo el comportamiento sino también los procesos mentales influyen de manera específica en el desarrollo del trastorno es por esto que ha sido efectiva en la reducción de sus síntomas psicológicos, basada en la identificación y modificación de patrones de pensamiento concebidos como disfuncionales. En esta misma línea, la TCC favorece de gran manera a la práctica real, los cuales están ligados a reforzar su pertenencia clínica lo que resulta eficaz y sobre todo viable en pacientes con esta patología, abriendo un campo nuevo a la adquisición de herramientas y estrategias unidas a la cognición y a la conducta disminuyendo el coste de los internamientos. (Afshari et al., 2022).

Entre las técnicas más utilizadas en este modelo están: Desensibilización sistemática, Exposición en vivo, Modelado, Inundación, Técnicas aversivas y

Reestructuración cognitiva (Afshari et al., 2022).

Por otro lado, la TDC ha surgido como una opción terapéutica de la tercera ola que se caracteriza por un enfoque holístico y contextual, este modelo ofrece entrenamiento en habilidades de regulación emocional, conciencia plena, mejoras en las relaciones interpersonales y la tolerancia a la angustia, este enfoque parte de un modelo biosocial y combina técnicas cognitivos conductuales con aproximaciones zen y budistas basadas en la aceptación de la realidad. Una terapia diseñada para tratar la conducta suicida, combina aceptación y cambio. Entre las técnicas más utilizadas están: Usar metáforas, extending, hacer limonada de limones, el abogado del diablo, entrar en la paradoja, evaluación dialéctica, activar la mente sabia, permitir el cambio natural (Rios, 2020).

En ese sentido, la personalización del tratamiento es esencial para adaptarse de manera efectiva a las necesidades e identidad del paciente y su contexto; en el caso de Ecuador, los profesionales de salud mental deben modificar su enfoque y adaptarse a tradiciones culturales únicas, valores y dinámica familiar en cada paciente (Toyosato & Ferrufino, 2023). Además, las terapias deben ser flexibles y accesibles e incorporar la familia y, en la medida de lo posible, la comunidad en el proceso de intervención (Durlak & Thébaud, 2024).

JUSTIFICACIÓN

La adolescencia y la adultez temprana son etapas importantes en la aparición del TLP, es probable que los síntomas y características reconocibles de este trastorno se manifiesten por primera vez durante la adolescencia, los déficits en las habilidades de autorregulación se hacen más evidentes durante este periodo de desarrollo, específicamente, se ha informado que conductas autolíticas, una característica distintiva de este trastorno, comienza en la adolescencia en 2 de cada 3 pacientes con TLP, además de conductas impulsivas y de riesgo, como el consumo de sustancias y la conducta sexual de riesgo (Hessels et al., 2022).

También se ha demostrado que los síntomas del TLP durante la adolescencia predice dificultades en el funcionamiento general de la persona a lo largo de los años, la presencia de esta sintomatología puede pronosticar dificultades en el rol del adulto joven siendo menos productivo y presentando conflictos en el funcionamiento social, laboral y

relacional, incluida la falta de apoyo social, y una menor participación en relaciones románticas. Por lo tanto, no parece que los síntomas del TLP en la adolescencia y la edad adulta temprana reflejen un problema transitorio en el funcionamiento, sino que pueden indicar un mal pronóstico de calidad de vida para algunos jóvenes (Steep et al., 2012)

Para ello, las psicoterapias convertidas en manuales y validadas empíricamente para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad, han revolucionado la actitud hacia esta enfermedad prevalente. La TCC se origina a partir de la primera ola conductual, buscando integrar procesos cognitivos para intervenir en patrones de pensamiento y conductas disfuncionales. No obstante, sus limitaciones en el abordaje de la desregulación y conductas autolesivas propician el desarrollo de la TDC, terapia de la tercera ola, que incorpora estrategias de aceptación, mindfulness y la filosofía dialéctica (Crocì et al., 2020).

En ese sentido, la Terapia Dialéctica Conductual ha sido reconocida como un modelo de referencia para la intervención en pacientes con TLP puesto que fue diseñada de manera inicial para abordar comportamientos suicidas en pacientes con este trastorno, este modelo actúa sobre cuatro síntomas frecuentes en estos pacientes: confusión acerca del yo, caos interpersonal, impulsividad e inestabilidad emocional, el objetivo de este modelo es ayudar al paciente a poner en acción conductas adaptadas y funcionales (Rios, 2020).

Por otro lado, la Terapia Cognitivo Conductual trabaja en la identificación y modificación de patrones de pensamiento disfuncionales, también ha mostrado eficacia en la reducción de síntomas psicológicos en pacientes con TLP. Este modelo establece que en los pacientes con TLP los esquemas mentales disfuncionales son determinantes e influyen de manera directa en el resto de la sintomatología, por tanto lo que pretende este modelo terapéutico es modificar estos esquemas disfuncionales por medio de seis pasos como lo plantearon Beck y Freeman: fomentar una relación de confianza con el paciente, reducir pensamientos dicotómicos, generar mayor control de las emociones, mejorar el control de impulsividad, fomentar el sentido de identidad, abordar los supuestos de base es decir creencias subyacentes del paciente (Afshari et al., 2022).

Desde esa perspectiva, el TLP es una afección que necesita una intervención rigurosa en cuanto a su efectividad, de esa manera, evaluar estas terapias ofrece un análisis de resultados en áreas como la regulación emocional, el manejo de la impulsividad y la mejora de las relaciones interpersonales no solo amplía el conocimiento científico, sino que también facilita a los profesionales de la salud tomar decisiones más fundamentadas en la elección del tratamiento más adecuado.

Por lo tanto, la presente revisión sistemática tiene como objetivo determinar la eficacia de los modelos de la segunda (TCC) y la tercera generación (TDC) en la mejora de la sintomatología psicológica en adultos jóvenes con TLP, para así proporcionar evidencia concreta para la selección de intervenciones, optimizando las prácticas clínicas y promoviendo evidencia científica. Socialmente, este estudio tendrá la particularidad de determinar la eficacia tanto de la TDC y TCC.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En adultos jóvenes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)

¿La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) son eficaces para la mejora de la sintomatología?

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la eficacia de la Terapia dialéctica conductual (TDC) y la Terapia cognitivo conductual (TCC) en la mejora de síntomas psicológicos en adultos jóvenes con diagnóstico de TLP.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

Esta investigación se llevó a cabo bajo una revisión sistemática con el método PRISMA, además se basó en un enfoque cualitativo y con alcance descriptivo. De esta manera se describió los modelos terapéuticos de la segunda ola (TCC) y la tercera ola (TDC) para corroborar su eficacia en la mejora de la sintomatología.

Estrategias de búsqueda

Para la búsqueda de los artículos, se ocuparon términos clave en inglés como "*Dialectical Behavior Therapy*" OR "*DBT*", "*Cognitive Behavioral Therapy*" OR "*CBT*", "*Borderline Personality Disorder*" OR "*BPD*", "*psychological symptoms*". "*Dialectical Behavior Therapy*" AND "*Cognitive Behavioral Therapy*" AND "*borderline personality disorder*". En español, se utilizarán términos como "*Terapia Dialéctica Conductual*" OR "*TDC*", "*Terapia Cognitivo Conductual*" OR "*TCC*", "*Trastorno Límite de la Personalidad*" OR "*TLP*", "*síntomas psicológicos*". "*Terapia Dialéctica Conductual*" AND "*Terapia Cognitivo Conductual*" AND "*Trastorno Límite de la Personalidad*". Con el uso de operadores booleanos como **AND** para combinar conceptos clave, **OR** para incluir sinónimos y términos relacionados y **NOT** para excluir información irrelevante.

Y las bases de datos consideradas para este estudio fueron PudMed, Science Direct, Scopus y Scielo de la biblioteca de la Universidad Católica de Cuenca.

Criterios de selección

Para asegurar la calidad de los estudios que formaron parte de esta investigación se establecieron criterios de inclusión y de exclusión. Dentro de los criterios de inclusión que se consideraron a los estudios publicados en los últimos 20 años (1 de marzo de 2005 a 31 de abril de 2025) en inglés y español para asegurar la actualidad de los hallazgos.

Los tipos de estudios que se incluyeron fueron Ensayos clínicos controlados aleatorizados de cualquiera de sus tipos (ECA).

Además, la población de interés para esta revisión sistemática fue constituida por personas adultas con diagnóstico clínico de TLP, bajo un diagnóstico sindrómico y nosológico guiado por el DSM 5 o el CIE 11 de un profesional de la salud mental, además que estén complementados con pruebas psicométricas. De manera general, las investigaciones reportaron un promedio de edad, equivalente a la población de este estudio. Los artículos seleccionados pertenecieron al ámbito de la psicología clínica y la psicoterapia, que analicen de manera específica la eficacia de la TDC y la TCC en la mejora de la sintomatología psicológica.

Por otro lado, se excluyeron artículos publicados fuera del intervalo de tiempo específico, asimismo se descartaron los estudios realizados fuera del ámbito de la Psicología, por lo cual luego de analizado el título y el abstract se retiraron los artículos que no cumplen con la calidad metodológica establecida. Además, no se consideraron revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios de caso únicos y estudios que se realizaron con una población distinta la establecida (niños, adolescentes y adultos mayores). Y, se descartaron las investigaciones que no cumplieron con el objetivo de analizar la mejora de la sintomatología psicológica mediante las terapias mencionadas.

Extracción de datos

Para la extracción de los datos, se empleó la plataforma Rayyan para la detección de posibles duplicados, seguido se realizó una lectura de los títulos y resúmenes de cada investigación y se extrajeron en una matriz, los encabezados de revista, año, título, autor, abstract y DOI. En los casos donde un título o resumen no presentó la suficiente claridad con respecto a los criterios de inclusión, se llevó a cabo una revisión integral del texto para determinar su inclusión o exclusión en la investigación.

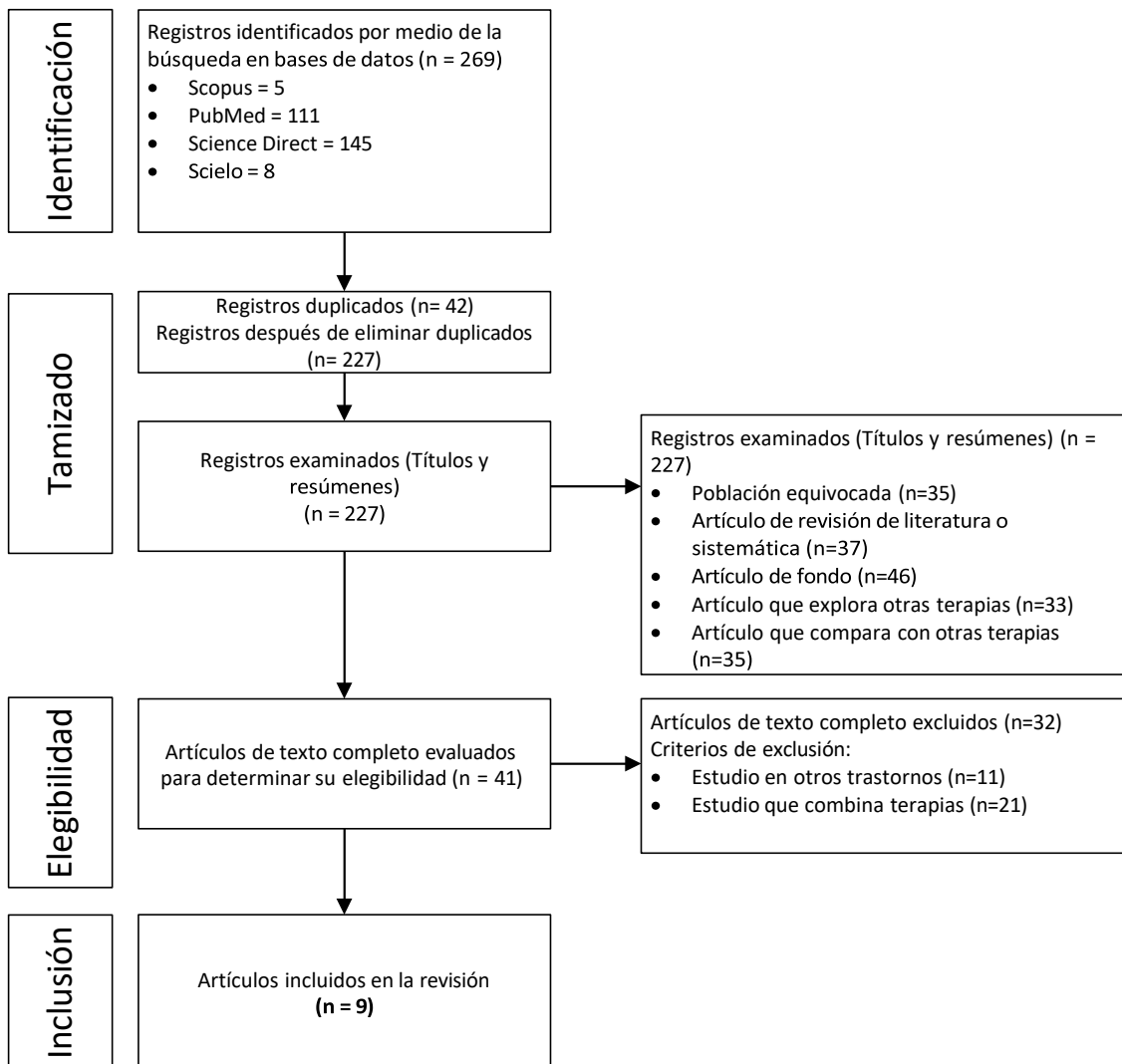
En un primer filtro de recopilación de datos se incluyeron los siguientes encabezados: año de publicación, país donde se llevó a cabo el estudio, título del artículo, nombres de los autores, nombre de la revista, diseño del estudio, objetivo o pregunta de investigación planteada, detalles sobre los participantes y los resultados principales obtenidos. En un segundo filtro se agregaron a los encabezados la eficacia de la TDC, TCC y el DOI.

Análisis de datos

Para la evaluación de validez metodológica de los estudios se utilizó el método de Joanna Briggs Institute (JBI) tomando en cuenta los siguientes ítems: eficacia, experiencial (cualitativo), evaluación económica/costo, prevalencia o incidencia, exactitud del texto diagnóstico, etiología, y/o riesgo, opinión/ política del especialista, psicométrica, pronóstico y metodología.

Para analizar los datos recopilados se siguió una metodología sistemática que se insertó en la lógica del estudio, por lo que se valoraron fuentes académicas confiables y literatura especializada, siempre observando la pertinencia y coherencia temática para garantizar la solidez y validez del contenido analizado. En donde, se analizaron los diseños metodológicos y las particularidades de las intervenciones, como los elementos de la TDC, TCC y los destinatarios, en la mejora de síntomas psicológicos en adultos jóvenes con TLP. Además, se tuvo en cuenta el análisis temporal dada la brecha temporal a observar entre 2005 y 2025, lo cual permitió crear la perspectiva de su evolución.

En el proceso de selección de investigaciones, se hallaron inicialmente 269 artículos, donde 5 pertenecieron a Scopus, y 111 a PubMed, Science Direct 145 y Scielo 8, de estos se eliminaron 42 registros duplicados, obteniendo 227 investigaciones para su revisión. Posteriormente, se procedió con la lectura de los títulos y resúmenes, de los cuales se excluyen 186 bajo las razones de población equivocada (35), revisión de literatura o sistemática (37), artículo de fondo, es decir que no se relaciona al tema de estudio (46), artículo que explora otras terapias (33) y que compara con otras terapias (35). Por último, se realizó una lectura del texto completo de 41 investigaciones para determinar su elegibilidad; de estos, se excluyeron estudios de otros trastornos (11) y con combinación con otras terapias (21). De esta manera, se incluyeron 9 artículos para su respectivo análisis.

Figura 1*Diagrama de flujo*

RESULTADOS

A continuación, se presenta una matriz con los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión y que forman parte del análisis.

Tabla 1*Artículos seleccionados*

| Autor/es, año | Título inglés | Método | Participantes | Edad Promedio | Tratamiento | Sesiones / Duración | Instrumentos principales | Medidas principales | Metodología | Hallazgos relevantes |
|----------------------|--|---------------|----------------------|----------------------|--|-------------------------------------|---|---|-----------------------------|--|
| McMain et al., 2022 | The Effectiveness of 6 versus 12 Months of Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: A Noninferiority Randomized Clinical Trial. | ECA | 240 (79 % mujeres) | 28,27 | TDC integral (individual + grupo + teléfono) | 6 vs 12 meses; seguimiento 24 meses | BSL-23; SCL-90-R; GSI; STAXI-2 Anger-Out; BDI-II; IIP-64; DBT-WCCL; Treatment History Interview-2 | Autolesión, síntomas BPD, ira, depresión, habilidades | Análisis de no inferioridad | Reducción significativa: autolesiones, intentos de suicidio y autolesiones infligidas. Disminución de sintomatología depresiva, mejora en habilidades de afrontamiento, funcionamiento interpersonal y expresión de ira. |
| Neacsiu et al., 2010 | Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. | ECA | 108 mujeres | 31,44 | TDC | 1 año + 4 meses seguimiento | DBT-WCCL; SASII; HRSD; STAXI | Uso habilidades, suicidio, depresión, ira | Modelado jerárquico | Mejora en uso de habilidades, en sintomatología suicida, depresiva y sentimientos de ira. |

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|-----|------------|------|-----|-----------------------------------|---|---|----------------------------|--|
| orrMcMairn et al., 2018 | The effectiveness of 6 versus 12-months of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: the feasibility of a shorter treatment and evaluating responses (FASTER) trial protocol. | ECA | 240 | 30,3 | TDC | 6 vs 12 meses; eval. cada 3 meses | Instrumentos: autolesión, psiquiátricos, costos | Autolesión, funcionalidad, costos | Diseño ECA no inferioridad | Reducción significativa de autolesión, disminución de ideación suicida, mejor regulación emocional, menor uso de servicios de urgencias, mejoras en el funcionamiento general. |
| Kuehn et al., 2020 | Modeling the suicidal behavior cycle: Understanding repeated suicide attempts among individuals with borderline personality disorder and a history of attempting suicide. | ECA | 97 mujeres | 30,3 | TDC | 1 año + 1 año seguimiento | SHI; DERS; RWCCCL; SASII | Regulación emocional, afrontamiento, suicidio | GLMM | Incremento en el afrontamiento centrado en el problema, disminución de conducta suicida, mejora de estrategias de regulación emocional. |

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|-----|----|------|---|--|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---|
| Van den Bosch et al., 2014 | Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical Behavior Therapy (DBT) program: study protocol for a randomized controlled trial | ECA | 70 | 21 | TDC (intensificada o vs estándar) | 12 semanas inpatient + 6 meses ambulatorio | Medidas clínico-económicas | Suicidio, síntomas, QOL, costos | Diseño ECA + costo-efectividad | Reducción en intentos de suicidio y autolesiones, mejora de los síntomas límites centrales, incremento en calidad de vida, mayor adherencia al tratamiento ambulatorio posterior. Menores costos económicos. |
| Linehan et al., 2015 | Dialectical Behavior Therapy for high-risk suicidal individuals with BPD: component analysis randomized clinical trial | ECA | 60 | 30,3 | TDC integral vs individual vs habilidades | 12 meses | SASII; BDI; Lethality scales | Suicidio, autolesión, habilidades | RCT componente | Mayor reducción de autolesiones y síntomas depresivos, mejor manejo de la ansiedad, mayor adherencia y menor abandono del tratamiento, menor necesidad de recurrir a servicios de emergencia o hospitalizaciones. |

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|-----|-----|----|----------------------------|---|--|---|----------------|--|
| Sinnaeve et al., 2018 | Effectiveness of step-down versus outpatient dialectical behaviour therapy for patients with severe levels of borderline personality disorder: a pragmatic randomized controlled trial | ECA | 84 | 26 | TDC gradual vs ambulatoria | 12 meses | BPDSI; EQ-5D; costos | BPD severidad, QOL, costos | RCT pragmático | Reducción de conductas autolesivas no suicidas, Disminución de la sintomatología límite, mejor calidad de vida. |
| Davidson et al., 2006 | <i>Cognitive Therapy for Borderline Personality Disorder: Results of the BOSCOT Trial.</i> | ECA | 106 | 32 | TCC | 30 sesiones de TCC, duración del tratamiento un año, seguimiento o 24 meses | SCID-II, BDI-II, STAI, BSI, YQS, IIP-32, EQ-5D, BRS, CTRS. | Ocurrencia de hospitalización, intentos suicidas, contacto con urgencias, síntomas de ansiedad, depresión esquemas disfuncionales, funcionamiento social y calidad de vida. | Protocolo RCT | Reducción significativa de sintomatología ansiosa, mejora en síntomas depresivos, reducción de esquemas disfuncionales, mejoría en el funcionamiento interpersonal y social, mejora en calidad de vida |
| Trigt et al., 2022 | Guided internet-based cognitive behavioral therapy for | ECA | 96 | 30 | TCC | Duración según protocolo (ej. 6-8 sem) | ISI; BPD symptom measures | Insomnio, síntomas BPD | Protocolo RCT | Mejora significativa en síntomas centrales de TLP, disminución de |

insomnia in
patients with
borderline
personality
disorder:
Study
protocol for a
randomized
controlled
trial

la gravedad del
insomnio, mayor
regulación
emocional,
menor
síntomatología
ansiosa o
depresiva,
mejora en la
calidad de vida.

MacMain et al. (2022) realizaron un ensayo clínico aleatorizado específicamente con 240 participantes, de los cuales el 79,2% son mujeres, con una edad promedio de alrededor de 28,71 años. El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia del protocolo abreviado de seis meses de TDC en comparación con la versión estándar de doce meses. Las sesiones incluyeron tratamiento individual, grupal y apoyo telefónico con un seguimiento de 24 meses. Los instrumentos que se utilizaron fueron el BSL – 23, SCL-90R, DBT-WCCL, OQ-45, GSI, IIP-64, STAXI-II Y EL Treatment History Interview-2. Los resultados arrojaron que la intervención de seis meses fue no inferior a la de doce meses en la reducción de autolesiones y síntomas depresivos, además se produjo mejoras en la utilización de habilidades, en la regulación de la ira y en el funcionamiento interpersonal.

McMain et al. (2018) desarrollaron el protocolo del estudio FASTER, que está diseñado para explorar la relación entre la duración del tratamiento y la eficacia clínica de la TDC. Este ECA incluyó 240 pacientes con TLP, edad promedio cercana a los 28 años. Se comparó: TDC de seis meses frente a TDC estándar de doce meses ambos constaron de lo siguiente terapia individual, grupo de habilidades, coaching telefónico y equipo de consulta. El diseño planteó como su hipótesis que el formato corto de tratamiento mantendría la eficacia clínica lo que favoreció la eficacia y sobre todo la aplicabilidad en contextos comunitarios.

Neacsiu et al. (2010) ejecutaron un ECA con 108 mujeres con diagnóstico de TLP, su edad promedio fue de 31,44 años, para determinar el papel de uso de habilidades como medidor de los resultados de la Terapia Dialéctica Conductual. El tratamiento consistió en un año de intervención más cuatro meses de seguimiento. Los instrumentos que se aplicaron fueron Staxi, HRSD, SASTI y el DBT-WCCL. Los hallazgos relevantes demostraron que el incremento en el uso de habilidades predijo la disminución de intentos de suicidio, ira y depresión, lo que evidenció que el uso de las mismas constituye un mecanismo central en la eficacia de la TDC.

Linehan et al. (2015) llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado simple ciego con 99 mujeres con diagnóstico de TLP y con antecedentes de intentos suicidas y autolesiones no suicidas recientes. El estudio mencionado comparó tres modalidades: TDC estándar, TDC con énfasis en habilidades grupales y TDC individual sin habilidades. Además, se aplicaron instrumentos como entrevistas estructuradas, medidas

de sintomatología ansiosa – depresiva y DBT-WCCL. Los resultados indicaron que las modalidades con entrenamiento en habilidades produjeron mayores mejoras en reducción de autolesiones no suicidas, ansiedad, depresión, en esta misma línea, hubo menores tasas de abandono y menor uso de servicios de crisis en comparación con la modalidad que no uso entrenamiento en habilidades sociales.

Sinnaeve et al. (2018) realizaron un ensayo clínico pragmático con 104 pacientes, comparando un tratamiento intensivo escalonado, es decir, tres meses de modalidad residencial más nueve meses ambulatorios, en comparación con la TDC estándar de doce meses. Los instrumentos que se aplicaron fueron medidas de calidad de vida, entrevistas clínicas, sintomatología límite y conductas autolesivas. Los resultados mostraron que los dos tratamientos fueron eficaces en la reducción de la severidad de la sintomatología y en la disminución de conductas suicidas, por otro lado, el programa intensivo mostró mejoras en la calidad de vida, aunque con un coste adicional considerable.

Van den Bosh et al. (2014) publicaron un artículo de revisión en el que dieron a conocer su propuesta de aplicar programas hospitalarios breves de TDC para pacientes con alta parasuicidalidad, con la finalidad de reducir el riesgo y mejorar la adherencia a tratamientos ambulatorios posteriores. El estudio enfatizó la relevancia clínica de implementar estrategias más intensivas en contextos de alta gravedad, manteniendo los componentes esenciales del modelo.

Kuehn et al. (2020) realizaron un análisis longitudinal secundario de datos de un ensayo clínico de TDC, tuvo como objetivo identificar predictores de intentos suicidas posteriores. Los participantes fueron adultos jóvenes con diagnóstico de TLP los cuales recibieron TDC estándar. Se emplearon los siguientes instrumentos medidas de regulación emocional y de afrontamiento. Los resultados mostraron que los déficits de afrontamiento centrado en problemas y las dificultades en regulación emocional predijeron la persistencia de intentos suicidas a lo largo del seguimiento, sugiriendo que los factores individuales influyen de manera directa en la eficacia de la intervención.

Davidson et al. (2006) llevaron a cabo un ECA con 106 pacientes, con una edad promedio de 32 años, de los cuales la mayoría eran mujeres. Los pacientes fueron intervenidos con TCC más TAU habitual con un promedio de 27 sesiones en un periodo de 12 meses y un seguimiento de 24 meses. Se emplearon los siguientes instrumentos entrevista clínica, historia clínica estructurada, Inventario de Actos de Autolesión

Deliberada. Los resultados demostraron que la TCC se vinculó con una menor cantidad de hospitalizaciones, actos suicidas y visitas a urgencias, en esta misma línea, se evidenció mejoras significativas en depresión, ansiedad, creencias disfuncionales y funcionamiento social.

Trigt et al. (2022) evaluaron mediante un ECA la eficacia de un protocolo de TCC para TLP. La intervención incluyó técnicas como resolución de problemas, reestructuración cognitiva y la adquisición de estrategias conductuales. Los resultados concluyeron que hubo mejoras en la sintomatología general con índice mayor en la regulación de emociones y afrontamiento. El estudio destacó que la aplicación de la TCC en entornos comunitarios resulta eficaz y refuerza su viabilidad en la práctica real.

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente revisión sistemática fue determinar la eficacia de la TDC y la TCC en la mejora de la sintomatología psicológica en adultos jóvenes con Trastorno Límite de la Personalidad. A partir de los resultados obtenidos, se observa que ambas terapias son eficaces para reducir conductas autolesivas, ideación suicida y desregulación emocional, aunque cada una actúa mediante mecanismos terapéuticos distintos. Este hallazgo responde de forma directa a la pregunta de investigación y refuerza la hipótesis de que tanto la TDC como la TCC, desde sus fundamentos teóricos, contribuyen de manera significativa al tratamiento de la sintomatología psicológica del TLP.

En relación con la TDC, los estudios revisados aportan evidencia sólida sobre su impacto en la regulación emocional y en la disminución de conductas autodestructivas. La coincidencia entre investigaciones como las de de McMMain et al. (2018, 2022), Linehan et al. (2015) y Neacsiu et al. (2010) demuestran que el uso de habilidades de afrontamiento y mindfulness constituye el principal mecanismo de cambio en pacientes con TLP. En todas ellas, la reducción del riesgo suicida y de las autolesiones fue un resultado constante, lo que sugiere que la TDC actúa sobre los déficits centrales del trastorno: la impulsividad, la dificultad para manejar emociones intensas y la baja tolerancia al malestar. Estas conclusiones son coherentes con la base biosocial de la terapia, que propone que la invalidación emocional crónica puede trabajarse mediante la validación terapéutica y el entrenamiento en habilidades. Así mismo, los resultados de Sinnaeve et al. (2018), Van den Bosch et al. (2014) y Kuehn et al. (2020) complementan este panorama al evidenciar que los formatos breves, intensivos o adaptados mantienen

su efectividad, lo que resalta la flexibilidad del modelo y su aplicabilidad en diversos contextos clínicos.

En cuanto a la TCC, los estudios de Davidson et al. (2006) y Trigt et al. (2022) mostraron que su eficacia se centra en la reestructuración cognitiva de los esquemas disfuncionales que sostienen la inestabilidad emocional y la impulsividad. A diferencia de la TDC, cuyo cambio se produce a través de la aceptación y el entrenamiento conductual, la TCC opera desde la modificación de pensamientos automáticos y creencias centrales, permitiendo una comprensión más racional de las experiencias emocionales. En ambos estudios, se reportaron mejoras significativas en síntomas ansiosos y depresivos, así como en el funcionamiento social, lo que evidencia que el cambio cognitivo genera efectos sostenidos sobre la conducta y la adaptación personal.

Al comparar los hallazgos se observa una coincidencia general en que ambas terapias logran mejoras clínicamente significativas, aunque difieren en la velocidad y el tipo de cambio que generan. Mientras la TDC muestra una respuesta más rápida en el control conductual y emocional, la TCC presenta un proceso de cambio más gradual pero profundo en los patrones cognitivos. Estas discrepancias pueden explicarse por las diferencias en los enfoques de intervención: la TDC combina validación emocional con técnicas conductuales. Lo que reduce el malestar inmediato, mientras que la TCC requiere un proceso más reflexivo orientado a la modificación de creencias. Aún así, ambas comparten un principio común: la relación entre cognición, emoción y conducta como eje de la transformación terapéutica.

En cuanto a las limitaciones, si bien implicaron ajustes metodológicos respecto al diseño inicial, no comprometen la relevancia del estudio, si no que fortalece su aporte científico. En primer lugar, la comparación directa entre la TDC y la TCC no fue viable debido a la escasa disponibilidad de investigaciones que evalúen ambos modelos de manera simultánea en adultos jóvenes con TLP.

Esta situación refleja la complejidad inherente del TLP, un trastorno reconocido por su elevada inestabilidad emocional, impulsividad, dificultades en la regulación de relaciones interpersonales y baja adherencia a los tratamientos, factores que dificultan la obtención de resultados uniformes y consistentes en la investigación clínica. En esta misma línea, la literatura menciona que en Ecuador solo el 1,4% de personas que padecen TLP son atendidas en hospitales psiquiátricos (Martín, 2021; Moreira, 2016). Así mismo, la ampliación del periodo de revisión a 20 años de literatura permitió integrar evidencia

suficiente sobre la eficacia de ambos modelos ofreciendo un panorama robusto y hallazgos relevantes. Estas adaptaciones metodológicas lejos de debilitar el estudio, permitieron describir la eficacia de cada modelo terapéutico de manera independiente, proporcionando conclusiones confiables y clínicamente pertinentes.

En este sentido, la revisión sistemática no solo contribuye a consolidar evidencia sobre la eficacia de la TCC y la TDC, sino que también llena un vacío significativo en la literatura ofreciendo un marco actualizado que puede servir como base teórica sólida tanto en la práctica clínica como en futuras investigaciones. Así, el estudio mantiene viabilidad y relevancia científica, demostrando que, a pesar de las limitaciones iniciales se trata de una investigación valiosa para la comprensión y tratamiento de TLP.

Finalmente, los resultados obtenidos poseen implicaciones prácticas relevantes para los profesionales de la salud mental. En casos de pacientes con alta impulsividad, riesgo suicida o dificultades severas en la regulación emocional, la TDC se presenta como la opción más indicada por su enfoque integral y estructurado en habilidades. En cambio, la TCC es especialmente útil para aquellos que requieren modificar esquemas cognitivos rígidos, pensamientos dicotómicos o distorsiones cognitivas persistentes. Esto sugiere que ambas terapias, lejos de excluirse, pueden complementarse en programas de tratamiento integrativos.

Como línea de investigación futura, se recomienda desarrollar estudios controlados que comparen directamente la TDC y la TCC en una misma muestra de pacientes, incorporando análisis de costo efectividad, variables mediadoras como la regulación emocional y la adherencia terapéutica, así como contextos culturales diversos. Profundizar en estos aspectos permitirá optimizar la aplicación clínica de ambas terapias y diseñar intervenciones más contextualizadas, accesibles y efectivas para personas con TLP.

CONCLUSIONES

La presente revisión sistemática permitió sintetizar y analizar la evidencia disponible sobre la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en adultos jóvenes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). En conjunto los estudios revisados confirman que ambas intervenciones resultan eficaces en la reducción de conductas suicidas y autolesivas, así como en la mejora de la sintomatología psicológica en esta población.

La TDC mostró de manera consistente que el entrenamiento en habilidades constituye el principal mecanismo de cambio, evidenciando beneficios clínicos sostenidos incluso en formato abreviados o intensivos. Por su parte la TCC demostró eficacia en la reestructuración de creencias disfuncionales y en el fortalecimiento de estrategias conductuales adaptativas con resultados positivos. Si bien los estudios no comparan directamente ambos modelos, la integración de los hallazgos permite concluir que cada enfoque aporta beneficios diferenciados y complementarios en el abordaje del TLP.

Futuras investigaciones deberían centrarse en la comparación directa entre la TDC y la TCC, explorando no solo su eficacia clínica, sino también su costo-efectividad y su aplicabilidad en diferentes contextos culturales y de salud. Además, se recomienda avanzar en estudios que incluyan poblaciones más diversas, con presencia de comorbilidades, y que analicen de manera más detallada los mecanismos de cambio y las variables mediadoras. Estas líneas de investigación permitirán fortalecer la base empírica y orientar la elección de intervenciones más ajustadas a las necesidades de pacientes con TLP.

REFERENCIAS

- Afshari, B., Jafarian Dehkordi, F., Asgharnejad Farid, A. A., Aramfar, B., Balagabri, Z., Mohebi, M., Mardi, N., & Amiri, P. (2022). Study of the effects of cognitive behavioral therapy versus dialectical behavior therapy on executive function and reduction of symptoms in generalized anxiety disorder. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *44*, e20200156. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0156>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5)* (5ta. ed.). Arlington: Editorial Panamericana. <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Andrade, D., Davidson, L., Robertson, C., Williams, P., Leung, J., Walter, Z., Allan, J., & Hides, L. (2024). Randomized effectiveness-implementation trial of dialectical behavior therapy interventions for young people with borderline personality disorder symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, *80*(10), 2117-2133. <https://doi.org/10.1002/jclp.23725>
- Armijos, T. R., & Polo, E. M. (2022). Terapia cognitivo conductual en el pensamiento dicotómico del trastorno límite de la personalidad. *Centros: Revista Científica Universitaria*, *11*(1), 189-208. <https://www.revistas.up.ac.pa/index.php/centros/article/view/2540>
- Banyard, H., Behn, A. J., & Delgadillo, J. (2021). Personality Disorders and Their Relation to Treatment Outcomes in Cognitive Behavioural Therapy for Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, *45*(4), 561-576. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10203-x>
- Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C., & Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *The Lancet*, *398*(10310), 1528-1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00476-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00476-1)
- Borja, C. M. (2024). *El Trastorno Límite de la Personalidad en el contexto Ecuatoriano: La Necesidad de Personalizar los Tratamientos Considerando el Contexto Social y Cultural. Estudio de Caso* [Tesis de Posgrado, Universidad de las Américas]. <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/17421>
- Bourvis, N., Cohen, D., & Benarous, X. (2023). Therapeutic and Preventive Interventions

- in Adolescents with Borderline Personality Disorder: Recent Findings, Current Challenges, and Future Directions. *Journal of Clinical Medicine*, *12*(20), 6668. <https://doi.org/10.3390/jcm12206668>
- Buono, F. D., Larkin, K., Rowe, D., Perez-Rodriguez, M. M., Sprong, M. E., & Garakani, A. (2021). Intensive Dialectical Behavior Treatment for Individuals With Borderline Personality Disorder With and Without Substance Use Disorders. *Frontiers in Psychology*, *12*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.629842>
- Cabezas, F., Cárdenas, J., & Sánchez, M. (2019). *Protocolo de trastorno límite de la personalidad Hospital General Docente de Calderón*. Ministerio de Salud Pública. <https://www.hgdc.gob.ec/index.php/hospital/gestion-de-la-calidad/procedimientos-e-instructivos>
- Campos, D., & Solovieva, Y. (2022). Formación de la personalidad durante la infancia y la edad preescolar desde el paradigma histórico—Cultural. *Integra2 revista electrónica de educación especial y familia*, *13*(1), 44-61. <https://integra2.fcdh.uatx.mx/>
- Carchipulla, A. E., & Cañizares, L. E. (2022). Sintomatología Psicótica del Trastorno Límite de la Personalidad. *Polo del Conocimiento*, *7*(2), 1180-1199. <https://doi.org/10.23857/pc.v7i2.3641>
- Carreiras, D., Castilho, P., Rijo, D., Salvador, M. do C., & Carona, C. (2024). Cognitive-behavioural therapy as a comprehensive treatment for personality disorders. *BJPsych Advances*, *30*(5), 274-287. <https://doi.org/10.1192/bja.2023.59>
- Codex, Y. (2023). The Importance of Early Intervention for Borderline Personality Disorder in Adolescents and Young Adults: A Comprehensive Review of Effective Strategies. *Medicine y Physiology*, *1*(4). <https://codex.yubetsu.com/article/2740cbba97ba4788aa096318611b04af>
- Croci, M. S., Andia, M., Fleisha, C., Carreño, T., & Andia, M. (2020). Manejo Clínico General (GPM) para el Trastorno Límite de la Personalidad: Un Modelo Generalista para América Latina. *Revista Latinoamericana de Personalidad*, *1*(2), 6-23. <http://revistalatinamericanadelapersonalidad.org/revista-1-2/>
- Durlak, W., & Thébaud, B. (2024). BPD: Latest Strategies of Prevention and Treatment. *Neonatology*, *121*(5), 596-607. <https://doi.org/10.1159/000540002>

- Euler, S., Babl, A., Dommann, E., Stalujanis, E., Labrish, C., Kramer, U., & McMMain, S. (2025). Maladaptive defense mechanisms moderate treatment outcome in 6 months versus 12 months dialectical-behavior therapy for borderline personality disorder. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 35(4), 529-545. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2334053>
- Flechsigg, A., Bernheim, D., Buchheim, A., Domin, M., Mentel, R., & Lotze, M. (2023). One Year of Outpatient Dialectical Behavioral Therapy and Its Impact on Neuronal Correlates of Attachment Representation in Patients with Borderline Personality Disorder Using a Personalized fMRI Task. *Brain Sciences*, 13(7), 1001. <https://doi.org/10.3390/brainsci13071001>
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 18029. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Heerebrand, S. L., Bray, J., Ulbrich, C., Roberts, R. M., & Edwards, S. (2021). Effectiveness of dialectical behavior therapy skills training group for adults with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 77(7), 1573-1590. <https://doi.org/10.1002/jclp.23134>
- Hernandez, M., Cjuno, J., Hernández, R. M., & Ponce, J. C. (2024). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Iranian Journal of Psychiatry*, 19(1), 119-129. <https://doi.org/10.18502/ijps.v19i1.14347>
- Hessels, C. J., van den Berg, T., Lucassen, S. A., Laceulle, O. M., & van Aken, M. A. G. (2022). Borderline personality disorder in young people: Associations with support and negative interactions in relationships with mothers and a best friend. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00173-7>
- Jarrin, S. E., & Vallejo, G. L. (2025). *Eficacia de tratamientos psicológicos en el trastorno límite de la personalidad*. [bachelorThesis, Tesis de Pregrado, Universidad Nacional de Chimborazo]. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/14692>
- Keng, S.-L., Mohd Salleh Sahimi, H. B., Chan, L. F., Woon, L., Eu, C. L., Sim, S. H., & Wong, M. K. (2021). Implementation of brief dialectical behavior therapy skills training among borderline personality disorder patients in Malaysia: Feasibility, acceptability, and preliminary outcomes. *BMC Psychiatry*, 21(1), 486. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03500-y>

- Kuehn, K. S., King, K. M., Linehan, M. M., & Harned, M. S. (2020). Modeling the suicidal behavior cycle: Understanding repeated suicide attempts among individuals with borderline personality disorder and a history of attempting suicide. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*(6), 570-581. <https://doi.org/10.1037/ccp0000496>
- Larrea, D. F., & Mazón, J. P. (2025). Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en el Tratamiento de Ansiedad Generalizada. *Polo del Conocimiento, 10*(4), 1588-1604. <https://doi.org/10.23857/pc.v10i4.9397>
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., McDavid, J., Comtois, K. A., & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: A randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry, 72*(5), 475-482. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>
- Macías, M., Lacomba-Trejo, L., & Pérez-Marín, M. (2022). Does psychological therapy improve the mental health of people with borderline personality disorder and substance abuse disorder? *PSOCIAL, 8*(1). <https://www.redalyc.org/journal/6723/672371222011/html/>
- Martin, S., & Del-Monte, J. (2022). Just try it: Preliminary results of a six-month therapy for borderline personality disorder. *Personality and Mental Health, 16*(4), 338-349. <https://doi.org/10.1002/pmh.1555>
- McMain, S. F., Chapman, A. L., Kuo, J. R., Dixon-Gordon, K. L., Guimond, T. H., Labrish, C., Isaranuwachai, W., & Streiner, D. L. (2022). The Effectiveness of 6 versus 12 Months of Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: A Noninferiority Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 91*(6), 382-397. <https://doi.org/10.1159/000525102>
- McMain, S. F., Chapman, A. L., Kuo, J. R., Guimond, T., Streiner, D. L., Dixon-Gordon, K. L., Isaranuwachai, W., & Hoch, J. S. (2018). The effectiveness of 6 versus 12-months of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: The feasibility of a shorter treatment and evaluating responses (FASTER) trial protocol. *BMC Psychiatry, 18*(1), 230. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1802-z>

- Mehlum, L. (2021). Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy for people with borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 37, 89-93. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.08.017>
- Navarro, M., & Hernández, M. L. (2013). Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 33-44. <https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7031>
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 832-839. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.017>
- Neri, M., Reitano, A., Rinnone, L., Bruno, A., Turiaco, F., Ferreri, F. M., Mento, C., Muscatello, M. R. A., & Iannuzzo, F. (2024). Borderline Personality Disorder: A Narrative Review on Effective Psychotherapies. *Journal of Mind and Medical Sciences*, 11(2), 267-276. <https://doi.org/10.22543/2392-7674.1500>
- Pinta, M. D., Tovar, A., Checa, S. A., & Manuel, R. (2023). Actualización sobre el trastorno límite de la personalidad. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 27. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942023000800031&script=sci_arttext&tlng=en
- Rios, E. (2020). Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 9(2), 148-157. <https://doi.org/10.5455/JCBPR.49540>
- Samadi, B., Mirzaian, B., & Ghanadzadegan, H. (2024). Comparison of the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Skills Training (DBT-ST) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Cognitive Emotion Regulation in Individuals with Symptoms of Borderline Personality Disorder. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 5(5), 30-40. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.5.5>
- Sinnaeve, R., van den Bosch, L. M. C., Hakkaart-van Roijen, L., & Vansteelandt, K. (2018). Effectiveness of step-down versus outpatient dialectical behaviour therapy for patients with severe levels of borderline personality disorder: A pragmatic randomized controlled trial. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5, 12. <https://doi.org/10.1186/s40479-018-0089-5>
- Stoffers, J. M., Storebø, O. J., Simonsen, E., Sedoc Jørgensen, M., Pereira, J., Kongerslev,

- M. T., & Lieb, K. (2022). Perspectives on Dialectical Behavior Therapy and Mentalization-Based Therapy for Borderline Personality Disorder: Same, Different, Complementary? *Psychology Research and Behavior Management*, *15*, 3179-3189. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S342257>
- Swanson, L. (2023). The Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT) for Borderline Personality Disorder (BPD): A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Public Health & Environment*, *6*(2), 1-10. <https://doi.org/10.xxxx/xxxxxx>
- Toyosato, K. C. F., & Ferrufino, D. (2023). Trastorno Límite de la Personalidad: Características, Causas, Prevención y Comorbilidad. *Revista de Estudiantes de Psicología*, *11*(2), 105-111. <https://revista-psicologia.upsa.edu.bo/index.php/revista/article/view/125>
- van den Bosch, L. M. C., Sinnaeve, R., Hakkaart-van Roijen, L., & van Furth, E. F. (2014). Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical Behavior Therapy (DBT) program: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *15*, 152. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-152>
- Van Leeuwen, H., Sinnaeve, R., Witteveen, U., Van Daele, T., Ossewaarde, L., Egger, J. I. M., & van den Bosch, L. M. C. (2021). Reviewing the availability, efficacy and clinical utility of Telepsychology in dialectical behavior therapy (Tele-DBT). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *8*(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00165-7>
- van Trigt, S., van der Zweerde, T., van Someren, E. J. W., van Straten, A., & van Marle, H. J. F. (2022). Guided internet-based cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with borderline personality disorder: Study protocol for a randomized controlled trial. *Internet Interventions*, *29*, 100563. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100563>
- Vega, J. M. (2023). Características de la personalidad relacionadas con el proceso de mentoría. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, *86*(1), 30-34. <https://doi.org/10.20453/rnp.v86i1.4464>

Zeyrek, E. (2020). Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 9(2), 148-157. <https://doi.org/10.5455/JCBPR.49540>

Bernarda Micaela Benavides Calderón portador(a) de la cédula de ciudadanía N.º **0107890915** y **Juliana Michelle Cáceres Torres** portador(a) de la cédula de ciudadanía N.º **0105772348**. En calidad de autoras y titulares de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Comparación entre Terapia Dialéctica Conductual y Terapia Cognitivo Conductual en la mejora de síntomas psicológicos en adultos jóvenes con Trastorno Límite de Personalidad”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconocemos a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizamos además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **23 de octubre de 2025**

F: 

Bernarda Micaela Benavides Calderón

C.I. 0107890915

F: 

Juliana Michelle Cáceres Torres

C.I. 0105772438