



## Utilidad de la terapia dialéctica conductual abreviada para dificultades de regulación emocional en estudiantes mexicanos: Casos clínicos

Michel A. Reyes-Ortega<sup>1</sup>, Jessica Zapata-Téllez<sup>2</sup>, Morelia E. Gil-Díaz<sup>3</sup>, Claudia E. Ramírez-Ávila<sup>4</sup> y Silvia Ortíz-León<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Terapia y Análisis de la Conducta, Ciudad de México, México

<sup>2</sup>Cátedras CONACyT, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", Ciudad de México, México

<sup>3</sup>Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, México

<sup>4</sup>Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

### *Usefulness of abbreviated dialectical behavior therapy for emotion regulation difficulties in Mexican students: Clinical cases*

**Abstract:** Dialectical behavior therapy (DBT) is an empirically supported treatment aimed at complex and difficult to treat mental health disorders; its final goal is helping patients build a life worth living. The objective of the present study was to evaluate the usefulness of DBT to reduce the symptoms of borderline personality disorder, depression, anxiety, and stress, and to increase the overall mental health and mindfulness in a group of Mexican university students. In a university clinic in Mexico City, students with emotion regulation difficulties were identified and received an intervention based on comprehensive DBT adapted for a duration of six months. Out of the 19 patients enrolled in the program, six completed it entirely. Improvements were found on all variables. The results suggest that this short version of DBT could be effective in helping students with emotion regulation difficulties.

**Keywords:** Dialectical behavior therapy; emotion regulation; borderline personality disorder; stress.

**Resumen:** La terapia dialéctica conductual (TDC) es un tratamiento con sustento empírico dirigido a personas con trastornos de salud mental complejos y considerados de difícil tratamiento; su meta final es que el paciente pueda construir una vida que valga la pena vivir. El objetivo del presente estudio fue evaluar la utilidad de la TDC para reducir la sintomatología del trastorno límite de personalidad, la depresión, la ansiedad y el estrés, y para aumentar la salud mental general y la atención plena en un grupo de estudiantes universitarios mexicanos. En una clínica universitaria de la Ciudad de México se identificaron a estudiantes que presentaron dificultades de regulación emocional y asistieron a una intervención basada en la TDC comprehensiva adaptada para una duración de seis meses. De los 19 pacientes enrolados en el programa, seis lo culminaron en su totalidad. Se encontraron mejoras en todas las variables. Los resultados sugieren que esta versión abreviada de la TDC podría ser efectiva para ayudar a estudiantes con dificultades de regulación emocional.

**Palabras clave:** Terapia dialéctica conductual; regulación emocional; trastorno límite de personalidad; estrés.

## Introducción

Los padecimientos de salud mental constituyen un problema creciente a nivel mundial. En México, según la última encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica realizada en 2003, el 28% de la población presentó alguna vez en la vida alguno de los 23 trastornos de la

Recibido: 19 de abril de 2022; aceptado: 24 de marzo de 2023  
*Correspondencia:* Jessica Zapata Téllez, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", Calzada México-Xochimilco no. 101, Colonia Huipulco, Alcaldía Tlalpan, 14370 Ciudad de México, México. Correo-e: [psic.zapata@gmail.com](mailto:psic.zapata@gmail.com)  
*Agradecimientos:* A los terapeutas integrantes de DBT-México

Clasificación Internacional de Enfermedades; por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (0.2% alguna vez en la vida) y los trastornos afectivos (9.1% alguna vez en la vida); para los trastornos de la vida adulta, los trastornos de ansiedad se reportaron con edades de inicio más tempranas, seguidos por los trastornos afectivos y los trastornos por uso de sustancias (Medina-Mora et al., 2003). Para el 2022, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía reportó que de los 8351 fallecimientos por lesiones auto-infligidas registradas en México, el 56% se presentó en la población joven de entre 10 y 29 años, siendo el grupo etario más afectado el de entre los 18 y 29 años (34% del total de casos).

Respecto al trastorno límite de la personalidad (TLP), la Secretaría de Salud mexicana ha reportado que la prevalencia nacional se sitúa alrededor del 1.5% (Islas-León, 2022; Secretaría de Salud, 2022). Sobre su etiología, se sabe que es multifactorial, respondiendo a la interacción entre factores genéticos y ambientales. Entre los factores de riesgo psicosociales se encuentran el trauma infantil, el abuso sexual o emocional en la infancia, y un entorno familiar invalidante (Keinänen et al., 2012). Entre los rasgos de personalidad biotemperamentales predisponentes, se encuentra el neuroticismo, la impulsividad, las necesidades de estimulación y la dependencia (Zanarini et al., 2020). Existen también predisponentes genéticos en el 11.5% de las personas que reciben este diagnóstico (Calati et al., 2013).

Una población particularmente vulnerable a las afecciones de salud mental son los estudiantes universitarios, quienes están frecuentemente expuestos a diversos estresores tanto del desarrollo vital (adolescencia tardía, mayor independencia para tomar decisiones, inicio de vida sexoafectiva, laboral, etc.), como de adaptación al contexto universitario (mayor responsabilidad escolar, probable cambio de domicilio, distanciamiento familiar y de pares, etc.; Lara et al., 2015). La problemática es de tal magnitud que, aproximadamente un tercio de ellos informa haber experimentado depresión en el último año, y casi la mitad puede ser diagnosticada con al menos un problema de salud mental; aunado a esto, en esta población suele incrementarse significativamente el consumo de alcohol y tabaco (Alvear et al., 2015), así como las autolesiones (Castro et al., 2017) que la mayoría de las veces funcionan como intentos de autorregularse (Titelius et al., 2018). Son también un grupo con mayor índice de suicidio, especialmente presentado en licenciaturas con alta demanda física y cognitiva (Nitsche Royo et al., 2022); y muchas veces todas las problemáticas antes mencionadas pueden no recibir tratamien-

to durante al menos dos años a partir de su inicio (Huerta-Hernández et al., 2020).

Al respecto, la Universidad Nacional Autónoma de México en sus esfuerzos por atender la salud mental de sus estudiantes ofrece, mediante la Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (CPSM), intervenciones psicoterapéuticas basadas en evidencia que tienen el objetivo de atender la demanda atribuida a problemáticas por abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, autolesiones, ideación suicida y TLP; padecimientos que, de no atenderse de manera temprana y efectiva, tienden a la cronicidad y aumentan el riesgo de disfunción psicosocial (Zivinet al., 2009). Los departamentos de atención psicológica universitaria como la CPSM representan la primera línea de atención en el tratamiento de estudiantes que se encuentran desarrollando algún tipo de psicopatología severa (Center for Collegiate Mental Health, 2012). La implementación de tratamientos con sustento empírico podría tener efectos significativos en el tratamiento de estos problemas, además de beneficios importantes para la salud pública (Pistorello et al., 2012). En México, la literatura sobre la implementación y eficacia de estos tratamientos en clínicas universitarias sigue siendo escasa.

La terapia dialéctica conductual (TDC; Linehan, 1993, 2014a, 2014b; Navarro-Haro et al., 2019) es un tratamiento con sustento empírico para personas con trastornos de salud mental complejos y considerados de difícil tratamiento (De Cou et al., 2019; Rizvi et al., 2013), teniendo impacto importante sobre síntomas depresivos, ideación y tentativas suicidas, hospitalizaciones y mejoría en el funcionamiento global (Kliem et al., 2010). La TDC se conforma de cuatro modos de tratamiento: terapia individual, entrenamiento de habilidades (usualmente en formato grupal), asesoramiento entre sesiones de terapia individual, y reuniones entre los terapeutas que conforman el equipo de la TDC. Estos modos de tratamiento tienen cinco funciones: aumentar la motivación del paciente para modificar su conducta, mejorar las capacidades del paciente, generalizar el progreso del paciente en su ambiente natural, estructurar el entorno del paciente para reforzar sus cambios conductuales y aumentar la motivación y competencia de los terapeutas del equipo, respectivamente (Linehan, 1993).

La práctica de la TDC está guiada por tres teorías generales: la teoría biosocial del desarrollo y mantenimiento de los tipos de comportamientos que conforman al TLP y otros problemas asociados, la teoría conductual del aprendizaje, y la filosofía dialéctica (Linehan, 1993). La teoría biosocial postula que los trastornos generalizados de la regulación emocional y el control de impulsos resultan de una transacción (que se da a lo largo de la

historia del desarrollo) entre una predisposición biológica a la inestabilidad emocional y un entorno invalidante (Crowell et al., 2009).

La teoría conductual del aprendizaje conceptualiza como conducta a cualquier ajuste de un organismo a su ambiente; la conducta se entiende como una respuesta irreductible (que no puede ser reducida a sus correlatos y componentes orgánicos), e incluye pensar, sentir y movilizarse. También establece que todo comportamiento es causado por selección natural o por la historia de aprendizaje, y, por lo tanto, es “antiprejuicios” y “antipatologizante” (Koerner, 2012). Otra influencia de la teoría conductual en la TDC incluye la definición y evaluación conductual de los problemas, la selección de las intervenciones que se habrán de utilizar, y la evaluación “funcional” del caso (Mehlum, 2021; Swales y Heard, 2016). La adaptación de la teoría conductual del aprendizaje a la TDC postula que el mantenimiento de las conductas problemáticas de los pacientes es el resultado de 1) déficits de habilidades, 2) el efecto de contingencias de reforzamiento de castigo, 3) dificultades de experimentación emocional, y 4) las interferencias de eventos cognitivos verbales (Seow et al., 2020). Con estas hipótesis en mente, las intervenciones de modificación conductual se centran en el entrenamiento de habilidades, el manejo de contingencias, la exposición y la modificación cognitiva, todas las cuales son estrategias utilizadas en la TDC (Linehan, 1993).

La teoría dialéctica afirma que la realidad está compuesta de fenómenos interrelacionados y conectados, y que está conformada por fuerzas opuestas y siempre cambiantes (Mehlum, 2021; Rudge et al., 2017). En la TDC, la dialéctica toma la forma, tanto de una cosmovisión fundamental, como de un método de persuasión en que el terapeuta puede usar las estrategias dialécticas cuando la terapia o el paciente llegan a un punto muerto. En este caso, el terapeuta tomará una postura dialéctica sosteniendo los puntos de vista opuestos simultáneamente y buscando la verdad en ambas posiciones; de acuerdo con esta filosofía, pueden existir puntos de vista opuestos en una misma persona, lo que genera tensión y conflicto, y el conflicto puede ser necesario para lograr un cambio; esta noción puede ser particularmente útil al conceptualizar los problemas de los pacientes que tienen dificultades para tolerar creencias contradictorias (Linehan, 1993, 2014a, 2014b). La dialéctica principal en la TDC es entre aceptación y cambio, la intervención del terapeuta puede enfocarse tanto en estrategias de cambio, como de aceptación, con las que se enseñan habilidades para cambiar el comportamiento y también métodos para aceptarse a sí mismo y a la realidad tal como son (Swenson, 2016).

El objetivo final de la TDC es que el paciente pueda construir una vida que valga la pena vivir (Koerner, 2012). Para lograrlo, la TDC se organiza en cinco etapas, que incluyen un pre-tratamiento y cuatro etapas de tratamiento (consultar Koerner, 2012, para una descripción comprehensiva). De acuerdo con Linehan (1993, 2014a, 2014b), a continuación, se describen los objetivos de cada etapa. En el pre-tratamiento, se establecen los objetivos del tratamiento y se obtiene un compromiso con la terapia. El objetivo principal de la etapa I es reducir el descontrol del comportamiento de los pacientes con los problemas más graves: conductas que amenazan su supervivencia, que obstaculizan su permanencia en el tratamiento o que ven su calidad de vida severamente afectada. La etapa II atiende a los sentimientos de sufrimiento y “desesperación silenciosa” que se vuelven más palpables una vez que los comportamientos característicos de la etapa I están bajo control; en esta etapa, los pacientes comienzan a trabajar en problemas residuales como trastornos psiquiátricos, secuelas traumáticas de la invalidación, duelo inhibido, y sentimientos de aburrimiento y vacío. La etapa III se concentra en el trabajo con problemas más “comunes” y menos patológicos de la vida; en esta etapa, los pacientes comienzan a trabajar en dirección a la mejora de su autoestima y calidad de vida. La etapa IV es la etapa final del tratamiento, y su enfoque está en mejorar la conciencia de uno mismo, resolver los sentimientos de incompletitud y lograr la realización espiritual (Linehan, 1993, 2014a, 2014b).

Si bien el tratamiento de TDC se presenta de manera lineal y progresiva, las etapas del tratamiento con frecuencia se superponen y, a menudo, un paciente progresará en una etapa solo para retroceder nuevamente en otro momento (Koerner, 2012). Los estudios sobre los impactos de la TDC en población clínica se refieren principalmente a problemas de etapa 1 (Alba et al., 2022; Dunn et al., 2022; Hernández et al., 2022; Poon et al., 2022; Weinberg, 2022).

Recientemente se han implementado adaptaciones de la TDC en clínicas universitarias de diversos países, incluyendo México donde se evaluó el impacto de un programa orientado a la reducción de síntomas afectivos en población general universitaria (Huerta-Hernández et al., 2020); en EUA, donde se evaluó el efecto de un programa sobre la reducción de la ansiedad ante los exámenes y la resiliencia estudiantil general (Lee y Mason, 2019); y en Turquía, donde se evaluó el impacto de un programa sobre el bienestar general de los estudiantes (Budak et al., 2019). En ninguno de estos estudios, se valoró el efecto de la TDC en estudiantes con severos problemas de salud mental. Por otra parte, existen estudios donde se ha evaluado el efecto de adaptaciones

comprehensivas de TDC (Chugani et al., 2013; Engle et al., 2013; Meaney-Tavares y Hasking, 2013; Pistorello et al., 2012) en los que, de manera general, se han reportado reducciones en sintomatología depresiva, tentativas e ideación suicida, y un mayor ajuste general. Chugani (2015), realizó una revisión donde describe en detalle las características de los programas y sus impactos.

Pistorello et al. (2012) señalan diversas razones para implementar la TDC en clínicas universitarias con población que presenta sintomatología clínica compleja. Los autores mencionan, en primer lugar, que la TDC es un tratamiento basado en principios que es lo suficientemente flexible para atender a presentaciones clínicas complejas y variadas; en segundo lugar, que la TDC se concentra en enseñar habilidades que son relevantes para el momento del desarrollo psicológico de los estudiantes; tercero, la TDC fue desarrollada para la atención de personas con suicidalidad crónica, por lo que los estudiantes con alto riesgo suicida podrían beneficiarse de intervenciones comprehensivas para estos efectos; en cuarto lugar, señalan que los estudiantes con rasgos de TLP difieren significativamente del resto de la población universitaria, y que los blancos de intervención de la TDC resultan más pertinentes para ellos que los que usualmente se encontrarían en programas de atención usuales.

Las razones previamente expuestas apuntan a la necesidad de probar el impacto de intervenciones como la TDC en clínicas universitarias con estudiantes con presentaciones clínicas complejas. Sin embargo, en estos escenarios se requiere de intervenciones breves que puedan llevarse a cabo en el curso del ciclo escolar corriente.

Así pues, el objetivo general del presente estudio fue evaluar la utilidad de una intervención basada en la TDC comprehensiva abreviada, para la reducción de la sintomatología asociada a la desregulación emocional en un grupo de estudiantes universitarios. Los objetivos específicos fueron los siguientes: 1) describir los cambios en la sintomatología de TLP, depresión, ansiedad, estrés, calidad de vida y habilidades de atención plena tras la implementación de la intervención mediante el cálculo de diferencias de medias; y 2) determinar si hubo cambios clínicamente significativos tras la implementación de la intervención mediante el cálculo del Índice de Cambio Fiable.

Al respecto, se planteó la siguiente hipótesis de investigación: la implementación de una intervención TDC comprehensiva abreviada generará una disminución significativa de la sintomatología clínica y una mejora significativa en la salud general y las habilidades de atención plena en un grupo de estudiantes con dificultades de regulación emocional.

## Método

### Participantes

De la totalidad de estudiantes que acudieron a recibir atención en la Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (CPSM) de la universidad pública Universidad Nacional Autónoma de México durante el segundo periodo escolar 2019-2020 se identificaron a quienes, durante la entrevista inicial, presentaron dificultades de regulación emocional. A dichos sujetos se les invitó a participar en el estudio denominado “Programa de regulación emocional” y fueron enrolados posterior a obtener el consentimiento informado de cada uno; el proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación de la Universidad Nacional Autónoma de México. De los 19 participantes inicialmente enrolados, sólo seis culminaron el programa en su totalidad. En la Figura 1 se ilustra el flujograma del progreso a través de las fases del estudio.

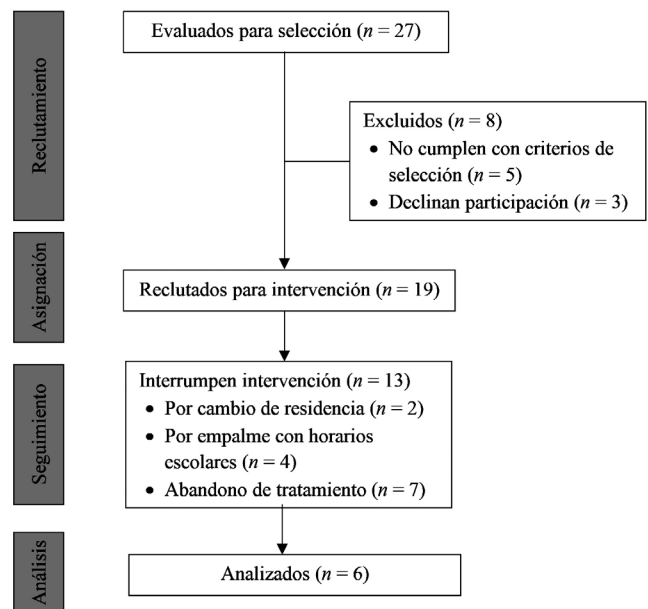


Figura 1. Flujograma de las fases del estudio.

Las características sociodemográficas e impresión diagnóstica de los participantes quienes culminaron la intervención ( $n = 6$ ), se describen en la Tabla 1. Todos los participantes eran oriundos y habitantes de la Ciudad de México.

### Instrumentos

*Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI; Sheehan et al., 1998). La MINI fue diseñada como una breve (18.7 + 11.6 minutos de aplicación de

Tabla 1. Datos sociodemográficos y clínicos de los participantes

| C | Sexo | Edad | Diagnóstico categórico   | Observaciones                                   | Farmacoterapia (dosis diaria)   |
|---|------|------|--|---|---|
| 1 | M    | 18   | Trastorno depresivo mayor; trastorno de alimentación no especificado                             | Conductas autolesivas                           | Fluoxetina (40 mg); Alprazolam (0.25 mg +0.25 mg; PRN)                                    |
| 2 | M    | 18   | Trastorno depresivo resistente; trastorno de angustia; trastorno de alimentación no especificado | Suicidalidad; antecedente de abuso sexual       | Fluoxetina (40 mg); Risperidona (1 mg)  |
| 3 | M    | 22   | Trastorno depresivo mayor; trastorno de ansiedad generalizada                                    | Conductas autolesivas                           | Fluoxetina (20 mg); Olanzapina (5 mg); Hidroxicina (10 mg)                                |
| 4 | M    | 25   | Trastorno depresivo mayor; trastorno por uso de cocaína  | Conductas autolesivas                           | Fluoxetina (20 mg)  |
| 5 | M    | 28   | Trastorno límite de personalidad; esclerosis mesial temporal                                     | Intentos suicidas                               | Escitalopram (10 mg); Valproato (500 mg); Risperidona (0.5 mg); Alprazolam (0.25 mg; PRN) |
| 6 | H    | 19   | Trastorno depresivo mayor; trastorno por uso de cannabis   | Conductas de riesgo: sexo casual sin protección | Anfebutamona (150 mg)   |

Nota. C = paciente participante; M = mujer; H = hombre; PRN = por razón necesaria.

acuerdo con los autores originales) entrevista diagnóstica estructurada que evalúa los 17 trastornos psiquiátricos más comunes en salud mental. Está dividida en módulos, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica; al comienzo de cada módulo se presentan una o varias preguntas filtro correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno, y al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen o no los criterios diagnósticos. La versión inicial fue desarrollada basándose en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta versión (DSM-IV) y en la clasificación internacional de enfermedades en su décima versión (CIE-10). Para dicha versión se reportaron adecuadas propiedades psicométricas (Sheehan et al., 1998): una sensibilidad y especificidad del 85% y un valor predictivo positivo del 75%; valores Kappa de al menos 0.51 al contrastarla con la entrevista clínica estructurada para el DSM-III-R (SCID-P). Para el presente estudio fue utilizada la versión en español 5.0.0 (Ferrando et al., 2000) desarrollada con base en el DSM-IV, dado que no existía una versión en español más actualizada al momento del estudio. Para la versión 5.0.0 se han reportado también adecuadas propiedades psicométricas: una sensibilidad de entre el 75% y 92%, especificidad de entre el 90% y 99%, valores predictivos positivos de entre 0.60 y 0.86, valores predictivos negativos de entre 0.92 y 0.99, y una precisión de entre 0.88 y 0.98 (De Azevedo y Zuardi, 2008).

**Cuestionario sociodemográfico.** Fue elaborado ad hoc para el presente estudio y en él se incluyeron preguntas sobre la edad, el sexo y la ciudad donde se habita.

Además, en él se registró la información clínica derivada de la entrevista MINI, como es el diagnóstico categórico, observaciones adicionales de los médicos psiquiatras y la farmacoterapia establecida.

**Borderline Symptom List (BSL-23;** Bohus et al., 2009). La BSL-23 fue desarrollada con el objetivo de evaluar la sintomatología clínica característica del TLP. Es un instrumento autoaplicable que consta de 23 reactivos que hacen referencia a la última semana, y deben ser contestado mediante una escala tipo Likert de 5 puntos que va de 0 (“nunca”) a 4 (“muchísimo”). La versión original reportó adecuadas propiedades psicométricas (Bohus et al., 2009): correlaciones de entre  $r = 0.95$  y  $r = 0.96$  con la BSL-95, alfa de Cronbach de 0.93, además de adecuada discriminación entre los pacientes con TLP vs. aquellos con diagnóstico del eje I (los tamaños del efecto fueron  $d = 1.13$  y 0.96). La versión adaptada al español (Soler et al., 2013) replicó la estructura unifactorial de la versión original explicando el 48.1% de la varianza, y mostró una elevada consistencia interna (un alfa de Cronbach de 0.94). El análisis test-retest también mostró resultados satisfactorios ( $r = 0.73$ ;  $p = .01$ ). Además, mostró moderadas-altas correlaciones con otras escalas de síntomas, la correlación con la BDI de síntomas depresivos fue de  $r = 0.79$ , con la STAI-S de ansiedad de estado de  $r = 0.45$ , con la Buss-Durkee de hostilidad de  $r = 0.42$  y con la DIB-R de  $r = 0.42$ . Finalmente, la sensibilidad al cambio de la escala también fue óptima obteniendo una correlación con la ICG-TLP de  $r = 0.79$  tras 12 semanas de tratamiento con TDC.

**Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21;** Antony et al., 1998). La DASS-21 es la versión abreviada de la

DASS-42 (Antony et al., 1998). Está conformada por tres subescalas que evalúan síntomas asociados a la depresión, la ansiedad y el estrés. Es una escala autoaplicable que consta de 21 reactivos que hacen referencia a la última semana, y deben ser contestados mediante una escala tipo Likert que va 0 (“no me ha ocurrido”) a 3 (“me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo”). La versión original reportó adecuadas propiedades psicométricas: una estructura de tres factores con una varianza explicada del 67%, alfas de Cronbach de 0.94 para la subescala de depresión, 0.87 para la subescala de ansiedad, y 0.91 para la subescala de estrés (Antony et al., 1998). La versión mexicana (Gurrola-Peña et al., 2006) reportó adecuadas propiedades psicométricas obteniendo una estructura factorial igual a la versión original, y una consistencia interna general de alfa de Cronbach de 0.86, de 0.81 para la subescala de depresión, de 0.76 para la subescala de ansiedad y de 0.79 para la subescala de estrés.

*General Health Questionnaire* (GHQ-12; Goldberg, 1972). El GHQ-12 es la versión abreviada de la GHQ-60 y tiene el objetivo de detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos en contextos como la atención primaria o en población general. Es un instrumento autoaplicable que consta de 12 reactivos que hacen referencia a las últimas semanas, y que deben ser contestados mediante una escala tipo Likert que va de 0 (“mejor que lo habitual”) a 3 (“mucho menos que lo habitual”). Para la versión original se reportaron adecuadas propiedades psicométricas: alfas de Cronbach de 0.82 a 0.86, con una estructura unifactorial y cargas factoriales de entre 0.30 y 0.68. La versión mexicana (Solís-Cámara et al., 2016), reportó adecuadas propiedades psicométricas obteniendo un alfa de Cronbach para los reactivos positivos de 0.85, y de 0.82 para los reactivos negativos; para la totalidad de la escala se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.81. Por otra parte, se confirmó una estructura factorial unidimensional con “efectos de método” (errores correlacionados), consistente con otros estudios.

*Mindfulness Attention Awareness Scale* (MAAS; Brown y Ryan, 2003). La MAAS fue desarrollada con el objetivo de contar con un instrumento que evaluara el grado de atención consciente con el que se realizan tareas de la vida cotidiana. Es un instrumento autoaplicable que consta de 15 reactivos que hacen referencia a la experiencia diaria, y que deben ser contestados mediante una escala tipo Likert que va de 1 (“casi siempre”) a 6 (“casi nunca”). Para la aplicación del instrumento no se requiere que los evaluados tengan experiencia en la práctica de la atención plena. La puntuación final es el promedio aritmético de las calificaciones asignadas a

cada pregunta; así, los resultados altos indican un mayor estado de atención-reconocimiento. Para la versión original se reportaron adecuadas propiedades psicométricas: un análisis factorial confirmatorio arrojó valores de  $\chi^2 = 179.14$  ( $GFI = 0.92$ ,  $IFI = 0.92$ ,  $PCFI = 0.79$ ,  $RMSEA = 0.07$ ), alfa de Cronbach de 0.87 y estabilidad test-retest de  $r = 0.81$  (Brown y Ryan, 2003). La versión mexicana (Molina et al., 2018) reportó adecuadas propiedades psicométricas proponiendo una estructura factorial de dos dimensiones, atención plena y reconocimiento, obteniendo valores alfa de Cronbach de 0.82 y 0.73 respectivamente con un valor alfa de 0.86 para la escala general.

### *Procedimiento*

Posterior a obtener el consentimiento informado de cada participante, y posterior a iniciar el tratamiento, los médicos psiquiatras evaluaron a cada participante mediante la entrevista MINI participantes realizaron la entrevista diagnóstica MINI. Dichos médicos contaban, desde su formación como especialistas, con entrenamiento en la aplicación de la entrevista, y previo a iniciar el presente estudio se llevaron a cabo dos sesiones de actualización y sistematización de la aplicación.

Posterior a ello, los participantes completaron un protocolo de evaluación para establecer la línea base de estudio (pre-intervención), mismo que incluía el cuestionario sociodemográfico, y la clinimetría seleccionada y anteriormente descrita. Esta fase se llevó a cabo en una sesión con duración de 45 min aproximadamente.

La fase II del estudio consistió en una entrevista funcional llevada a cabo por el terapeuta individual asignado en la que se recabaron datos de las conductas problemáticas y de las metas de los pacientes. Con dicha información, los terapeutas individuales elaboraron una conceptualización de caso, orientaron a los pacientes sobre los lineamientos de la TDC y obtuvieron un compromiso por parte de los pacientes para enrolarse en el tratamiento. Una vez completada la evaluación pre-tratamiento, los pacientes comenzaron con la intervención (fase III).

Al finalizar el tratamiento tras seis meses, los terapeutas individuales aplicaron nuevamente el protocolo de evaluación para obtener las mediciones de post-intervención; y con ello dar finalización a su participación en el estudio.

### *Intervención*

El protocolo de intervención aplicado en este trabajo fue basado en el modelo de TDC Estándar (Linehan,

1993) que consiste en una combinación de intervenciones individuales, de grupo, de asesoría telefónica y de equipo que fue adaptada para una duración de seis meses. La versión de TDC abreviada aquí propuesta incluye un programa de tratamiento de seis meses de terapia individual, donde se trabajó únicamente con los objetivos de la etapa 1 de la TDC comprehensiva; y durante cuatro de los seis meses se llevó a cabo el entrenamiento de habilidades.

La implementación del protocolo se llevó a cabo por un equipo de siete psicólogos, dos psiquiatras y dos trabajadoras sociales. La terapia individual estuvo a cargo de cuatro psicólogos mexicanos de entre 34 y 38 años, dos mujeres y dos hombres quienes contaban con un grado de maestría en terapia cognitivo-conductual, diplomatura en terapias contextuales y entrenamiento intensivo en TDC con al menos tres años de experiencia trabajando con el modelo. El entrenamiento de habilidades estuvo a cargo de los tres psicólogos restantes, dos mujeres y un hombre quienes contaban con grado de licenciatura y diplomaturas en terapias contextuales, y quienes fueron capacitados por ocho horas para realizar el entrenamiento y quienes contaban con al menos dos años de práctica clínica. La asistencia telefónica estuvo a cargo de una trabajadora social mexicana de 38 años, quien contaba con especialidad en trabajo social psiquiátrico con 15 años de experiencia clínica y quien fue capacitada por seis horas para atender las llamadas telefónicas. El manejo farmacológico estuvo a cargo de dos médicos psiquiatras mexicanos, un hombre y una mujer de 36 años, con alta especialidad en esquizofrenia, quienes contaban con entrenamiento intensivo en TDC y tres años de experiencia en el manejo del modelo. A continuación, se detallan los modos de tratamiento y su aplicación particular.

*Terapia individual.* Constó de 24 sesiones con frecuencia semanal y duración de 60 minutos. Los pacientes fueron asignados, mediante aleatorización sistemática, a uno de los cuatro terapeutas individuales. Los objetivos fundamentales fueron los siguientes: 1) disminuir la ideación suicida, la tentativa suicida, y las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida; 2) disminuir las no-asistencias al tratamiento, la no colaboración en sesión y el no cumplimiento de tareas; 3) disminuir el consumo de sustancias, trastornos alimentarios, conductas ilegales, relaciones interpersonales disfuncionales y trastornos del sueño; y 4) incrementar el uso de habilidades de TDC. Estos objetivos se jerarquizaron y abordaron según su grado de importancia en cada participante. Las principales estrategias que se usaron fueron validación y estrategias de comunicación recíproca, definición y jerarquización conductual de problemas, monitoriza-

ción de problemas y uso de habilidades a través del llenado de una tarjeta diario, análisis de cadena, análisis de enlaces perdidos, análisis de solución y tareas, entrenamiento de habilidades, exposición informal, clarificación y manejo de contingencias, modificación cognitiva, introspección e interpretación, orientación, educación, control de estímulos, y estrategias dialécticas como modelado de pensamiento dialéctico, uso de metáforas, entrar en la paradoja, caminar por el sendero medio, abogado del diablo, hacer limonada con limones y permitir el cambio natural. El registro de asistencias a las sesiones de terapia individual para cada participante se muestra en la Tabla 2. Debido a que la TDC es una terapia basada en principios más que en protocolos, la agenda y los objetivos de la sesión individual dependieron de la presentación *in situ* de los pacientes.

*Entrenamiento de habilidades grupal.* Constó de 15 sesiones de 120 minutos de duración con frecuencia semanal: se incluyeron dos sesiones de atención plena (mente sabia, y habilidades qué y cómo), para enseñar a permanecer en el momento presente con los pensamientos, emociones e impulsos de acción sin juzgarlos y sin actuar en consecuencia; seis sesiones de regulación emocional (entender y nombrar emociones, verificar los hechos, acción opuesta, solución de problemas, acumular emociones positivas, y ABC-cuida) para enseñar a influir en las emociones, su intensidad y su expresión; cuatro sesiones de tolerancia al malestar (STOP y TIP, ACEPTAS y mejorar el momento, aceptación radical, y media sonrisa-manos dispuestas y mindfulness de los pensamientos actuales) para enseñar a sobrevivir a una crisis emocional sin empeorar el momento, y a aceptar la realidad tal y como es sin empeorarla; y tres sesiones de efectividad interpersonal (objetivos, DEAR MAN, GIVE y FAST), para enseñar formas efectivas de hacer peticiones, poner límites, cuidar/terminar relaciones y mantener el autorrespeto durante las interacciones sociales. Las principales estrategias que se usaron fueron la orientación sobre la justificación teórica de la habilidad y su procedimiento, el modelado de la práctica de la habilidad por parte del terapeuta, diseño de un experimento conductual para practicar en el ambiente natural, y retroalimentación. El registro de asistencias a las sesiones para cada participante se muestra en la Tabla 2.

*Asistencia telefónica.* La asistencia telefónica se llevó a cabo por una trabajadora social que tenía disponible el plan de crisis de cada paciente. La trabajadora social se encontraba disponible de lunes a viernes en horario de 8:00 a 22:00 horas para que los pacientes pudieran hacer contacto en caso de requerir ayuda en la aplicación de alguna habilidad sobre alguna situación particular. El contacto fue vía llamada telefónica y/o mensajes instan-

Tabla 2. Registro de asistencia a los modos de tratamiento para cada participante

| Modo de tratamiento                   | Participantes |    |    |    |    |    |
|---------------------------------------|---------------|----|----|----|----|----|
|                                       | C1            | C2 | C3 | C4 | C5 | C6 |
| Sesiones de terapia individual        | 24            | 20 | 19 | 23 | 19 | 21 |
| Sesiones de atención plena            | 1             | 2  | 1  | 2  | 1  | 1  |
| Sesiones de regulación emocional      | 4             | 1  | 6  | 5  | 4  | 4  |
| Sesiones de tolerancia al malestar    | 4             | 2  | 4  | 4  | 4  | 1  |
| Sesiones de efectividad interpersonal | 3             | 2  | 3  | 3  | 3  | 2  |
| Contactos de asistencia telefónica    | 4             | 2  | 6  | 1  | 0  | 0  |

Nota. C = paciente participante.

táneos y cada contacto tuvo una duración máxima de 15 minutos. El registro de uso de la asistencia telefónica para cada participante se muestra en la Tabla 2.

*Reunión de equipo.* Se llevaron a cabo 20 reuniones de equipo con una duración de 90 minutos cada una, donde sistemáticamente se revisaron todos los casos. Los principales temas de consulta consistieron en los siguientes: evaluación y formulación de caso, resolución de problemas específicos, generar empatía, recibir validación, burnout, dificultades para definir las necesidades de consulta y actualización al equipo.

*Manejo farmacológico.* Las funciones de los médicos psiquiatras fueron 1) conocer literatura científica sobre farmacoterapia basada en evidencia para la inestabilidad emocional, 2) evaluar y vigilar la historia de abuso de medicamentos en los pacientes, 3) prescribir farmacoterapia coadyuvante para la TDC evitando el uso de medicamentos potencialmente letales, y 4) llevar a cabo una práctica clínica enfocada en respetar el manejo de caso establecido por el terapeuta individual. La frecuencia de la consulta psiquiátrica fue semanal; los esquemas de farmacoterapia prescritos para cada paciente se muestran en la Tabla 1.

### Análisis estadístico

Se llevó a cabo la prueba de normalidad Shapiro-Wilk que indicó una distribución normal de los datos. Para obtener los estadísticos descriptivos de la BLS-23, DASS-21, MAAS y GHQ-12 se identificaron medidas de tendencia central y dispersión de las puntuaciones totales pre y post-intervención para la muestra general y para cada participante. Para identificar los cambios en las mediciones del pre y post se compararon las medias de las puntuaciones totales mediante la prueba *t* de Student para muestras relacionadas. Posteriormente, se calculó la *d* de Cohen para conocer el tamaño de efecto de dichas diferencias.

Para complementar los análisis y para evaluar la significancia estadística del cambio individual de cada sujeto, se calculó el índice de cambio fiable (*ICF*) de Jacobson y Truax (1991) con la estrategia "A"; para ello, se tomó como criterio un  $ICF > 1.96$  (Gómez y Roussos, 2012; Jacobson y Truax, 1991; Sanz y García, 2015). Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con los programas estadísticos SPSS versión 21 y Statgraphics versión 19.

Tabla 3. Estadísticos de las pruebas *t* de Student para muestras relacionadas (pre-post)

| Variables | Pre      |           | Post     |           | <i>t</i> | <i>p</i> | <i>IC</i>     | <i>d</i> |
|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|----------|---------------|----------|
|           | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> |          |          |               |          |
| BSL-23    | 45.33    | 10.46     | 15.67    | 11.60     | 4.67     | .005*    | 13.34 - 45.98 | 1.90     |
| DASS-D    | 13.33    | 3.66      | 4.33     | 5.00      | 3.89     | .011*    | 3.06 - 14.93  | 1.58     |
| DASS-A    | 9.66     | 3.72      | 2.66     | 1.50      | 4.86     | .005*    | 3.30 - 10.69  | 1.96     |
| DASS-E    | 10.00    | 2.60      | 4.33     | 1.50      | 2.91     | .033*    | 1.67 - 10.66  | 1.18     |
| MAAS      | 40.83    | 13.97     | 70.83    | 14.55     | -5.20    | .003*    | 15.17 - 5.20  | 2.12     |
| GHQ-12    | 18.83    | 9.2       | 4.67     | 3.98      | 2.94     | .032*    | 1.81 - 26.52  | 1.20     |

Nota. *IC* = intervalo de confianza; \*  $p < 0.05$ ; BSL-23 = lista de síntomas del trastorno límite de personalidad; DASS-D = subescala de depresión de la DASS-21; DASS-A = subescala de ansiedad de la DASS-21; DASS-E = subescala de estrés de la DASS-21; MAAS = escala de conciencia y atención plena; GHQ-12 = cuestionario de morbilidad psiquiátrica y psicológica.



## Resultados

En la Tabla 3 se describen las puntuaciones medias de los instrumentos empleados pre y post-intervención, junto con las diferencias de medias y su significancia estadística para la muestra participante. Puede observarse que, para la medición de intensidad de la sintomatología clínica característica del TLP (BSL-23), para la medición de intensidad de los síntomas de depresión

(DASS-D), de ansiedad (DASS-A), y de estrés (DASS-E) y para la medición de morbilidad psiquiátrica y psicológica (GHQ-12), se obtuvieron puntuaciones menores, y para la medición de habilidades de atención plena se obtuvieron puntuaciones más elevadas, todo ello posterior a la implementación de la intervención de TDC. Las diferencias entre la pre y la post-intervención resultaron estadísticamente significativas y con tamaños del efecto grandes de acuerdo con lo establecido por Cohen (1977).

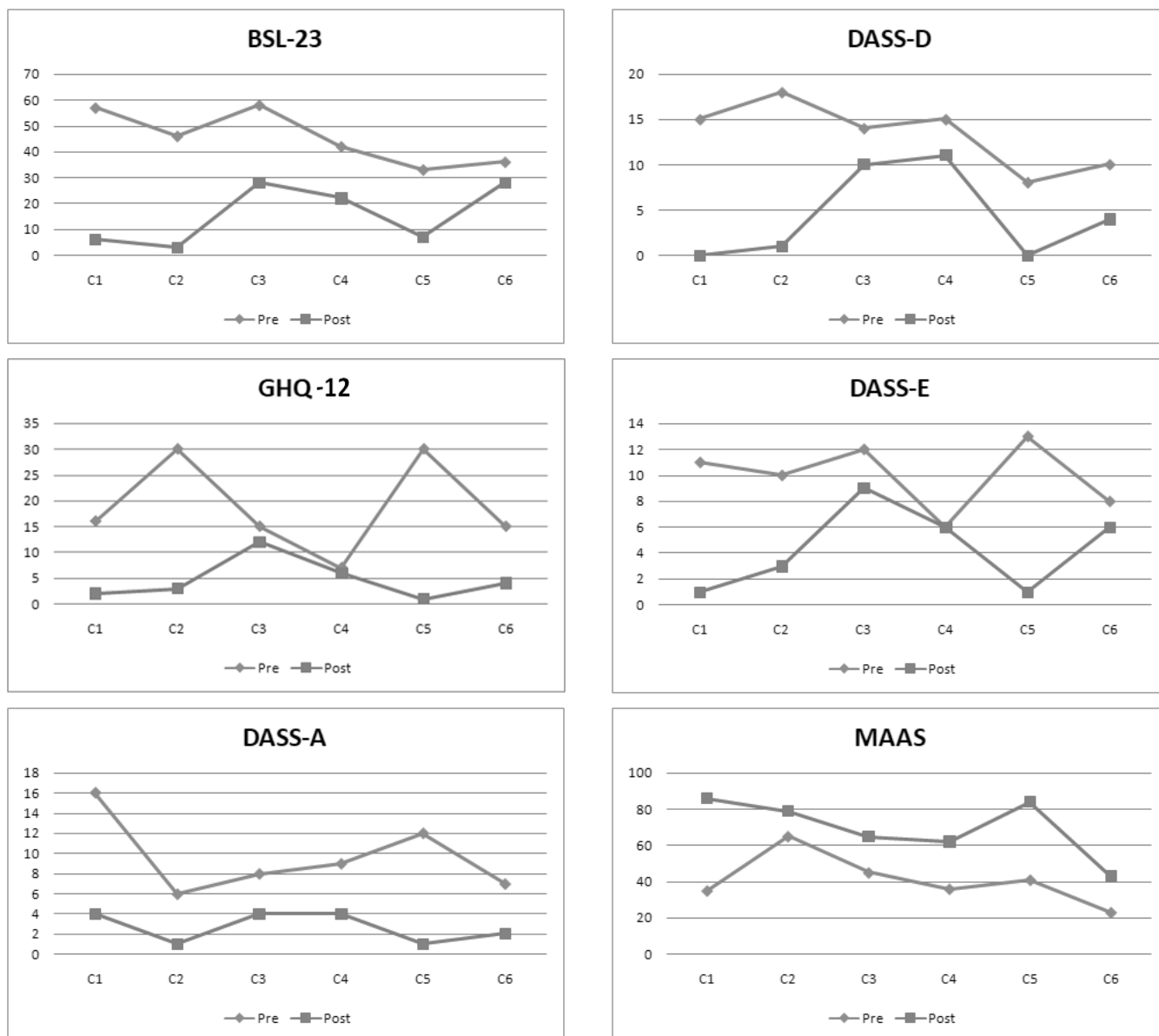


Figura 2. Puntuaciones de los instrumentos empleados para cada paciente en la pre y post-intervención.

*Nota.* BSL-23 = lista de síntomas del trastorno límite de personalidad; DASS-D = subescala de depresión de la DASS-21; GHQ-12 = cuestionario de morbilidad psiquiátrica y psicológica; DASS-E = subescala de estrés de la DASS-21; DASS-A = subescala de ansiedad de la DASS-21; MAAS = escala de conciencia y atención plena; C = paciente participante.

Respecto a las diferencias individuales entre la pre y post-intervención, en la Figura 2 se ilustran las puntuaciones de cada paciente para los instrumentos empleados. Como puede notarse, ante la inspección visual puede suponerse una mejoría clínica en prácticamente todos los pacientes participantes y para toda la clinimetría empleada. Sin embargo, para corroborar que dicho cambio fuera clínicamente significativo, en la Tabla 4 se reportan los *ICF*.

De acuerdo con el punto de corte establecido para el índice de cambio fiable (*ICF* > 1.96), todos los pacientes participantes, excepto el C5, presentaron cambios clínicamente significativos (disminución de puntuaciones) para los síntomas del TLP (BSL-23) y para la ansiedad (DASS-A), tras la intervención. Todos los participantes, excepto el C3 y el C4, presentaron cambios clínicamente significativos (disminución de puntuaciones) para la depresión y el estrés (DASS-D y DASS-E, respectivamente), y para la morbilidad psiquiátrica y psicológica (GHQ-12). Y finalmente, todos los pacientes participantes, excepto el C2, presentaron cambios clínicamente significativos (aumento de puntuaciones) para la atención y conciencia plena (MAAS), tal como puede observarse en la Tabla 4.

## Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la utilidad de una intervención basada en la TDC para la reducción de la sintomatología asociada a la desregulación emocional en un grupo de estudiantes universitarios; y los resultados obtenidos fueron similares a los reportados en otras investigaciones, como se describe a continuación.

En relación con la sintomatología clínica del TLP, en un estudio realizado por Flynn et al. (2017) donde se evaluó la efectividad de la TDC en participantes que contaban con un diagnóstico de TLP, se reportó, a lo largo de nueve mediciones que se realizaron durante el tratamiento, una reducción significativa de la sintomatología entre el 40 y el 49% para este trastorno. En un estudio de Lakerman et al. (2021), se observó una disminución en la sintomatología del TLP tras la implementación de la TDC; la disminución de las puntuaciones fue observable a partir de la semana 12 de la implementación. Estos autores también refieren una disminución en las tasas de hospitalización, incluso después de un año de haber formado parte del estudio. Los resultados de estas investigaciones coinciden con lo observado en el

Tabla 4. Puntuaciones pre y post-intervención y valores de cambio clínico para cada paciente

| Variables | C1         | C2     | C3     | C4     | C5     | C6     |        |
|-----------|------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| BSL-23    | Pre        | 57     | 46     | 58     | 42     | 36     | 33     |
|           | Post       | 6      | 3      | 28     | 22     | 28     | 7      |
|           | <i>ICF</i> | -6.68* | -5.63* | -3.93* | -2.62* | -1.04  | -3.40* |
| DASS-D    | Pre        | 15     | 18     | 14     | 15     | 8      | 10     |
|           | Post       | 0      | 1      | 10     | 11     | 0      | 4      |
|           | <i>ICF</i> | -6.63* | -7.52* | -1.76  | -1.76  | -3.53* | -2.65* |
| DASS-A    | Pre        | 16     | 6      | 8      | 9      | 13     | 7      |
|           | Post       | 4      | 1      | 4      | 4      | 1      | 2      |
|           | <i>ICF</i> | -6.00* | -2.52* | -2.00* | -2.51* | -6.00* | -2.52* |
| DASS-E    | Pre        | 11     | 10     | 12     | 6      | 13     | 8      |
|           | Post       | 1      | 3      | 9      | 6      | 1      | 6      |
|           | <i>ICF</i> | -6.25* | -4.37* | 1.88   | 0      | -7.53* | -1.25  |
| MAAS      | Pre        | 35     | 65     | 45     | 36     | 41     | 23     |
|           | Post       | 86     | 79     | 65     | 62     | 84     | 49     |
|           | <i>ICF</i> | 6.91*  | 1.89   | 2.71*  | 3.52*  | 5.82*  | 3.52*  |
| GHQ-12    | Pre        | 16     | 30     | 15     | 7      | 30     | 15     |
|           | Post       | 2      | 3      | 12     | 6      | 1      | 4      |
|           | <i>ICF</i> | -2.46* | -4.75* | -0.52  | -0.17  | -5.10* | 1.93   |

*Nota.* C = paciente participante; BSL-23 = lista de síntomas del trastorno límite de personalidad; *ICF* = índice de cambio fiable; DASS-D = subescala de depresión de la DASS-21; DASS-A = subescala de ansiedad de la DASS-21; DASS-E = subescala de estrés de la DASS-21; MAAS = escala de conciencia y atención plena; GHQ = cuestionario de morbilidad psiquiátrica y psicológica; \*  $p < .05$ .

presente estudio respecto a la disminución de sintomatología TLP durante los seis meses de su implementación. Dicho resultado corrobora que la versión abreviada de la TDC es efectiva para ello.

En relación con los resultados obtenidos en la escala DASS-21 y sus correspondientes subescalas, se registraron menores puntuaciones en todas las variables (depresión, ansiedad y estrés), siendo esto coincidente con lo reportado en diversos estudios (Fitzpatrick et al., 2020; Linehan et al., 2015; McMain et al., 2018; Mohammad y Ahadi, 2011) en los cuales se compararon las puntuaciones pre-test y post-test de los participantes obteniendo como resultado una disminución significativa en dichas puntuaciones. De igual forma, en un estudio de Pistorello et al. (2012) con universitarios se reportó una disminución en las puntuaciones de depresión.

En este mismo sentido respecto a los resultados obtenidos en las puntuaciones de ansiedad y estrés, existen estudios previos (Flynn et al., 2017; Panepinto et al., 2015) donde se reportan resultados similares; específicamente, en un estudio de Seow et al. (2022) se reportan tamaños del efecto medianos a grandes para las mediciones de estrés y ansiedad, así como un cambio clínico significativo. Este tipo de resultados también se observaron en el presente estudio, al obtenerse en la escala DASS-21 y sus subescalas un tamaño del efecto medio a grande, así como puntuaciones que indicaban una mejoría clínica significativa, lo cual sugiere que la implementación de la versión abreviada de la TDC tuvo un impacto significativo en las variables de ansiedad y depresión, considerándose como un resultado positivo, ya que esto podría impactar en estados de salud mental más favorables para los pacientes.

Para los resultados observados en la escala GHQ-12, los cuales sugieren una mejoría en la calidad de vida y el bienestar psicológico (al reportarse puntuaciones menores), algunos estudios previos (Gillespie et al. 2022; Swales et al. 2016) describen que los participantes asignados a una intervención de TDC reportaron mejoría en cuanto a su salud mental y calidad de vida relacionada con la salud, lo cual se observó también en el reporte cualitativo de dicho estudio donde los participantes consideraron la TDC como un factor que cambió sus vidas.

Respecto a los resultados obtenidos en la escala MAAS, es posible sugerir que los pacientes aumentaron sus habilidades de atención plena, considerándose también un efecto positivo, puesto que se sabe que el desarrollo de atención plena es de ayuda para la reducción de diversa sintomatología psiquiátrica como la depresiva y la desregulación emocional (Chapman y Hope, 2019).

En cuanto a los resultados obtenidos para los *ICF*, específicamente en aquellos participantes que no mos-

traron cambios clínicamente significativos, a continuación, se ofrecen algunas posibles explicaciones. Para el paciente 2, los resultados podrían entenderse debido al reducido número de sesiones del grupo de entrenamiento en habilidades de regulación emocional a las que asistió (1 de 6 sesiones); así como el antecedente de abuso sexual, para el cual quizás se hubiera requerido incorporar otros protocolos de TDC específicos para dicha variable. Siguiendo con el participante 3, los resultados arrojados en las escalas DASS-D, DASS-E y GHQ-12 podrían entenderse por el reducido número de sesiones de terapia individual y de entrenamiento de habilidades de atención plena a las que asistió (19 de 24 y 1 de 2, respectivamente); esta última de crucial relevancia ya que tiene una función de ayudar a permanecer en el presente y sin juicios, sobre todo si se toma en cuenta la tendencia a la rumiación asociada a la ansiedad y depresión, diagnósticos que de hecho presentaba. Continuando con el participante 4, un aspecto a considerar sería el trastorno por consumo de cocaína, dado que su presencia puede influir en las variables relacionadas con estrés y depresión, esto podría explicar la ausencia de cambios clínicamente significativos en las subescalas DASS-D y DASS-E como en la escala GHQ-12. Para este caso, se hubiera requerido incorporar las adaptaciones pertinentes de la TDC para el uso de sustancias. Por último, para el paciente 5, quien no mostró cambios significativos en las escalas BSL-23 y DASS-A, podría explicarse esto por la presencia de un diagnóstico de esclerosis múltiple, tomando en cuenta las características de esta enfermedad y los síntomas que suelen acompañar su desarrollo. Además, otro factor a mencionar es el reducido número de sesiones de terapia individual a las cuales asistió (19 de 24), también contó con inasistencias a sesiones del grupo de entrenamiento en habilidades (12 de 15) y durante el tratamiento no usó el coaching telefónico, recordando que este último componente tiene un papel importante en la generalización de las habilidades. Cabe mencionar que la participante también presentaba intentos de suicidio previos.

De acuerdo con lo previamente mencionado, una parte de los resultados obtenidos podría deberse a la presencia de ciertas comorbilidades en los participantes; de igual forma, es importante considerar la participación o asistencia de los pacientes a los diversos componentes del tratamiento lo cual podría influir en los resultados. Un punto a considerar sería el número de sesiones, probablemente algunos participantes se beneficien de un número mayor; sin embargo, los resultados obtenidos en el estudio son favorables para un tratamiento con duración de seis meses. Se considera que los elementos previamente mencionados para cada uno de los participan-

tes tendrían cierta influencia en los resultados.

Además de los factores relacionados con la asistencia al tratamiento, un aspecto a mencionar en el presente estudio es el número de participantes que abandonaron el tratamiento. Una de las principales razones para abandonar fue por cuestiones académicas. Recordando que se trabajó con estudiantes universitarios los cuales además de asistir a las sesiones individuales y al grupo de entrenamiento en habilidades, también tenían responsabilidades académicas, para algunos de ellos estas actividades relacionadas con su formación profesional propiciaron que no fuera posible permanecer dentro del tratamiento. Este tipo de razones académicas son una variable frecuente al trabajar en contextos universitarios.

Se concluye que la versión abreviada de la TDC con duración de seis meses aplicada a universitarios cuenta con resultados favorables y constituye una opción para mejorar dificultades de regulación emocional y la calidad de vida, así como también promover estados de salud mental óptimos.

Entre las principales limitaciones del estudio se encontró el no contar con un grupo control. Su inclusión permitiría fortalecer el argumento de la efectividad de la intervención. También es importante subrayar el número reducido de participantes, tomando en cuenta que a lo largo del estudio se contó con algunos que decidieron abandonarlo. Al trabajar en contextos universitarios es posible que barreras como los horarios de clase, responsabilidades académicas o en algunos casos el calendario escolar influyan en la permanencia de los participantes en el programa.

Para futuros estudios se recomienda agregar una fase de seguimiento para conocer si el efecto de los resultados reportados como favorables se mantiene con el transcurso del tiempo, además de contar con una muestra más equilibrada en cuanto a la presencia de hombres y mujeres, lo cual haría posible conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, y, por último, se sugiere contar con un número mayor de participantes en el estudio.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

### Referencias

Alba, M. C., Bailey, K. L., Conilio, K. A., Finkelstein, J., & Rizvi, S. L. (2022). Risk management in dialectical behavior therapy: Treating life-threatening behaviors as problems to be solved. *Psychotherapy, 59*(2), 163-167. <https://doi.org/10.1037/psst0000376>

Alvear, G., Yamamoto, K., Morán, A., Rodríguez, P., Solís, T. C., Varela, M., & Fajardo, Y. M. (2015). Tobacco use, alcohol consumption and family history, such as risk of chronic disorders in university students. *Revista Médica del Hospital General de México, 78*(2), 67-72. <http://doi.org/10.1016/j.hgmx.2015.03.008>

Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment, 10*(2), 176-181. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>

Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philippen, A., & Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology, 42*(1), 32-9. <http://doi.org/10.1159/000173701>

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personal and Social Psychology, 84*(2), 822-848. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>

Budak, M., Özeke-Kocabaş, E., & Ivanoff, A. (2019). Dialectical behavior therapy skills training to improve Turkish college students' psychological well-being: A pilot feasibility study. *International Journal for the Advancement of Counseling, 41*(4), 580-597. <http://doi.org/10.1007/s10447-019-19379-5>

Calati, R., Gressier, F., Balestri, M., & Serretti, A. (2013). Genetic modulation of borderline personality disorder: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research, 47*(10), 1275-1287. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.06>

Castro S. E., Benjet, C., Juárez G. F., Jurado C. S., Lucio G. M., & Valencia C. A. (2017). Non-suicidal self-injuries in a sample of Mexican university students. *Salud Mental, 40*(5), 191-200. <http://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2017.025>

Center for Collegiate Mental Health (2012). *Annual report (Publicación No. STA 12-59)*. <http://ccmh.squarespace.com>

Chapman, A., & Hope, N. (2019). Dialectical behavior therapy and treatment of emotion dysregulation. In T. P. Beauchaine, & S. E. Crowell (Eds.), <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780190689285.001.0001/oxfordhb-9780190689285> *The Oxford handbook of emotion dysregulation, 1st ed.* (pp. 3-24). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190689285.013.32>

Chugani, C. (2015). Dialectical behavior therapy in college counseling centers: Current literature and implications for practice. *Journal of College Student Psychotherapy, 29*, 120-131. <http://doi.org/10.1080/87568225.2015.1008368>

Chugani, C., Ghali, M. N., & Brunner, J. (2013). Effectiveness of short-term dialectical behavior skills training in college students with cluster B personality disorders. *Journal of College Student Psychotherapy, 27*(4), 323-336. <https://doi.org/10.1080/87568225.2013.824337>

Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for behavioral science*. Academic Press.

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality disorder: Elaborating and extending Linehan's theory.

- Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- De Azevedo, M., & Zuardi A. (2008). Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. *Psychiatry and Primary Care*, 30(4), 303-310. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2008.02.001>
- De Cou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 50(1), 60-72. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.009>
- Dunn, N., Walton, C., Matsunagga, E., Williams, C., & Dimeff, L. (2022). Acceptability of telehealth for multidagnostic suicidal patients in a real-world dialectical behavior therapy clinic during the COVID-19 pandemic. *Telemedicine and e-Health*, 0(0). <http://doi.org/10.1089/tmj.2022.0205>
- Engle, E., Gadischkie, S., Roy, N., & Nunziato, D. (2013). Dialectical behavior therapy for a college population: Applications at Sarah Lawrence College and beyond. *Journal of College Student Psychotherapy*, 27(1), 11–30. <https://doi.org/10.1080/87568225.2013.739014>
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., y Soto, O. (2000). *MINI. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Versión en español 5.0.0. DSM-IV*. Traducida por L. Franco-Alfonso, y L. Franco. [http://entomologia.rediris.es/pub/bscw.cgi/d602335/MINI/Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.pdf](http://entomologia.rediris.es/pub/bscw.cgi/d602335/MINI/Entrevista%20Neuropsiqui%C3%A1trica%20Internacional.pdf)
- Fitzpatrick, S., Bailey, K., & Rizvi, S. L. (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(6), 946–957. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.12.009>
- Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., Corcoran, P., Gillespie, C., Suarez, C., Weihrauch, M., & Cotter, P. (2017). Standard 12-month dialectical behavior therapy for adults with borderline personality disorder in a public community mental health setting. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 19. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0070-8>
- Gillespie, C., Murphy, M., Kells, M., & Flynn, D. (2022). Individuals who report having benefited from dialectical behavior therapy (DBT): A qualitative exploration of processes and experiences at long-term follow-up. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00179-9>
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Maudsley Monograph No. 21. Oxford University Press.
- Gómez, J., y Roussos, A. (2012). ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran? Criterios para la significancia clínica en psicoterapia: Un debate que se renueva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 173-190. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281927588009>
- Gurrola-Peña, M. G., Balcázar-Nava, P., Bonilla-Muños, M. P., y Virseda-Heras, J. A. (2006). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de depresión ansiedad y estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología y Ciencia*, 8(2), 3-7. <https://www.redalyc.org/pdf/314/31480201.pdf>
- Hernández, O., Arango, I., Miranda, E., Muñoz, C., Rodríguez, A., & Robles, R. (2022). Adaptation of a DBT intervention to reduce self-harm in borderline personality disorder. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 22(3), 277-287. <https://www.ijpsy.com/volumen22/num3/621/adaptation-of-a-TDC-intervention-to-reduce-EN.pdf>
- Huerta-Hernández, J. N., Reyes-Ortega, M. A., Sotelo-González, C. E., Gil-Díaz, M. E., Lima-Téllez, Z., Gutiérrez-Cardona, C. R., y Barrientos-García, M. T. (2020). Implementación del Programa Habilidades para la Solución de Problemas Emocionales DBT STEPS-A en estudiantes universitarios mexicanos. *Psicología y Salud*, 13(1), 103-112. <http://doi.org/10.25009/pys.v3i1i1.2680>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2022). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Comunicado de prensa núm. 503/22. 8 de septiembre de 2022*. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP\\_SUICIDIOS22.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_SUICIDIOS22.pdf)
- Islas-León, V. (2022). Virtual self-help groups for patients with borderline personality disorder (BPD): Theoretical review. *Journal of Basic and Applied Psychology Research*, 4(7), 15-21. <https://doi.org/10.29057/jbapr.v4i7.7748>
- Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 205-15. <http://doi:10.1037//0022-006x.59.1.12>
- Keinänen, M. T., Johnson, J. G., Richards, E. S., & Courtney, E. A. (2012). A systematic review of the evidence-based psychosocial risk factors for understanding of borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(1), 65–91. <https://doi.org/10.1080/02668734.2011.652659>
- Kliem, S., Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 936–951. <http://doi.org/10.1037/a0021015>
- Koerner, K. (2012). *Doing dialectical behavior therapy: A practical guide*. Guilford Press.
- Lakerman, R., Emeleus, M., Davies, S., & Anderson, S. (2021). A pragmatic evaluation of a high-fidelity dialectical behaviour therapy programme for youth with borderline personality disorder. *Advances in Mental Health*, 19(2), 116-126. <https://doi.org/10.1080/18387357.2020.1761262>
- Lara, N., Saldaña, Y., Fernández, N., y Delgadillo, H. J. (2015). Salud, calidad de vida y entorno universitario en estudiantes mexicanos de una universidad pública. *Hacia la promoción de la Salud*, 20(2), 102-117. <http://doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.2.8>
- Lee, S., & Mason, M. (2019). Effectiveness of brief DBT-informed group therapy on psychological resilience: A preliminary naturalistic study. *Journal of College Student Psychotherapy*, 33(1), 25–37. <https://doi.org/10.1080/87568225.2018.1425646>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2014a). *DBT skills training manual. 2nd edition*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2014b). *DBT skills training handouts and worksheets. 2nd edition*. Guilford Press.
- 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>
- McMain, S. F., Chapman, A. L., Kuo, J. R., Guimond, T., Streiner, D. L., Dixon-Gordon, K. L., Isaranuwatthai, 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. <http://doi.org/10.1186/s12888-018-1802-z>
- Meaney-Tavares, R., & Hasking, P. (2013). Coping and regulating emotions: A pilot study of a modified dialectical behavior therapy group delivered in a college counseling service. *Journal of American College Health*, *61*(5), 303–309. <http://doi.org/10.1080/07448481.2013.791827>
- Mehlum, L. (2021). Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy for people with borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, *37*, 89–93. <http://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.08.017>
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara-Muñoz, C., Benjet, C., Blanco-Jaimes, J., Fleiz-Bautista, C., Villatoro-Velázquez, J., Rojas-Guiot, E., Zambrano-Ruiz, J., y Casanova-Rodas, L. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, *26*(4), 1–16. [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/articulo/view/956/954](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/articulo/view/956/954)
- Mohammad, A. K., & Ahadi, H. (2011). Declining the rate of major depression: Effectiveness of dialectical behavior therapy. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *35*, 230–236. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.02.083>
- Molina, F. I. B., Rosas, A. R., y Coutiño, A. B. M. (2018). Estructura factorial del Mindful Attention and Awareness Scale para estudiantes mexicanos de nivel medio superior. *Psicología y Salud*, *28*(2), 239–250. <https://doi.org/10.25009/pys.v28i2.2560>
- Navarro-Haro, M. V., Pérez-Hernández, N., Serrat, S., & Gasol-Colomina, M. (2019). Efectividad y aceptabilidad del entrenamiento en habilidades de la terapia dialéctica comportamental para familiares de personas con trastorno de personalidad límite. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *23*(3), 201–209. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.21907>
- Nitsche Royo, P., Echeverría, G., Pedrals, N., Zúñiga, D., Rigotti, A., Cisternas, M., Grassi, B., y Bitrán, M. (2022). Autocuidado en estudiantes de medicina: Implementación y evaluación de un programa online. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, *47*(3), 15–24. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v47i3.1746>
- Panepinto, A. R., Uschold, C. C., Olandese, M., & Linn, B. K. (2015). Beyond borderline personality disorder: Dialectical behavior therapy in a college counseling. *Journal of College Student Psychotherapy*, *29*(3), 211–226. <https://doi.org/10.1080/87568225.2015.1045782>
- Pistorello, J., Fruzzetti, A. E., MacLane, C., Gallop, R., & Iverson, K. M. (2012). Dialectical behavior therapy (DBT) applied to college students: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(6), 982–994. <https://doi.org/10.1037/a0029096>
- Poon, J., Galione, J. N., Grocorr, L., Horowitz, G., Kudinova, A., & Kim, K. (2022). Dialectical behavior therapy for adolescents (DBT-A): Outcomes among sexual minorities at high risk for suicide. *Suicide Life Threat Behavior*, *52*(3), 383–391. <http://doi.org/10.1111/sltb.12828>
- Rizvi, S. L., Steffel, L. M., & Carson-Wong, A. (2013). An overview of dialectical behavior therapy for professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *44*(2), 73–80. <https://doi.org/10.1037/a0029808>
- Rudge, S., Feigenbaum, J. D., & Fonagy, P. (2017). Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy and cognitive behaviour therapy for borderline personality disorder: A critical review of the literature. *Journal of Mental Health*, *29*(1), 92–102. <http://doi.org/10.1080/09638237.2017.1322185>
- Sanz, J., y García, M. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: Ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clinica y Salud*, *26*, 167–80. <http://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.004>
- Secretaría de Salud (22 diciembre 2022). *Alrededor de 1.5 % de la población padece trastorno límite de la personalidad*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/270-alrededor-de-1-5-de-la-poblacion-padece-trastorno-limite-de-la-personalidad>
- Seow, L., Collins, K., Page, A., & Hooke, G. (2022). Outcomes of brief versions of dialectical behavior therapy for diagnostically heterogeneous groups in a routine care setting. *Psychotherapy Research*, *32*(2), 179–194. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1933240>
- Seow, L., Page, A. C., & Hooke, G.R. (2020). Severity of borderline personality disorder symptoms as a moderator of the association between the use of dialectical behaviour therapy skills and treatment outcomes. *Psychotherapy Research*, *30*(7), 920–933. <http://doi.org/10.1080/10503307.2020.1720931>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, *59*(supplement 20), 22–33. <http://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/1998/v59s20/v59s2005.aspx>
- Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, A., Elices, M., Ortiz, C., Pérez, V., Bohus, M., & Pascual, J. C. (2013). Validation of the Spanish version of the Borderline Symptom List, short form (BSL-23). *BMC Psychiatry*, *14*, 130–139. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-13-139><https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-139>
- Solis-Cámara, P., Meda-Lara, R. M., Moreno-Jiménez, B., y Juárez-Rodríguez, P. (2016). Estructura factorial del cuestionario de salud general GHQ-12 en población general de México. *Salud & Sociedad*, *7*(1), 62–76. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2016.0001.00004>
- Swales, M., & Heard, H. (2016). *Dialectical behavior therapy. Distinctive features. 2nd edition*. Routledge.
- Swales, M., Hibbs, R. A., Bryning, L., & Hastings, R. P. (2016). Health related quality of life for young people receiving dialectical behaviour therapy (DBT): A routine outcome-

- monitoring pilot. *SpringerPlus*, 5(1), 1137. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-2826-9>
- Swenson, C. R. (2016). *DBT principles in action: Acceptance, change, and dialectics*. Guilford Publications.
- Titelius, E. N., Cook, E., Spas, J., Orchowski, L., Kivisto, K., O'Brien, K., Frazier, E., Wolff, J. C., Dickstein, D. P., Kim, K. L., & Seymour, K. E. (2018). Emotion dysregulation mediates the relationship between child maltreatment and non-suicidal self-injury. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 27(3), 323-331. <http://doi.org/10.1080/10926771.2017.1338814>
- Weinberg, E. (2022). Effect of care management or online dialectical behavior therapy skills training vs usual care on self-harm among adults with suicidal ideation. *JAMA*, 327(22), 2246. <http://doi.org/10.1001/jama.2022.5880>
- Zanarini, M. C., Temes, C. M., Magni, L. R., Aguirre, B. A., Hein, K. E., & Goodman, M. (2020). Risk factors for borderline personality disorder in adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 34(supplement B), 17-24. [http://doi.org/10.1521/pedi\\_2019\\_33\\_425](http://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_425)
- Zivin, K., Eisenberg, D., Gollust, S. E., & Golberstein, E. (2009). Persistence of mental health problems and needs in a college student population. *Journal of Affective Disorders*, 117, 180-185. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2009.01.001>