



DBT en TEPT en mujeres víctimas de violencia sexual: revisión sistemática

DBT in PTSD in women who are victims of sexual violence: systematic review

DBT no TEPT em mulheres vítimas de violência sexual: revisão sistemática

ARTÍCULO ORIGINAL



Escanea en tu dispositivo móvil
o revisa este artículo en:
<https://doi.org/10.33996/repsi.v8i22.191>

 **Paola Andrea Tobar Jaramillo**
ptobar2@utmachala.edu.ec

 **Rosa Marianela Salamea Nieto**
rsalamea@utmachala.edu.ec

 **Eliana Maribel Serpa Carangui**
eserpa2@utmachala.edu.ec

 **Belkis Rosario Llanos-Rosales**
bllanos1@utmachala.edu.ec

Universidad Técnica de Machala. Machala, Ecuador

Recibido 3 de julio 2025 / Aceptado 10 de septiembre 2025 / Publicado 11 de septiembre 2025

RESUMEN

La violencia sexual constituye un factor de riesgo crítico para el desarrollo de trastorno por estrés posttraumático (TEPT) en mujeres adultas, especialmente cuando coexiste con disregulación emocional, disociación y conductas autolesivas. Esta revisión sistemática analizó 29 estudios publicados entre 2010 y 2025 sobre la aplicación de la Terapia Dialéctica Conductual adaptada para TEPT (DBT-PTSD) en mujeres víctimas de violencia sexual. Los hallazgos indican que DBT-PTSD logra reducciones significativas en síntomas de TEPT, con superioridad frente a terapias cognitivas tradicionales, mejor perfil de seguridad y mayor adherencia. Asimismo, componentes como la regulación emocional, el mindfulness y la aceptación radical emergen como mecanismos activos de cambio vinculados a la disminución de autolesión y a la mejora funcional. No obstante, la disociación y la variabilidad en la práctica de habilidades moderan la eficacia. Se concluye que DBT-PTSD es un marco terapéutico eficaz y adaptable, con implicaciones clínicas relevantes para su implementación en diversos contextos.

Palabras clave: Terapia Dialéctica Conductual; TEPT; Violencia sexual; Regulación emocional

ABSTRACT

Sexual violence is a critical risk factor for the development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adult women, particularly when accompanied by emotional dysregulation, dissociation, and self-harming behaviors. This systematic review analyzed 29 studies published between 2010 and 2025 on the application of Dialectical Behavior Therapy for PTSD (DBT-PTSD) in women survivors of sexual violence. Findings indicate that DBT-PTSD produces significant reductions in PTSD symptoms, with superiority over traditional cognitive therapies, better safety profile, and higher treatment adherence. Core components such as emotion regulation, mindfulness, and radical acceptance emerge as active mechanisms of change linked to reductions in self-harm and improvements in overall functioning. However, dissociation and variability in skill practice appear to moderate treatment effectiveness. Overall, DBT-PTSD stands as an effective and adaptable therapeutic framework, with important clinical implications for implementation across diverse healthcare settings.

Key words: Dialectical Behavior Therapy; PTSD; Sexual violence; Emotion regulation

RESUMO

A violência sexual constitui um fator de risco crítico para o desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em mulheres adultas, sobretudo quando associada à disregulação emocional, dissociação e comportamentos autolesivos. Esta revisão sistemática analisou 29 estudos publicados entre 2010 e 2025 sobre a aplicação da Terapia Comportamental Dialética adaptada para TEPT (DBT-PTSD) em mulheres vítimas de violência sexual. Os resultados indicam que a DBT-PTSD promove reduções significativas nos sintomas de TEPT, apresentando superioridade em relação às terapias cognitivas tradicionais, com melhor perfil de segurança e maior adesão ao tratamento. Além disso, componentes como regulação emocional, mindfulness e aceitação radical emergem como mecanismos ativos de mudança associados à diminuição de autolesão e à melhora funcional. No entanto, a dissociação e a variabilidade na prática das habilidades moderam a eficácia terapêutica. Conclui-se que a DBT-PTSD é um modelo eficaz e adaptável, com implicações clínicas relevantes para sua implementação em diferentes contextos.

Palavras-chave: Terapia Comportamental Dialética; TEPT; Violência sexual; Regulação emocional

INTRODUCCIÓN

La violencia sexual constituye una de las formas más graves de vulneración de los derechos humanos, con repercusiones que exceden lo físico y se proyectan hacia esferas psicológicas, relacionales y sociales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2013), este fenómeno incluye cualquier acto o intento de acto sexual, insinuación no deseada o conducta basada en la sexualidad que se realice mediante coacción.

Las estimaciones globales indican que aproximadamente una de cada tres mujeres ha sufrido violencia física o sexual a lo largo de su vida (OMS, 2021). En América Latina, las cifras siguen siendo alarmantes; en Ecuador, casi la mitad de las mujeres reporta haber experimentado algún tipo de violencia, y la denuncia en los casos de violencia sexual se mantiene baja, lo que favorece la invisibilización de sus efectos (CEPAL, 2021; INEC, 2023).

Las consecuencias psicológicas de la violencia sexual son múltiples e incluyen depresión, ansiedad y, de manera preeminente, el trastorno por estrés postraumático (TEPT). Este se caracteriza por reexperimentación, evitación, hiperactivación y alteraciones cognitivas- emocionales que deterioran de manera significativa la calidad de vida (APA, 2014). La literatura muestra que las mujeres expuestas a agresiones sexuales o violencia de pareja presentan prevalencias

elevadas de TEPT, las cuales se agravan cuando el trauma es crónico o se origina en la infancia. Bajo estas condiciones, suelen coexistir desregulación emocional, disociación, conductas autolesivas y, en muchos casos, comorbilidad con el trastorno límite de la personalidad (TLP), lo que incrementa la complejidad del abordaje terapéutico y la adherencia al tratamiento (Sarasua et al., 2007; Irizarry Justiniano y Rivero Méndez, 2018; Harned et al., 2010; Steil et al., 2011).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha constituido históricamente la primera línea de tratamiento para el TEPT. Protocolos como la exposición prolongada y el procesamiento cognitivo han demostrado eficacia en la reducción de síntomas postraumáticos en sobrevivientes de violencia sexual (Bisson et al., 2015; Arinero y Crespo, 2004; Vélez García et al., 2020; Félix-Montes et al., 2020). No obstante, su aplicación en cuadros clínicos complejos se enfrenta a limitaciones relevantes, especialmente cuando las pacientes presentan conductas suicidas o autolesivas. Estas dificultades han impulsado el desarrollo de enfoques contemporáneos basados en las terapias de tercera generación, entre ellos la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), inicialmente diseñada para el TLP (Linehan, 1993, 2015).

La DBT combina estrategias de aceptación y cambio mediante la enseñanza de habilidades de mindfulness, regulación emocional, tolerancia al malestar y eficacia interpersonal. Sobre este

marco, se ha desarrollado la adaptación DBT-PTSD, orientada al abordaje del trauma interpersonal crónico y del TEPT complejo, particularmente aquellos vinculados a abuso sexual en la infancia o adultez. Este modelo integra fases de estabilización con un procesamiento gradual del trauma, priorizando la seguridad clínica y la adherencia. La evidencia reciente ha mostrado que la DBT-PTSD es un enfoque eficaz y seguro, con mejoras sostenidas en la reducción de síntomas, regulación emocional y disminución de conductas de riesgo (Bohus et al., 2020; Vonderlin et al., 2024).

En este sentido, la presente investigación plantea una revisión sistemática destinada a sintetizar la evidencia científica sobre la efectividad, los mecanismos de cambio y los componentes activos de la DBT en mujeres adultas con TEPT asociado a violencia sexual. El estudio se estructura en torno a tres preguntas de investigación:

RQ1: ¿Cuál es la efectividad de la DBT en la reducción de los síntomas de TEPT en mujeres adultas con antecedentes de violencia sexual, en comparación con otros tratamientos, lista de espera o ausencia de intervención?

RQ2: ¿Qué impacto tiene la DBT en la regulación emocional y en las conductas autodestructivas en esta población?

RQ3: ¿Qué componentes específicos de la DBT —mindfulness, regulación emocional, tolerancia al malestar o habilidades interpersonales— han mostrado relación con los resultados clínicos en mujeres con TEPT por violencia sexual?

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión sistemática siguiendo las directrices PRISMA 2020, con el objetivo de identificar estudios primarios sobre la aplicación de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) en mujeres adultas con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (TEPT) asociado a violencia sexual.

La búsqueda se realizó en tres bases de datos de alto impacto y relevancia internacional: Web of Science (WoS), Scopus y PubMed. El rango temporal comprendió desde 2010 hasta 2025, con el fin de captar evidencia contemporánea sobre la eficacia de la DBT en poblaciones clínicas complejas. La elección de este periodo se fundamenta en la consolidación de la DBT como intervención de tercera generación y en la necesidad de incluir estudios recientes con validez empírica.

Se incluyeron publicaciones en español e inglés idiomas predominantes en la literatura científica de salud mental en América Latina,

Norteamérica y Europa, lo que garantizó un acceso directo a la información sin depender de traducciones secundarias.

Las estrategias de búsqueda utilizadas fueron:

- Scopus: "dialectical behavior therapy" AND woman AND trauma. DBT AND women AND PTSD AND violence. DBT AND female AND "post-traumatic stress" AND sexual. PubMed: "dialectical behavior therapy" AND woman AND "post-traumatic stress" AND female. DBT AND women with PTSD OR DBT AND sexual trauma therapy. WoS: TS=(DBT AND women AND PTSD AND "sexual violence")

Adicionalmente, se aplicó una búsqueda manual de citaciones en los artículos incluidos, con el propósito de ampliar la sensibilidad y minimizar el sesgo de omisión de estudios relevantes.

Criterios de inclusión y exclusión: Se definieron los criterios de acuerdo con la estrategia PICO (Población, Intervención, Comparador, Resultados, Diseño, Idioma, Fecha y Tipo de documento):

Población: Mujeres adultas (≥ 18 años) con diagnóstico de TEPT derivado de violencia sexual. Se incluyeron estudios con diagnósticos confirmados mediante instrumentos validados (ej. CAPS-5), con un rango de edad entre 18 y 50 años.

Intervención: Programas basados en DBT, completos o parciales, que incluyeran al menos un módulo explícito (mindfulness, regulación emocional, tolerancia al malestar o eficacia interpersonal), con una duración mínima de 8 sesiones.

Comparador: Tratamientos activos (p. ej., TCC, EMDR), lista de espera, placebo o ausencia de tratamiento. Se excluyeron estudios sin grupo comparador, salvo diseños de caso único con mediciones pre y post.

Resultados primarios: Reducción de síntomas de TEPT medidos con escalas validadas (PCL-5, CAPS-5, IES-R).

Resultados secundarios: Regulación emocional y conductas autolesivas/impulsivas, evaluadas con instrumentos como DERS, SITBI, BIS-11.

Diseño: Ensayos clínicos aleatorizados (RCT) y estudios cuasi-experimentales con grupo control y mediciones pre-post.

Idioma: español, inglés y portugués, con disponibilidad de texto completo.

Fecha de publicación: 2010–2025, incluyendo artículos online first.

Tipo de documento: Estudios primarios con datos originales (ensayos clínicos, cohortes con intervención).

Se excluyeron revisiones, protocolos, editoriales, tesis y resúmenes de congresos sin datos completos, así como investigaciones que no reportaran resultados de TEPT o regulación emocional/autolesión, o que no describieran los componentes aplicados de la DBT.

Proceso de selección y extracción de datos

La selección de artículos se desarrolló en dos fases:

Cribado inicial por título y resumen, para descartar publicaciones irrelevantes.

Revisión a texto completo, aplicando rigurosamente los criterios de inclusión y exclusión.

El proceso fue realizado por dos revisores independientes; las discrepancias se resolvieron por consenso o con la intervención de un tercer evaluador. Se documentaron las razones de exclusión para garantizar la transparencia del proceso.

De cada estudio incluido se extrajeron los siguientes datos:

- Características de la muestra (edad, diagnóstico, comorbilidades).
- Tipo y duración de la intervención DBT.
- Grupo comparador.
- Instrumentos de evaluación utilizados.
- Resultados primarios y secundarios.
- Estadísticos relevantes (medias, desviaciones estándar, valores p, tamaños del efecto).

Evaluación de la calidad metodológica

La calidad de los estudios incluidos se evaluó con herramientas reconocidas según el diseño:

- **Cochrane Risk of Bias 2.0 (RoB 2)** para ensayos clínicos aleatorizados.
- **ROBINS-I** para estudios cuasi-experimentales.

Se valoraron los siguientes dominios: sesgo de selección, adherencia a la intervención, integridad de los datos, reporte selectivo y otros sesgos metodológicos relevantes.

Finalmente, se elaboró **un diagrama de flujo PRISMA (2020)** para ilustrar el proceso de búsqueda, selección y exclusión de estudios.

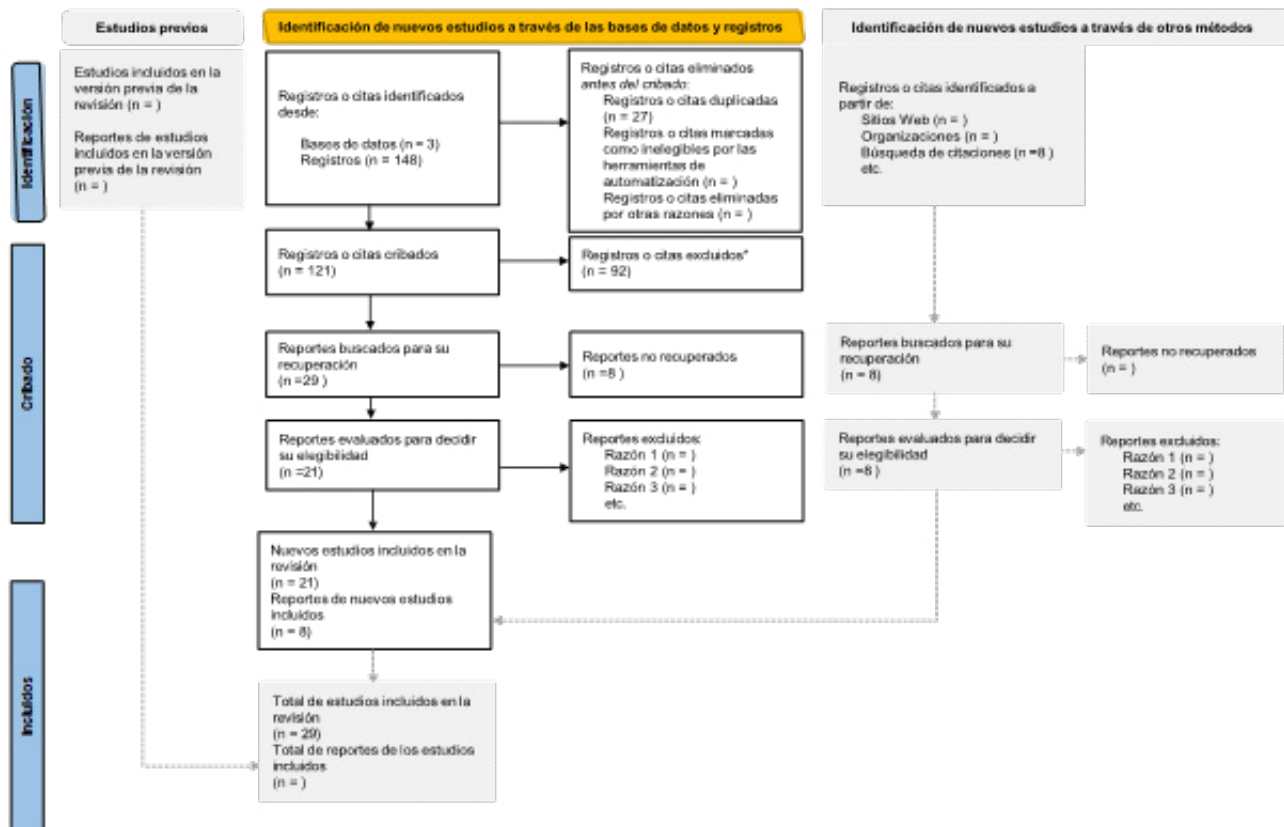


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA (2020).

DESARROLLO Y DISCUSIÓN

La revisión sistemática permitió identificar y analizar un total de 29 estudios publicados entre 2010 y 2025 que evaluaron la aplicación de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) en mujeres adultas con diagnóstico de TEPT derivado de violencia sexual. Los hallazgos se presentan en dos niveles: (a) la síntesis de los estudios primarios y (b) la integración de categorías temáticas que permiten organizar la evidencia acumulada.

Síntesis de los estudios primarios

Los estudios incluidos abarcaron contextos diversos (Europa, Estados Unidos, América Latina y Asia) y emplearon diseños metodológicos heterogéneos: ensayos clínicos aleatorizados, estudios cuasi-experimentales, pilotos y casos clínicos. En conjunto, se destacan los siguientes hallazgos:

Eficacia clínica: En el ensayo clínico de referencia de Bohus et al. (2020), la DBT-PTSD mostró superioridad frente a CPT en la reducción de síntomas de TEPT ($d = 0,33$), con mejor retención y ausencia de suicidios durante el tratamiento. Estos resultados se mantuvieron en el seguimiento a nueve meses (Vonderlin et al., 2024).

Viabilidad en distintos formatos: Estudios piloto en entornos residenciales y ambulatorios (Steil et al., 2011, 2018) evidenciaron reducciones significativas de TEPT, ansiedad, depresión y vergüenza, con alta adherencia terapéutica.

Prevención de conductas suicidas/autolesivas: La DBT, aplicada como fase previa a la exposición traumática, redujo la frecuencia de conductas autolesivas y permitió un abordaje posterior del trauma en condiciones de mayor seguridad (Harned et al., 2010, 2014, 2018).

Adaptabilidad intercultural: Intervenciones breves de DBT basadas en habilidades mostraron eficacia en contextos de bajos recursos, como Nepal, con disminución de ideación suicida y mejoras en regulación emocional (Ramaiya et al., 2018).

Factores predictivos: La disociación basal se identificó como un moderador negativo de la respuesta, aunque la DBT-PTSD demostró mayor resiliencia frente a este factor en comparación con CPT (Kleindienst et al., 2016, 2025).

Evidencia económica y de transportabilidad: Estudios en entornos clínicos reales (Oppenauer et al., 2023; Priebe et al., 2017) confirmaron la viabilidad de implementar DBT-PTSD con reducción de costos en salud mental y mejoras sostenidas en funcionamiento global.

Tabla 1. Características principales de los estudios sobre DBT en TEPT en mujeres víctimas de violencia sexual (2010–2025).

Autor(es) y año	Diseño / Contexto	Muestra	Intervención	Resultados principales	Limitaciones
Bohus et al. (2020)	RCT, clínica especializada (Alemania)	193 mujeres con TEPT por abuso infantil ± TLP	DBT-PTSD vs. CPT (24 semanas)	DBT-PTSD > CPT en reducción de TEPT ($d = 0,33$), mejor retención, 0 suicidios; mejoras sostenidas a 9 meses.	Muestra homogénea, difícil generalización a atención primaria.
Steil et al. (2011)	Piloto residencial intensivo (Alemania)	21 mujeres con TEPT por abuso sexual infantil	DBT-PTSD (3 meses, residencial)	Reducción significativa de TEPT, ansiedad, depresión y disociación. Alta adherencia.	Sin grupo control; entorno residencial difícil de replicar.
Harned et al. (2010)	Cuasi-experimental ambulatorio (EE. UU.)	25 mujeres con TLP + TEPT + conductas suicidas	DBT previa a tratamiento de TEPT	Disminución de autolesión y suicidabilidad, facilitando posterior tratamiento de trauma.	No midió reducción directa de TEPT.
Ramaiya et al. (2018)	SCED en Nepal, bajos recursos	6 mujeres con ideación suicida	Intervención breve con habilidades DBT (8 semanas)	Reducción de suicidabilidad y mejora en regulación emocional.	Muestra pequeña; no evaluó TEPT directamente.
Harned et al. (2014)	RCT piloto (EE. UU.)	25 mujeres con TLP + TEPT + autolesión	DBT vs. DBT + Exposición Prolongada	DBT+EP > DBT sola en reducción de TEPT, sin aumento de crisis.	Muestra pequeña; sin seguimiento a largo plazo.
Steil et al. (2018)	Piloto ambulatorio (Alemania)	21 mujeres con TEPT por abuso sexual infantil	DBT-PTSD (24 sesiones)	Mejoras significativas en TEPT, ansiedad y vergüenza, mantenidas a 9 meses.	Sin grupo control; tamaño reducido.
Kleindienst et al. (2016)	Estudio secundario RCT (Alemania)	74 mujeres con TEPT ± TLP	DBT-PTSD	La disociación en estado moderó negativamente la respuesta; habilidades antisociativas redujeron su intensidad.	Medición compleja de disociación; análisis secundario.

Autor(es) y año	Diseño / Contexto	Muestra	Intervención	Resultados principales	Limitaciones
Vonderlin et al. (2024)	Seguimiento post- RCT (Alemania)	158 mujeres del RCT de Bohus et al. (2020)	DBT-PTSD vs. CPT	Mejoras mantenidas a 9 meses en TEPT y funcionamiento; convergencia progresiva entre grupos.	No se evaluaron recaídas tras el seguimiento.
Oppenauer et al. (2023)	Transportabilidad en centro residencial (Alemania)	47 pacientes con TEPT complejo	DBT-PTSD en entorno clínico real	Alta adherencia y eficacia comparable en práctica rutinaria.	Estudio no aleatorizado; muestra heterogénea.
Kleindienst et al. (2025)	RCT multicéntrico (Alemania)	180 pacientes con TEPT ± TLP	DBT-PTSD vs. CPT	DBT-PTSD más robusta frente a disociación que CPT.	Requiere replicación en otros contextos.

Nota: Para no saturar la tabla, se presenta una síntesis de los estudios más representativos (2010-2025).

Categorías temáticas emergentes

El análisis comparativo permitió agrupar los hallazgos en **ocho categorías temáticas**, que sintetizan las aportaciones y vacíos de la literatura:

Categoría 1. Efectividad clínica de DBT-PTSD: Los estudios muestran reducciones consistentes de síntomas de TEPT, especialmente en poblaciones con trauma complejo, con superioridad frente a CPT en variables de seguridad y retención.

Categoría 2. Sostenibilidad del cambio: Las mejoras se mantienen hasta nueve meses post-tratamiento; sin embargo, se requiere investigación sobre su sostenibilidad en ausencia de apoyo terapéutico continuo.

Categoría 3. Seguridad y tolerabilidad: La DBT-PTSD se asocia con un perfil de seguridad robusto, caracterizado por ausencia de suicidios durante los tratamientos y reducciones significativas en conductas autolesivas.

Categoría 4. Modelo terapéutico por fases: La estructura de estabilización, exposición e integración resulta eficaz para mujeres con comorbilidad TEPT-TLP, aunque persiste falta de consenso sobre la duración y secuencia óptima de cada fase.

Categoría 5. Regulación emocional y conductas de riesgo: El entrenamiento en habilidades de DBT reduce la impulsividad y mejora la regulación emocional, constituyendo un mediador clave de la recuperación.

Categoría 6. Mecanismos de cambio psicológico: La aceptación radical, el mindfulness y las habilidades antisociativas emergen como **predictores de mejoría clínica**, especialmente en el procesamiento de emociones traumáticas como culpa y vergüenza.

Categoría 7. Factores contextuales: Variables como la adherencia del terapeuta, la motivación del paciente y la supervisión clínica se identifican como determinantes de éxito, más allá del protocolo en sí.

Categoría 8. Transportabilidad e implementación global: La evidencia sugiere que la DBT-PTSD es aplicable en contextos hospitalarios, comunitarios y de bajos recursos, lo que amplía su potencial de implementación a nivel internacional.

Tabla 2. Categorías temáticas de la DBT en TEPT en mujeres víctimas de violencia sexual (2010–2025).

Categoría temática	Estudios representativos	Hallazgos principales	Limitaciones	Aportación específica
Efectividad clínica de DBT- PTSD	Bohus et al. (2020); Kleindienst et al. (2021); Arntz et al. (2021)	DBT-PTSD superior a CPT en reducción de síntomas de TEPT ($d = 0,33$); mejor seguridad y retención.	Escasez de estudios fuera de entornos especializados; resultados heterogéneos con EMDR.	Posiciona a DBT- PTSD como tratamiento de elección en trauma complejo.
Sostenibilidad del cambio terapéutico	Vonderlin et al. (2024); Steil et al. (2018); Harned et al. (2018)	Mejoras en síntomas, funcionamiento y malestar sostenidas hasta 9 meses.	Pocos seguimientos a largo plazo; estudios en entornos controlados.	La funcionalidad es un objetivo alcanzable, no solo secundario.
Seguridad y tolerabilidad	Bohus et al. (2020); leindienst et al. (2016); Harned et al. (2014)	Ausencia de suicidios; disociación predice menor respuesta, pero puede modularse con habilidades.	Falta de análisis detallado de componentes protectores.	La seguridad clínica es un logro de implementación, no solo del diseño.
Modelo terapéutico por fases	Bohus et al. (2013); Steil et al. (2018); Harned et al. (2014)	Secuencia estabilización → exposición → integración eficaz en TEPT + TLP.	No hay consenso sobre la duración y transición entre fases.	Aporta criterios empíricos para personalizar la progresión terapéutica.
Regulación emocional y conductas de riesgo	Harned et al. (2014, 2018); Ramaiya et al. (2018)	El uso de habilidades reduce autolesión e impulsa regulación emocional.	No se mide frecuencia/intensidad de práctica de habilidades.	Vincula adherencia conductual con reducción de riesgo clínico.
Mecanismos de cambio psicológico	Görg et al. (2017); Harned et al. (2020); Kleindienst et al. (2016)	Aceptación radical y habilidades antisociativas median reducción de culpa y vergüenza.	Mecanismos medidos globalmente; sin seguimiento en tiempo real.	Propone una secuencia jerárquica de mecanismos clínicos.
Factores contextuales y de implementación	Steil et al. (2023); Harned et al. (2020);	Adherencia del terapeuta, motivación de la paciente y supervisión predicen éxito.	Escaso estudio en sistemas públicos con alta demanda.	Define la fidelidad clínica como un factor activo de eficacia.
Integración de tratamientos y límites	Harned et al. (2014, 2020); Snoek et al. (2025)	DBT + EP potencia reducción de TEPT; DBT + EMDR mejora adherencia pero no eficacia.	Falta de algoritmos clínicos para decidir integración.	Reposiciona la DBT como plataforma de estabilización más que protocolo único.

Los resultados de esta revisión sistemática confirman que la Terapia Dialéctica Conductual adaptada para el TEPT (DBT-PTSD) constituye un enfoque eficaz y seguro para mujeres adultas sobrevivientes de violencia sexual, especialmente en aquellas con presentaciones clínicas complejas. A diferencia de otros protocolos basados en la terapia cognitivo- conductual (TCC), la DBT-PTSD combina estrategias de estabilización y exposición graduada, lo que favorece la adherencia, reduce la descompensación clínica y amplía la aplicabilidad en contextos de alto riesgo.

Efectividad clínica y seguridad del modelo

Los hallazgos respaldan que la DBT-PTSD logra una reducción significativa de los síntomas de TEPT en comparación con tratamientos activos como la CPT, con un tamaño de efecto pequeño, pero clínicamente relevante ($d = 0,33$) y un perfil de seguridad superior, reflejado en la ausencia de suicidios durante el tratamiento (Bohus et al., 2020; Vonderlin et al., 2024). Estos resultados coinciden con la literatura que posiciona a DBT- PTSD como un tratamiento de elección en casos de trauma complejo, donde la presencia de disociación, autolesión y comorbilidad con TLP suele limitar la eficacia de otros enfoques (Kleindienst et al., 2021, 2025).

En este sentido, la DBT-PTSD se distingue no solo por la magnitud de sus efectos, sino por su capacidad de ofrecer seguridad clínica en poblaciones de alto riesgo, un aspecto crítico para

su implementación en entornos de salud pública y comunitarios.

Regulación emocional y conductas autodestructivas

La regulación emocional emerge como uno de los principales mecanismos de cambio. Los estudios muestran que el aprendizaje y práctica de habilidades de DBT se asocia con disminución de impulsividad, reducción de autolesiones y mayor capacidad para afrontar emociones traumáticas (Harned et al., 2014, 2018; Ramaiya et al., 2018). Estos hallazgos se alinean con la hipótesis de que la DBT actúa como un “contenedor conductual”, que permite procesar el trauma en condiciones de mayor estabilidad emocional y sin incremento de crisis clínicas.

No obstante, persisten limitaciones: cerca del 40% de las pacientes no logran remisión completa tras el tratamiento (Kleindienst et al., 2021), lo que sugiere que la regulación emocional, aunque necesaria, no siempre es suficiente para la recuperación integral del TEPT. Este hecho refuerza la importancia de tratamientos secuenciales o combinados, que integren la DBT con otras intervenciones basadas en la exposición o en la reestructuración cognitiva.

Componentes activos y mecanismos de cambio

La evidencia indica que la aceptación radical, el mindfulness y las habilidades antisociativas

son componentes críticos que facilitan el procesamiento emocional de culpa y vergüenza, dos afectos nucleares en el TEPT por violencia sexual (Görg et al., 2017). La práctica de estas habilidades no solo reduce la reactividad emocional, sino que posibilita el acceso a procesos cognitivos más complejos, como la reestructuración de creencias postraumáticas.

En contraste con enfoques puramente cognitivos como la CPT, la DBT-PTSD prioriza la estabilización afectiva y fisiológica antes de la exposición, lo que explica su mayor eficacia en pacientes con alta disociación y desregulación emocional (Kleindienst et al., 2016; Steil et al., 2023). Este aspecto contribuye a un cambio de paradigma hacia una psicoterapia basada en mecanismos, donde cada componente se concibe como un mediador específico y no solo como parte de un protocolo estandarizado.

Factores contextuales y de implementación

Más allá de la eficacia clínica, los estudios revisados subrayan que la adherencia del terapeuta al manual, la supervisión clínica y la motivación del paciente son determinantes del éxito terapéutico (Harned et al., 2020; Steil et al., 2023). Estos factores permiten comprender la DBT-PTSD no solo como un modelo terapéutico, sino como un marco de implementación sensible al contexto, en el que la seguridad y la eficacia dependen tanto de la fidelidad técnica como del acompañamiento clínico.

Asimismo, investigaciones en contextos de bajos recursos (Ramaiya et al., 2018) y en entornos clínicos no especializados (Oppenauer et al., 2023) muestran que la DBT-PTSD es transportable y adaptable culturalmente, lo que amplía su potencial de aplicación en sistemas públicos de salud y en países con limitaciones estructurales.

Limitaciones de la evidencia

- Predominio de estudios realizados en Europa y Norteamérica, lo que restringe la generalización de los hallazgos a otros contextos culturales.
- Escasez de investigaciones en salud pública y entornos comunitarios, donde la carga de trauma y las barreras de acceso son más altas.
- Falta de consenso sobre la duración óptima de cada fase terapéutica y sobre los criterios clínicos para transitar entre ellas.
- Necesidad de evaluaciones longitudinales que superen los nueve meses de seguimiento, con el fin de determinar la sostenibilidad de los efectos a largo plazo.

Aportes y proyección futura

El aporte distintivo de esta revisión es integrar la eficacia clínica de la DBT-PTSD con los factores predictores de respuesta (disociación, adherencia y motivación), lo que permite avanzar

hacia un modelo de intervención personalizada y contextualizada. A futuro, se requiere:

- Desarrollar ensayos multicéntricos en salud pública, que evalúen la transportabilidad del modelo en condiciones reales.
 - Profundizar en el estudio de los mecanismos de cambio en tiempo real, a fin de identificar
- qué componentes deben activarse primero según el perfil clínico de la paciente.
- Explorar intervenciones secuenciales o combinadas (p. ej., DBT-PTSD + EMDR o DBT-PTSD + farmacoterapia), con el objetivo de mejorar las tasas de remisión completa.

Tabla 3. Limitaciones y aportes de la revisión sistemática sobre DBT-PTSD en mujeres con TEPT por violencia sexual.

Dimensión	Limitaciones identificadas	Aportes de la revisión
Cobertura geográfica y cultural	Predominio de estudios en Europa y Norteamérica; escasa investigación en Latinoamérica y países de bajos recursos.	Evidencia preliminar de adaptabilidad cultural en contextos no occidentales (ej. Nepal), lo que abre la puerta a estudios en salud pública y entornos comunitarios.
Diseño metodológico	Escasez de RCTs multicéntricos y dependencia de estudios piloto o cuasi-experimentales; heterogeneidad en protocolos.	Inclusión de 29 estudios con diversidad de diseños, lo que permite una visión amplia sobre eficacia, mecanismos de cambio y transportabilidad del modelo.
Duración y fases terapéuticas	Falta de consenso sobre la duración óptima de cada fase (estabilización, exposición, integración) y sobre criterios clínicos de transición.	Sistematización del modelo terapéutico por fases, con base en evidencia acumulada, que orienta la personalización clínica.
Seguimiento a largo plazo	La mayoría de estudios no superan los 9 meses de seguimiento; insuficiente evidencia sobre sostenibilidad de los efectos.	Identificación de mejoras sostenidas hasta 9 meses post-tratamiento, lo que respalda la eficacia temporal de DBT-PTSD en trauma complejo.
Variables clínicas predictoras	Variabilidad en la respuesta terapéutica asociada a disociación y carga traumática; falta de guías clínicas claras para personalizar.	Integración de disociación, adherencia y motivación como predictores de respuesta, aportando criterios para individualizar el tratamiento.
Implementación en sistemas de salud	Pocos estudios evalúan la aplicación en salud pública o en contextos de alta demanda y baja supervisión clínica.	Evidencia de transportabilidad a entornos clínicos reales con impacto positivo en síntomas, adherencia y costos en salud mental.
Mecanismos de cambio	Muchos estudios los miden de manera global (pre-post) sin capturar procesos en tiempo real; falta de claridad sobre la secuencia óptima.	Identificación de la aceptación radical, el mindfulness y las habilidades antisociativas como mecanismos activos de cambio, con potencial de guiar la práctica clínica basada en procesos.

CONCLUSIÓN

La presente revisión sistemática confirma que la Terapia Dialéctica Conductual adaptada para el TEPT (DBT-PTSD) constituye una alternativa eficaz y segura para mujeres adultas sobrevivientes de violencia sexual, especialmente en casos de trauma complejo con desregulación emocional, disociación y conductas autolesivas. La evidencia disponible demuestra que la DBT-PTSD no solo reduce de manera significativa los síntomas de TEPT, sino que también mejora la regulación emocional, disminuye la impulsividad y promueve la funcionalidad clínica y social.

Los hallazgos señalan que los componentes activos del modelo —mindfulness, regulación emocional, tolerancia al malestar y aceptación radical— actúan como mecanismos específicos de cambio, facilitando el procesamiento de emociones traumáticas como culpa y vergüenza, y otorgando seguridad durante la exposición. Asimismo, la estructura terapéutica por fases (estabilización, exposición e integración) se presenta como un marco flexible que favorece la adherencia y la personalización clínica, en contraste con enfoques más rígidos.

No obstante, la revisión también evidencia limitaciones: la concentración de estudios en entornos europeos y norteamericanos, la falta

de consensos sobre la duración de las fases terapéuticas, el reducido número de seguimientos longitudinales más allá de los nueve meses y la escasa evaluación en contextos de salud pública o de bajos recursos. Estos vacíos metodológicos y contextuales restringen, por el momento, la generalización de los hallazgos.

En este sentido, la DBT-PTSD debe entenderse no solo como un protocolo estandarizado, sino como un marco de intervención adaptable y basado en mecanismos, cuya eficacia depende tanto de la adherencia terapéutica y la motivación del paciente como de la supervisión clínica y la fidelidad en la implementación.

A futuro, resulta indispensable promover ensayos multicéntricos y longitudinales, que evalúen la sostenibilidad de los efectos en entornos reales, así como explorar modelos secuenciales o combinados (p. ej., DBT-PTSD + EMDR) para incrementar las tasas de remisión completa. Estas líneas de investigación permitirán consolidar a la DBT-PTSD como un tratamiento globalmente transportable, inclusivo y sensible a las necesidades de las sobrevivientes de violencia sexual en contextos diversos.

CONFLICTO DE INTERESES. Los autores declaran que no existe conflicto de intereses financiero, institucional o personal que haya influido en la elaboración, análisis o publicación del presente artículo.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.^a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arinero, M., y Crespo, M. (2004). Evaluación de la eficacia de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para mujeres víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 12(2), 233-249. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/03.Arinero_12-2oa.pdf
- Bisson, J., Cosgrove, S., Lewis, C., y Roberts, N. (2015). Post-traumatic stress disorder. *BMJ Clinical Research*, 26(351). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26611143/>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., Fydrich, T., Kuehner, C., Resick, P., Stiglmayr, C., Schmahl, C., y Priebe, K. (2020). Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 77(12). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32697288/>
- Bohus, M., Dyer, A., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I., y Steil, R. (2013). Dialectical Behaviour Therapy for Post-traumatic Stress Disorder after Childhood Sexual Abuse in Patients with and without Borderline Personality Disorder: A Randomised Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 221-233. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23712109/>
- Bohus, M., Biermann, M., Vonderlin, R., y Priebe, K. (2020). Traumaspezifische Ausrichtung in der Behandlung von Borderline-Störungen mit komorbider Posttraumatischer Belastungsstörung. *Psychotherapeut*, 65, 337-343. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00278-020-00441-x>
- CEPAL. (2021). Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Félix-Montes, M., Vélez-García, A., y Soto-Zentella, Y. (2020). Estrategias cognitivo-conductuales en mujeres sobrevivientes de violencia de pareja con TEPT. *Revista Colombiana de Psicología*, 29(2), 157-170. <https://doi.org/10.15446/rcp.v29n2.78968>
- Fitzpatrick, S., Bailey, K., y Rizvi, S. (2020). Changes in Emotions Over the Course of Dialectical Behavior Therapy and the Moderating Role of Depression, Anxiety, and Posttraumatic Stress Disorder. *Behavior Therapy*, 51. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33051036/>
- Görg, N., Priebe, K., Böhnke, J., Steil, R., Dyer, A., y Kleindienst, N. (2017). Trauma-related emotions and radical acceptance in dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder after childhood sexual abuse. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(15). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28717512/>
- Gratz, K., Berghoff, C., Richmond, J., Vidana, A., y Dixon-Gordon, K. (2020). Examining posttraumatic stress disorder as a predictor of treatment response to dialectical behavior therapy. *Journal of clinical psychology*, 76(9), 1563-1574. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32445601/>
- Harned, M., Fitzpatrick, S., y Schmidt, S. (2020). Identifying change targets for posttraumatic stress disorder among suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 33(4), 610-616. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32216138/>
- Harned, M., Jackson, S., Comtois, K., y Linehan, M. (2010). Dialectical Behavior Therapy as a Precursor to PTSD treatment for suicidal and/or self-injuring women with borderline personality disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 421-429. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20648564/>

- Harned, M., Korslund, K., Foab, E., y Linehana, M. (2012). Treating PTSD in Suicidal and Self-injuring Women with Borderline Personality Disorder: Development and Preliminary Evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol. *Behavioral Research and Therapy Clinics*, 50(6), 381-386. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22503959/>
- Harned, M., Korslund, K., y Linehana, M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behavioral Research and Therapy Clinics*, 55, 7-17. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24562087/>
- Harned, M., Schmidt, S., Korslund, K., y Gallop, R. (2020). Does Adding the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure (DBT PE) Protocol for PTSD to DBT Improve Outcomes in Public Mental Health Settings? A Pilot Nonrandomized Effectiveness Trial with Benchmarking. *Behavior Therapy*, 52(3), 639-655. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33990239/>
- Harned, M., Gallop, R., y Valenstein-Maha, H. (2018). What changes when? The course of improvement during a stage-based treatment for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Journal of the Society for Psychotherapy research*, 28(5), 761-775. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27808001/>
- INEC. (2023). Encuesta nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres. Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- Irizarry, W., Rivero, M. (2018). Trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: Revisión de literatura integrado. *NURE Investigación: Revista Científica de Enfermería*, 95. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6612346>
- Kamstra, A., De Vries, S., Brilman, M., Vasilev, P., Alma, M., Van Asselt, A., De Wolf, M., Schoevers, R., y Jörg, F. (2025). Inpatient dialectical behavior therapy combined with trauma-focused therapy for PTSD and borderline personality disorder symptoms: study design of the naturalistic trauma therapy study. *Frontiers in Psychiatry*, 16. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2025.1538267/full>
- Kleindienst, N., Priebe, K., Go, N., Dyer, A., Steil, R., Lyssenko, L., Winter, D., Schmahl, C., y Bohus, M. (2016). State dissociation moderates response to dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder in women with and without borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(7). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4938890/>
- Kleindienst, N., Steil, R., Priebe, K., Müller-Engelmann, M., Biermann, M., Fydrich, T., Schmahl, C., y Bohus, M. (2021). Treating adults with a dual diagnosis of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder related to childhood abuse: results from a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(11), 925-936. <https://doi.org/10.1037/ccp0000687>
- Kleindienst, N., Steil, R., Priebe, K., Müller-Engelmann, M., Lindauer, P., Krause-Utz, A., Friedmann, F., Schmahl, C., Enning, F., y Bohus, M. (2025). Is dissociation predicting the efficacy of psychological therapies for PTSD? Results from a randomized controlled trial comparing Dialectical Behavior Therapy for PTSD (DBTPTSD) and Cognitive Processing Therapy (CPT). *Psychological Medicine*, 55, e59, 1-8. <https://doi.org/10.1017/S0033291724003453>
- Newlands, R., y Benuto, L. (2021). A Modified Dialectical Behavioral Therapy for Victims of Intimate Partner Violence With Intellectual Disabilities: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 20(3), 233-247. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1534650120981766>
- Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.

- New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Oppenauer, C., Sprung, M., Gradl, S., y Burghardt, J. (2023). Dialectical behaviour therapy for posttraumatic stress disorder (DBT-PTSD): transportability to everyday clinical care in a residential mental health centre. *European Journal*, 14(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37052092/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres*. Ginebra: OMS. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/98862/WHO_RHR_12.43_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018*. Ginebra: OMS. <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer>
- Priebe, K., Roth, M., Krüger, A., Glöckner-Fink, K., Dyer, A., Steil, R., Salize, Hans-Joachim., Kleindienst, N., y Bohus, M. (2017). Costs of Mental Health Care in Patients with Posttraumatic Stress Disorder Related to Sexual Abuse One Year Before and After Inpatient DBT-PTSD. *Psychiatrische Praxis*, 44, 75-84. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27399595/>
- Ramaiya, M., McLean, C., Remi, U., Fiorillo, D., y Robins, C. (2018). A dialectical behavior therapy skills intervention for women with suicidal behaviors in rural Nepal: A single-case experimental design series. *Journal of Clinical Psychology*, 74(7), 1071-1091. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29457638/>
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., y Echeburúa, E. (2007). Prevalencia y características del TEPT en mujeres víctimas de agresión sexual. *Psicología Conductual*, 15(3), 535–548.
- Steil, R., Dyer, A., Priebe, K., Kleindienst, N., y Bohus, M. (2011). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: a pilot study of an intensive residential treatment program. *Journal of traumatic stress*, 24(1), 102-106. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21351167/>
- Steil, R., Dittmann, C., Müller-Engelmann, M., Dyer, A., Maasch, A., y Priebe, K. (2018). Dialectical behaviour therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: a pilot study in an outpatient treatment setting. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29372016/>
- Steil, R., Weiss, J., Müller-Engelmann, M., Dittmann, C., Priebe, K., Kleindienst, N., Fydrich, T., y Stangier, U. (2023). Is adherence to dialectic behaviour therapy for post-traumatic stress disorder (PTSD) and cognitive processing therapy related to treatment outcome in PTSD after childhood abuse? *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37860858/>
- Steil, R., Schneider, A., y Schwartzkopff, L. (2022). How to treat childhood sexual abuse related PTSD accompanied by risky sexual behavior: A case study on the use of dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder (DBT-PTSD). *Journal of child & adolescent trauma*, 15, 471-478. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35600534/>
- Vélez García, A., Félix-Montes, M., y Soto-Zentella, Y. (2020). Evaluación de terapias cognitivo-conductuales en TEPT por violencia. *Revista Latinoamericana de Psicología Clínica*, 22(2), 140–152.
- Vonderlin, R., Priebe, K., Müller-Engelmann, M., Fydrich, T., Steil, R., Resick, P., Schamhl, C., Lindauer, P., Kleindienst, N., Bohus, M. (2024). Long-term effects of dialectical behaviour therapy for posttraumatic stress disorder and cognitive processing therapy 9 months after treatment termination. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1). <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008066.2024.2393061>