

Artículo

## Programa de 10 Sesiones en Entrenamiento de Habilidades DBT-A con Universitarios Mexicanos: Ensayo Clínico Piloto

Morelia Erandeni Gil-Díaz<sup>1</sup>, Judith López-Peñaloza<sup>1</sup>, Alicia Edith Hermosillo-de la Torre<sup>2</sup>,  
Luis Miguel Sánchez-Loyo<sup>3</sup>, María Helena Rivera-Heredia<sup>1</sup> y Michel André Reyes-Ortega<sup>4</sup>

1 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (México)

2 Universidad Autónoma de Aguascalientes (México)

3 Universidad de Guadalajara (México)

4 Instituto de Terapia y Análisis de la Conducta (Ciudad de México, México)

### INFORMACIÓN

Recibido: Junio 9, 2024

Aceptado: Octubre 15, 2024

#### Palabras clave:

Terapia Dialéctica Conductual  
Universitarios  
Suicidio  
Ideación suicida

#### Keywords:

Dialectical Behavioral Therapy  
University students  
Suicide  
Suicidal ideation

### RESUMEN

**Antecedentes:** Considerando el incremento de muertes por suicidio en población joven es necesario implementar estrategias que permitan trabajar con ese sector ayudando en la disminución de factores de riesgo relacionados con los comportamientos suicidas. **Método:** el presente estudio evalúa la efectividad de una intervención basada en el entrenamiento de habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual, para disminuir factores de riesgo asociados a la conducta suicida, en jóvenes universitarios. Con una duración de diez sesiones, está basado en la versión de la Terapia Dialéctica Conductual para adolescentes (DBT-A) propuesta por Rathus y Miller. Ensayo clínico aleatorizado, con un grupo experimental y un grupo control. **Resultados:** se encontró una mejoría en las puntuaciones para la escala de autoestima, dos subescalas de recursos psicológicos, en la dimensión de metas de la Escala de Regulación Emocional (DERS), para las subdimensiones de disforia y pensamiento, pertenecientes a la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CESD-R y en la Escala de Formas de Afrontamiento WCCL-DBT. **Conclusiones:** el grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A muestra resultados beneficiosos para la disminución de factores de riesgo de la conducta suicida en jóvenes universitarios.

### 10 Weeks DBT-A Group Skills Training Program in Mexican College Students: Pilot Clinical Trial

#### ABSTRACT

**Background:** Considering the increase in suicide deaths in the young population, it is necessary to implement strategies to work with this sector, helping to reduce risk factors related to suicidal behavior. **Method:** This study evaluates the effectiveness of an intervention based on Dialectical Behavioral Therapy (DBT) skills training to reduce risk factors associated with suicidal behavior in young university students. It lasted ten sessions and was based on the version of Dialectical Behavioral Therapy for adolescents (DBT-A) proposed by Rathus and Miller. It was a randomized clinical trial with one experimental group and one control group. **Results:** An improvement was found in the evaluation for the self-esteem scale, two subscales of psychological resources, the goal dimension of the Emotion Regulation Scale (DERS), the subdimensions of dysphoria and thinking belonging to the Depression Scale from the Epidemiological Studies Centre Escala (CESD-R), and the Coping Styles Scale WCCL-DBT. **Conclusions:** The DBT-A-based skills training group shows beneficial results for reducing risk factors for suicidal behavior in young university students.

## Introducción

La Terapia Dialéctica Conductual (DBT, por sus siglas en inglés) fue originalmente desarrollada por Marsha Linehan, quien la diseñó para tratar a personas con trastorno límite de la personalidad, sin embargo, también se ha reportado su eficacia en la reducción de ideación suicida e intentos de suicidio en diversos estudios (DeCou et al., 2018; Ratnaweera et al., 2021) como en adultos (Linehan, 1993; Mehlum et al., 2019; McMain et al., 2018; Neacsiu et al., 2018, 2010; Westad et al., 2021).

De acuerdo con Linehan (1993), la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) cuenta con una base teórica que parte de una explicación biosocial del comportamiento, entendiendo como comportamiento todas aquellas respuestas y actividades del individuo privadas, públicas, implícitas, explícitas incluyendo las emocionales, psicológicas y cognitivas. Así, desde esta visión, las personas carecen de habilidades interpersonales, autorregulación, regulación emocional y la tolerancia al estrés, además de encontrarse en un ambiente invalidante. Este ambiente impide el desarrollo de nuevas habilidades y frecuentemente refuerza comportamientos inapropiados o poco efectivos. Es así, que los fundamentos de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) consisten principalmente en la filosofía dialéctica, práctica del zen y la teoría biosocial. Esta terapia se basa principalmente, por un lado, en la validación y aceptación del consultante, y por otro lado, en prestar especial atención a los cambios del comportamiento (Neacsiu et al., 2010). Así, el objetivo fundamental del trabajo con el consultante consiste en lograr un equilibrio entre la aceptación y el cambio (Rizvi y Linehan, 2001).

De acuerdo con Linehan (1993) uno de los componentes de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) es el grupo de entrenamiento en habilidades. Este entrenamiento está diseñado para enseñar, modelar y practicar las habilidades fundamentales para la Terapia Dialéctica Conductual (DBT). Dichas habilidades se enseñan mediante cuatro módulos: atención plena, tolerancia al malestar, regulación emocional y efectividad interpersonal. Los módulos de atención plena y tolerancia al malestar tienen como objetivo la aceptación, mientras que los módulos de regulación de emociones y efectividad interpersonal se centran en el cambio.

Algunos estudios han evaluado la aplicación del grupo de entrenamiento en habilidades de DBT reportando como resultados la reducción en síntomas psiquiátricos (Delaquis et al., 2020; Rathus y Miller 2002), autolesiones (Mehlum et al., 2021; Tørmoen et al., 2014), desregulación emocional (Lyng et al., 2020; Pardo et al., 2020), comportamientos suicidas (Fleischhaker et al., 2011; Kells et al., 2020; Rathus y Miller 2002) sintomatología depresiva (Heerebrand et al., 2021) y mejor tolerancia al malestar (Flynn et al., 2023; Searle et al., 2021).

Específicamente estudios donde se ha aplicado el grupo de entrenamiento en habilidades de DBT con jóvenes universitarios reportan disminución en niveles de estrés, síntomas depresivos, reducción en hospitalización, disminución en síntomas ansiosos e impulsividad (Chugani, 2015; Panepinto et al., 2015) también se reportan disminuciones en autolesiones y los comportamientos suicidas, mejorías en la regulación emocional (Huerta-Hernández et al., 2021), así como cambios en el ajuste social y la tolerancia al malestar (Chugani et al., 2013; Muhomba et al., 2017). De acuerdo con los hallazgos reportados en los estudios anteriormente mencionados la aplicación de DBT, beneficiaría a la población de

estudiantes universitarios al brindarles habilidades para manejar emociones intensas no deseadas, proporcionando estrategias que sean de utilidad para afrontar momentos difíciles o de estrés.

Al hablar de contextos escolares, se cuenta con información sobre la salud mental en población universitaria, específicamente en aquellos que cursan el primer semestre de sus estudios, encontrando la existencia de ideaciones y conductas suicidas. Datos provenientes de diversos estudios señalan que aquellos estudiantes con presencia de un trastorno mental estaban en mayor riesgo de desarrollar conductas suicidas a largo plazo (Auerbach et al., 2018, 2019; Anestis et al., 2019; Benjet et al., 2019; Mortier et al., 2018). En este mismo tema los autores reportaron que la presencia de algunas variables, como las características sociodemográficas específicas, no influyen de forma directa en el mantenimiento o desarrollo de este tipo de conductas (Auerbach et al., 2018, 2019; Benjet et al., 2019; Bruffaerts et al., 2019; Mortier et al., 2018).

En consecuencia, a lo encontrado en dichas investigaciones los autores mencionan la importancia de implementar estrategias de intervención en estos contextos, señalando la poca satisfacción a las necesidades de la población universitaria en cuanto a la salud mental (Auerbach et al., 2018, 2019; Benjet et al., 2019; Bruffaerts et al., 2019; Mortier et al., 2018). Dentro de este mismo tema, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2016) refirió que el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 20 a 24 años. Considerando al suicidio como un grave problema de salud pública, para el cual es necesario utilizar estrategias de prevención.

Por lo anterior, se consideró oportuno evaluar la efectividad de un grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A para la disminución de factores de riesgo asociados con el comportamiento suicida en estudiantes universitarios.

Considerando que la población universitaria se encuentra dentro del rango de edad de la población en riesgo, se parte de la hipótesis de que el grupo de entrenamiento en habilidades incrementará las herramientas que se han reportado como de utilidad en momentos de estrés y que ayuden a mantener estados de salud óptimos. Para la implementación del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, se diseñó una versión corta de únicamente 10 sesiones.

## Método

### Diseño de la Investigación

El presente estudio es un ensayo clínico aleatorizado, para el cual se contó con un grupo control y un grupo experimental, con mediciones pretest y posttest. Los participantes del grupo experimental se asignaron de forma aleatoria (Spieth et al., 2016).

Se desarrolló un programa para implementar un grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, en una versión adaptada de 10 sesiones (considerando el calendario escolar y que pueda ser utilizada en la duración de un semestre), para lo cual se seleccionaron habilidades de cada uno de los módulos que integran la propuesta sobre Terapia Dialéctica Conductual para adolescentes (DBT-A) desarrollada por Rathus y Miller (2015).

En el programa se incluyeron todos los módulos de habilidades, pero para obtener un diseño de 10 sesiones no se consideraron todas las habilidades que usualmente se revisan en cada módulo. La selección de habilidades fue considerando aquellas que mejor se ajustaran a las condiciones de la implementación (ver [Tabla 1](#)),

además, se consideró que las habilidades seleccionadas permitieron conservar los principios básicos del entrenamiento en habilidades perteneciente a la Terapia Dialéctica Conductual (DBT).

### Participantes

El número final de participantes fue de 63 (mujeres y hombres distribuidos en el grupo experimental y el grupo control), con edades entre 17 y 20 años ( $M= 18.27$ ,  $DE= 1.023$ ). El número inicial de participantes para el grupo experimental era de 44 estudiantes, dicho número se redujo por diversas razones (faltar frecuentemente a las sesiones o abandonar el grupo de habilidades) debido a esto el número final del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A fue de 30 estudiantes (26 mujeres y 4 hombres) estos participantes fueron considerados ya que cumplieron con los criterios de inclusión, asistieron al menos a 9 sesiones y contaban con las evaluaciones pretest y postest completas. Mientras que para el grupo control se tuvieron 33 participantes (32 mujeres y 1 hombre). Los participantes se encontraban inscritos en el primer semestre de un programa de Licenciatura perteneciente a una Universidad Pública Estatal de la región centro-occidente en México.

Se procedió a dividir a los participantes que recibirían el grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A en tres grupos (A, B y C). Esto para respetar el número de participantes sugeridos por los autores al implementar grupos de entrenamiento en habilidades pertenecientes a la Terapia Dialéctica Conductual para Adolescentes (DBT-A).

Es importante mencionar que en un inicio los grupos (“A” y “B”) contaban cada uno con 15 participantes, mientras que, solo el grupo (“C”) se integró por 21 participantes. Estos números se modificaron debido a diversas razones, tales como, la decisión de no desear participar en el grupo, o que algunos de los participantes mencionaron ya llevar un proceso terapéutico y no tenían el interés de asistir a las sesiones. Finalmente, los grupos se conformaron de la siguiente forma: el grupo “A” se integró por 11 participantes, el grupo “B” por 12 alumnos y el grupo “C” contó con 7 asistentes.

Para los criterios de inclusión se consideró únicamente que los alumnos participantes fueran inscritos en el primer semestre de Licenciatura (el grupo experimental pertenecía a la Licenciatura

en Psicología, mientras que, los participantes del grupo control estaban inscritos en la Licenciatura de Asesorías Psicopedagógicas, ambas carreras forman parte del Centro de Ciencias Sociales y Humanidades), mientras que los criterios de exclusión fueron que los alumnos expresaron su deseo de no participar en el grupo de entrenamiento en habilidades, alumnos que ya recibían un tratamiento psicoterapéutico, también, que siendo menores de edad sus padres no proporcionaron el consentimiento para participar y por último aquellos alumnos que al momento de realizar el tamizaje, las puntuaciones de este sugerían un riesgo elevado o inminente de presentar conducta suicida, se les realizó una entrevista para confirmar el riesgo y que fueran derivados para recibir atención, se decidió realizar esto último como una medida de prevención y ética.

### Instrumentos

A continuación, se describen las características psicométricas de los instrumentos utilizados:

Para evaluar la sintomatología depresiva se aplicó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CESD de Radloff (1977), específicamente para este estudio se empleó la versión revisada CESD-R validada para estudiantes mexicanos por González-Forteza et al. (2008). Es una escala de tamizaje que detecta posibles casos de depresión en las últimas dos semanas, con 39 ítems y con 4 reactivos que miden ideación suicida y sintomatología depresiva (disforia, cambios drásticos en el peso, tipo de pensamiento, agitación o retardo psicomotor, ideación suicida, problemas del sueño, amigos, ocupación y familia, culpa excesiva o inapropiada y anhedonia/disminución para el placer o interés en las actividades), la escala cuenta con una fiabilidad total de 0,93.

El segundo instrumento fueron las Escalas de Recursos Psicológicos de Rivera-Heredia y Andrade (2006). Las escalas son autoaplicables y constan de 4 opciones de respuesta que varían de “casi siempre” a “casi nunca”. Cuenta con una fiabilidad de  $\alpha= ,87$ . Se aplicaron las siguientes subescalas: Escala de recursos afectivos formada por las subescalas de autocontrol ( $\alpha= ,70$ ), manejo de la tristeza ( $\alpha=0,71$ ), manejo del enojo ( $\alpha= ,71$ ) y por último la subescala de recuperación del equilibrio, la cual cuenta con una fiabilidad de  $\alpha= ,63$  (Rivera-Heredia y Pérez-Padilla, 2012). También se aplicó la

**Tabla 1**  
Descripción del Diseño del Grupo de Entrenamiento en Habilidades Basado en DBT-A

Número de sesión	Módulo	Habilidades	Secuencia
1	Orientación	Orientación al Grupo de Entrenamiento en Habilidades	
2	Atención plena	Orientación al Módulo	
3		Los tres estados de la mente	
4	Tolerancia al malestar	Habilidades “Qué” y “Cómo”	Ejercicio de atención plena
5		Orientación al Módulo	
6	Regulación emocional	“MEJORAR el momento”	Revisión de tarea
7		TIIP	
8	Efectividad interpersonal	Pros y contras	Orientación a la Habilidad
9		Aceptación radical de la realidad	
10		Orientación al módulo	Asignación de tarea
		Acción opuesta	
		Anticípate	Ejercicio de cierre
		Verificar hechos y solución de problemas	
		Orientación al módulo	
		DEAR MAN	

Nota. Elaboración propia.

escala de recursos cognitivos, de la cual solo se retomó la subescala de creencias religiosas ( $\alpha = ,92$ ), de la escala de recursos sociales, se utilizaron las subescalas de red de apoyo ( $\alpha = ,77$ ) y la subescala de incapacidad para buscar ayuda ( $\alpha = ,73$ ) (Rivera-Heredia y Pérez-Padilla, 2012).

El tercer instrumento fue la escala de Autoestima de Rosenberg (1965) en su versión validada en adolescentes mexicanos (González-Forteza et al., 1997), escala tipo Likert con 10 reactivos, sus opciones de respuesta van de 1= totalmente acuerdo a 4= totalmente en desacuerdo, cuenta con una fiabilidad de ,75.

El cuarto instrumento fue la Cédula de Indicadores Parasuicidas de González-Forteza et al. (2001). Esta contiene 13 indicadores que recuperan información sobre la conducta suicida, además de información sobre la severidad, el método y la intencionalidad. Específicamente para identificar antecedentes en cuanto a la intencionalidad suicida de manera puntual se utiliza la pregunta ¿Alguna vez, a propósito, te has herido, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarte la vida?

El quinto instrumento fue la Escala de Regulación de Emociones DERS para adolescentes de Marin-Tejeda et al. (2012) adaptada y validada para adolescentes mexicanos para evaluar dificultades relacionadas a la desregulación emocional, tipo Likert, formada por 35 ítems y las subdimensiones de metas, claridad, no aceptación y conciencia. La fiabilidad de la escala completa es de ,89.

Finalmente, se aplicó la Escala de Formas de Afrontamiento WCCL-DBT de Neacsiu et al. (2010). Se conforma de 59 ítems, evalúa las habilidades con las que cuenta la persona. Tiene 3 dimensiones: dos dirigidas a las estrategias disfuncionales (afrentamiento disfuncional general y culpando a otros) y la tercera evalúa las habilidades DBT usadas por la persona. Tiene 5 opciones de respuesta, tipo Likert, con una fiabilidad total de ,92.

## Procedimiento

Se realizó una evaluación pretest antes de la implementación del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, la Figura 1 muestra el flujo de los participantes y los momentos de la evaluación y la implementación del grupo de entrenamiento en habilidades. En dicha evaluación se aplicaron la Escala de Regulación de Emociones (DERS), la escala de recursos psicológicos, la escala de autoestima, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-R), la cédula de indicadores parasuicidas y la escala de formas de afrontamiento WCCL-DBT.

Posterior al pretest se realizó la asignación aleatorizada de los participantes a los grupos, se debe resaltar que, si bien los participantes se dividieron en tres grupos, cada grupo es implementado cubriendo los lineamientos específicos para un grupo de entrenamiento en habilidades DBT-A. La aplicación del entrenamiento se realizó en sesiones semanales con una duración de dos horas, dirigidas por un líder y un co-líder. Los líderes tenían experiencia clínica y en implementación de grupos de entrenamiento en habilidades DBT-A. Es importante mencionar que el líder y co-líder se encargaron del grupo al que fueron designados desde el inicio hasta el final del entrenamiento en habilidades basado en DBT-A.

Para cada sesión, los participantes recibían el material correspondiente, basado en el manual de habilidades de Rathus y Miller (2015). Estos materiales fueron previamente traducidos al español.

Para la implementación de las sesiones, cada líder y co-líder usaban el mismo manual y diapositivas para las sesiones. Así cada grupo de entrenamiento en habilidades tenía su propio espacio para desarrollarse, el cual fue siempre el mismo a largo de las 10 sesiones, en espacios amplios, con sillas y mesas, que permitían la implementación del mismo, cuidando las especificaciones de un grupo de entrenamiento en habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual. Finalmente se tuvo una fase de postest para el grupo experimental y el grupo control.

En cuanto a las consideraciones éticas de la investigación, es importante mencionar que el presente trabajo se realizó bajo los principios establecidos en la declaración Helsinki. Los participantes mayores de edad firmaron un consentimiento informado y para los menores de edad se solicitó primero la autorización de los padres por medio de un consentimiento informado, permitiendo que fueran parte del estudio, una vez que se contaba con la autorización de los padres, los participantes menores de edad, firmaban un consentimiento informado. De igual forma, se explicó que toda información proporcionada era confidencial, que solo el investigador principal tenía acceso a ella.

A los alumnos identificados en la fase del pretest en riesgo inminente de suicidio se les asignó una cita en la clínica del departamento de psicología para que recibieran una evaluación y confirmación del riesgo de conducta suicida y tratamiento completo y adecuado. Estos alumnos seguían asistiendo al grupo de entrenamiento en habilidades, pero sus datos no fueron considerados en el análisis. Por último, durante la implementación del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, los estudiantes contestaban semanalmente una tarjeta diaria la cual registra el impulso de conducta autolesiva o suicida, entre otras conductas problema, lo cual permitió tener un monitoreo constante de los participantes. Cabe mencionar que durante la implementación del grupo de entrenamiento en habilidades por medio de las respuestas de la tarjeta diaria no se identificó a ningún participante que reportara conducta suicida o autolesión.

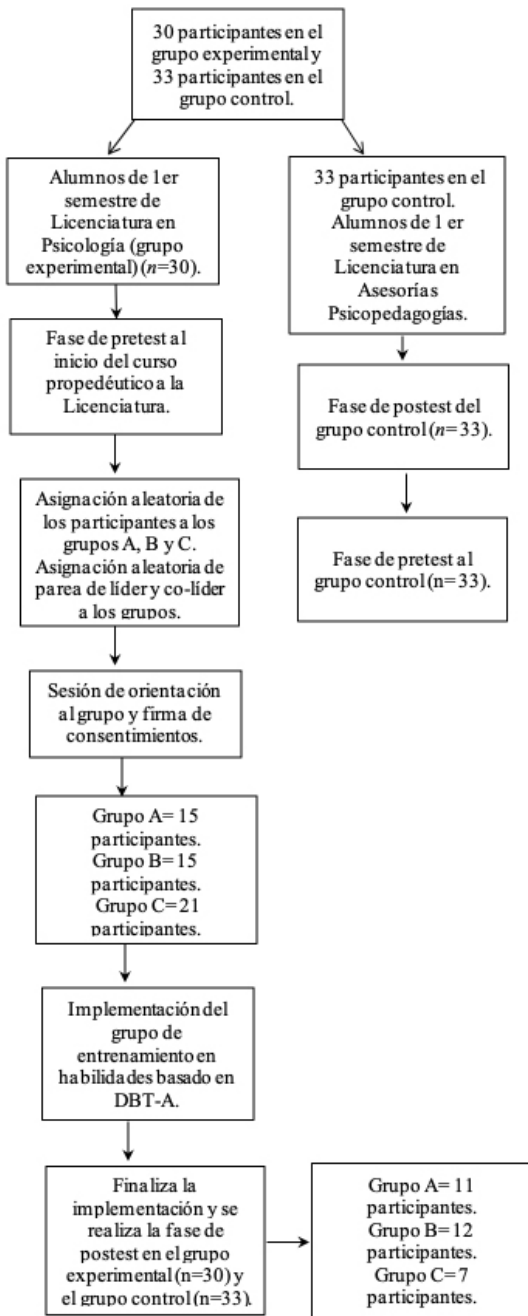
## Análisis de Datos

Los resultados se analizaron por medio del paquete estadístico SPSS, realizando las comparaciones de las puntuaciones obtenidas en la fase de pretest y postest. Dichas comparaciones fueron intragrupal e intergrupales para los grupos experimental y control. Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, para conocer si las puntuaciones contaban con una distribución normal. Para las comparaciones entre grupos se empleó la prueba paramétrica t de student para muestras relacionadas e independientes.

También se identificó el tamaño del efecto logrado por el entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, para lo cual se utilizó el estadístico d de Cohen (1988).

Este análisis estadístico permite conocer a través de las diferencias de la media y la desviación estándar ponderada, el tamaño del efecto que tuvo el grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, por lo que, para obtener dicho dato se procedió a utilizar las puntuaciones obtenidas por ambos grupos en la fase de postest, para las escalas totales y dimensiones. Para el estadístico los valores inferiores a ,20 señalan un pequeño tamaño del efecto, los valores de ,50 señalan un efecto mediano y los valores mayores a ,80 indican un tamaño del efecto alto.

**Figura 1**  
Diagrama de Flujo de los Participantes del Grupo de Entrenamiento en Habilidades Basado en DBT-A



## Resultados

A continuación, se muestra información relacionada con la presencia de variables consideradas como factores de riesgo para la conducta suicida, así como también datos sobre el estado de salud mental de los participantes. Se observan puntuaciones elevadas en las variables consideradas factores de riesgo para el desarrollo de conductas suicidas (ver *Tabla 2*).

Continuando con los resultados se presentan las puntuaciones de las comparaciones intergrupales para los datos del pretest entre el grupo experimental y el grupo control. La *Tabla 3* muestra las puntuaciones obtenidas en la comparación de la fase de pretest. Únicamente de aquellos participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, es por ello que el grupo experimental está formado de 30 participantes.

A continuación, en la *Tabla 4* se muestran los resultados correspondientes a las comparaciones de las fases pretest y postest del grupo experimental. Los resultados sugieren un aumento en las puntuaciones de las variables como el manejo del enojo, creencias religiosas, autoestima, las habilidades usadas, y metas dicho aumento podría sugerir que los participantes desarrollaron estas variables. Por otro lado, se observó una disminución en la puntuación correspondiente a la variable de disforia. Estos resultados podrían atribuirse a la aplicación del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A.

En cuanto a las comparaciones de la fase pretest y postest del grupo control, no se observaron diferencias para ninguna de las escalas utilizadas en el presente estudio (ver *Tabla 5*).

En relación a la comparación de las puntuaciones correspondientes a la fase de postest para el grupo experimental y control se observaron diferencias estadísticamente significativas. Para dicha comparación de puntuaciones intragrupal se puede observar una diferencia de medias y una significancia estadística que sugieren cambios en los participantes. De este modo el grupo experimental presentó menores puntuaciones en la Escala de Sintomatología depresiva CESD-R, así como en las subdimensiones de agitación psicomotora y amigos/ocupación/familia. De igual forma se observó una disminución en las subdimensiones de conciencia y claridad de la Escala de Regulación de Emociones DERS. Asimismo, se encontraron mejores puntuaciones para la subdimensión de recursos afectivos, manejo del enojo, recuperación del equilibrio, creencias religiosas. También la Escala de Formas de Afrontamiento DBT y la subdimensión de culpar a otros mostraron mayores puntuaciones. Debido a lo previamente mencionado podría inferirse una mejoría en los participantes del estudio derivada de su participación en grupo de habilidades (ver *Tabla 6*).

Respecto del tamaño del efecto derivado de la implementación del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, para lo cual se utilizó el estadístico *d* de Cohen (ver *Tabla 7*). Se obtuvieron puntuaciones favorables que sugieren que el grupo de entrenamiento en habilidades tuvo un impacto, la *Tabla 7* reporta las puntuaciones obtenidas en las escalas y las subdimensiones de las mismas.

## Discusión

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la efectividad de un grupo de entrenamiento en habilidades basado en la versión de terapia dialéctica conductual para adolescentes (DBT-A), para reducir variables relacionadas con factores de riesgo en la conducta suicida, con la finalidad de contar con herramientas que ayuden en la prevención de dicha problemática en estudiantes universitarios.

En primer lugar, hubo una mejoría con el entrenamiento en la dimensión de estado de ánimo deprimido o disforia y la dimensión tipo de pensamiento. Así se observó que los resultados del presente estudio coinciden con diversas investigaciones (*Jung-Hee et al., 2020; Keng et al., 2021; Mitchell et al., 2019; Saito et al., 2021;*



Tabla 2

Datos del Grupo Experimental y Grupo Control Correspondientes a la Fase de Pretest

Nombre de la variable	Grupo experimental (n=30)		Grupo control (n=33)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No presenta sintomatología depresiva	5	19,7	3	9,1
Presenta sintomatología depresiva	24	80	24	72,7
Presenta sintomatología depresiva elevada	1	3,3	6	18,2
Presenta ideación suicida	2	6,7	5	15,2
No presenta ideación suicida	28	93,3	28	8,8
Intento suicida	2	6,7	7	21,2
Sin intentos suicidas	28	93,3	26	78,8
Recursos psicológicos insuficientes	3	10	4	12,1
Recursos psicológicos necesarios	27	73,3	26	78,8
Recursos psicológicos suficientes y necesarios	5	16,7	3	9,1
Desregulación emocional alto	3	10	7	21,2
Desregulación emocional mediano	24	80	20	60,6
Desregulación emocional baja nula	3	10	6	18,2
Autoestima alta	5	16,7	4	12,1
Autoestima media	21	70	24	72,7
Autoestima baja	4	13,3	5	15,2

Nota. Elaboración propia.

Sahranavard y Reza, 2018; Southward et al., 2021) en las cuales se reportó una disminución en las puntuaciones de depresión o sintomatología depresiva, posterior a la implementación del grupo de entrenamiento en habilidades DBT-A y DBT.

En el presente estudio al evaluar el tamaño del efecto del grupo de entrenamiento en habilidades para la dimensión de disforia, se observó un efecto grande, así como un efecto moderado a mediano en el puntaje total de la escala.

Es importante recordar que diversos estudios señalan que la presencia de sintomatología depresiva es un factor de riesgo para el desarrollo de conductas suicidas, por lo que se considera relevante que dentro de los resultados del proyecto se reporte la modificación de las dimensiones anteriormente señaladas. Lo cual tendría un efecto directo sobre uno de los factores riesgo del suicidio. Además de su relevancia desde el punto de la salud mental en esta población (Atienza-Carbonell y Balanza-Martínez, 2020; Chávez-Hernández et al., 2015; García-Lara et al., 2019; Hernández-Milanes 2020; Luna-Contreras et al., 2020; Rivera-Rivera et al., 2020).

En cuanto a las dimensiones de la escala CESD-R que no obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, una posible explicación podría estar relacionada más con aspectos en la estructura e implementación del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, posiblemente asociados con la duración del programa y el uso adecuado de las estrategias dialécticas, de compromiso y validación que tal como se menciona en la literatura, son centrales para una correcta implementación de la Terapia Dialéctica Conductual. Es así, que esta misma explicación pueda dar respuesta a por qué en el resto de las escalas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, recordando también que los participantes de este estudio no se encontraban en un riesgo elevado o inminente de suicidio.

Es importante analizar que el uso de los módulos de regulación emocional y atención plena (especialmente este último) podrían servir como sustento para explicar cómo en la presente investigación, la dimensión de pensamiento de la escala CESD-R también mostró diferencias estadísticamente significativas, recordando que los

ítems de esta dimensión se centran en la dificultad de la persona de mantenerse concentrado o atento en las actividades o cosas importantes que la persona está realizando.

De este modo la mejoría en estas puntuaciones podría ser explicado por las habilidades de mente sabia y las habilidades “qué y cómo”, las cuales se enseñan y modelan como parte del módulo de atención plena en las primeras sesiones y tal como se menciona por Rathus y Miller (2015) dichas habilidades de atención plena son fundamentales para poder adquirir y practicar el resto de las habilidades correspondientes a los demás módulos, señalando que a lo largo del entrenamiento se recurre en cada sesión a la práctica de la atención plena.

En otro aspecto de los resultados, se observaron mejorías para las dimensiones de manejo del enojo y creencias religiosas, ambas pertenecientes a las escalas de recursos psicológicos. Estos resultados son relevantes al hablar de la efectividad del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A en cuanto a su impacto en el manejo de las emociones, específicamente el haber observado un aumento en las puntuaciones de la dimensión del manejo del enojo en los participantes del grupo de entrenamiento en habilidades. Esto sugiere que la adquisición y el uso de las habilidades en los participantes influyeron en el manejo de emociones. Resaltando que tal como la literatura lo señala, los grupos de entrenamiento en habilidades DBT, cuentan con resultados positivos para mejorar los estados de ánimo y regular emociones, específicamente existen estudios (Burckhardt et al., 2018; Kells et al., 2020; Sehatti et al., 2019; Rozakou-Soumalia et al., 2021) dentro de los cuales se reportan resultados favorables relacionados con el manejo del enojo o la ira, utilizándose un grupo de entrenamiento en habilidades DBT o DBT-A obtuvieron resultados positivos en la reducción del enojo, la irritabilidad y conductas agresivas. Dichos datos permiten considerar que al igual que con la reducción de síntomas depresivos, la aplicación únicamente del componente de grupo de entrenamiento en habilidades DBT como un recurso efectivo para el control y el manejo del enojo o la ira, al hablar tanto de adolescentes como de adultos. Dicho resultado es importante ya que los problemas para

**Tabla 3**  
Comparación de las Puntuaciones de la Fase Pretest del Grupo Experimental y el Grupo Control

Dimensión	Grupo Experimental			Grupo Control			t	p
	N	M	DE	N	M	DE		
CESD-R								
Total	30	,80	,459	33	1,12	,720	2,065	,060
Disforia	30	,84	,627	33	1,36	,917	2,216	,095
Anhedonia	30	1,64	,344	33	1,46	,475	-1,140	,259
Agitación	30	,93	,775	33	1,21	1,111	-1,141	,257
Tipo de pensamiento	30	,78	,652	33	1,48	1,034	-3,18	,491
Culpa	30	,63	,700	33	1,22	,945	-2,775	,007
Amigos-ocupación-familia	30	,72	,672	33	1,23	1,092	-2,231	0,29
Cambios en el apetito	30	,52	,771	33	,39	,885	,596	,553
Cambios en el sueño	30	1,01	,686	33	,58	,723	2,445	,017
Ideación suicida	30	,17	,603	33	,53	1,029	1,644	,105
Fatiga	30	1,09	,532	33	1,19	,646	-,687	,495
Culpa	30	,66	,700	33	1,22	,945	-2,775	,007
Recursos psicológicos total	30	3,14	,347	33	3,07	,367	,784	,436
Recursos afectivos	30	3,20	,457	33	2,96	4,86	2,007	,049
Recursos sociales	30	3,24	,387	33	3,22	3,59	,232	,817
Manejo del enojo	30	3,03	,390	33	2,89	,490	1,268	,210
Manejo de la tristeza	30	2,89	,681	33	2,62	,718	1,368	,176
Recuperación del equilibrio	30	3,19	,617	33	2,95	,708	1,59	,239
Autocontrol	30	3,25	,500	33	3,11	,503	,281	,131
Red apoyo	30	3,46	,679	33	3,37	,665	,609	,087
Incapacidad para pedir ayuda	30	2,1	,409	33	2,61	,561	,432	,099
Altruismo	30	3,70	,400	33	3,62	,584	,539	,079
Creencias religiosas	30	2,24	1,097	33	2,94	1,047	,013	,685
DERS total	30	1,80	,633	33	2,18	,827	2,013	,049
DERS claridad	30	2,05	,827	33	2,45	,977	1,753	,085
DERS metas	30	1,80	,531	33	2,21	,841	2,285	,066
DERS impulsividad	30	1,37	,609	33	1,76	,859	2,065	,066
DERS conciencia	30	2,23	,812	33	2,37	,807	,688	,494
DERS no aceptación	30	1,78	,907	33	2,23	1,266	1,586	,118
DERS								
Estrategias	30	1,59	,817	33	1,028	1,99	1,696	,095
Formas de afrontamiento DBT total	30	1,77	2,67	33	1,79	3,20	,278	,782
Afrontamiento disfuncional	30	1,63	,511	33	1,74	,600	,447	,108
Afrontamiento culpando a otros	30	1,17	,585	33	1,04	,602	,383	,132
Afrontamiento habilidades usadas	30	1,96	,374	33	1,96	,366	,065	,007
Autoestima	30	3,25	,384	33	3,00	,604	1,935	,065

Nota. Elaboración propia. CESD-R= Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, DERS= Escala de Regulación de Emociones.

manejar las emociones, son considerados como un factor de riesgo de conducta suicida.

En cuanto a los resultados relacionados con la regulación emocional, en la aplicación de grupos de entrenamiento en habilidades se ha encontrado una mejoría en la regulación emocional (Anestis et al., 2019). Dentro de este mismo orden de ideas, un estudio de Holmqvist et al. (2020), en el cual se trabajó un grupo de entrenamiento en habilidades de 5 sesiones con adolescentes y sus padres, se encontró mejoría en la regulación emocional tanto en adolescentes como en los padres, así, los autores reportaron diferencias estadísticamente significativas no solo en las puntuaciones totales de la escala DERS, sino también, siendo coincidente con el presente estudio, encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de metas.

Dentro de los resultados con diferencias estadísticamente significativas del presente estudio se encontró la escala de autoestima, en la cual los participantes mostraron mejores puntuaciones, de este modo en diversos estudios se resalta la importancia que tiene la presencia de niveles bajos de autoestima en población adolescente que al mismo tiempo presentan conducta suicida (Honorato-Bernal et al., 2019; Vázquez y De Haro, 2018). Recordando que esta variable es considerada como un factor de riesgo para el desarrollo de este tipo de conductas.

Así mismo los resultados sugieren que posterior a su participación en el grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, los participantes mejoraron en el uso de estrategias de afrontamiento más funcionales ante las diversas situaciones estresantes. De acuerdo con este resultado el uso de habilidades o estrategias de afrontamiento

**Tabla 4**  
Comparación de las Puntuaciones de las Fases Pretest y Postest del Grupo Experimental

Dimensión	Pretest			Postest			t	p
	N	M	DE	M	DE			
Disforia	30	,84	,624	,61	,412	2,351	,026	
Tipo de pensamiento	30	,78	,662	1,27	,774	-3,130	,004	
Autoestima	30	3,28	,355	2,66	,395	-8,686	< ,001	
DERS								
Metas	30	1,8	,817	2,38	,537	-3,584	< ,001	
Manejo del Enojo	30	3,03	,390	3,46	,482	-4,455	< ,001	
Creencias religiosas	30	2,24	1,095	1,93	1,097	2,538	,040	
Formas de Afrontamiento DBT total	30	1,77	,267	1,88	2,64	-2,750	,010	
Afrontamiento disfuncional	30	1,63	,511	1,34	,478	3,465	,002	
Afrontamiento Culpando a Otros	30	1,17	,585	,93	,577	-2,316	,028	
Habilidades Usadas	30	1,96	,374	2,25	,372	-4,585	< ,001	

Nota. Elaboración propia. DERS= Escala de Regulación de Emociones.

**Tabla 5**  
Comparación de las Puntuaciones de las Fases Pretest y Postest del Grupo Control

Dimensión	Pretest			Postest			t	P
	N	M	DE	N	M	DE		
CESD-R Total	33	1,012	,423	33	1,03	,720	1,202	,38
Disforia	33	1,35	,917	33	1,05	,802	2,216	,095
Anhedonia	33	1,64	,344	33	1,46	,475	2,214	,014
Agitación	33	1,21	1,111	33	1,30	,918	-,553	,584
Tipo de pensamiento	33	1,48	1,034	33	1,71	1,016	-1,395	,173
Culpa	33	1,22	,945	33	1,08	,843	1,234	,226
Amigos-ocupación-familia	33	1,23	1,09	33	1,14	,868	,583	,564
Cambios en el apetito	33	,39	,855	33	,52	,755	-1,245	,222
Cambios en el sueño	33	,58	,686	33	1,06	,723	-4,587	,555
Ideación suicida	33	,56	1,029	33	,33	,731	1,280	,210
Fatiga	33	1,19	,646	33	1,17	,657	,190	,851
Recursos psicológicos total	33	3,07	,347	33	2,99	,367	1,177	,248
Recursos afectivos	33	2,96	,457	33	2,87	4,86	1,442	1,59
Recursos sociales	33	3,22	,359	33	3,13	,535	,904	,333
Manejo del enojo	33	2,89	,490	33	3,12	,776	-1,972	,057
Manejo de la tristeza	33	2,62	,718	33	2,58	,651	,401	,691
Recuperación del equilibrio	33	2,95	,617	33	2,84	,708	1,187	,244
Autocontrol	33	3,11	,500	33	2,95	,503	1,924	,063
Red apoyo	33	3,37	,665	33	3,39	,715	-1,187	,853
Incapacidad para pedir ayuda	33	2,61	,561	33	2,66	,560	,506	,616
Altruismo	33	3,62	,400	33	3,62	,584	,537	,080
Creencias religiosas	33	2,94	1,097	33	2,62	1,047	,205	,839
DERS total	33	2,18	,633	33	2,22	,827	-,413	,668
DERS claridad	33	2,45	,977	33	2,42	,842	,158	,876
DERS metas	33	2,21	,848	33	2,31	,986	-1,04	,318
DERS impulsividad	33	1,76	,859	33	1,061	,859	-1,479	,149
DERS conciencia	33	2,37	,807	33	2,55	,776	-1,268	,214
DERS no aceptación	33	2,23	1,266	33	2,23	1,258	,000	1,000
DERS Estrategias	33	1,99	1,028	33	1,85	,974	1,121	,271
Formas de afrontamiento DBT total	33	1,79	,056	33	1,71	,066	1,340	,190
Afrontamiento disfuncional	33	1,74	,600	33	1,04	,602	6,895	,555
Afrontamiento culpando a otros	33	1,17	,585	33	1,04	,602	,383	,132
Afrontamiento habilidades usadas	33	1,53	,490	33	1,90	,640	7,398	,078
Autoestima	33	3,00	,604	33	2,67	,280	2,684	,11

Nota. Elaboración propia. CESD-R= Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, DERS= Escala de Regulación de Emociones.



**Tabla 6**  
Comparación de las Puntuaciones de las Fases Postest del Grupo Experimental y el Grupo Control

Dimensión	Grupo Control			Grupo Experimental			t	p
	N	M	DE	N	M	DE		
CESD-R Total	33	1,03	,605	30	,72	,342	-2,519	,015
Amigos-ocupación-familia	33	1,14	,868	30	,68	,565	-2,503	,015
Culpa	33	1,08	,883	30	,64	,601	-2,639	,023
Agitación psicomotora	33	1,30	,918	30	,82	,477	-2,641	,011
Claridad	33	2,42	,942	30	1,95	,888	-2,037	,046
Conciencia	33	2,55	,776	30	2,08	,611	-2,639	,010
Recursos Afectivos	33	2,87	,550	30	3,24	,381	-3,047	,003
Manejo del enojo	33	2,84	,698	30	3,12	,482	2,093	,040
Recuperación del equilibrio	33	2,84	,698	30	3,23	,668	2,090	,025
Creencias religiosas	33	2,92	1,134	30	1,93	1,095	2,290	,025
Formas de afrontamiento DBT total	33	1,72	,371	30	1,88	,264	2,036	,046
Habilidades usadas	33	1,92	,463	30	2,25	,332	3,24	,002

Nota. Elaboración propia. CESD-R= Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.

**Tabla 7**  
Puntuaciones Obtenidas con el Estadístico d de Cohen para el Tamaño del Efecto (N = 63)

Dimensión	Grupo Control (n = 33)		Grupo Experimental (n = 30)		d
	M	DE	M	DE	
CESD-R Total	,72	,605	1,03	,342	,65**
Disforia	,61	,412	1,5	,802	,72**
Tipo de Pensamiento	3,12	1,27	1,27	,744	2,06***
Agitación	1,30	,918	,82	,477	,68**
Amigos-ocupación Familia	1,14	,868	,68	,545	,65**
Autoestima	2,66	,280	,262 ,195		,16*
Recursos Psicológicos total	2,99	,311	3,15	,509	,39*
Manejo del Enojo	3,12	,776	3,46	,482	,54**
Recuperación del equilibrio	2,84	,698	,323	,668	,57**
Recursos afectivos total	2,87	,550	,324	,381	,85***
Creencias Religiosas	2,92	1,134	1,93	1,095	,65**
Desregulación emocional Total	2,22	,747	1,89	,823	,80***
DERS Metas	2,37	,484	2,38	1,014	,01*
Formas de Afrontamiento DBT total	1,88	,264	1,72	,280	,25*
Afrontamiento disfuncional	1,53	,590	1,34	,478	,35*
Afrontamiento Culpano a Otros	,90	,640	,93	,577	,49*
Habilidades Usadas	1,92	,640	2,25	,333	,67**

Nota. Elaboración propia. Los valores inferiores a .20\* señalan un pequeño tamaño del efecto los valores de .50\*\* señala un efecto mediano y los valores mayores a .80\*\*\* indican un tamaño del efecto alto. CESD-R= Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, DERS= Escala de Regulación de Emociones.

más funcionales o efectivas se relaciona con la mejoría de las puntuaciones en las variables evaluadas dentro del estudio. Con estas puntuaciones, es posible argumentar que los participantes del grupo se beneficiaron en cuanto a la adquisición de las habilidades enseñadas durante el grupo.

Con base en los resultados obtenidos con la escala de formas de afrontamiento WCCL-DBT, es factible considerar que, el grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, obtuvo resultados

óptimos, lo que sugiere que puede ser utilizada en su versión breve, con adolescentes mexicanos, como herramienta para la prevención de conductas suicidas.

Se concluye que la versión de un grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, mostró resultados prometedores como un programa que puede ser aplicado en jóvenes universitarios, que no presentan un riesgo elevado o inminente de muerte, como estrategia para la prevención y efectiva para aumentar factores

de protección para la conducta suicida. Así el entrenamiento en habilidades basado en DBT-A puede ser considerado como una herramienta de prevención para trabajar en contextos escolares.

Las acciones encaminadas a la prevención del suicidio, deberán ser un trabajo en conjunto entre instituciones, padres de familia, profesores, y especialistas, obteniendo resultados que favorezcan a las poblaciones vulnerables. La principal limitación de este estudio fueron los tiempos escolares y las temporadas de exámenes de los alumnos. En futuros estudios se sugiere aplicar una escala que mida atención plena, lo cual brindaría información más completa sobre el impacto de la aplicación, con el objetivo de contar con intervenciones efectivas para la prevención de conducta suicida en contextos universitarios.

### Conflicto de Interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

### Referencias

- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Lee, S., Lochner, C., McLafferty, M., Nock, M. K., Petukhova, M. V., Pinder-Amaker, S., Rosellini, A. J., Sampson, N. A., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., ... WHO WMH-ICS Collaborators (2019). Mental disorder comorbidity and suicidal thoughts and behaviors in the World Health Organization World Mental Health Surveys International College Student initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(2), e1752, 1-16. <https://doi.org/10.1002/mpr.1752>
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., Kessler, R. C., y WHO WMH-ICS Collaborators. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), 623–638. <https://psycnet.apa.org/record/2018-44951-001>
- Anestis, J. C., Charles, N. E., Lee-Rowland, L. M., Barry, C. T., y Gratz, K. L. (2019). Implementing Dialectical Behavior Therapy skills training with at-risk male youth in a military-style residential program. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(2), 169–183. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.07.001>
- Atienza-Carbonell, B., y Balanzá-Martínez, V. (2020). Prevalence of depressive symptoms and suicidal ideation among Spanish medical students. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 48(4), 154–162. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32920780/>
- Benjet, C., Gutiérrez-García, R., Abrego-Ramírez, A., Borges, G., Covarrubias-Díaz, A., Durán, Ma., González-González, R., Hermosillo-de la Torre, A. E., Martínez-Martínez, K.I., Medina-Mora, M.E., Mejía-Zarazúa, H., Pérez-Tarango, G., Zavala-Berbena, M.A., 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. <https://doi.org/10.21149/9158>
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Auerbach, R. P., Alonso, J., Hermosillo De la Torre, A. E., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Stein, D. J., Ennis, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., Kessler, R. C., y WHO WMH-ICS Collaborators (2019). Lifetime and 12-month treatment for mental disorders and suicidal thoughts and behaviors among first year college students. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(2), e1764. <https://doi.org/10.1002/mpr.1764>
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Shaw, F., Fogarty, A., Batterham, P., Dobinson, K., y Karpin, I. (2018). Preventing mental health symptoms in adolescents using dialectical behaviour therapy skills group: A feasibility study. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23(1), 70-85. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02673843.2017.129292>
- Chávez-Hernández, A., González-Forteza, C., Juárez Loya, A., Vázquez Vega, D., y Jiménez Tapia, A. (2015). Ideación y tentativas suicidas en estudiantes del nivel medio del Estado de Guanajuato, México. *Acta Universitaria*, 25(6), 43-50. <https://doi.org/10.15174/au.2015.786>
- 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(4), 323-336. <https://doi.org/10.1080/87568225.2013.824337>
- Chugani, C. (2015). Dialectical Behavior Therapy in college counseling centers: Current literature and implications for practice. *Journal of College Student Psychotherapy*, 29, 120-131. <https://doi.org/10.1080/87568225.2015.1008368>
- Cohen, J. W. (1988). Statistical power analysis for the behavioural sciences. Lawrence Erlbaum Associates.
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., y Landes, S. J. (2018). Dialectical Behavior Therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 50(1), 60–72. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.009>
- Delaquis, C. P., Joyce, K. M., Zalewski, M., Katz, L. Y., Sulymka, J., Agostinho, T., y Roos, L. E. (2022). Dialectical Behaviour Therapy skills training groups for common mental health disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 300, 305–313. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.062>
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., y Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): A clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(3). <https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-3>
- Flynn, D., Gillespie, C., Joyce, M., y Spillane, A. (2023). An evaluation of the skills group component of DBT-A for parent/guardians: A mixed methods study. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 40(2), 143–151. <https://doi.org/10.1017/ipm.2019.62>
- García-Lara, G., Ocaña-Zuñiga, O., Cruz-Pérez, O., Hernández-Solis, S., Pérez-Jiménez, C., y Cabrera-Méndez, M. (2019). Variables predictoras de la ideación suicida y sintomatología depresiva en adolescentes de Chiapas, México. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 23(4). 1089-1096. <https://www.scielo.br/j/csc/a/XyJh9VGkHSy6DQF9Yr7hK6M/?lang=es#>
- González-Forteza, C., Andrade-Palos, P., y Jiménez-Tapia, A. (1997). Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos, *Salud Mental*, 20(1), 27-35. [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/639/638](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/639/638)
- González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L. E., y Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes, *Salud Mental*. 24(6),16-25. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262403>

- González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, J., Ramos-Lira, L., y Wagner, F. (2008). Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública*, 50(4), 292-299. <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v50n4/a07v50n4>
- Heerebrand, S. L., Bray, J., Ulbrich, C., Roberts, R. M., y Edwards, S. (2021). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy skills training group for adults with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 77, 1573-1590. <https://doi.org/10.1002/jclp.23134>
- Hernández-Milánés, A., Arias-Molina, Y., Tamayo-González, Y., Suárez-García, G., y Herrero-Solano, Y. (2020). Caracterización psicosocial de pacientes con riesgo suicida. *MULTIMED*, 24(6), 1300-1311. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-48182020000601300&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000601300&lng=es&tlng=es)
- Honorato-Bernal, T.M., González A., López Fuentes, N.I., Ruiz Martínez, A.O., & Andrade- Palos, P. (2019). Desesperanza y autoestima en adolescentes con y sin riesgo suicida. *Nova Scientia*, 11(22), 413-432. <https://doi.org/10.21640/ns.v11i22.1825>
- 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. (2021). Evaluación de la efectividad del programa DBT STEPS-A en estudiantes universitarios mexicanos. *Psicología y Salud*, 31(1), 103-112. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2680>
- Holmqvist, K., Andersson, G., Stern, H., y Zetterqvist, M. (2020). Emotion regulation group skills training for adolescents and parents: A pilot study of an add-on treatment in a clinical setting. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(1), 141-155. <https://doi.org/10.1177/1359104519869782>
- Jung-Hee, P., Se-Jin, J., y Gyun-Young, K. (2020). The effects of Dialectical Behavior Therapy (DBT) skill training on Depression and alcohol abstinence self-efficacy of patients with Alcohol Use Disorder. *Médico Legal Update*, 20(1), 1497-1503. <https://doi.org/10.37506/mlu.v20i1.587>
- Keng, S.L., Mohd Salleh Sahimi, H.B., Chan, L.F., Won, L., Choon, L.E., Su, H.S., y Man, K.W. (2021). Implementation of brief dialectical behavior therapy skills training among Borderline Personality Disorder patients in Malaysia: feasibility, acceptability, and preliminary outcomes. *BMC Psychiatry*, 21(486). <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-021-03500-y>
- Kells, M., Joyce, M., Flynn, D., Spillane, A., y Hayes, A. (2020). Dialectical Behaviour Therapy skills reconsidered: Applying skills training to emotionally dysregulated individuals who do not engage in suicidal and self-harming behaviours [Reconsideración de las habilidades de la terapia dialéctica conductual]. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7(3). <https://doi.org/10.1186/s40479-020-0119-y>
- Linehan M. M. (1993). Impact of treatment accessibility on clinical course of parasuicidal patients-reply. *Archives of General Psychiatry*, 50(2), 157-158. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820140083011>
- Luna-Contreras, M., y Dávila-Cervantes, C.A. (2020). Efecto de la depresión y la autoestima en la ideación suicida de adolescentes estudiantes de secundaria y bachillerato en la Ciudad de México. *Papeles de población*, 26(106), 75-103. <https://doi.org/10.22185/24487147.2020.106.31>
- Lyng, J., Swales, M. A., Hastings, R. P., Millar, T., Duffy, D. J., y Booth, R. (2020). Standalone DBT group skills training versus standard (i.e. All modes) DBT for Borderline Personality Disorder: A natural quasi-experiment in routine clinical practice. *Community Mental Health Journal*, 56(2), 238-250. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31673877/>
- Marín-Tejeda, M., Robles-García, R., González-Forteza, C., y Andrade-Palos, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35(6), 521-526. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58225137010>
- Sehatti M, Amin Nasab A, Yousefian Z. (2019). The efficacy of emotion regulation and distress tolerance based on Dialectical Behavior Therapy on Anxiety sensitivity and emotion regulation difficulties in women with irritable bowel. *Social Behavior Research & Health*, 3(1), 298-308. <https://doi.org/10.18502/sbrh.v3i1.1034>
- Mehlum, L. (2021). Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy for people with borderline personality disorder Current. *Opinion in Psychology*, 37, 89-93. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.08.017>
- Mitchell, R., Roberts, R., Bartsch, D., y Sullivan, T. (2019). Changes in mindfulness facets in a dialectical behaviour therapy skills training group program for Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 75, 958-969. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.22744>
- Mortier, P., Auerbach, R. P., Alonso, J., Bantjes, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Ebert, D., Greif, J., Hasking, P., Nock, M. K., O'Neill, S., Pinder-Ameker, S., Nampson, S., Vilagut, G., Zaslavsky, A., Bruffaerts, R., Kessler, R., y WHO WMH-ICS Collaborators. (2018). Suicidal thoughts and behaviors among first-year college students: Results from the WMHICS.. *Project. Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 57(4), 263-273. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.01.018>
- Muhomba, M., Chugani, C. D., Uliaszek, A. 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(3), 247-256. <https://doi.org/10.1080/87568225.2017.1294469>
- McMain, S. F., Chapman, A. L., Kuo, J. R., Guimond, T., Streiner, D. L., Dixon-Gordon, K. L., Isaranuwatjai, W., y Hoch, J. S. (2018). The effectiveness of 6 versus 12-months of Dialectical Behaviour Therapy for Borderline Personality Disorder: The feasibility of a shorter treatment and evaluating responses (FASTER) trial protocol. *BMC Psychiatry*, 18(1), 230. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30016935/>
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., Vitaliano, P. P., Lynch, T. R., y Linehan, M. M. (2010). The Dialectical Behaviour Therapy ways of coping checklist: Development and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology*, 66(6), 563-582. <https://doi.org/10.1002/jclp.20685>
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., y Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 832-839. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.017>
- Neacsiu, A.D., Fang, C.M., Rodriguez, M., y Rosenthal, M.Z. (2018). Suicidal behavior and problems with emotion regulation. *Suicide Life Threating Behaviour*, 48, 52-74. <https://doi.org/10.1111/sltb.12335>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2016). Prevención de la conducta suicida. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pardo, E.S., Rivas, A.F., Barnier, P.O., Mirabent, M.B., Lizeaga, I.K., Cosgaya, A.D., Alcántara, A.C., González, E., Aguirre, B., y Torres, M.A. (2020). A qualitative research of adolescents with behavioral problems about their experience in a Dialectical Behavior Therapy skills training group. *BMC Psychiatry*, 20. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02649-2>

- Panepinto, A. R., Uschold, C. C., Olandese, M., y Linn, B. K. (2015). Beyond borderline personality disorder: Dialectical Behavior Therapy in a college counseling center. *Journal of College Student Psychotherapy*, 29(3), 211–226. <https://doi.org/10.1080/87568225.2015.104578>
- Ratnaweera, N., Hunt, K., y Camp, J. (2021). A qualitative evaluation of young people's, parents' and carers' experiences of a national and specialist CAMHS Dialectical Behaviour Therapy outpatient service. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5927. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8198721/>
- Rathus, J. H., y Miller, A. L. (2002). Dialectical Behavior Therapy for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 146–157. <https://doi.org/10.1521/suli.32.2.146.2439977>
- Rathus, J. H., y Miller, A. L. (2015). DBT skills manual for adolescents. Guilford Press.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report Depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/014662167700100306>
- Rizvi, S.L., y Linehan, M. M.(2001). Dialectical Behavior Therapy for Personality Disorders.. *Current Psychiatry Reports*, 3, 64–69. <https://doi.org/10.1007/s11920-001-0075-1>
- Rivera-Heredia, M. E., y Andrade-Palos, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 23-44. <http://www.redalyc.org/pdf/802/80280203>
- Rivera-Heredia, M. E y Pérez-Padilla, M-L. (2012). Evaluación de los recursos psicológicos. *Revista Uaricha*, 9(19),1-19. [http://www.revistauaricha.umich.ojs\\_uaricha/index.php/urp/article/view/285/240](http://www.revistauaricha.umich.ojs_uaricha/index.php/urp/article/view/285/240)
- Rivera-Rivera, L., Fonseca-Pedrero, E., Séris-Martínez, M., Vázquez-Salas, A., y Reynales-Shigematsu, L. M. (2020). Prevalencia y factores psicológicos asociados con conducta suicida en adolescentes. Ensanut 2018-19. *Salud Pública*, 62, 672-681. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2020/sal206h>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press
- Rozakou-Soumalia, N., Dârvariu, Ş., y Sjögren, J. M. (2021). Dialectical Behaviour Therapy Improves emotion dysregulation mainly in Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa: A systematic review and meta-analysis.. *Journal of Personalized Medicine*, 11(9), 931. <https://doi.org/10.3390/jpm11090931>
- Sahranavard, S., y Reza, M. (2018). A comparative study of the effectiveness of group-based Cognitive Behavioral Therapy and Dialectical Behavioral Therapy in reducing depressive symptoms in Iranian women substance abusers. *Psicología: Reflexao Crítica*, 31(15). <https://doi.org/10.1186/s41155-018-0094-z>
- Saito, E., Tebbett-Mock, A., y McGee, M. (2021). Dialectical Behavior Therapy decreases depressive symptoms among adolescents in an acute-care inpatient unit. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 30(4), 244-249. <https://doi.org/10.1089/cap.2019.0149>
- Searle, R.J., y Borseti, I. (2021). Adapted Dialectical Behaviour Therapy skills group service evaluation. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 15(1), 1-7. <https://doi.org/10.1108/AMHID-06-2020-0015>
- Southward, M., Eberle, J., y Neacsiu A. (2021). Multilevel associations of daily skill use and effectiveness with anxiety, depression, and stress in a transdiagnostic sample undergoing Dialectical Behaviour Therapy skills. *Cognitive Behavior Therapy*, 51(2), 114–129. <https://doi.org/10.1080/16506073.2021.1907614>
- Spieth, P.M., Kubasch, A.S., Penzlin, A.I, Illigens, B.M., Barlinn, K., y Siepmann, T. (2016). Randomized controlled trials - a matter of design. *Neuropsychiatry Disorder Treatment*, 12, 1341-1349. <https://doi.org/10.2147/NDT.S101938>
- Tormoen, A.J., Grøholt, B., Haga, E., Brager-Larsen, A., Miller, A., Walby, F., Stanley, B., y Mehl, L. (2014). Feasibility of Dialectical Behavior Therapy with suicidal and self-harming adolescents with multi- problems: Training, adherence and retention. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 432-444. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.826156>
- Vázquez-Mastache, N. J. y De Haro, M. A.(2018). Factores predisponentes para ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes adscritos a un Hospital General de Zona de Irapuato, Guanajuato. *Atención Familiar*, 25(2),59-64. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.2.63560>
- Westad, Y., Hagen, K., Jonsbu, E. y Solem, S. (2021). Cessation of deliberate self-harm behavior in patients with Borderline Personality traits treated with outpatient Dialectical Behavior Therapy. *Frontier Psychology*, 12(578230), 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.578230>