

Terapia dialéctico-conductual para estudiantes universitarios con desregulación emocional

Dialectical behavior therapy for university students with emotional dysregulation

Linda Esmeralda Mendoza-Aguilera¹, Liliana Mondragón-Barrios²,
 Elia Jazmín Mora-Ríos², Angélica Riveros-Rosas³
 y Juan José Sánchez-Sosa¹

Universidad Nacional Autónoma de México^{1,3}
 Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”²

Autor para correspondencia: Linda Esmeralda Mendoza A., psicesmendoza@gmail.com.

RESUMEN

Antecedentes: La terapia dialéctico-conductual (TDC) es una intervención basada en evidencia que ha mostrado eficacia cuando se aplica a estudiantes universitarios que experimentan desregulación emocional. No obstante, los resultados de las investigaciones aún no ofrecen información suficiente sobre la elección empírica de los contenidos-base y el análisis específico de los componentes del proceso terapéutico. **Objetivo:** identificar el efecto de la TDC para universitarios con desregulación emocional, así como examinar sus efectos relativamente específicos en las condiciones circundantes de los participantes. **Método:** Se empleó un diseño exploratorio secuencial de métodos mixtos, utilizando para ello entrevistas semiestructuradas y un diseño experimental intrasujetos. Los datos cualitativos se procesaron mediante un análisis de contenido temático, y los cuantitativos a través del índice de no solapamiento de todos los pares (NAP) y la prueba estadística de Wilcoxon. **Resultados:** Se encontró un efecto positivo para disminuir las estrategias de afrontamiento desadaptativas y la emisión de conductas problema. **Discusión:** Los hallazgos documentan efectos positivos en las variables de interés en prácticamente todos los participantes, aunque futuros estudios se beneficiarían de ajustar la intervención para mejorar las estrategias de efectividad interpersonal.

Palabras clave: Terapia dialéctico-conductual; Desregulación emocional; Estudiantes universitarios; Estrategias de afrontamiento.

ABSTRACT

Background: *Dialectical Behavior Therapy (DBT) is an evidence-based intervention that has shown efficacy in treating university students experiencing emotional dysregulation. However, research findings have not yet provided sufficient information on the empirical selection of core content and a specific analysis of the components of the therapeutic process.* **Objective:** *Thus, the present study aimed to identify the effect of DBT for college students with emotional dysregulation and to examine relatively specific effects related to the participants' surrounding conditions.* **Method:** *A sequen-*

¹ Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Copilco, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México.

² Calzada México-Xochimilco 101, Col. Huipulco, Tlalpan, 14370 Ciudad de México, México.

³ Facultad de Contaduría y Administración, Cto. Exterior, Ciudad Universitaria, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México.



tial mixed-methods exploratory design was used employing semi-structured interviews and a within-subject experimental design. Qualitative data were processed using thematic content analysis, while quantitative data were analyzed using the non-overlap index of all pairs (NAP) and the Wilcoxon statistical test. Results: The intervention resulted in reduced maladaptive coping strategies and the occurrence of problem behaviors. Discussion: The findings document positive effects on the variables of interest in virtually all participants. However, future studies would benefit from adjusting the intervention to improve interpersonal effectiveness strategies.

Key words: Dialectical behavior therapy; Emotional dysregulation; University students; Coping strategies; Academic performance.

Recibido: 22/05/2025

Aceptado: 03/06/2025

Los estudiantes universitarios constituyen una población con características individuales, familiares y socioeconómicas muy heterogéneas. Los antecedentes personales y familiares, de bienestar e incluso las condiciones en las que inician y mantienen su formación son tan diversas que propician brechas en su desarrollo profesional y su funcionamiento cotidiano (Riveros *et al.*, 2013).

La vida universitaria representa una etapa de transición para los adultos jóvenes que los expone a nuevas fuentes de estrés (Lee y Mason, 2019). Se ha descrito que, de forma cotidiana, los estudiantes pueden experimentar incertidumbre, fatiga, estado de ánimo alterado, baja motivación, dificultades para concentrarse y prestar atención, indecisión y pérdida de interés en actividades placenteras (Chugani *et al.*, 2022; Kitzrow, 2003).

Con la intención de evaluar las necesidades de salud mental en estudiantes universitarios, la Organización Mundial de la Salud impulsó el programa internacional denominado Proyecto Universitario Para Alumnos Saludables (“PUERTAS”) (*cf.* Ebert *et al.*, 2019), en el que participaron 19 universidades de ocho países, entre ellos México, en las que se evaluaron las necesidades de cu-

tro mil estudiantes de primer año de la carrera. El estudio mostró que, de ellos, 7.8% manifestaba ideación suicida, 17.9% tenía un diagnóstico de enfermedad mental y 4.7% reunía tres o más criterios diagnósticos de algún otro trastorno.

Un estudio similar en universidades públicas de México evaluó a poco más de cuatro mil universitarios de seis universidades. Los resultados revelaron que 32.5% había experimentado un probable trastorno de salud mental a lo largo de su vida, siendo los más comunes la ansiedad, la depresión y el déficit de atención con hiperactividad; 27.8% exhibía autolesiones, 23% ideación suicida, y 3.5% había intentado suicidarse en los doce meses previos a la evaluación (Benjet *et al.*, 2019).

Es importante destacar que quienes experimentan sintomatología diversa pero subclínica (con rasgos de trastornos de salud mental, pero sin cumplir los criterios diagnósticos) difficilmente encuentran la atención necesaria mediante intervenciones especializadas para sus necesidades (Tobon *et al.*, 2020), lo que su vez afecta la continuidad de dicha atención y empeora el pronóstico (Chugani *et al.*, 2013).

Dentro de los factores psicológicos hallados en estas investigaciones se encuentra la desregulación emocional como un proceso modular que aumenta la vulnerabilidad psicosocial (Cavicchiali *et al.*, 2023). Otros autores describen las habilidades de regulación emocional como el conjunto de procesos necesarios para afectar la experiencia emocional al modificar su intensidad, duración o calidad y, por tanto, su carácter adaptativo (Anderson *et al.*, 2021). La regulación emocional también comprende un conjunto de habilidades disposicionales, o sea, aquellas que facilitan o dificultan la aparición de diversas conductas (Koç y Uzun, 2023). Por ello, contar con adecuadas estrategias de regulación facilitará la elección de acciones dirigidas a las metas y reducirá la probabilidad de que aparezcan conductas impulsivas (Faustino, 2021).

En 1993 Linehan creó el concepto de *desregulación emocional* para referirse a la serie de dificultades graves que enfrentan algunos individuos para realizar procesos adaptativos de regulación

y adaptación. A este efecto, Linehan y Gagliosi (2020) la definen como “la incapacidad, pese a los mejores esfuerzos, de cambiar o regular los estímulos emocionales, las experiencias, las acciones, las respuestas verbales y/o las expresiones no verbales en condiciones normativas” (p. 46).

La desregulación emocional suele incluir lo siguiente: 1) exceso de experiencias emocionales dolorosas; 2) incapacidad para regular la activación intensa; 3) problemas para desviar la atención de estímulos emocionales; 4) distorsiones cognitivas; 5) fallas en el procesamiento de la información; 6) control insuficiente de conductas impulsivas; 7) dificultades para organizar y coordinar actividades hacia objetivos no dependientes del estado de ánimo, y 8) tendencia a “congelarse” (paralizarse) o disociarse ante un estrés relativamente intenso (Lancastle *et al.*, 2025).

La desregulación emocional se ha asociado con el inicio y el mantenimiento de una amplia variedad de problemas de salud mental en jóvenes, como sintomatología ansiosa y depresiva, malestar emocional intenso, autolesiones, ideación suicida, abuso de sustancias, trauma y trastornos de la conducta alimentaria, entre otros (Fitzpatrick *et al.*, 2020; Menefee *et al.*, 2022; Zalewski *et al.*, 2018). En estudiantes universitarios se ha identificado un aumento de problemas asociados con estas dificultades, incluida una amplia variedad de síntomas que afectan su formación y desarrollo (Baily *et al.*, 2022; Engle *et al.*, 2013; Kitzrow, 2003; Pistorello *et al.*, 2012).

Los centros universitarios de servicios psicológicos suelen ser la primera opción de atención para los estudiantes con desregulación emocional en virtud de que buscan apoyo psicológico que les permita o les facilite alcanzar sus metas académicas, personales y vitales (Rizvi y Steffel, 2014). Las dificultades que normalmente atienden estos centros van desde los problemas de ajuste a las transiciones o eventos vitales y demandas de la vida universitaria, hasta problemas psicopatológicos complejos y multiaxiales (Chugani *et al.*, 2013; Kitzrow, 2003).

La terapia dialéctico conductual (TDC en lo sucesivo) es un tratamiento cognitivo conductual exhaustivo y basado en evidencia (Linehan,

1993) que toma como eje de atención a la desregulación emocional, con énfasis en el aprendizaje de habilidades específicas (Üstündağ-Budak *et al.*, 2019). La TDC ha probado ser eficaz para una amplia gama de problemas psicológicos, y su uso se considera como la mejor opción de terapia psicosocial para adultos que padecen autolesiones e ideación suicida crónica (Gasol *et al.*, 2022; Hawton *et al.*, 2016; Rizvi y Steffel, 2014). Se ha visto que es especialmente eficaz para consultantes con bajo funcionamiento global (Fleming *et al.*, 2015; Pistorello *et al.*, 2012).

A pesar de que habría múltiples beneficios de la TDC, aún persisten problemas relacionados con la viabilidad e implementación completa e integral del modelo, incluida la adherencia de los terapeutas al mismo (replicabilidad), su entrenamiento y la extensa duración de su implementación (Chugani y Landes, 2016; Wilfley *et al.*, 2020). Por estas razones, se ha preferido el entrenamiento en habilidades en grupo como el principal componente en ambientes en los que no es factible o tendría poca aceptación el modelo original completo (Wilfley *et al.*, 2020).

La mayoría de los estudios que han adaptado el entrenamiento en habilidades para atender a estudiantes universitarios con desregulación emocional han mostrado efectos favorables en la reducción de dificultades asociadas a la desregulación emocional ($d = 1.16$) (Uliaszek *et al.*, 2016), la mejoría en la capacidad para resolver problemas ($d = 1.23$), el aumento de la capacidad para tolerar el malestar ($d = 0.71$) y la reducción la sintomatología depresiva ($t = 5.047, p = 0.001$) y ansiosa ($t = 5.651, p = 0.001$) (Lee y Mason, 2019; Liang *et al.*, 2021; Muomba *et al.*, 2017; Pistorello *et al.*, 2012; Rizvi y Steffel, 2014; Tobon *et al.*, 2020; Uliaszek *et al.*, 2016; Üstündağ-Budak *et al.*, 2019; Zeinali-Davarani y Heydarinasab, 2019).

En general, tales hallazgos sugieren que la intervención puede preservar su eficacia y funcionar como un tratamiento transdiagnóstico más breve (Gasol *et al.*, 2022; Lukas *et al.*, 2018). A pesar de ello, no se ha encontrado consistencia en los resultados, en su duración ni en los componentes de tratamiento elegidos.

MÉTODO

En la aplicación de la TDC el entrenamiento en habilidades parece ser el componente más efectivo; no obstante, los resultados de las investigaciones aún no son consistentes y la metodología de las intervenciones es muy diversa para permitir comparaciones confiables (Bishop, 2006). Es por ello necesario generar evidencia que se ajuste a las necesidades clínicas prevalentes en instituciones de educación superior y que apoye una elección empírica de los contenidos base (Liang, *et al.*, 2021; Üstündağ-Budak *et al.*, 2019).

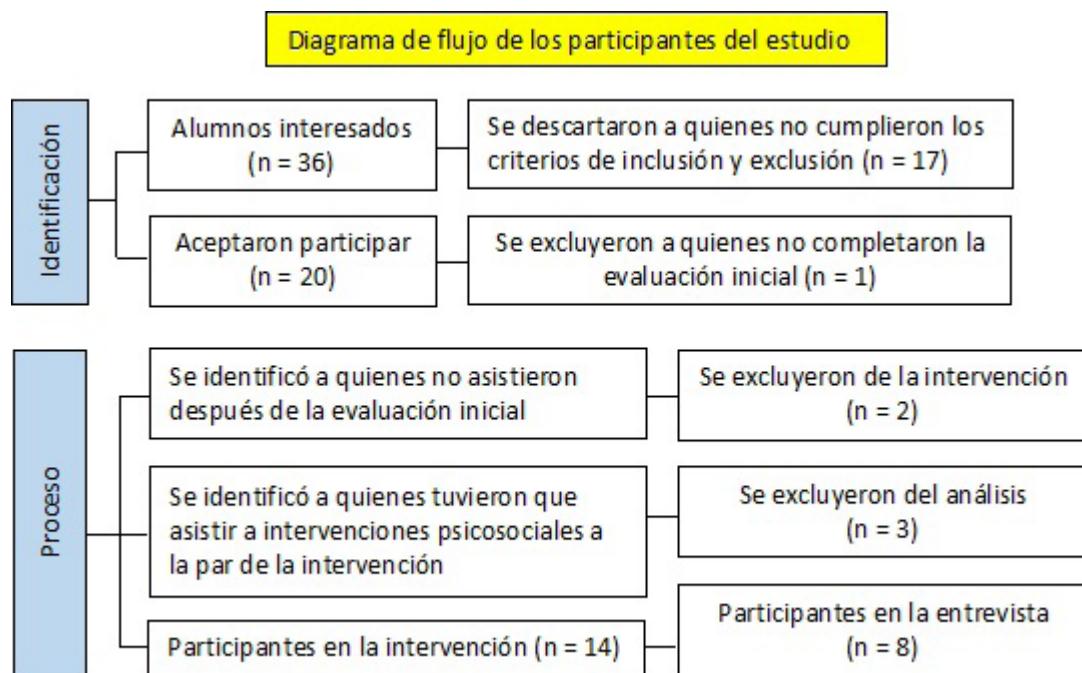
Por consiguiente, el objetivo de la presente investigación fue identificar si el entrenamiento en habilidades adaptado de la TDC tiene algún efecto clínico relevante en las dificultades asociadas a la desregulación emocional en un grupo de estudiantes universitarios con este problema.

Participantes

Se incluyó en el estudio a estudiantes universitarios que acudieron para atención psicológica al Centro de Servicios Psicológicos de la Universidad Nacional Autónoma de México. Los criterios de inclusión fueron, a saber: estar inscrito como estudiante al momento de la intervención; tener una edad igual o superior a los 18 años, y presentar síntomas de desregulación emocional según la ya mencionada escala DERS.

Se excluyó a quienes tuvieran un diagnóstico previo, confirmado, de un trastorno del espectro psicótico o neurológico que dificultara su participación, exhibieran conductas antisociales notorias o estuvieran recibiendo algún otro procedimiento psicosocial en ese momento (véase Figura 1).

Figura 1. Participantes incluidos en el estudio.



Diseño

Se utilizó un diseño exploratorio secuencial, según la propuesta de Creswell y Plano-Clark (2007), en la cual los hallazgos cualitativos ayudan a identificar y profundizar en el fenómeno bajo estudio, y los cuantitativos a validar esos hallazgos. Los da-

tos se recolectaron de forma diacrónica (Forni y Grande, 2020).

Los datos cualitativos se obtuvieron mediante una entrevista semiestructurada y se analizaron a través del análisis temático propuesto por Braun y Clarke (2006). La guía de entrevista se desarrolló siguiendo las propuestas de Flick (2004) y Kvale

et al. (2011), y el estudio cualitativo según las sugeridas por Beanlands *et al.* (2019, 2021).

Para el estudio de intervención con los datos de naturaleza cuantitativa se empleó un diseño experimental intrasujetos (Kazdin *et al.*, 2019). Tal diseño es particularmente adecuado en las condiciones prevalentes en estudios como éste, de corte clínico y con relativamente pocos participantes (Graham *et al.*, 2012; Jacobson y Truax, 1991; Kazdin, 2019, 2021; Sanz y García-Vera, 2015; Tate *et al.*, 2016). Dicho diseño incluyó un componente “adaptativo” (*cf.* Pallmann *et al.*, 2018) que se aplica cuando se requiere hacer ajustes a las intervenciones durante la implementación de un protocolo.

Medición

Datos cualitativos

Las preguntas de la guía de entrevista exploraron tres cuestiones principales: 1) características del malestar con desregulación emocional asociada; 2) impacto de la desregulación emocional en diver-

sas áreas de funcionamiento, y 3) necesidades específicas de atención.

Datos cuantitativos

Para la medición continua de las dificultades asociadas a la desregulación emocional se utilizó la tarjeta de registro diario propuesta por Linehan y Gagliosi (2020), que consiste en un examen conductual simple que mide el uso de las estrategias de afrontamiento modeladas, los estados emocionales, las conductas problema y los blancos de la intervención. La tarjeta recaba los datos semanales y, de ser necesario, hace posible agregar mediciones adicionales. Por ejemplo, registraba la presencia de la variable de aislamiento, de la que el participante registraba de forma diaria la cantidad aproximada de horas que mantenía esa conducta.

Se incluyeron dos instrumentos de autorreporte (Tabla 1) a fin de aplicarse antes y después de la intervención para contar con una medida adicional. Se añadió una segunda medición con la escala DERS, la que se utilizó como criterio de inclusión.

Tabla 1. Características de los instrumentos de autoinforme.

| Autor | Escala | Características |
|----------------------------------|----------------------|---|
| Sandín <i>et al.</i> , 2017. | Tolerancia al estrés | <ul style="list-style-type: none"> 1. Escala autoaplicable. 2. Quince reactivos. 3. Respuestas tipo Likert de “nunca” a “siempre”. 4. Validez convergente con medidas de autoinforme de percepción de situaciones estresantes y validez discriminante con medidas de autoinforme de sintomatología psiquiátrica. 5. Consistencia interna, α total: 0.89. 6. Ejemplo típico de reactivo: “Cuando siento angustia sólo puedo pensar en lo mal que me siento”. |
| World Health Organization (1998) | Bienestar (WHO) | <ul style="list-style-type: none"> 1. Escala autoaplicable. 2. Cinco reactivos. 3. Respuestas tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, de “nada” a “mucho”. 4. Con validez de constructo. 5. Consistencia interna, α total: 0.82. 6. A menor puntuación, mayor deterioro percibido. 7. Ejemplo típico de reactivo: “Mi vida diaria ha tenido cosas interesantes”. |

Procedimiento

Procedimientos generales

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la UNAM con

el número de aprobación EP/PMDPSIC/0231/2023, siguiendo el Reglamento de Seguridad y Coordinación en Materia de Investigación para la Salud de la institución. Inicialmente, se identificó a los estudiantes universitarios como potenciales parti-

cipantes mediante la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) aplicada vía *online* a través de un formulario de Google. Después se les describían los objetivos de la investigación, explicándoles brevemente los procedimientos y los beneficios potenciales, en caso de que aceptaran participar, y luego se les explicaba el contenido de la carta de consentimiento informado y se respondían sus dudas. Se reiteraba a los participantes que podían retirarse en cualquier momento sin ninguna consecuencia institucional, que sus datos serían totalmente confidenciales y que, de requerirse, podrían continuar o retomar su tratamiento habitual en cualquier momento.

Para quienes aceptaron participar, se acordaba una fecha para la entrevista a profundidad y se les daba un calendario sobre las sesiones de la intervención. Finalmente, se les entrenaba en el uso del registro conductual y se verificaba el uso correcto del mismo para obtener la línea base.

Las sesiones de evaluación, entrevista, intervención y seguimiento se llevaron a cabo en las aulas destinadas a la atención psicológica de los alumnos. Todos los espacios contaban con ventilación e iluminación adecuadas, al igual que con la privacidad necesaria y el espacio apropiado.

Procedimientos de información cualitativa.

Se seleccionaron ocho informantes clave siguiendo las propuestas de Kvale *et al.* (2011) y Flick (2004), que definen experiencias particulares y características distintivas que reflejen las características y situaciones de los participantes de un estudio. Luego, los coterapeutas aplicaron la entrevista, en formato individual y presencial, con duración aproximada de una hora. Se hizo el registro del contenido para posteriormente realizar su transcripción.

Se implementó el análisis de contenido temático (Braun y Clarke, 2006), identificando las categorías temáticas principales. Se crearon categorías identificadas por códigos para después definir redes y relaciones, lo que hizo posible identificar pautas significativas y construir un marco para contrastarlo con el estado del arte existente.

Se utilizó el software ATLAS.TI 24 para verificar la codificación y delimitar la frecuencia de las categorías.

Procedimientos cuantitativos.

Se puso a prueba una adaptación del grupo de entrenamiento en habilidades de la TDC (Linehan y Gagliosi, 2020) teniendo a los participantes como su propio control, quienes asistieron semanalmente durante un semestre de manera presencial y en modalidad grupal. Los registros conductuales se revisaron a la par y se les brindó un seguimiento para asegurar su llenado. El entrenamiento ocurrió a lo largo de seis meses, incluyendo tres semanas de evaluación, diez de entrenamiento y un seguimiento a los dos meses y medio tras la intervención.

A fin de garantizar la integridad del tratamiento, se utilizaron registros conductuales para el terapeuta, incluidos en el manual de entrenamiento. Se contó con la participación de dos coterapeutas entrenados que utilizaron dichos registros para evaluar de forma independiente la fidelidad a los contenidos de promover cada habilidad. La intervención fue instrumentada por la investigadora principal, quien recibió entrenamiento específico y certificado en TDC, con supervisión de sus habilidades clínicas por más de un año y con apoyo de un equipo de consultoría formado en dicho modelo terapéutico.

Siguiendo el manual de Linehan y Gagliosi (2020), traducido por Gagliosi *et al.* (2020), las sesiones de entrenamiento tuvieron una misma estructura, en la que se contaba con cuatro procedimientos: 1. Ejercicio de atención plena; 2. Revisión de la tarea asignada, en la que se reforzaban los avances hacia las conductas deseadas y se daba retroalimentación correctiva de la práctica semanal; 3. Entrenamiento de la nueva habilidad, y 4. Cierre con asignación de tarea. Se siguió un ciclo de instrucción, modelamiento, ensayo conductual encubierto o juego de roles y retroalimentación de las habilidades seleccionadas. La Tabla 2 muestra las habilidades de cada módulo.

Tabla 2. Habilidades elegidas para intervención por modulo.

| Modulo | Habilidades entrenadas |
|---------------------------|--|
| Atención plena | Mente sabia. Habilidades qué ... Observar, Describir, Participar. Habilidades cómo: No juzgar, Una cosa a la vez, Ser efectivo. |
| Regulación emocional | Identificación de emociones. Verificación de los hechos. Solución de problemas. Acción opuesta. Acumulación de experiencias positivas a corto plazo. Acumulación de experiencias positivas a largo plazo. |
| Tolerancia al malestar | Cambiar la temperatura, hacer ejercicio intenso y respirar pausadamente (TIP). Autocalmarse con los cinco sentidos, distraerse, mejorar el momento. Aceptación radical. |
| Efectividad interpersonal | Habilidad para acercarse a objetivos (acrónimo: DEARMAN). Habilidad para cuidar relaciones interpersonales (acrónimo: AVES). Habilidad para mantener el auto respeto (acrónimo: VIDA). |

Fuente: *Manual de entrenamiento en habilidades DBT de Linehan y Gagliosi (2020)*.

Para los datos de naturaleza cuantitativa se efectuó un análisis descriptivo de los datos con el fin de identificar las medidas de tendencia central y de dispersión: media, desviación estándar y variabilidad para las variables continuas, y frecuencias y porcentajes para las categóricas.

Los registros conductuales se revisaron mediante inspección visual de resultados y se calculó el índice de no solapamiento de todos los pares (NAP) para identificar el tamaño del efecto. Se utilizó en una “calculadora virtual” (Vannest *et al.*, 2016) para analizar el tamaño del efecto de acuerdo con el NAP y la significancia estadística del mismo, y se definieron las siguientes categorías: efecto débil: 0–.65; efecto medio: .66–.92; efecto fuerte: .93–1.0 (Parker y Vannest, 2009).

Para los instrumentos de autorreporte, por su nivel ordinal de medición y distribución no normal, se aplicó la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas mediante el software SPSS, v. 24.

RESULTADOS⁴

Catorce participantes concluyeron el estudio. La Tabla 3 muestra los datos iniciales clínicos y de identificación relevantes. Cerca de 20% había manifestado ideación suicida en algún momento de la vida. Cuatro participantes mostraron autolesiones sin intención suicida seis meses antes de la intervención. Dos participantes padecían una enfermedad crónica sintomática que requería un tratamiento específico.

La media de edad fue de 21.43 años, con una desviación estándar de 3.22. Cerca de 43% de los sujetos cursaba el cuarto semestre al momento de la intervención y 22% el segundo. Sólo dos de ellos tenían hijos y todos eran solteros al momento de la intervención.

Análisis temático

La Tabla 4 muestra las categorías más prevalentes y los hallazgos documentados en las entrevistas.

Tabla 3. Características clínicas y sociodemográficas de los participantes

| Participante | Género | Edad | Hijos | Carrera | Semestre | Ideación suicida ^b | Auto lesiones | Enfermedad crónica |
|--------------|-----------|------|-------|--------------------------|----------|-------------------------------|---------------|--------------------|
| 1 | Femenino | 22 | 0 | Administración | 2 | Si | No | No |
| 2 | Femenino | 19 | 0 | Negocios Internacionales | 2 | No | Si | Hipertensión |
| 3 | Masculino | 21 | 0 | Administración | 4 | Si | Si | No |

Continúa...

^a Todos los nombres de las(os) participantes son ficticios.

| Participante | Género | Edad | Hijos | Carrera | Semestre | Ideación suicida ^b | Auto lesiones | Enfermedad crónica |
|--------------|-----------|------|-------|----------------|----------|-------------------------------|---------------|--------------------|
| 4 | Femenino | 20 | 0 | Administración | 4 | No | No | No |
| 5 | Femenino | 22 | 1 | Psicología | 8 | No | No | No |
| 6 | Femenino | 19 | 0 | Administración | 4 | No | No | No |
| 7 | Femenino | 19 | 0 | Economía | 8 | No | No | No |
| 8 | Femenino | 21 | 0 | Administración | 8 | No | No | No |
| 9 | Femenino | 20 | 0 | Administración | 6 | Si | No | No |
| 10 | Femenino | 22 | 0 | Psicología | 8 | No | No | No |
| 11 | Masculino | 25 | 0 | Informática | 2 | No | Si | No |
| 12 | Masculino | 23 | 2 | Administración | 4 | Si | Si | Hipotiroidismo |
| 13 | Femenino | 31 | 0 | Administración | 4 | No | No | No |
| 14 | Masculino | 20 | 0 | Administración | 4 | No | No | No |

Nota: a los participantes 2, 4, 5, 7, 8, 9, 12 y 13 se les aplicó la entrevista inicial.

^a No se incluyó el estado civil ya que todos los participantes eran solteros.

^b La ideación suicida estuvo reportada a lo largo de la vida, no al momento de la intervención.

Tabla 4. Categorías encontradas y hallazgos asociados.

| Eje temático | Nombre | N | Hallazgo |
|--------------|--|----|---|
| 1 | Autoconcepto negativo y percepción de rechazo social | 15 | La percepción es negativa debido a que hay deficiencias en su desempeño cotidiano. Es sencillo polarizarse ante los conflictos o situaciones adversas. |
| 1 | Pensamientos fijos que generan daños en la identidad. | 12 | Los pensamientos suelen ser intrusivos y desesperantes. Las ideas sostenidas usualmente son de autodesprecio, remarcando el desempeño deficiente en tareas cotidianas o el escaso control sobre los estímulos ambientales. |
| 1 | Presencia de experiencias emocionales dolorosas y prolongadas. | 10 | El estado emocional frecuentemente es desgradable e inestable, aunque es posible diferenciar las emociones asociadas, se ha normalizado tener sensaciones desagradables por períodos prolongados. |
| 2 | Afrontamiento ante emociones desagradables | 39 | Ante emociones aversivas, como tristeza y enojo, se intenta suprimirlas utilizando estrategias que ayudan a evitar la fuente de malestar, como aislarse o distraerse. Si el malestar es lo suficientemente intenso, las conductas impulsivas se perciben como inevitables, lo que genera nuevas consecuencias desgradables. |
| 2 | Rendimiento académico | 25 | El rendimiento académico es deficiente porque la ansiedad y la preocupación suelen acompañar la experiencia de estar en la universidad e interfieren con la organización y el tiempo de dedicación a las tareas. |
| 2 | Expectativas de apoyo relacional significativo | 12 | El apoyo social recibido no es suficiente para moderar el malestar emocional percibido. Muchas de las relaciones familiares y de pareja no satisfacen las necesidades de conexión y validación que se desean. |
| 3 | Cambios que harían que la terapia fuera exitosa. | 12 | Regular las emociones permitiría concretar las metas significativas y tener un desempeño predecible en el funcionamiento cotidiano. |
| 3 | Expectativas sobre la terapia. | 8 | Para que una intervención sea útil, deberá brindar escucha profunda y herramientas concretas al mismo tiempo. |

Nota: Ejes temáticos: 1. características del malestar con desregulación emocional asociada; 2. Impacto de la desregulación emocional en diversas áreas de funcionamiento; 3. Necesidades específicas de atención.

El primer eje permitió caracterizar las dificultades que los consultantes experimentan durante la desregulación emocional.

Los informantes narraron períodos extensos de malestar emocional, entendido como una experiencia cotidiana con alta probabilidad de ocurrencia con la que están familiarizados, donde inclusive es factible percibir un malestar intenso; no obstante, la explicación que le dan a los procesos asociados al mantenimiento del malestar es incierta:

“Mis emociones son muy cambiantes; no sé muy bien qué siento, pero sí van cambiando en todo momento. No sé ni qué sentir; por un lado, me han pasado cosas bonitas y me siento feliz, pero por otro lado me siento muy triste. Es inesperado porque hay días dónde me siento muy alegre, hago todo, salgo con mis amigos y hasta canto sola. Otros días, aunque tenga el mismo horario, no quiero ir a clases, me aísllo y no le contesto a nadie. No sé qué me pasa” (Alondra, 21 años).

“Considero que no he sido una persona deprimida que llora muy fácilmente; lloro por todo, en el metro, en la calle, en todos lados. Eso ya no me sorprende. Sé que no les pasa a todos, pero no sé qué tiene mi vida que la tristeza es lo que casi siempre tengo” (Joaquín, 25 años).

Los pensamientos fijos aparecen como una forma de autodesprecio que pone énfasis en los errores cometidos o en las deficiencias personales, asemejándose a un proceso cognitivo intrusivo que actúa en detrimento de la identidad de la persona, originando así creencias como la de ser inadecuada o deficiente. A estos pensamientos los caracterizan los consultantes como intrusivos e inevitables, percibidos como reales. Su contenido es desagradable y afecta el modo en que perciben su desempeño:

“Es horrible; cuando hay más posibilidades de pensar más, cuando tengo más tiempo, recuerdo todo lo que me pasa y siento que por eso tengo ataques de pánico por las noches. No puedo respirar, me dan temblores, ganas de llorar, escalofríos. Al final, me siento tan mal que ya no puedo

dormir, pero tampoco acabo mis asuntos pendientes. Es un ciclo muy potente de ansiedad” (Ivonne, 20 años).

Por último, en este eje las categorías de autoconcepto negativo y percepción de rechazo social surgen de las narraciones en las que los informantes reportaban sufrir una percepción negativa de ellos mismos, considerándose deficientes respecto a la expectativa que tienen de cómo deberían comportarse, además de una imagen global de ellos mismos como problemáticos:

“Tengo una percepción negativa de mí misma, sobre todo en las relaciones. Pienso que no tengo nada bueno. Pensé mucho en qué podía ofrecer y no se me ocurrió nada, y esa pregunta pequeña me dio mucha culpa, porque hay gente que está sufriendo, y yo preocupada por no ser suficiente” (Julia, 22 años).

El segundo eje temático permitió establecer el impacto que la desregulación emocional podía llegar a tener en diferentes áreas de la vida de los consultantes.

La mayoría de ellos dijo tener interacciones defectuosas con diferentes miembros de su red cercana, en especial con sus padres. Los informantes reportaban cómo había figuras significativas que sí percibían su malestar. No atenderlo implicaba desinterés hacia las dificultades emocionales que experimentaban. Muchas de las narraciones hacían énfasis en la necesidad de contar con un apoyo que les ayudara a mitigar el malestar emocional, identificando la necesidad de contención y validación en lugar de sentirse ignorados. Los informantes mencionaron que la mayoría de sus figuras significativas tendían a evitar el contacto en situaciones de malestar emocional, explicándolo como una sensación de rechazo hacia ellos. Aunque no reportaran tener peleas o conflictos evidentes, la mayoría de ellos se percibía ajeno y aislado respecto a su familia:

“Él dice que entiende mi situación, pero creo que más bien es indiferente. Siento esa tensión de tener que pedirle que me cuide y no puedo decir que lo intente. Él ya no cede, me ve como algo diferen-

te y resulta que yo soy la mala. El ya no toma la iniciativa. Está cansado de mí” (Julia, 22 años).

“Mi familia es muy unida en cuanto compartir planes o salir a pasarlo bien. Pero siento que hay una barrera con ellos que no quieren ver. Yo siempre debo estar para ellos, pero ellos no están para mí. Si alguien está mal, sólo se va a su cuarto; no hablamos de nada, ni nadie va a ver cómo se siente el otro. Yo también pongo esa barrera porque es algo que aprendí a hacer” (Brenda, 19 años).

En la categoría de rendimiento académico predominaron las dificultades de los informantes para poder planear y ejecutar las actividades relacionadas con el estudio, identificando la ansiedad como la emoción más prevalente al realizar actividades programadas. La mayoría de ellos señaló la procrastinación como el efecto más notorio para las dificultades en su desempeño académico, narrándola como una sensación angustiante de notarse inactivos, que pasa el tiempo y ellos no inician la actividad planeada:

“Mi problema actual con la universidad es la procrastinación. No sé cuándo iniciar las cosas y siento que me saboteo a mí misma. Me siento muy perdida y sé que debo saber muchas más cosas y no sé nada. Me siento ansiosa sólo de pensar en la tarea que tengo, y aunque la entregue me sigo sintiendo ansiosa” (Alondra, 21 años).

“Mi ansiedad o malestar es debido a la escuela. Me sentía presionada y tenía que hacer trabajos y estudiar; pero siento que cuando hago las tareas sólo veo cómo pasan las horas, y aunque trate de apurarme no funciono: solamente me quedo sentada. Termino sintiéndome muy ansiosa y dándome atracos de dulces. Sé que está mal” (Tamara, 20 años).

En cuanto a la categoría de afrontamiento ante las emociones desagradables, los informantes reportaron el uso de estrategias de evitación de los estresores como respuesta de afrontamiento inmediata, seguida de intensos deseos de suprimir la emoción y ejecutando conductas impulsivas cuan-

do fallaban en esos cometidos iniciales. Percibían sus experiencias emocionales como inconvenientes, por lo que era mejor ignorarlas o tratar de suprimirlas para poder seguir con el desarrollo de sus actividades cotidianas:

“La verdad no sé cómo describirlo, pero si estoy enojada, pues luego me pongo a pensar en otras cosas o hacer las tareas, las cosas que nos dejan en la escuela para tener mi mente ocupada. Pongo música para transportarme a otro mundo y se me olvida. Hago ejercicio o tengo otras actividades y es lo que me mantiene ocupada para no pensar en el malestar; pero eso me pasa a diario, a veces sólo unos minutos, y otros días puede llegar a durar horas” (Julia, 22 años).

“Pues no hago nada. A veces lloro, pero solamente sigo con mi día. No quiero seguir sintiéndome mal. Como que me lo trago todo” (Pamela, 19 años).

“La semana pasada pelee con mi novio. El domingo impulsivamente le pregunté si me amaba o si me era infiel con su amiga. Pero no sé de dónde sentí celos; él nunca me ha dado motivos. Creo que siempre el pensar demasiado en las cosas y mi inseguridad afectan mis relaciones. Y al final él me terminó, porque me dijo que eran demasiados problemas. Quiero regresar con él, pero él no quiere porque sigo siendo insegura y controladora” (Brenda, 19 años).

El tercer eje temático permitió identificar las necesidades de atención de los participantes. Las categorías de cambios que harían que la terapia fuera exitosa y las expectativas sobre la terapia iban ligadas en la descripción de los informantes. Se detalló cómo la intervención era una posibilidad de acceder a metas importantes y promover estabilidad en el funcionamiento cotidiano. Se explicaba cómo la imposibilidad de regular sus estados emocionales les dificultaba sentirse capaces y suficientes. En cuanto a lo que haría que la terapia fuera útil, la mayoría de ellos refirió la escucha activa y la adquisición de habilidades para resolver problemas, entendiendo que a pesar de que

desean superar las dificultades que experimentan, también sienten la necesidad de generar cambios conductuales:

“Me gustaría expresar de mejor manera estas emociones, verlas de mejor manera y controlarlas” (Alondra, 21 años).

“Que la terapia no fuera sólo hablar y que no me dijeran lo que tengo que hacer, sino cómo mejorar para hacerlo solo” (Tadeo, 23 años).

“Dejar de sentirme sola. Quiero dejar de pensar y de cortarme” (Pamela, 19 años).

“Estudiar más tiempo y ser yo quien inicie las conversaciones. A veces sí lo hago, pero no siempre. Estudiar también lo hago, pero sólo cuando me siento bien, y pues el semestre no espera” (Brenda, 19 años).

Análisis de la intervención

En las tablas de la 5 a la 9 se presenta a continuación el tamaño del efecto clínico de acuerdo con el índice de no sobrelapamiento de pares (NAP) por cada participante en las dimensiones consideradas en los registros conductuales,

Tabla 5. Resultados del cálculo del índice NAP para malestar emocional.

| Participante | Malestar emocional | | | | | | |
|---------------------|---------------------------|--------------------------|---------------|------------|--------------------------|---------------|--|
| | Presencia | Intensidad | | | | | |
| | NAP | Valor de <i>p</i> | IC 90% | NAP | Valor de <i>p</i> | IC 90% | |
| 1 | 0.95 | 0.01 | 0.269<>1 | 0.98 | 0.01 | 0.329<>1 | |
| 2 | 0.86 | 0.06 | 0.087<>1 | 0.77 | 0.16 | -0.095<>1 | |
| 3 | 0.82 | 0.10 | -0.004<>1 | 0.35 | 0.43 | -0.943<>0.337 | |
| 4 | 0.91 | 0.03 | 0.178<>1 | 0.97 | 0.01 | 0.299<>1 | |
| 5 | 0.85 | 0.07 | 0.057<>1 | 1 | 0.03 | 0.360<>1 | |
| 6 | 0.95 | 0.01 | 0.269<>1 | 0.81 | 0.10 | -0.004<>1 | |
| 7 | 0.86 | 0.06 | 0.087<>1 | 1 | 0.01 | 0.360<>1 | |
| 8 | 0.39 | 0.58 | -0.852<>0.428 | 0.62 | 0.53 | -0.398<>0.883 | |
| 9 | 0.94 | 0.02 | 0.238<>1 | 0.80 | 0.11 | -0.034<>1 | |
| 10 | 0.91 | 0.03 | 0.178<>1 | 0.98 | 0.02 | 0.329<>1 | |
| 11 | 0.76 | 0.18 | -0.125<>1 | 0.52 | 0.93 | -0.610<>0.671 | |
| 12 | 0.82 | 0.10 | -0.004<>1 | 0.92 | 0.02 | 0.208<>1 | |
| 13 | 0.86 | 0.06 | 0.087<>1 | 0.74 | 0.21 | -0.155<>1 | |
| 14 | 0.68 | 0.35 | -0.277<>1 | 0.91 | 0.03 | 0.178<>1 | |

Nota: En negritas están los puntajes con probabilidad asociada menor o igual a 0.05. IC: Intervalo de confianza.

Tabla 6. Resultados del cálculo del índice NAP para la emoción agradable.

| Participante | Alegria | | | | | | |
|---------------------|------------------|--------------------------|----------------|------------|--------------------------|----------------|--|
| | Presencia | Intensidad | | | | | |
| | NAP | Valor de <i>p</i> | IC: 90% | NAP | Valor de <i>p</i> | IC: 90% | |
| 1 | 0.36 | 0.48 | -0.913<>0.368 | 0.86 | 0.06 | 0.087<>1.00 | |
| 2 | 0.86 | 0.06 | 0.087<>1.00 | 1.00 | 0.03 | 0.360<>1.00 | |
| 3 | 0.50 | 0.11 | -0.640<>0.640 | 0.91 | 0.03 | 0.178<>1.00 | |
| 4 | 0.59 | 0.64 | -0.458<>0.822 | 0.68 | 0.35 | -0.28<>1.00 | |
| 5 | 0.90 | 0.03 | 0.178<>1.00 | 0.89 | 0.04 | 0.148<>1.00 | |

Continúa...

| Alegria | | | | | | | |
|--------------|------|-------------------|---------------|------------|-------------------|--------------|--|
| Presencia | | | | Intensidad | | | |
| Participante | NAP | Valor de <i>p</i> | IC: 90% | NAP | Valor de <i>p</i> | IC: 90% | |
| 6 | 0.50 | 0.11 | -0.640<>0.640 | 1.00 | 0.03 | 0.360<>1.00 | |
| 7 | 1.00 | 0.03 | 0.360<>1.00 | 1.00 | 0.03 | 0.360<>1.00 | |
| 8 | 0.94 | 0.02 | 0.238<>1.00 | 1.00 | 0.01 | 0.360<>1.00 | |
| 9 | 1.00 | 0.01 | 0.360<>1.00 | 1.00 | 0.03 | 0.360<>1.00 | |
| 10 | 0.41 | 0.64 | -0.822<>0.458 | 0.43 | 0.75 | -0.762<>0.52 | |
| 11 | 1.00 | 0.03 | 0.360<>1.00 | 1.00 | 0.01 | 0.360<>1.00 | |
| 12 | 0.97 | 0.01 | 0.299<>1.00 | 1.00 | 0.01 | 0.360<>1.00 | |
| 13 | 0.36 | 0.48 | -0.913<>0.368 | 0.2 | 0.11 | -1<>0.034 | |
| 14 | 0.41 | 0.64 | -0.822<>0.458 | 0.82 | 0.10 | -0.004<>1.00 | |

Nota: IC: Intervalo de confianza. Los puntajes con probabilidad asociada menor o igual a 0.05 están en negritas .

Tabla 7. Resultados del cálculo del índice NAP para la emoción de difícil manejo elegida por los participantes.

| Emoción de difícil manejo | | | | | | | |
|---------------------------|---------------------|------|-------------------|--------------|------|-------------------|--------------|
| Presencia | | | | Intensidad | | | |
| Participante | Etiqueta | NAP | Valor de <i>p</i> | IC: 90% | NAP | Valor de <i>p</i> | IC: 90% |
| 1 | Tristeza | 0.95 | 0.01 | 0.269<>1.00 | 0.85 | 0.07 | 0.057<>1.00 |
| 2 | Tristeza | 0.55 | 0.81 | -0.549<>0.73 | 0.88 | 0.05 | 0.117<>1.00 |
| 3 | Tristeza | 0.73 | 0.24 | -0.186<>1.00 | 0.94 | 0.02 | 0.238<>1.00 |
| 4 | Enojo | 0.86 | 0.06 | 0.087<>1.00 | 1.00 | 0.03 | 0.360<>1.00 |
| 5 | Miedo | 0.77 | 0.16 | -0.095<>1.00 | 0.95 | 0.05 | 0.269<>1.00 |
| 6 | Enojo | 0.50 | 0.14 | -0.749<>0.55 | 0.60 | 0.31 | -0.246<>1.00 |
| 7 | Tristeza | 0.94 | 0.02 | 0.238<>1.00 | 0.92 | 0.02 | 0.208<>1.00 |
| 8 | Enojo | 0.91 | 0.03 | 0.178<>1.00 | 0.97 | 0.01 | 0.299<>1.00 |
| 9 | Tristeza | 0.35 | 0.43 | -0.943<>0.34 | 0.67 | 0.39 | -0.307<>0.97 |
| 10 | Miedo (ansiedad) | 0.91 | 0.03 | 0.178<>1.00 | 0.80 | 0.11 | -0.034<>1.00 |
| 11 | Enojo | 0.32 | 0.35 | -1<>0.28 | 0.50 | 1.00 | -0.640<>0.64 |
| 12 | Rechazo | 0.91 | 0.03 | 0.178<>1.00 | 1.00 | 0.01 | 0.360<>1.00 |
| 13 | Enojo | 0.82 | 0.10 | -0.004<>1.00 | 0.85 | 0.07 | 0.057<>1.00 |
| 14 | Enojo | 0.86 | 0.06 | 0.087<>1.00 | 0.74 | 0.21 | -0.155<>1.00 |

Nota: IC: Intervalo de confianza. Los puntajes con probabilidad asociada menor o igual a 0.05 están en negritas.

Tabla 8. Resultados del cálculo del índice NAP para la conducta de aislamiento.

| Aislamiento | | | |
|--------------|------|-------------------|--------------|
| Participante | NAP | Valor de <i>p</i> | IC: 90% |
| 1 | 0.91 | 0.03 | 0.178<>1.00 |
| 2 | 0.89 | 0.04 | 0.148<>1.00 |
| 3 | 0.96 | 0.01 | 0.299<>1.00 |
| 4 | 0.94 | 0.02 | 0.238<>1.00 |
| 5 | 0.94 | 0.02 | 0.238<>1.00 |
| 6 | 0.86 | 0.06 | 0.087<>1.00 |
| 7 | 0.94 | 0.04 | 0.299<>1.00 |
| 8 | 0.73 | 0.24 | -0.186<>1.00 |
| 9 | 0.98 | 0.02 | 0.329<>.001 |
| 10 | 1.00 | 0.01 | 0.360<>1.00 |
| 11 | 0.45 | 0.81 | -0.731<>0.55 |
| 12 | 0.91 | 0.03 | 0.178<>1.00 |
| 13 | 0.35 | 0.43 | -0.943<>0.34 |
| 14 | 0.88 | 0.05 | 0.117<>1.00 |

Nota: IC: Intervalo de confianza. Los puntajes con probabilidad asociada menor o igual a 0.05 están en negritas.

Tabla 9. Resultados del cálculo del índice NAP para las conductas blanco (“target”) elegidas por los participantes.

| Conducta a disminuir: Presencia | | | | |
|---------------------------------|--|------|-------------------|-----------------------------|
| Participante | Etiqueta | NAP | Valor de <i>p</i> | Intervalo de confianza: 90% |
| 2 | Ingesta de medicamento prescrito. | 0.48 | 0.93 | -0.671<>0.610 |
| 3 | Contacto sexual riesgoso. | 0.95 | 0.01 | 0.269<>1 |
| 4 | Insultar. | 1 | 0.01 | 0.360<>1 |
| 5 | Rumiar. | 0.94 | 0.02 | 0.238<>1 |
| 6 | Comer dulces. | 0.98 | 0.01 | 0.329<>1 |
| 8 | Discusiones con padres. | 0.80 | 0.11 | -0.034<>1 |
| 10 | Inactividad. | 0.70 | 0.31 | -0.246<>1 |
| 11 | Fumar. | 0.59 | 0.64 | -0.458<>0.822 |
| 12 | Consumir medicamentos no prescritos. | 0.95 | 0.01 | 0.269<>1 |
| 13 | Enviar compulsivamente mensajes de texto | 0.98 | 0.02 | 0.329<>1 |
| 14 | Discusiones con la pareja. | 0.86 | 0.06 | 0.087<>1 |

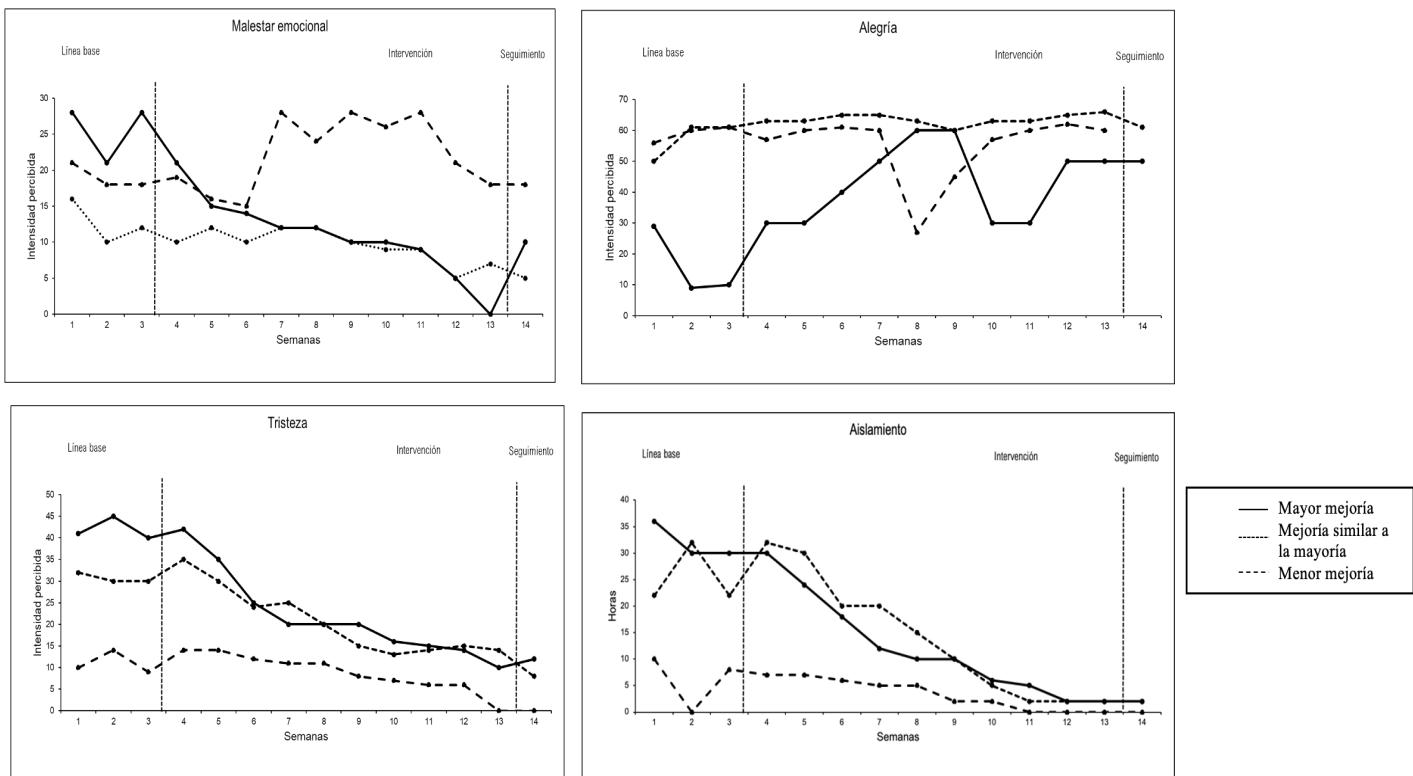
Nota: En negritas están los puntajes con probabilidad asociada menor o igual a 0.05. ^a Los participantes 1, 7, 9 refirieron no tener otra conducta blanco ya que preferían trabajar con la variable de aislamiento.

Cómo puede notarse, hubo tamaños del efecto diversos en las variables, aunque la gran mayoría en dirección o tendencia a mejorar, esto es, a mostrar un efecto clínico favorable tras la intervención. Los cambios significativos más frecuentes ocurrieron en cuanto al aislamiento (10 de 14: 71%), y los menos en el malestar emocional y conducta

a disminuir (12 de 18 y 6 de 14 respectivamente, o sea, 42% en ambas).

A continuación se presenta el análisis visual de las variables en tres de los participantes: uno con la mayor mejoría, otro que representa a la mayoría y uno más que fue el que menos mejoró.

Figura 2. Resultados representativos de los registros conductuales.



Nota: En el eje de las abscisas se muestran las semanas en las que transcurrió la intervención.

Las gráficas muestran las fluctuaciones en las variables emocionales y conductuales a lo largo de las semanas de la intervención en las fases de línea base, intervención y seguimiento. Se puede notar una disminución en todos los participantes en las variables de malestar y aislamiento, con diferencias en la variabilidad de las medidas. La variable *alegría* muestra la mejoría más acusada, con un aumento que se sostuvo en el seguimiento. El estado emocional *tristeza* sigue un patrón similar, con patrones bajos en todos los participantes en

el seguimiento. Por último, en la conducta a disminuir se observan las mayores diferencias entre los participantes; sin embargo, puede notarse una mejoría al final de la intervención respecto a la línea base.

Los instrumentos de autorreporte revelaron los resultados de la Tabla 10. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables de desregulación emocional, afrontamiento al estrés y bienestar, con cambios entre las mediciones antes y después de la intervención.

Tabla 10. Resultados de la prueba Wilcoxon para las escalas de autorreporte.

| Escala | Z | p asociada |
|-----------------------------------|---------------|------------|
| Escala de Desregulación Emocional | -2.575 | 0.010 |
| Escala de Tolerancia al Estrés | -3.296 | 0.001 |
| Escala de Bienestar | -2.936 | 0.003 |

Nota: En negritas esta aquellos puntajes cuya probabilidad asociada fue menor o igual a 0.05.

Estos resultados son consistentes con lo hallado en los registros conductuales, donde se observaron diferencias que apuntan a una mejoría clínica tras la intervención.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue identificar el efecto de la terapia dialéctico-conductual en estudiantes universitarios con dificultades asociadas a la desregulación emocional. Los resultados mostraron que la intervención tuvo efectos positivos en prácticamente todos los participantes, quienes al principio experimentaban un malestar emocional prolongado, lo cual coincide con lo descrito en investigaciones previas que documentaron períodos de estrés prolongados y sufrimiento emocional (Beanlands *et al.*, 2021; Chugani, 2017; Lukas *et al.*, 2018). Aproximadamente una tercera parte de los participantes también tenía un historial de ideación suicida y conductas autolesivas, hallazgo consistente con lo reportado por otras evaluaciones a universitarios (Ebert *et al.*, 2019; Medina-Mora *et al.*, 2022; Moya y Andrade, 2022). Los resultados sugieren que las dificultades para mitigar el malestar emocional suelen derivarse del uso de estrategias de afrontamiento poco efectivas, y en ocasiones contraproducentes (Fitzpatrick *et al.* 2020; Menefee *et al.*, 2022; Zalewski *et al.*, 2018).

El malestar emocional reportado por los estudiantes universitarios también es consistente con las descripciones teóricas de la desregulación emocional. La activación fisiológica suele ser tan intensa que dificulta mantener la atención en sus actividades cotidianas, los pensamientos son abrumadores y rumiantes y las conductas impulsivas se utilizan para obtener un alivio inmediato (Faustino, 2021; Linehan y Gagliosi, 2020). Aunque este

conjunto de reacciones emocionales se consideraba incapacitante, muchos de los participantes tenían dificultades para considerar esas respuestas como un patrón regular. En su lugar, tendían a percibir el malestar emocional como un periodo relativamente determinado y vinculado a eventos específicos, más que como una manifestación persistente de un problema de salud mental.

Esta dificultad parece consistente con lo señalado por Paz *et al.* (2022), quienes identificaron que una de las principales barreras personales en los estudiantes universitarios para buscar ayuda psicológica es el negarse a reconocer sus propias deficiencias para regular sus estados emocionales, pensamientos o conductas.

Aunque se han descrito los pensamientos intrusivos negativos como una dificultad muy prevalente en los estudiantes universitarios con desregulación emocional (Bailey *et al.*, 2022; Engle *et al.*, 2013; Kitzrow, 2003; Pistorello *et al.*, 2012), en el presente estudio se caracterizaron como ideas de autodesprecio, las que reforzaban un autoconcepto negativo centrado en el desempeño deficiente en las tareas cotidianas y en el escaso control que tenían sobre los reforzadores de su contexto. Tal hallazgo es importante ya que la terapia dialéctico-conductual plantea que la desregulación emocional también afecta la identidad, la autoimagen y el sentido de sí mismos en los consultantes (Linehan y Gagliosi, 2020).

Muchas intervenciones no incluyen habilidades dirigidas a abordar este descontrol, en el que el inestable autoconcepto persistente limita la capacidad de los universitarios para actuar conforme a sus propios valores (Chugani *et al.*, 2013; Kitzrow, 2003). Tal omisión podría estar vinculada a que en el grupo etario de los universitarios las dificultades para tener un autoconcepto y una identidad estables son muy frecuentes, por lo que,

puede ser difícil distinguir a consultantes con desregulación emocional con deficiencias importantes que forman parte de un problema clínico, más que una como una limitación típica del desarrollo (Bailey *et al.*, 2022).

Con relación a los estresores identificados en este estudio, la mayoría de los participantes refirieron tener conflictos en sus relaciones interpersonales significativas, resultado consistente con lo planteado en la teoría biosocial (Linehan, 1993) en cuanto que la transacción con un ambiente invalidante mantiene la desregulación emocional; específicamente en este estudio, se describieron relaciones frías que carecen de validación de las experiencias privadas, las que generan sensaciones de rechazo, abandono y soledad intensas (*cf.* Smith y MacDougall, 2020). Este hallazgo podría deberse muy probablemente a las interacciones defectuosas entre los participantes y sus otros significativos, en las que su falta de habilidades para contener sus estados emocionales desagradables impide el refuerzo de conductas más adaptativas (ElBarazi *et al.*, 2014; Linehan y Gagliosi, 2020).

Las mencionadas deficiencias podrían explicar el aislamiento reportado por los participantes, el que no solamente funciona como una estrategia de afrontamiento desadaptativo, sino también el sentirse alienados e incomprendidos por sus personas significativas, dificultad similar a lo reportado por otras investigaciones, aunque en éstas no se midió el aislamiento conductualmente, sino dentro de un conjunto de síntomas relacionados a la conducta suicida (Beanlands *et al.*, 2019; Lin *et al.*, 2019; Pistorello *et al.* 2012). En muchos de esos estudios el aislamiento fue una dificultad recurrente que se sugería abordar, y en el presente estudio un comportamiento que mostró más cambios positivos.

Respecto a las estrategias de afrontamiento ante los estresores durante la línea base, se identificó un mayor uso de conductas impulsivas y autolesivas sin intención suicida y de estrategias de evitación. En particular, coincidieron con lo encontrado en otras intervenciones en las que la respuesta inicial suele ser el evitar el estresor intentando distraerse. Al fracasar ese intento, o al aumentar el malestar, las conductas impulsivas suelen aparecer como una respuesta inmediata

que mitiga el malestar, aunque sea brevemente (Muhomba *et al.*, 2017; Rizvi y Steffel, 2014; Zeinali-Davarani y Heydarinasab, 2019).

Muchos de los participantes escribían sus estrategias desadaptativas como inevitables; sin embargo, reportaron poder identificar la secuencia de antecedentes y consecuencias con mucha claridad. Tal capacidad difiere de lo reportado en otros estudios, en los que es más frecuente la imposibilidad para identificar la función y las consecuencias de las conductas de afrontamiento desadaptativo (*cf.* Chugani *et al.*, 2017). Es probable que esta discrepancia se deba a que en los estudiantes universitarios las demandas del entorno son más específicas y, por tanto, las contingencias más claras (Rizvi y Steffel, 2014).

En cuanto a la intervención, el tratamiento generó estrategias de afrontamiento adaptativas y disminuyó gradualmente las más desadaptativas. Se observó un efecto sólido y sostenido para disminuir la intensidad de las emociones de difícil manejo y la presencia de conductas problemáticas, y a la par un aumento del bienestar. La magnitud de estos cambios coincide con lo reportado en la literatura, donde el efecto también fue clínicamente favorable (Muhomba *et al.*, 2017; Rizvi y Steffel, 2014; Uliaszek *et al.*, 2016; Zeinali-Davarani y Heydarinasab, 2019). Tales resultados respaldan el que la terapia dialéctico-conductual, y en particular el entrenamiento en habilidades es un tratamiento efectivo para modificar el uso de estrategias de afrontamiento (Anderson *et al.*, 2021; Southward *et al.*, 2023).

En el presente estudio se monitorearon algunas estrategias de afrontamiento poco adaptativas. Se eligieron únicamente los excesos conductuales utilizados para disminuir el malestar emocional de manera ineficaz, obteniéndose una mejoría clínica significativa. Es de destacarse que estas conductas blanco (“target”) se acordaron entre los participantes y los investigadores. Tal precaución clínica y metodológica podría explicar el efecto positivo observado en función de una elección validada por los propios participantes, tal como lo han propuesto autores como Linehan y Gagliosi (2020) y Padesky (2020). Se atendieron, pues, las expectativas relacionadas con un funcionamiento cotidiano más predecible y estable al disminuir las

conductas problemáticas y sus consecuencias asociadas (Chugani, 2015 y 2017; Chugani y Landes 2016; Wilfley *et al.*, 2020).

La intervención disminuyó de manera efectiva el malestar emocional asociado a la desregulación emocional en la mayoría de los participantes, con tamaños del efecto grandes y sostenidos en el seguimiento. Son resultados semejantes a lo reportado en anteriores investigaciones, en las que se lograron reducir con éxito los síntomas de desregulación emocional (Lee y Mason, 2019; Muhomba *et al.*, 2017; Rizvi y Steffel, 2014; Tobon *et al.*, 2020; Uliaszek *et al.*, 2016). Este hallazgo puede explicarse por el decremento del uso de estrategias de afrontamiento poco adaptativas, lo que posiblemente acortó los períodos de estrés sostenido y sus consecuencias desagradables (Cavicchioli *et al.*, 2023; Kassing *et al.*, 2024).

Sugerencias para estudios futuros

El presente estudio padece algunas limitaciones. Para la primera fase del estudio, el guion de trabajo para las entrevistas semiestructuradas se creó *ex profeso* sin un proceso formal específico de validación o jueceo con expertos. Esta limitación dificulta saber hasta cierto punto si los resultados se vieron afectados por la delimitación de los ejes temáticos. Sería recomendable estandarizar un procedimiento que permita validar el contenido de las entrevistas destinadas a conocer el fenómeno de la

desregulación emocional (Aráoz y Pinto, 2021).

Para la evaluación del efecto de la intervención se requiere considerar que la cantidad de réplicas del efecto fue limitada, por lo que sería necesario contar con un mayor número de participantes, a fin de obtener conclusiones más sólidas sobre el efecto de la intervención (Kazdin, 2021).

Los métodos mixtos son relativamente poco utilizados en las investigaciones de corte clínico, por lo que aún es necesario generar más evidencias de su utilidad y viabilidad para otras intervenciones psicológicas (Demkowicz *et al.*, 2025).

A pesar de dichas limitaciones, el estudio cuenta con algunas virtudes, una de las cuales es que muchas de las conclusiones son precisamente el resultado de la integración de ambas fases. Al cotejar la información, se tiene mayor certeza de que la TDC se adapta a las condiciones de los centros de servicios psicológicos universitarios y a las de sus usuarios, lo que genera un efecto positivo (Lancastle *et al.*, 2025). Otra virtud es que el registro de las habilidades utilizado hace posible asegurar que las habilidades se utilizaron como nuevas estrategias de afrontamiento. Asimismo, se observó una baja tasa de deserción, a diferencia de la hallada en otros estudios (*cf.* Gil-Díaz *et al.*, 2025), por lo cual se evidencia la necesidad de tratamientos que consideren a los consultantes en la conceptualización de los casos, como fue el presente.

AGRADECIMIENTOS

El presente estudio se realizó con el apoyo del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CoNaHCyT) de México, mediante una beca para estudios de posgrado otorgada a la autora principal (CVU: 77445).

Citación: Mendoza-Aguilera, L.E., Mondragón-Barrios, L., Mora-Ríos, E.J., Riveros-Rosas, A. y Sánchez-Sosa, J.J. (2026). Terapia dialéctico-conductual para estudiantes universitarios con desregulación emocional. *Psicología y Salud*, 36(1), 29-49. <https://doi.org/10.25009/pys.v36i1.3031>

REFERENCIAS

- Anderson, G., Tung, E., Brown, T. y Rosellini, A. (2021). Facets of emotion regulation and emotional disorder symptom dimensions: differential associations and incremental validity in a large clinical sample. *Behavior Therapy*, 52(4), 917-931. Doi: 10.1016/j.beth.2020.11.003
- Aráoz C., R. y Pinto T., B. (2021). Criterios de validez de una investigación cualitativa: Tres vertientes epistemológicas para un mismo propósito. *Summa Psicológica UST*, 18(1), 47-56.
- Bailey, R., Erikson, D., Cattani, K., Jensen, D., Simpson, D., Klundt, J., Vogeler, H., Schmuck, D., Worthen, V., Caldwell, Y., Beecher, M., Griner, D y Hobbs, K. (2022). Adapting stepped care: Changes to service delivery format in the context of high demand. *Psychological Services*, 19(3), 494-501. Doi: 10.1037/ser0000564
- Beanlands, H., McCay, E., Fredericks, S., Newman, K., Rose, D., Santa Mina, E., Schindel-Martin, L., Schwind, J., Sidani, S., Aiello, A. y Wang, A. (2019). Decreasing stress and supporting emotional well-being among senior nursing students: A pilot test of an evidence-based intervention. *Nurse Education Today*, 76, 222-227. Doi: 10.1016/j.nedt.2019.02.009
- Beanlands, H., McCay, E., Wang, A., Aiello, A., Schwind, J., Martin, L., Mina, E., Rose, D., Fredericks, S. y Newman, K. (2021). Exploring undergraduate nursing students' experiences of engaging with a dialectical behavior therapy-skills group intervention: findings of a thematic analysis. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 53(1), 39-46. Doi: 10.1177/0844562119896487
- Benjet, C., Gutiérrez G., R., Abrego R., A., Borges, G., Covarrubias D., A., Durán, M. del S., González G., R., Hermosillo T., A., Martínez M., K., Medina-Mora, M., Mejía Z., H., Pérez T., G., Zavala B., M., Mortier, P. y Mortier, P. (2019). Psychopathology and self-harm among incoming first-year students in six Mexican universities. *Salud Pública de México*, 61(1), 16-26. Doi: 10.21149/9158
- Bishop, J. (2006). College and University Counseling Centers: Questions in search of answers. *Journal of College Counseling*, 9(1), 6-19. Doi: 10.1002/j.2161-1882.2006.tb00088.x
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. Doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Cavicchioli, M., Tobia, V. y Ogliari, A. (2023). Emotion regulation strategies as risk factors for developmental psychopathology: A meta-analytic review of longitudinal studies based on cross-lagged correlations and panel models. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 51(3), 295-315. Doi: 10.1007/s10802-022-00980-8
- Chugani, C. (2015). Dialectical behavior therapy in college counseling centers: Current literature and implications for practice. *Journal of College Student Psychotherapy*, 29(2), 120-131. Doi: 10.1080/87568225.2015.1008368
- Chugani, C. (2017). Adapting dialectical behavior therapy for college counseling centers. *Journal of College Counseling*, 20(1), 67-80. Doi: 10.1002/jocc.12059
- Chugani, C., Fuhrman, B., Abebe, K., Talis, J., Miller, E. y Coulter, R. (2020). Wellness and resilience for college and beyond: Protocol for a quasi-experimental pilot study investigating a dialectical behaviour therapy skill-infused college course. *BMJ Open*, 10(6), e036833. Doi: 10.1136/bmjopen-2020-036833
- Chugani, C., Ghali, M. y Brunner, J. (2013). Effectiveness of short-term dialectical behavior therapy skills training in college students with cluster B personality disorders. *Journal of College Student Psychotherapy*, 27, 323-336. Doi: 10.1080/87568225.2013.824337
- Chugani, C. y Landes, S. (2016). Dialectical behavior therapy in college counseling centers: Current trends and barriers to implementation. *Journal of College Student Psychotherapy*, 30, 176-186. Doi: 10.1080/87568225.2016.1177429
- Chugani, C., Murphy, C., Talis, J., Miller, E., McAneny, C., Condosta, D., Kamnikar, J., Wehrer, E. y Mazza, J. (2022). Implementing dialectical behavior therapy skills training for emotional problem solving for adolescents (DBT STEPS-A) in a low-income school. *School Mental Health*, 14(2), 391-401. Doi: 10.1007/s12310-021-09472-4
- Creswell, J. y Plano-Clark, V. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. SAGE Publications.
- Demkowicz, O., Chatburn, E., Archer, C., Thompson, R. y Plackett, R. (2025). Advancing mixed methods in mental health research. *BMJ Mental Health*, 28(1), e301401. Doi: 10.1136/bmjjment-2024-301401
- Ebert, D., Mortier, P., Kaehlke, F., Bruffaerts, R., Baumeister, H., Auerbach, R., Alonso, J., Vilagut, G., Martínez, K., Lochner, C., Cuijpers, P., Kuechler, A., Green, J., Hasking, P., Lapsley, C., Sampson, N. y Kessler, R. (2019). Barriers of mental health treatment utilization among first-year college students: First cross-national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(2), 1-14. Doi: 10.1002/mpr.1782
- ElBarazi, A., Mohamed, F., Mabrok, M., Adel, A., Abouelkheir, A., Ayman, R., Mustfa, M., Elmosallamy, M., Yasser, R. y Mohamed, F. (2024). Efficiency of assertiveness training on the stress, anxiety, and depression levels of college students (Randomized control trial). *Journal of Education and Health Promotion*, 13, 203. Doi: 10.4103/jehp.jehp_264_23

- Engle, E., Gadischkie, S., Roy, N. y Nunziato, D. (2013). Dialectical behavior therapy for a college population: Applications at Sarah Lawrence College and beyond. *Journal of College Student Psychotherapy*, 27, 11-30. Doi: 10.1080/87568225.2013.739014
- Faustino, B. (2021). Transdiagnostic perspective on psychological inflexibility and emotional dysregulation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(2), 233-246. Doi: 10.1017/S1352465820000600
- 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(6), 946-957. Doi: 10.1016/j.beth.2019.12.009
- Fleming, A., McMahon, R., Moran, L., Peterson, A. y Dreessen, A. (2015). Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students. *Journal of Attention Disorders*, 19(3), 260-271. Doi: 10.1177/1087054714535951
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa* (3^a ed.). Morata.
- Forni, P. y Grande, P.D. (2020). Triangulación y métodos mixtos en las ciencias sociales contemporáneas. *Revista Mexicana de Sociología*, 82(1), 159-189. Doi: 10.22201/iis.01882503p.2020.1.58064
- Gasol, X., Navarro H., M., Fernández F., I., García P., A., Suso R., C. y Gasol C., M. (2022). Preventing emotional dysregulation: acceptability and preliminary effectiveness of a DBT skills training program for adolescents in the Spanish school system. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 494. Doi: 10.3390/ijerph19010494
- Gil D., M., Rivera H., M., López P., J., Hermosillo de la T., A., Sánchez L., L. y Reyes O., M. (2025). Programa de diez sesiones en entrenamiento de habilidades DBT-A con universitarios mexicanos: ensayo clínico piloto. *Revista de Psicología y Educación*, 20(1), 35-46. Doi:10.70478/rpye.2025.20.04
- Graham, J., Karmarkar, A. y Ottenbacher, K. (2012). Small sample research designs for evidence-based rehabilitation: Issues and methods. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(8 Suppl.), S111-116. Doi: 10.1016/j.apmr.2011.12.017
- Hawton, K., Witt, K., Taylor S., T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E. y Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(5), CD012189. Doi: 10.1002/14651858.CD012189
- Jacobson, N. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. Doi: 10.1037//0022-006x.59.1.12
- Kassing, F., Seeley, J., Rizvi, S., Compton, S., Sinclair, J., Oshin, L., Blalock, K., Jobes, D., Crumlish, J., Stadelman, S., Gözenman-Sapin, F., Snyderman, T., Ruork, A., Fry, C., Gallop, R.J., Goodrich, J. y Pistorello, J. (2024). Assessing the implementation of suicide-focused treatments delivered in hybrid telemental health format in a real-world setting. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 1-15. Doi: 10.1080/10503307.2024.2415104
- Kazdin, A. (2019). Single-case experimental designs. Evaluating interventions in research and clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 3-17.
- Kazdin, A. (2021). Single-case experimental designs: Characteristics, changes, and challenges. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 115(1), 56-85. Doi: 10.1002/jeab.638
- Kitzrow, M. (2003). The mental health needs of today's college students: challenges and recommendations. *NASPA Journal*, 41(1), 167-181. Doi: 10.2202/1949-6605.1310
- Koç, M. y Uzun, R. (2023). Investigating the link between dispositional mindfulness, beliefs about emotions, emotion regulation, and psychological health: a model testing study. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 42(2), 475-494. Doi: 10.1007/s10942-023-00522-1
- Kvale, S., Blanco C., M. y Amo, T. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Morata.
- Lancastle, D., Davies, N.H., Gait, S., Gray, A., John, B., Jones, A., Kunorubwe, T., Molina, J., Roderique-Davies, G. y Tyson, P. (2025). A systematic review of interventions aimed at improving emotional regulation in children, adolescents, and adults. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 34(3), 100505. Doi: 10.1016/j.jbct.2024.100505
- Lee, S. y Mason, M. (2019). Effectiveness of brief DBT-informed group therapy on psychological resilience: A preliminary naturalistic study. *Journal of College Student Psychotherapy*, 33, 25-37. Doi: 10.1080/87568225.2018.1425646
- Liang, L., Feng, L., Zheng, X., Wu, Y., Zhang, C., y Li, J. (2021). Effect of dialectical behavior group therapy on the anxiety and depression of medical students under the normalization of epidemic prevention and control for the COVID-19 epidemic: A randomized study. *Annals of Palliative Medicine*, 10(10), 10591-10599. Doi: 10.21037/apm-21-2466
- Lin, T., Ko, H., Wu, J., Oei, T., Lane, H. y Chen, C. (2019). The effectiveness of dialectical behavior therapy skills training group vs. cognitive therapy group on reducing depression and suicide attempts for borderline personality disorder in Taiwan. *Archives of Suicide Research*, 23(1), 82-99. Doi: 10.1080/13811118.2018.1436104

- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Linehan, M. y Gagliesi, P. (2020). *Manual de entrenamiento en habilidades DBT para el/la terapeuta*. Universidad Nacional de la Plata.
- Lukas, C., Ebert, D., Fuentes, H., Caspar, F. y Berking, M. (2018). Deficits in general emotion regulation skills-Evidence of a transdiagnostic factor. *Journal of Clinical Psychology*, 74(6), 1017-1033. Doi: 10.1002/jclp.22565
- Medina-Mora, M., Guerrero, B. y Cortés, J. (2022). ¿Cómo impactó a la salud mental de los estudiantes mexicanos la retracción de la economía resultado del largo periodo del confinamiento por COVID-19? Boletín sobre COVID-19. *Salud Pública y Economía*, 3(28), 3-6.
- Menefee, D., Ledoux, T. y Johnston, C. (2022). The importance of emotional regulation in mental health. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 16(1), 28-31. Doi: 10.1177/15598276211049771
- Moya L., C. y Andrade A., J. (2022). Desafíos en la educación superior y salud mental en estudiantes universitarios en tiempos de covid-19. *Étic@net*, 22(2). Doi: 10.30827/eticanet.v22i2.23696
- Muhomba, M., Chugani, C., Uliaszek, A. y Kannan, D. (2017). Distress tolerance skills for college students: A pilot investigation of a brief DBT group skills training program. *Journal of College Student Psychotherapy*, 31, 247-256. Doi: 10.1080/87568225.2017.1294469
- Padesky, C. (2020). Collaborative case conceptualization. Client knows best. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(4), 392-404. Doi: 10.1016/j.cbpra.2020.06.003
- Pallmann, P., Bedding, A.W., Choodari-Oskooei, B., Dimairo, M., Flight, L., Hampson, L.V., Holmes, J., Mander, A., Odondi, L., Sydes, M., Villar, S., Wason, J., Weir, C., Wheeler, G., Yap, C., y Jaki, T. (2018). Adaptive designs in clinical trials: Why use them, and how to run and report them. *BMC Medicine*, 16(1), 29. Doi: 10.1186/s12916-018-1017-7
- Parker, R. y Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: non overlap of all pairs. *Behavior Therapy*, 40(4), 357-367. Doi: 10.1016/j.beth.2008.10.006
- Paz P., M., Gutiérrez G., R., Benjet, C., Albor, Y., Martínez-M., K., Torre, A., González-G., R. y Switalski, C. (2022). Estudio exploratorio de preferencias y barreras de atención para la salud mental en universitarios. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 22(1), 226-235. Doi: 10.21134/haaj.v22i1.654
- Pistorello, J., Fruzzetti, A., Maclane, C., Gallop, R. e Iverson, K. (2012). Dialectical behavior therapy (DBT) applied to college students: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 982-994. Doi: 10.1037/a0029096
- Riveros, A., Rubio, T., Candelario, J. y Mangín, M. (2013). Características psicológicas y desempeño académico en universitarios de profesiones de pronta ocupación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(2), 265-278.
- Rizvi, S. y Steffel, L. (2014). A pilot study of 2 brief forms of dialectical behavior therapy skills training for emotion dysregulation in college students. *Journal of American College Health*, 62(6), 434-439. Doi: 10.1080/07448481.2014.907298
- Rosa G., A., Hernández P., A., Valencia, P. y Guajardo G., D. (2021). Análisis dimensional de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) en universitarios mexicanos. *Evaluuar*, 21(2), Article 2. Doi: 10.35670/1667-4545.v21.n2.34401
- Sandín, B., Simons, J., Valiente, R., Simons, R. y Chorot, P. (2017). Psychometric properties of the Spanish version of the Distress Tolerance Scale and its relationship with personality and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 29(3), 421-428. Doi: 10.7334/psicothema2016.239
- Sanz, J. y García-Vera, 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. *Clínica y Salud*, 26(3), 167-180. Doi: 10.1016/j.clysa.2015.09.004
- Smith, A. y MacDougall, D. (2020). Dialectical behaviour therapy for people with borderline personality disorder: a rapid qualitative review. *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567202/>
- Southward, M., Howard, K. y Cheavens, J. (2023). Less is more: Decreasing the frequency of maladaptive coping predicts improvements in DBT more consistently than increasing the frequency of adaptive coping. *Behaviour Research and Therapy*, 163, 104288. Doi: 10.1016/j.brat.2023.104288
- Tate, R., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Shadish, W., Vohra, S., Barlow, D., Horner, R., Kazdin, A., Kratochwill, T., McDonald, S., Sampson, M., Shamseer, L., Togher, L., Albin, R., Backman, C., Douglas, J., Evans, J., Gast, D., Manolov, R., ... Wilson, B. (2016). The Single-Case Reporting Guideline in Behavioural Interventions (SCRIBE) 2016 Statement. *Physical Therapy*, 96(7), e1-e10. Doi: 10.2522/ptj.2016.96.7.e1
- Tobon, J., Zipursky, R., Streiner, D., Colvin, E., Bahl, N., Ouimet, A., Burckell, L., Jeffs, L. y Bieling, P. (2020). Motivational enhancement as a pretreatment to a transdiagnostic intervention for emerging adults with emotion dysregulation: a pilot randomized controlled trial. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(3), 132-148.

- Uliaszek, A., Rashid, T., Williams, G. y Gulamani, T. (2016). Group therapy for university students: A randomized control trial of dialectical behavior therapy and positive psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 78-85. Doi: 10.1016/j.brat.2015.12.003
- Üstündağ-Budak, A., Özeke-Kocabas, E. e Ivanoff, A. (2019). Dialectical behaviour 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. Doi: 10.1007/s10447-019-09379-5
- Vannest, K., Parker, R., Gonen, O. y Adiguzel, T. (2016). *Single case research: Web based calculators for SCR analysis (Version 2.0) [Web-based application]*. College Station, TX: Texas AyM University.
- Wilfley, D., Agras, W., Fitzsimmons-Craft, E., Bohon, C., Eichen, D., Welch, R., Jo, B., Raghavan, R., Proctor, E. y Wilson, G. (2020). Training models for implementing evidence-based psychological treatment: A cluster-randomized trial in college counseling Centers. *JAMA Psychiatry*, 77(2), 139-147. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.3483
- World Health Organization (1998). *Wellbeing measures in primary health care/the DepCare Project: Report on a WHO meeting*. Stockholm (Sweden), 12–13 February 1998. Recuperado de <https://iris.who.int/handle/10665/349766>
- Zalewski, M., Lewis, J. y Martin, C. (2018). Identifying novel applications of dialectical behavior therapy: Considering emotion regulation and parenting. *Current Opinion in Psychology*, 21, 122-126. Doi: 10.1016/j.copsyc.2018.02.013
- Zeinali-Davarani, Z. y Heydarinasab, L. (2019). The effectiveness of dialectical behavior therapy skills to reduction in difficulty in emotion regulation among students. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(5), 842-848.