

Universidad de Lima
Facultad de Psicología
Carrera de Psicología



**EFECTO MEDIACIONAL DE LA
CONCIENCIA PLENA ENTRE EL TIEMPO
DE TRATAMIENTO EN TERAPIA
DIALÉCTICA CONDUCTUAL Y LA
DESREGULACIÓN EMOCIONAL EN
PERSONAS CON TRASTORNO LÍMITE DE
PERSONALIDAD DE LIMA
METROPOLITANA**

Tesis para optar por el título profesional de licenciada en psicología

Gabriela Abuid Sampelayo

Código 20132500


Asesor

Andrés Burga León

Lima – Perú

Diciembre de 2020





**MEDIATIONAL EFFECT OF
MINDFULNESS BETWEEN TIME OF
TREATMENT IN DIALECTICAL BEHAVIOR
THERAPY AND EMOTION
DYSREGULATION IN PEOPLE DIAGNOSED
WITH BORDERLINE PERSONALITY
DISORDER IN LIMA METROPOLITANA**

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Justificación y relevancia	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1 Emociones	8
2.1.1 Conceptualización de las emociones.....	8
2.1.2 Conceptualización de la regulación y desregulación emocional.....	9
2.1.3 TLP como trastorno de desregulación emocional	12
2.2 Terapia dialéctica conductual (TDC).....	17
2.2.1 Conceptualización de la TDC	17
2.2.2 Tiempo de tratamiento y efectividad de la TDC.....	20
2.3 Conciencia plena	26
2.3.1 Conceptualización de la conciencia plena.....	26
2.3.2 Conciencia plena según la TDC.....	27
2.3.3 Efectividad de la conciencia plena en la práctica clínica.....	28
CAPÍTULO III: OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES ..	32
3.1 Objetivos	32
3.1.1 Objetivos psicométricos	32
3.1.1 Objetivos mediacionales	33
3.2 Hipótesis.....	33
3.3 Definición de variables	34
3.3.1 Conciencia Plena.....	34
3.3.2 Desregulación emocional	34
3.3.3 Tiempo de tratamiento en TDC.....	35
CAPÍTULO IV: MÉTODO	36
4.1 Tipo y diseño de investigación.....	36
4.2 Participantes	37
4.3 Técnicas de recolección de datos	40

4.3.1 Encuesta sociodemográfica.....	40
4.3.2 Cuestionario de las Cinco Facetas de Conciencia Plena (FFMQ)	40
4.3.3 Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS).....	42
4.4 Procedimiento de recolección de datos	46
CAPÍTULO V: RESULTADOS.....	48
5.1 Análisis psicométricos	48
5.1.1 Adaptación lingüística de la escala DERS	48
5.1.2 Evidencias de validez vinculadas al contenido	49
5.1.3 Evidencias de validez vinculadas a la estructura interna	51
5.1.4 Evidencias de validez vinculadas a otras variables.....	58
5.1.5 Análisis de discriminación de los ítems	60
5.1.6 Estimación de la confiabilidad	62
5.1.7 Elaboración de baremos	62
5.1.8 Estadísticos descriptivos de la adaptación	63
5.2 Análisis mediacional	64
5.2.1 Análisis previos al análisis mediacional	64
5.2.2 Estimación de la confiabilidad	68
5.2.3 Estadísticos descriptivos	69
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN.....	70
6.1 Adaptación y propiedades psicométricas	70
6.2 Análisis inferenciales	76
CONCLUSIONES	83
RECOMENDACIONES	85
REFERENCIAS	86
ANEXOS	106

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1. Reorganización de los criterios del DSM-V según la teoría biosocial	15
Tabla 2.2. Funciones y modos de tratamiento de la TDC	18
Tabla 2.3. Etapas y objetivos de tratamiento de la TDC	20
Tabla 4.1. Diagnósticos comórbidos en la población de personas con TLP	39
Tabla 4.2. Tiempo de tratamiento en la población de personas con TLP	40
Tabla 4.3. Estructura factorial del FFMQ	41
Tabla 4.4. Estructura factorial del DERS	43
Tabla 5.1. Registro de los coeficientes V de Aiken	50
Tabla 5.2. Distribución de cargas factoriales de los ítems y su agrupación a una solución de 3 factores utilizando la rotación oblicua promin	53
Tabla 5.3. Estructura original de 6 factores y estructura propuesta de 3 factores	54
Tabla 5.4. Prueba de normalidad Shapiro-Wilk para los puntajes derivados del DERS total y cada uno de sus factores.....	54
Tabla 5.5. Coeficientes de correlación de Spearman entre los puntajes obtenidos del DERS total y cada uno de sus factores	58
Tabla 5.6. Prueba de normalidad Shapiro-Wilk para los puntajes derivados del DERS total y cada uno de sus factores en una población clínica y no clínica.....	59
Tabla 5.7. Comparación entre los puntajes derivados del DERS total y cada uno de sus factores una una población clínica y no clínica	59
Tabla 5.8. Correlación ítem - test corregida para cada factor que compone el DERS	61
Tabla 5.9. Coeficiente omega y EEM para las puntuaciones derivadas de cada factor del DERS	62
Tabla 5.10. Brechos clasificados en percentiles para cada factor y el total del DERS	63
Tabla 5.11. Estadísticos descriptivos de la adaptación.....	63
Tabla 5.12. Prueba de normalidad Shapiro-Wilk para para los puntajes de las variables... 65	
Tabla 5.13. Análisis post-hoc de los coeficientes de correlación y potencia estadística derivados de los puntajes de las variables	67
Tabla 5.14. Coeficiente omega y EEMM derivados de las puntuaciones de las variables .69	
Tabla 5.15. Estadísticos descriptivos.....	69

INDICE DE FIGURAS

Figura 2.1. Modelo explicativo del TLP según la teoría biosocial.....	14
Figura 4.1. Modelo estadístico de mediación de la conciencia plena entre el tiempo de tratamiento en TDC y la desregulación emocional en personas con TLP.....	37
Figura 5.1. Gráfico histograma para los puntajes derivados del DERS total	55
Figura 5.2. Gráfico Q-Q plot normal para los puntajes derivados del DERS total	55
Figura 5.3. Gráfico histograma para los puntajes derivados del factor Estrategias.....	55
Figura 5.4. Gráfico Q-Q plot normal para los puntajes derivados del factor Estrategias....	56
Figura 5.5. Gráfico histograma para los puntajes derivados del factor Conciencia	56
Figura 5.6. Gráfico Q-Q plot normal para los puntajes derivados del factor Conciencia ...	56
Figura 5.7. Gráfico histograma para los puntajes derivados del factor Aceptación.....	57
Figura 5.8. Gráfico Q-Q plot normal para los puntajes derivados del factor Aceptación...	57
Figura 5.9. Relación básica entre el tiempo de tratamiento en TDC y la desregulación emocional	64
Figura 5.10. Relación mediada entre el tiempo de tratamiento en TDC y la desregulación emocional	64

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado para la adaptación y validación del DERS.....	107
Anexo 2: Consentimiento informado para el análisis mediacional	108
Anexo 3: Ficha sociodemográfica para la adaptación y validación del DERS	109
Anexo 4: Ficha sociodemográfica para el análisis mediacional.....	110
Anexo 5: Permiso de uso del FFMQ	113
Anexo 6: Permiso para adaptar el DERS	115
Anexo 7: Formato de evaluación criterio de jueces	117
Anexo 8: Cuestionario FFMQ	125
Anexo 9: Escala DERS.....	128
Anexo 10: Cargas factoriales del FFMQ (Papi, 2017)	131
Anexo 11: Correlaciones y correlaciones parciales entre el DERS y otros constructos de interés (Gratz y Roemer, 2004)	132
Anexo 12: Correlaciones y correlaciones parciales entre el DERS y la frecuencia de variables clínicas relevantes en hombres y mujeres (Gratz y Roemer, 2004).....	133
Anexo 13: Ficha técnica del DERS	134
Anexo 14: Libro de códigos adaptación	135
Anexo 15: Libro de códigos análisis mediacional.....	138
Anexo 16: Estándares para la Evaluación Educativa y psicológica (AERA et al., 2014).145	

RESUMEN

El trastorno límite de personalidad (TLP) es una patología compleja que afecta al 2% de la población mundial. La conciencia plena es una habilidad central dentro de la terapia dialéctica conductual (TDC) que posee evidencia científica para tratar este diagnóstico. Este estudio transversal tuvo como objetivo analizar el efecto mediacional de la conciencia plena entre el tiempo de tratamiento en TDC y la desregulación emocional en personas con TLP de 18 a 50 años residentes de Lima Metropolitana. Como paso previo, se realizó una adaptación lingüística de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) y se encontraron evidencias de validez relacionadas a la estructura interna, contenido y relación con otras variables en una muestra de 367 adultos entre 18 a 50 años ($M = 26.35$, $DE = 6.68$, 61.8% mujeres). Seguido de esto, se evaluaron a 68 personas diagnosticadas con TLP ($M = 25.51$, $DE = 6.64$, 82.35% mujeres) con el Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ) y el DERS. El tiempo de tratamiento se recogió mediante la ficha sociodemográfica. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el tiempo de tratamiento y desregulación emocional; por ello, no se pudo realizar el análisis mediacional. Sin embargo, se encontraron asociaciones negativas estadísticamente significativas entre desregulación emocional y conciencia plena, así como, una correlación positiva estadísticamente significativa entre tiempo de tratamiento en TDC y el factor Ausencia de reactividad (perteneciente al FFMQ). Serán necesarios estudios adicionales para explorar las posibles variables que medien los resultados del tratamiento.

Palabras clave: *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), evidencias de validez, confiabilidad, conciencia plena, desregulación emocional, terapia dialéctica conductual, trastorno límite de personalidad, modelo mediacional, Lima.*

ABSTRACT

Borderline personality disorder (BPD) is a complex pathology that affects 2% of the world's population. Mindfulness is a central skill within dialectic behavioral therapy (DBT) that has scientific evidence to treat this diagnosis. This cross-sectional study aimed at analyzing the mediational effect of mindfulness between the time of the treatment in DBT and emotional dysregulation in people diagnosed with BPD aged between 18 and 50 from Lima Metropolitana. As a previous step, the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) was adapted linguistically, and evidences of validity associated to the internal structure, the content and the relationship between other variables were obtained in a sample of 367 adults whose ages range between 18 and 50 years ($M = 26.35$, $SD = 6.68$, 61.8% women). Followed by this, 68 individuals diagnosed with BPD ($M = 25.51$, $SD = 6.64$, 82.35% women) were assessed using the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). Time of treatment in DBT was collected using a sociodemographic record. Mediational analysis couldn't be processed, because the findings didn't reveal a significant statistical correlation between the time of treatment and emotional dysregulation. However, a negative significant statistical association between emotional dysregulation and mindfulness was found, as well as a positive significant statistical association between time of treatment in DBT and the Non react facet (belonging to the FFMQ). Further experimental studies are needed to explore the possible variables that mediate the results of the treatment.

Key Words: Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), validity evidences, reliability, mindfulness, emotional dysregulation, dialectic behavioral therapy, borderline personality disorder, mediational model, Lima.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es una patología caracterizada por un patrón general de inestabilidad emocional, dificultades para mantener relaciones estables, poca claridad en la autoimagen, comportamientos de autodaño e intentos suicidas (American Psychiatric Association [APA], 2013). En cuanto a su prevalencia, se estima que el 2% de la población general padece de este diagnóstico y las mujeres representan el 70% de los casos (Hope y Chapman, 2018; Gunderson y Links, 2008). Asimismo, las personas con TLP constituyen el 10% de los pacientes externos y entre el 20% y 40% de pacientes hospitalizados en instituciones de salud mental (Grant et al., 2008).

En el Perú, un estudio realizado en el año 2015 en el Hospital Hermilio Valdizan, muestra que las atenciones por emergencia a personas con TLP representan 6.4% de los casos y ocupan el tercer puesto luego de la esquizofrenia paranoide y esquizofrenia no específica. Asimismo, las personas hospitalizadas diagnosticadas con este trastorno constituyen entre el 4.3% y 6.7% de la población general internada. Finalmente, el 3.6% de pacientes atendidos en consulta externa tienen TLP (Ministerio de Salud [MINSAL], 2016). El riesgo suicida es cincuenta veces mayor en estos pacientes que en la población general y entre el 8% y el 10% de las personas diagnosticadas con TLP fallecen por suicidio (APA, 2013; Pompili et al., 2005). Además, el 60% presentan conductas suicidas y el 90% autolesiones (Zaheer et al., 2008). El porcentaje de intentos suicidas de personas con TLP es mayor que en otros diagnósticos psiquiátricos incluyendo episodios depresivos mayores, abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos y otros trastornos de personalidad (Bolton y Robinson, 2010).

Además, comparado con otros diagnósticos, el TLP se asocia con cifras mayores de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (Rizvi et al., 2013). Aproximadamente el 80% de personas con TLP tiene un diagnóstico comórbido y entre el 10% y el 20% tiene tres o más diagnósticos psiquiátricos (Cabeza y Danery, 2010). Entre los diagnósticos con los que más comorbilidad tiene se encuentran el trastorno de estrés postraumático, los trastornos por consumo de sustancias, el trastorno bipolar, episodios depresivos y trastornos de ansiedad (Grant et al., 2008).

De esta forma, el TLP es considerado como uno de los diagnósticos psiquiátricos más complejos y que más consecuencias negativas tiene en la vida de las personas que lo padecen (Hope y Chapman, 2018). Por ello, actualmente se están realizando esfuerzos en el campo científico para tener una mayor comprensión del trastorno y de los tratamientos basados en evidencia científica para tratarlo (Brown y Jager-Hyman, 2014; Dixon-Gordon et al., 2017; Zanarini et al., 2005).

La desregulación emocional es el síntoma central en el diagnóstico de TLP (Linehan, 1993). En este sentido, se ha encontrado que las personas con este trastorno psiquiátrico tienen dificultades para poder cambiar o regular las claves y respuestas emocionales cuando sea necesario (Glenn y Klonsky, 2009; Kuo y Linehan, 2009; Selby y Joiner, 2009). Inclusive, se ha postulado que el TLP puede ser concebido como un trastorno de la desregulación de emociones generalizada, es decir, como una incapacidad para regular todos los tipos de emociones en una amplia variedad de contextos (Linehan, 2015).

Asimismo, se postula que la desregulación emocional es la causante de otros problemas en las personas con TLP, específicamente, una desregulación conductual (conductas suicidas, de auto daño e impulsivas), interpersonal (relaciones conflictivas, miedo al abandono), en la identidad (falta de sentido de sí mismo y sensaciones de vacío) y cognitiva (respuestas disociativas e ideación paranoide) (Boggiano y Gagliesi, 2018; Dimeff y Koerner, 2007; Hunnicutt y Lewis, 2018; Linehan, 1993; Linehan, 2015).

Dada la complejidad del TLP y la falta de intervenciones efectivas basadas en evidencia científica para este diagnóstico, Linehan (1993) crea la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) para el manejo de sus síntomas. La TDC es un tratamiento guiado por principios y tiene tres fundamentos: (1) la ciencia conductual, (2) principios de aceptación (que se basan en la práctica Zen) y (3) la filosofía dialéctica (Linehan, 1993). De estos principios se deriva el objetivo primario de la terapia que es mantener un equilibrio entre aceptación y cambio; de esta forma, se busca que los consultantes aprendan y apliquen dos grupos de habilidades dependiendo del contexto y de sus propias metas: habilidades orientadas al cambio (por ejemplo; a pedir cosas de manera efectiva, a construir nuevas relaciones, a cambiar estados emocionales cuando no están justificados o son efectivos, etc.) y habilidades orientadas a la aceptación (por ejemplo; a aceptar emociones

dolorosas, a poder tomar conciencia de los propios pensamientos, a tolerar la realidad tal cual se presenta, etc.) (Linehan, 2015; Lynch et al., 2006).

Linehan (1993) señala que el tiempo mínimo de tratamiento en TDC debe ser de un año, pues se ha encontrado que en este se permiten reducir los síntomas más severos y adquirir, fortalecer y generalizar habilidades para tener conductas más efectivas. Sin embargo, no hay un acuerdo sobre el tiempo máximo de este y se observa en general en psicoterapia hay limitaciones para determinar con precisión el tiempo de tratamiento específico (Rabinowitz y Renert, 1997).

A pesar de esto, en diversas investigaciones se ha evaluado la efectividad de la TDC para tratar la sintomatología y problemas asociados con el TLP después de diferentes tiempos de tratamiento en comparación con otros tratamientos usuales (TAU por sus siglas en inglés). Se ha encontrado que esta es más efectiva que otros TAU para reducir los intentos suicidas (Linehan et al., 2007; Verheul et al., 2003), aumentar la adherencia al tratamiento (Linehan et al., 2007), disminuir autolesiones (DeCou et al., 2018; Verheul et al., 2003) y disminuir internamientos y visitas a emergencia por razones psiquiátricas (DeCou et al., 2018; Linehan et al., 2007) después de un tiempo de tratamiento de un año. Adicionalmente, es más efectiva que otros TAU para disminuir síntomas de ansiedad, depresión y disociativos después de un tiempo de tratamiento de 3 meses (Bohus et al., 2004). Finalmente, ha mostrado ser más efectiva que otros TAU para mejorar la calidad de vida al disminuir la discapacidad y aumentar el dominio físico, psicológico, ambiental y social (Carter et al., 2010) después de un tiempo de tratamiento de 6 meses, así como, para aumentar el funcionamiento global y disminuir problemas interpersonales después de un tiempo de tratamiento de tres meses (Bohus et al., 2004). De esta manera, se puede esperar que a través del tiempo de tratamiento en TDC la persona puede experimentar mejoras en sus síntomas y calidad de vida.

Además, se ha encontrado que el entrenamiento en habilidades de la TDC (EH-TDC) es un componente central para lograr los resultados favorables del tratamiento a través del tiempo (Linehan et al., 2015). Linehan (2015) señala que las habilidades que se enseñan en TDC son de conciencia plena, efectividad interpersonal, regulación emocional y tolerancia al malestar. Dentro de estas, las habilidades de conciencia plena se ven como transversales y esenciales para poder desarrollar cualquiera de las anteriores (Boggiano y Gagliosi, 2018; Linehan, 2015).

Específicamente, las habilidades de conciencia plena son importantes para lograr una adecuada regulación emocional, pues las emociones son vistas como adaptativas y como una fuente importante de información (Gross, 2014; Linehan, 2015). Por ello, contrariamente a los planteamientos que sugieren que la regulación emocional implica tan solo el control de la experiencia y expresión emocional, se postula necesario aceptar los estados emocionales (aunque puedan ser dolorosos) sin querer controlarlos de manera automática para así poder monitorear, evaluar y recibir información de la experiencia emocional (Hayes et al., 2011). Esto se relaciona con el desarrollo de una capacidad metacognitiva de percatarse y atender receptivamente a los estados emocionales y así, poder modular las emociones de acuerdo al contexto y a las metas personales (Cebolla et al., 2014; Sauer et al., 2013; Shapiro y Carlson, 2014).

Sin embargo, en investigaciones se ha encontrado que las personas con TLP tienden a usar estrategias extremas para regularse, como la disociación (Barnow et al., 2011), supresión (Chapman et al., 2009) y conductas impulsivas (Baker et al., 2015; Fitzpatrick y Kuo, 2015). Estas estrategias son útiles para reducir la emoción en el corto plazo, pero no son sostenibles en el tiempo e impiden que la persona se ponga en contacto directo con su experiencia emocional y obtenga información de la misma (Linehan, 2015). Se podría referir entonces que existe una carencia de conciencia plena frente a las emociones desagradables.

De manera contraria, se plantea la conciencia plena como una habilidad que facilita que la persona pueda experimentar emociones dolorosas sin tratar de evitarlas y sin tener conductas impulsivas relacionadas a estas (Hayes et al., 2011; Gross, 2014). Por ello, a través de la aplicación de la conciencia plena, la persona puede tener la capacidad para notar sus emociones y modular estas acorde a sus metas (Cebolla et al., 2014).

En esta línea, hay evidencia de que la conciencia plena tal y como es enseñada en la TDC podría ayudar a que las personas con TLP aumenten su regulación emocional. Específicamente, se ha encontrado que en comparación con pacientes que siguieron un tratamiento psiquiátrico general (GPM por sus siglas en inglés) los que siguieron el módulo de conciencia plena de la TDC presentan una reducción de la impulsividad y reactividad (Feliu-Soler et al., 2013; Soler et al., 2012).

Por ende, debido a que se postula que la desregulación emocional es el síntoma central y causante de todas las otras problemáticas en el TLP (Linehan, 1993) y, teniendo

en cuenta que la TDC es más efectiva que otros TAU para mejorar síntomas clínicos y aumentar la calidad de vida a través del tiempo de tratamiento en personas con dicho diagnóstico (Bohus et al., 2004; Carter et al., 2010; DeCou et al., 2018; Linehan et al., 2007; Verheul et al., 2003) se esperaría que durante el tiempo de tratamiento en la TDC haya una disminución en la desregulación emocional en personas con TLP. Asimismo, considerando que la conciencia plena es un elemento central de la TDC y tiene evidencias de que contribuye a disminuir la desregulación emocional (Feliu-Soler et al., 2013; Soler et al., 2012) se espera que esta pueda explicar la mejoría en la desregulación emocional de personas con TLP que siguen TDC. Por lo anteriormente expuesto, esta investigación pretende responder a la siguiente interrogante en la población de personas con un diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad en Lima Metropolitana: ¿existe un efecto mediacional de la conciencia plena entre el tiempo de tratamiento en TDC y la desregulación emocional?

Para poder realizar el análisis mediacional es necesario recolectar información referida a la desregulación emocional y a la conciencia plena mediante instrumentos de corte cuantitativo que estén adaptados al contexto limeño. En este estudio se utilizó la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS por sus siglas en inglés), desarrollado por Gratz y Roemer (2004). Esta escala no cuenta con una versión adaptada al medio; por ello, se realizó una adaptación lingüística y se analizaron sus propiedades psicométricas. También, se usó el Cuestionario de las Cinco Facetas de Conciencia Plena (FFMQ por sus siglas en inglés) desarrollado por Baer et al. (2006) traducido al español y adaptado al contexto Limeño por Loret de Mola (2009).

1.2 Justificación y relevancia

La importancia de este estudio radica en que el TLP es un trastorno muy complejo que abarca un gran número de problemáticas (Friedel, 2004). Esto genera que los terapeutas se sientan desorientados al momento de realizar psicoterapia y que los consultantes con TLP tengan una baja tasa de adherencia por no encontrar intervenciones efectivas (Linehan, 1993). Asimismo, las personas con TLP por tratar de regular sus emociones suelen realizar conductas que ponen en riesgo su vida y que causan daño a las personas que los rodean como: abusar de sustancias, tener sexo sin protección, tener conductas

autolesivas, etc., (APA, 2013; Carpenter y Trull, 2013; Tragesser et al., 2010). También, tienen una muy baja calidad de vida y una de las tasas de suicidio más altas entre los trastornos psiquiátricos (APA, 2013; MINSA, 2016; Pompili et al., 2005). Todo esto genera que haya grandes costos sociales como el desempleo crónico, altas tasas de hospitalización y mayor utilización de recursos sanitarios generales (Zanarini et al., 2005).

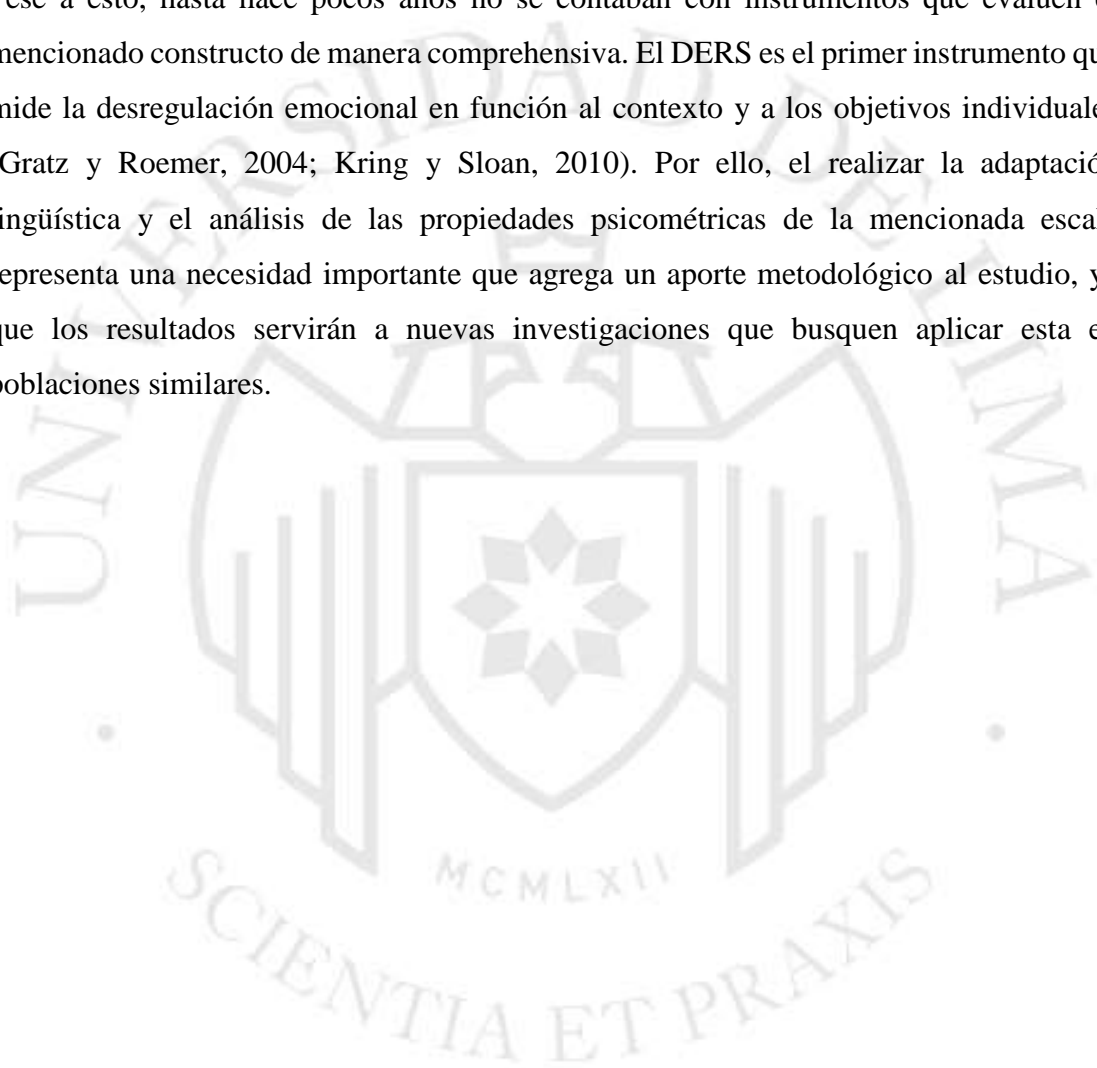
Se ha estudiado la rentabilidad de la TDC para tratar el TLP en contextos internacionales y se ha encontrado que el costo por la terapia en comparación con sus beneficios son superiores en el mencionado tratamiento en comparación con otras terapias usuales para el TLP por la alta mejora en síntomas clínicos, aumento de la calidad de vida (mayores tasas de empleo), reducción en autolesiones e intentos suicidas y ahorro en recursos sanitarios (reducción de hospitalizaciones y visitas a emergencia) (Haga et al., 2018; Pasiieczny y Connor, 2011; Priebe et al., 2012; Wagner et al., 2014). A pesar de que su rentabilidad sea mayor, en el Perú no se ofrece TDC en hospitales o instituciones de salud mental públicas para que toda la población pueda tener acceso a esta.

De esta manera, resulta necesario iniciar estudios en el Perú que se enfoquen en analizar intervenciones efectivas para tratar el TLP como es la TDC (Brown y Jager-Hyman, 2014; Dixon-Gordon et al., 2017; Zanarini et al., 2005). Específicamente, en esta investigación se busca analizar el rol de la conciencia plena como una variable mediacional en la asociación del tiempo de tratamiento y la desregulación emocional. De esta manera, la contribución sería comprender si la conciencia plena es una variable subyacente importante en este enfoque terapéutico y que conllevaría, finalmente, a un aumento de la regulación emocional.

Por ende, el principal aporte de la investigación es teórico, ya que el objetivo es ampliar el conocimiento de la eficacia de la TDC sobre la desregulación emocional, característica considerada como central en el diagnóstico de TLP (Glenn y Klonsky, 2009; Kuo y Linehan, 2009; Linehan, 1993; Selby y Joiner, 2009). Adicionalmente, el conocer la importancia de la conciencia plena como parte de la TDC, podría suponer un aporte práctico, ya que, llevaría a que se considere el hacer más énfasis en el desarrollo de esta habilidad para reducir la desregulación emocional en los pacientes con TLP; así como, a ofrecer este tratamiento en centros de salud mental y hospitales que resulten a largo plazo en una disminución de los recursos sanitarios utilizados y en una mejoría de

la calidad de atención primaria. A nivel social podría traducirse en programas preventivos enfocados en desarrollar la conciencia plena que permitan aumentar la regulación emocional.

Por último, dada la alta incidencia de comorbilidad de la desregulación emocional a través de diversos trastornos psicológicos es importante poder evaluar el rol de esta en el desarrollo y mantenimiento de síntomas clínicos (Gross, 2014; Kring y Sloan, 2010). Pese a esto, hasta hace pocos años no se contaban con instrumentos que evalúen el mencionado constructo de manera comprensiva. El DERS es el primer instrumento que mide la desregulación emocional en función al contexto y a los objetivos individuales (Gratz y Roemer, 2004; Kring y Sloan, 2010). Por ello, el realizar la adaptación lingüística y el análisis de las propiedades psicométricas de la mencionada escala representa una necesidad importante que agrega un aporte metodológico al estudio, ya que los resultados servirán a nuevas investigaciones que busquen aplicar esta en poblaciones similares.



CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Emociones

2.1.1 Conceptualización de las emociones

Una de las problemáticas que tiene actualmente la ciencia psicológica es poder definir qué es una emoción (Gross, 2014). Se ha tratado de responder a esta pregunta mediante el análisis de las características que comparten: (1) surgen cuando el individuo atiende y/o evalúa una situación relevante para una meta u objetivo propio (Scherer et al., 2001) y (2) tienen una naturaleza multifacética, pues implican cambios en la experiencia subjetiva de la persona, en su comportamiento, y en el sistema nervioso central y periférico (Mauss et al., 2005). Linehan (2015), define las emociones como respuestas breves, involuntarias, que involucran al sistema biológico; estas respuestas pueden darse ante estímulos internos (recuerdos, imágenes, pensamientos, sensaciones) y/o externos.

Por su parte, Gross (2014) postula que las emociones tienen tres componentes principales: (1) neurofisiológico, referido a los cambios involuntarios originados por el sistema endocrino, autónomo y los cambios neuroquímicos; (2) componente conductual, entendido como la expresión de la emoción (lenguaje facial y corporal) y las conductas motivadas por emociones; y (3) componente cognitivo, relacionado con la experiencia de las personas al vivenciar una emoción (pensamientos, creencias, etc.).

Todas las emociones, inclusive cuando son dolorosas, tienen funciones que permiten que la persona actúe de acuerdo a los requerimientos del contexto y a sus propias metas (Hayes et al., 2011; Gratz y Roemer, 2004). Según Reeve (1994) entre las funciones de las emociones resaltan tres:

- a) Función adaptativa: orientada a preservar al organismo y permitir que movilice la energía necesaria para responder a una situación determinada (por ejemplo, el miedo lleva a la persona querer protegerse) (Fernández-Abascal et al., 2010).

- b) Función social: las emociones llevan a la persona a comunicar sus estados afectivos, lo que permite que el contexto pueda predecir sus comportamientos (Izard, 2001).
- c) Función motivacional: las emociones permiten que aparezcan conductas motivadas; es decir, que el individuo actúe hacia una dirección/objetivo con intensidad y vigorosidad (Izard, 2001; Izard, 1992).

Linehan (1993) añade que otra función de las emociones se relaciona a que estas también brindan información al propio individuo sobre las diversas situaciones (contextos en el que se encuentra); es decir, actúan como señales de alarma ante estímulos externos.

Asimismo, Gross (2014) señala que las emociones cumplen una serie de tareas como: refocalizar la atención del individuo, evocar recuerdos, influir en las tendencias de acción (motivar a la acción), facilitar que la información se almacene en la memoria, manifestar las intenciones de la persona a los demás y responder a las amenazas del entorno.

2.1.2 Conceptualización de la regulación y desregulación emocional

Las emociones tienen una función adaptativa importante en la vida de las personas (Linehan, 1993). Sin embargo, estas pueden ser perjudiciales cuando la clase, la intensidad o la duración no van acorde con una situación o meta personal. Es en esos momentos en los que el individuo necesita hacer uso de estrategias de regulación emocional (Gross, 2014; Linehan, 2015).

La regulación emocional hace referencia a modular qué emoción se tiene, cuándo se presenta, cómo vivenciarla y finalmente, la manera de expresarla (Gross, 2014). Algunas conceptualizaciones sobre regulación emocional hacen énfasis al control de la experiencia y expresión emocional (Garner y Spears, 2000). Sin embargo, otras se enfocan en la naturaleza funcional de las emociones y afirman que la regulación emocional no es simplemente el control de las emociones experimentadas; por ende, no involucra necesariamente disminuir o cambiar alguna emoción dolorosa y/o displacentera que se esté vivenciando (Hayes et al., 2011).

Este segundo enfoque sugiere que las deficiencias en la capacidad de experimentar una amplia gama de emociones son tan desadaptativas como la incapacidad para modular emociones intensas (Gratz y Roemer, 2004; Gross 2014; Hayes et al., 2011). Además, en este enfoque se postula que el poder monitorear y evaluar la experiencia emocional sin modificarla es parte de la regulación emocional (Gratz y Roemer, 2004); es decir, se resalta la importancia de la conciencia y el entendimiento de las emociones para la posterior regulación de estas (Linehan 1993).

En este sentido, se ha encontrado que el tratar de controlar o suprimir la experiencia y expresión emocional en vez de aceptarla, puede amentar las respuestas del sistema nervioso simpático y niveles de cortisol en el cuerpo (Otto et al., 2018). Asimismo, el tratar de distraerse (no atender a la emoción) se relaciona con mayores niveles de afecto negativo (Troy et al., 2018).

Sin embargo, en determinadas situaciones, una emoción puede no estar justificada en el contexto actual (por ejemplo, ser muy intensa en relación con el estímulo que la desencadenó) y/o ser un obstáculo para que el individuo logre sus propias metas (por ejemplo, sentir mucho miedo a exponer en público y querer comentar una idea a un grupo de personas) (Linehan, 2015). En esos momentos, la persona necesitaría, después de tomar conciencia de la emoción, cambiar la dinámica de esta y así modificar su latencia, magnitud, duración y las respuestas correlacionadas a nivel experiencial, comportamental y fisiológico (Dan-Glauser y Gross, 2013). De esta manera, la regulación emocional involucra cambiar la intensidad y duración de la emoción, mas no eliminar la emoción per se (Gratz y Roemer, 2004).

Para lograr regular emociones, el individuo debe tener la habilidad para inhibir impulsos y tener conductas que vayan acorde a las metas personales pese a experimentar emociones que puedan ser dolorosas (Linehan, 1993). Asimismo, debe contar con estrategias de regulación emocional específicas como; por ejemplo, realizar acción opuesta frente a la emoción (Linehan, 2015); cambiar el foco atencional (Gross, 2014); cambiar las cogniciones o verificar los hechos relacionadas a los estímulos que actuaron como disparadores de la emoción (Gross, 2014; Linehan, 2015), resolver el problema que pueda estar generando la emoción intensa (Linehan, 2015), etc.

En esta línea, se sugiere la necesidad de considerar las demandas de la situación y los objetivos individuales al evaluar la estrategia de regulación emocional utilizada ya

que, puede ser solo entendida y evaluada en un contexto específico (Gratz y Roemer, 2004). Es decir que, el uso de estrategias emocionales específicas, sin tener en cuenta el contexto en el que son empleadas no aporta mucha información sobre la capacidad de la persona para regularse; puesto que, la regulación emocional adaptativa involucra la flexibilidad en el uso de estrategias (Weis et al., 2015)

En suma, la regulación emocional consistiría en: (1) tener conciencia y entender las emociones, (2) aceptar la experiencia emocional, (3) tener la capacidad de controlar impulsos y comportarse acorde a las metas deseadas pese a tener emociones dolorosas y (4) la habilidad de usar estrategias de regulación emocional con flexibilidad dependiendo a las demandas de la situación y a los propios objetivos (Gratz y Romer, 2004).

Adicionalmente, Linehan (1993) señala que existen cinco habilidades centrales de regulación emocional: (1) poder experimentar emociones dolorosas o poco placenteras sin que su intensidad aumente, (2) poder inhibir la conducta desadaptativa (poco efectiva) asociada a la emoción, (3) organizar la conducta al servicio de metas personales (poder ejecutar acciones dirigidas a lograr objetivos personales sin depender del estado de ánimo), (4) reorganizar la atención y dirigirla lejos de estímulos emocionales, y (5) disminuir la activación fisiológica asociada a la emoción.

Contrario a la regulación emocional, se encuentra el concepto de desregulación emocional que hace referencia a la incapacidad de cambiar las experiencias, respuestas y expresiones emocionales en circunstancias normales, a pesar de hacerse los mayores esfuerzos (Gross, 2014). Asimismo, la desregulación emocional incluye la falta de aceptación y conciencia de las emociones, la incapacidad de dirigir el comportamiento hacia metas mientras se experimentan emociones dolorosas y la falta de flexibilidad en el uso de estrategias de regulación emocional (Gratz y Romer, 2004).

En este sentido, se ha encontrado que en diversos problemas psiquiátricos hay una dificultad para: (1) identificar la necesidad de regular emociones, (2) seleccionar una estrategia de regulación que vaya acorde al contexto y a lo que el sujeto necesita, (3) implementar la estrategia de regulación emocional y (4) monitorear la implementación de la estrategia seleccionada (Sheppes et al., 2015). De esta manera, es necesario que la persona pueda monitorear sus emociones y el contexto para así, poder elegir una estrategia adecuada y llevar a cabo procesos metacognitivos posteriores con el objetivo de evaluar la ejecución de la misma.

Entre las características de la desregulación emocional se incluyen un exceso de experiencias emocionales aversivas, la incapacidad de regular la excitación fisiológica intensa, problemas para desviar la atención de estímulos emocionales muy intensos, distorsiones cognitivas, fallas en el procesamiento de la información, dificultades para controlar impulsos y la falta de habilidades para organizar actividades cuando se experimentan emociones intensas (Ray et al., 2006).

2.1.3 TLP como trastorno de desregulación emocional

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) un trastorno de personalidad puede ser definido como un patrón permanente y rígido de experiencia interna y de conductas que se apartan de lo que el contexto cultural espera, con un inicio en la adolescencia o principios de la adultez, siendo estable en el tiempo y generador de malestar personal (APA, 2013).

Dentro de los trastornos de personalidad se encuentra el Trastorno Límite de personalidad (TLP). Linehan (1993) propone la teoría biosocial como modelo explicativo del TLP. Según esta teoría, la desregulación emocional es la problemática central y es definida como la incapacidad para cambiar o regular acciones emocionales tanto verbales como no verbales cuando es necesario. En este sentido, Boggiano y Gagliesi (2018) indican que las conductas problema de los pacientes con TLP cumplen la función de regular emociones intensas y no son exclusivamente causa de una falta del control de impulsos como anteriormente se creía. De manera específica, los comportamientos problemáticos característicos del TLP pueden ser considerados como estrategias aprendidas para reducir el malestar (en este caso se mantendrían por reforzamiento negativo), para influir en el contexto y como estrategias de solución de problemas cuando el individuo no tiene habilidades de regulación emocional más efectivas o, los intentos de usarlas han sido castigados por el contexto (Boggiano y Gagliesi, 2018; Chapman et al., 2005; Klonsky, 2007).

De acuerdo con la teoría biosocial de Linehan (1993), la desregulación emocional es resultado de la transacción entre factores biológicos y ambientales. En efecto, un estudio realizado por Torgersen et al. (2000) en el cual participaron 92 gemelos monocigóticos y 129 pares de mellizos atribuye la desregulación emocional en un 69% a factores genéticos y un 31% a factores ambientales.

Según Friedel (2004), biológicamente las personas con TLP muestran actividad anormal en la amígdala, que contribuye a la desregulación emocional; una disminución en la actividad de los sistemas orbitomedial y en el cíngulo anterior, que dificultan el control de los impulsos; y disminución del funcionamiento en la corteza dorsolateral prefrontal, que influye en las distorsiones cognitivas y perceptuales. Continuando con el mismo autor, se ha observado que los individuos con TLP tienen disfunciones en los neuromoduladores; específicamente, hay evidencias de que hay actividad anormal en las vías serotoninérgicas y dopaminérgicas que afectarían los tres sistemas neurológicos anteriormente expuestos.

Por otro lado, los factores ambientales se refieren al contexto invalidante en el que la persona se ha desarrollado (Boggiano y Gagliosi, 2018; Linehan, 1993). De acuerdo con Crowell et al. (2009) en el ambiente invalidante, de forma repetida, se responde de manera no apropiada a experiencias privadas del individuo, minimizando, trivializando o intensificando la comunicación de pensamientos y emociones. Asimismo, no se da la oportunidad de generar un aprendizaje de habilidades para regular emociones y por el contrario, se incentiva el aprendizaje de formas disfuncionales para lograrlo mediante el refuerzo intermitente del escalamiento emocional; es decir, que la persona aprende que cuando tiene reacciones emocionales extremas su contexto va a responder a estas. Finalmente, un ambiente invalidante también se refiere a las experiencias traumáticas que puede vivenciar una persona a lo largo de su desarrollo (Linehan, 2015). En este sentido, investigaciones (Hope y Chapman, 2019; DeShong et al., 2019; Hong et al., 2011) demuestran que la percepción que tiene la persona acerca de haber crecido en un ambiente invalidante, los recuerdos de experiencias traumáticas (abuso psicológico, físico, sexual) y la percepción de invalidación de los padres se relacionan de manera positiva con la sintomatología del TLP.

La transacción entre ambos factores (biológicos y ambientales) genera una vulnerabilidad emocional caracterizada por una alta reactividad emocional, una alta sensibilidad a estímulos emocionales y un lento retorno a la calma (Linehan, 1993). En investigaciones (Cheavens et al., 2005; Tragesser y Robinson, 2009) se observa que las personas diagnosticadas con TLP reportan emociones más intensas y mayor reactividad emocional que participantes sin dicho diagnóstico. Asimismo, la frecuencia en la que experimentan emociones dolorosas es mayor (Trull et al., 2008), tienen mayores niveles

de activación fisiológica (Ebner-Priemer et al., 2005) y experimentan emociones percibidas como poco placenteras (por ejemplo, la vergüenza) de manera más prolongada (Gratz et al., 2006).

Dentro de la teoría biosocial también se postula que la inestabilidad o desregulación emocional causaría las otras problemáticas en las personas con TLP (ver Figura 2.1). Por ello, Linehan (1993) reorganiza los criterios del DSM en cinco áreas de desregulación en donde una de ellas, la desregulación emocional, es la causante y se transacciona con las otras cuatro (ver Tabla 2.1).

Figura 2.1

Modelo explicativo del TLP según la teoría biosocial. Adaptado de Linehan (1993).



Tabla 2.1*Reorganización de los criterios del DSM-V según la teoría biosocial*

Teoría Biosocial Linehan (1993)	DSM-V APA (2013)
Desregulación emocional	Inestabilidad afectiva por una reactividad notable del estado de ánimo Ira intensa e inapropiada y dificultades para controlar esta
Desregulación conductual	Impulsividad en áreas potencialmente autolesivas Comportamiento o amenazas de suicidio o comportamiento de automutilación
Desregulación cognitiva	Ideas paranoides transitorias o episodios disociativos
Desregulación interpersonal	Esfuerzos desesperados por evitar el abandono real o imaginario Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizadas por la devaluación e idealización
Desregulación en la identidad	Alteraciones en la identidad Sentimientos crónicos de vacío

Autores (Boggiano y Gagliesi, 2018; Linehan, 1993; Linehan, 2015; Stoewsand et al., 2018) describen cómo se relaciona la desregulación emocional con los otros cuatro tipos de desregulación:

- a. Desregulación emocional y desregulación conductual: las conductas impulsivas autolesivas o suicidas serían soluciones desadaptadas para resolver problemas y regular emociones. Asimismo, se verían reforzadas por disminuir la intensidad de emociones dolorosas y recibir, de manera intermitente, apoyo del entorno. Brown, Comtois y Linehan (2002) investigaron las razones por las cuales un grupo de mujeres que cumplían con los criterios diagnósticos para TLP tenían conductas autolesivas sin intención suicida, los reportes indicaron que los motivos principales se relacionaban con intentos de reducir emociones dolorosas.
- b. Desregulación emocional y desregulación interpersonal: para poder tener relaciones estables la persona debe tener una percepción estable de sí misma, expresar emociones de manera funcional, controlar conductas impulsivas y

tolerar el dolor emocional. En un estudio (Dixon-Gordon et al., 2011) se observó que las personas con TLP tenían mayores dificultades que el grupo control para resolver problemas sociales después de inducir la aparición de emociones poco placenteras.

- c. Desregulación emocional y desregulación cognitiva: las emociones intensas y la dificultad para regularlas generan distorsiones cognitivas. Estas, a su vez, provocan que haya una dificultad para atender estímulos emocionales, y se tenga una limitada organización y coordinación de actividades que permitan alcanzar metas de manera independiente del estado de ánimo. En una investigación (Mensebach et al., 2009) se comparó el funcionamiento de personas con TLP y un grupo control en tareas relacionadas a atender estímulos, procesar y almacenar información, y controlar el comportamiento al presentar estímulos que pudieran generar emociones dolorosas. Los resultados evidenciaron que las personas con TLP tienen mayores dificultades en todas las tareas anteriormente descritas cuando experimentan emociones intensas. Asimismo, LeGris et al. (2014) evaluaron el proceso de toma de decisiones en personas con TLP y un grupo control. Los resultados mostraron que las personas con TLP presentan mayores dificultades para tomar decisiones ventajosas en el largo plazo que sujetos sin el diagnóstico.
- d. Desregulación emocional y desregulación en la identidad: el sentido de identidad se desarrolla a través de la perspectiva uno tiene de sí mismo y por las interacciones con otros. La autoimagen de una persona con TLP es inestable ya que el comportamiento que tiene depende mucho de su estado emocional. Asimismo, la alta intensidad emocional genera la sobrerregulación, lo que no permite el acceso a información relevante proveniente de sus emociones. Esa falta de información hace que la toma de decisiones se dificulte y exista sentimientos de vacío. En la misma línea, los individuos con TLP se hallan en un ambiente invalidante que refuerza intermitentemente las respuestas emocionales que tienen, lo que ocasiona que duden de su experiencia interna. En ese sentido, en una investigación (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000) se encontró que las personas con TLP reportan mayores niveles de incoherencia; inconsistencia entre sus pensamientos, emociones y comportamientos; y bajo

compromiso con sus valores comparados a personas con otros diagnósticos de personalidad y sin diagnósticos psiquiátricos.

2.2 Terapia dialéctica conductual (TDC)

2.2.1 Conceptualización de la TDC

La TDC es un tratamiento cognitivo-conductual de tercera generación desarrollado originalmente para individuos con TLP (Linehan, 1993). Esta terapia se fundamenta en la ciencia conductual, la filosofía dialéctica y en principios de aceptación (Linehan, 1993). En primer lugar, al estar basada en la ciencia conductual, el terapeuta observa y describe conductas sin agregar interpretaciones o suposiciones, genera y busca probar hipótesis basadas en las variables que controlan los problemas y aplica intervenciones relacionadas a la teoría del aprendizaje para la adquisición, el aumento o la disminución de conductas tanto privadas como públicas (Swenson, 2016). En segundo lugar, los principios de aceptación se basan en la tradición Zen y tienen como objetivo que el terapeuta y el consultante puedan practicar la aceptación de la realidad tal cual se presenta (Linehan, 2015). Finalmente, con la filosofía dialéctica se busca que los terapeutas y consultantes puedan aprender a encontrar una síntesis entre posturas que inicialmente puedan parecer opuestas sin caer en polarizaciones (Swenson, 2016).

En concordancia con estos fundamentos, el objetivo primario de la TDC es lograr una dialéctica entre la aceptación y el cambio a lo largo de la terapia. Por ello, combina técnicas de aceptación y validación con habilidades de solución de problemas y manejo de contingencias (Linehan, 1993). La importancia de incorporar la mencionada dialéctica se basa en la necesidad que surgió en el ámbito clínico de incorporar técnicas de aceptación que permitan mejorar la relación en psicoterapia, y a la vez, tener técnicas orientadas al cambio enfocadas en modificar conductas disfuncionales de los consultantes (Boggiano y Gagliesi, 2018).

Asimismo, la TDC tiene cinco funciones principales y cinco modos de tratamiento diseñados para cumplir esas funciones (ver Tabla 2.2) (Linehan, 1993). De esta manera, cada modalidad de tratamiento permitirá alcanzar una función específica (Boggiano y Gagliesi, 2018; Linehan, 1993).

Tabla 2.2*Funciones y modos de tratamiento de la TDC*

Funciones (Linehan, 1993)	Modos de tratamiento (Linehan, 2015)
Aumentar la motivación del consultante	Terapia individual semanal
Aumentar las capacidades del consultante	Entrenamiento de habilidades semanal
Asegurar la generalización de habilidades en todos los contextos relevantes	Coaching telefónico
Estructurar el ambiente de modo que refuerce las habilidades adquiridas	Sesiones para familiares y allegados
Aumentar la motivación y habilidades del terapeuta	Equipo de consulta

Para poder considerar que una consultante está realizando TDC estándar debe seguir terapia individual y realizar coaching telefónico con su terapeuta, es necesario que asista al entrenamiento en grupo de habilidades y que su terapeuta pertenezca a un equipo de consultoría; es decir, deben estar incluidos como mínimo cuatro de los modos de tratamiento anteriormente descritos (Boggiano y Gagliesi, 2018; Linehan, 1993).

Adicionalmente, la TDC tiene como marco teórico la teoría biosocial, en esta, se considera que la problemática de los consultantes con desregulación es resultado de una transacción entre factores biológicos y contextuales que ocasiona, por un lado, que presenten un déficit de habilidades y, por otro, que estén inmersos en un ambiente que no les enseña conductas funcionales, sino que las castiga e inhibe, y les enseña conductas disfuncionales (Linehan, 2015). De esta manera, asume que, como el déficit de habilidades se basa en aprendizajes de conductas inefectivas, los consultantes pueden adquirir otro repertorio conductual que les permita ser más habilidosos en diversos aspectos de su vida (Linehan, 1993).

Dentro de los modos de tratamiento expuestos, resalta el entrenamiento en habilidades (EH-TDC) ya que, justamente es dónde los consultantes aprenden habilidades para regular sus emociones y por ende su conducta (Linehan 2015). De acuerdo con (Boggiano y Gagliesi, 2018; Linehan, 2015) el EH-TDC consta de diversas sesiones en formato grupal realizadas una vez a la semana por dos horas y media con 4 módulos: (1)

mindfulness, que tiene como objetivo que los consultantes aprendan a observar, describir y participar de la realidad sin emitir juicios de valor, realizando una cosa a la vez y que aprendan a ser efectivos en sus conductas; (2) tolerancia al malestar, en este módulo se enseña habilidades que permitan lidiar con emociones dolorosas sin tener que reaccionar de manera inmediata; (3) efectividad interpersonal, se trabaja el desarrollo de habilidades que faciliten que los consultantes puedan tanto formar y mantener relaciones interpersonales funcionales, como terminar relaciones dañinas; y (4) regulación emocional, en este módulo se enseñan habilidades orientadas a que los consultantes aprendan a mantenerse experimentando emociones sin tratar de suprimirlas o evitarlas cuando están justificadas por el contexto, o que puedan cambiarlas cuando no lo están.

Finalmente, debido a la complejidad y gran número de problemáticas que presentan los consultantes con TLP, se han planteado etapas y objetivos específicos que guíen al terapeuta en la conducta a trabajar (ver Tabla 2.3) (Boggiano y Gagliesi, 2018; Linehan, 1993). El terapeuta puede pasar de una etapa a la otra cuando se han logrado los objetivos de la etapa previa (Boggiano y Gagliesi, 2018).

Tabla 2.3*Etapas y objetivos de tratamiento de la TDC*

Etapa	Objetivos
Pretratamiento	Explicar el modelo de terapia Obtener compromiso de tratamiento y de acuerdos Conceptualizar el caso
Etapa 1: del caos conductual severo al control y estabilidad conductual	Trabajar conductas que atentan contra la vida (por ejemplo; conductas autolesivas) Trabajar conductas que atentan contra la terapia de parte del consultante y terapeuta (por ejemplo; faltar a sesiones) Trabajar conductas que atentan contra la calidad de vida (por ejemplo; dificultades para mantener en el trabajo) Trabajar en la adquisición, fortalecimiento y generalización de habilidades paralelamente
Etapa 2: de desesperación silenciosa a la experiencia emocional no angustiante	Tratar desórdenes residuales (por ejemplo; TEPT) Tratar el sentido de no pertenencia Trabajar la evitación experiencial
Etapa 3: de los problemas de la vida a la felicidad e infelicidad cotidiana	Aumentar las habilidades para resolver problemas y alcanzar metas
Etapa 4: de la incompletud a la libertad y capacidad de disfrutar	Expandir la conciencia, tener experiencias de iluminación y plenitud espiritual

2.2.1 Tiempo de tratamiento y efectividad de la TDC

A pesar de que existe un amplio acuerdo sobre la efectividad general de la psicoterapia (APA, 2013), aún hay dificultades para determinar cuál debe ser el tiempo de esta. Existen dos modelos prominentes sobre el tiempo de tratamiento psicológico y las mejoras en diversos indicadores clínicos (síntomas e índices de bienestar/calidad de vida): el modelo dosis-efecto y el de un nivel suficientemente bueno (GEL por sus siglas en inglés) (Baldwin et al., 2009). El primero, asume que con cada sesión la probabilidad de recuperación del consultante es mayor, pero que los mayores efectos ocurren en las sesiones iniciales y a medida que el tiempo de tratamiento aumenta estos efectos no son tan significativos (Goldberg et al., 2018). De esta manera, las primeras sesiones de

psicoterapia serían las más potentes (Baldwin et al., 2009). Por otro lado, GEL, se basa en el modelo de regulación receptiva que sugiere que el comportamiento está influenciado por el contexto emergente (Schuler et al., 2020). Acorde a este, hay varios factores que pueden influenciar en que un paciente y terapeuta decidan concluir el tratamiento y que, basados en estas variables, la psicoterapia continuará hasta que el consultante alcance un nivel “suficientemente bueno” (Barkham et al., 2006). Por ello, el tiempo de tratamiento depende de la respuesta a este y la complejidad de los síntomas; es decir, un mayor tiempo de tratamiento estará relacionado a menores cambios clínicos con una mayor complejidad de síntomas y un menor tiempo a cambios más rápidos y menor complejidad (Stiles et al., 2008).

Hay estudios que han buscado comparar ambos modelos y se han encontrado resultados contradictorios. En algunos, se observa la desaceleración en la recuperación de síntomas clínicos conforme el tiempo de tratamiento aumenta y que la severidad no se relaciona con el tiempo de tratamiento, lo que aumenta el sustento de que el modelo dosis-efecto explica mejor la data (Anderson y Lambert, 2001; Schuler et al., 2020; Stulz et al., 2013). Por su parte, otros han mostrado resultados favorables del modelo GEL, pues se observa que un el tiempo de tratamiento se relaciona los síntomas y complejidad clínica (Falkenstrom et al., 2016; Reese et al., 2011).

En la TDC estándar, usualmente se tiene una sesión de psicoterapia a la semana y una de entrenamiento en habilidades (Linehan, 1993). En este sentido, siguiendo el modelo dosis-efecto se esperaría que se encuentren mejoras en los síntomas clínicos conforme se tengan más sesiones (entre mayor sea el tiempo de tratamiento), pero que después de un tiempo, estos beneficios disminuyan en sesiones posteriores. Sin embargo, no hay datos de estudios que indiquen cual sería ese número recomendable de sesiones antes de la desaceleración de los beneficios clínicos específicamente para la TDC. Por su parte, acorde al modelo GEL se esperaría encontrar que consultantes con mayor nivel de severidad y menor avance tengan un mayor tiempo en el tratamiento y que, por su parte, los que presentan una problemática más simple y resultados rápidos tengan un tiempo menor de terapia, pero tampoco existen criterios específicos para poder evaluar la complejidad o definir el nivel considerado como “suficientemente bueno” y poder así determinar un tiempo de tratamiento.

De esta manera, se encuentran limitaciones relacionadas a determinar cuál debe ser el tiempo de tratamiento psicológico. En esta misma línea, en un estudio realizado por Rabinowitz y Renert (1997) se evaluó la capacidad de predicción, en terapeutas de diferentes orientaciones, del tiempo de tratamiento que debían seguir 109 consultantes que se encontraban en un centro de salud mental comunitario. Se evidenció que el tiempo de tratamiento anticipado por los terapeutas era significativamente más largo que la duración real de este y tan solo pudieron estimar su duración precisa el 26 % de las veces. Asimismo, se han encontrado otros factores como predictores del tiempo de tratamiento; por ejemplo, en una investigación realizada por Lutz et al. (2015) se hallaron distintas variables que predecían el tiempo de tratamiento en 239 consultantes atendidos por 44 terapeutas en centros privados. Se encontró que el tiempo de tratamiento era mayor en pacientes con mayores niveles de dificultades interpersonales, quienes tenían una retroalimentación negativa sobre su progreso y en consultantes con mayor número de sesiones cubiertas por el seguro; también variaba en función a características personales del terapeuta independientemente de los síntomas del consultante y su retroalimentación sobre el proceso terapéutico.

Linehan (1993) señala que el tiempo mínimo de tratamiento en TDC es de un año, pues es dicha la duración en la que se ha encontrado que se permite reducir síntomas asociados y adquirir, fortalecer y generalizar habilidades para tener conductas más efectivas (dentro de las cuales están las habilidades de conciencia plena, regulación emocional, efectividad interpersonal y tolerancia al malestar); es decir, culminar con la primera etapa de tratamiento (ver Tabla 2.3). En diversas investigaciones se ha evaluado la efectividad de la TDC para tratar síntomas clínicos y mejorar la calidad de vida considerando distintos tiempos en el tratamiento en esta (por ejemplo; después de cuatro meses, seis meses o un año de tratamiento).

Linehan, et al. (2007) realizaron un estudio con 101 mujeres que cumplían los criterios para el diagnóstico de TLP. El objetivo fue evaluar si hay variables en la TDC más efectivas comparadas con tratamientos no conductuales llevados por expertos (CTBE por sus siglas en inglés). Se realizó un ensayo controlado aleatorizado y un seguimiento de un año después de tratamiento. Se evaluó conductas suicidas, uso de servicios médicos (hospitalización, emergencia), adherencia a la terapia y depresión. Después de un tiempo de tratamiento de un año, los resultados evidenciaron que la tasa

de intentos suicidas en mujeres que seguían TDC fue de la mitad, 23.1% comparado con el grupo que siguió CTBE, 46%. Asimismo, las visitas a emergencia por ideación suicida fueron de 15.7% en TDC y de 33.3% en CTBE durante el primer año, y de 10.6% y 18.4% respectivamente en el año de seguimiento. El internamiento por razones psiquiátricas durante el tiempo de tratamiento de un año fue de 19.6% en TDC y de 48.9% en CTBE. El internamiento específicamente por ideación suicida fue de 9.8% en TDC y de 35.6% en CTBE. En cuanto a la adherencia a la terapia, el 25% de participantes que siguieron TDC abandonaron la terapia, comparado con el 59% que siguieron CTBE. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable depresión entre los dos grupos. De esta forma, se observa que la TDC más efectiva para disminuir intentos suicidas, ideación suicida, visitas a emergencia, internamiento y el abandono de terapia que otras intervenciones psicoterapéuticas después de un tiempo de un año de tratamiento y en el año posterior de seguimiento.

Verheul et al. (2003) llevaron a cabo una investigación con un diseño controlado aleatorizado que tuvo como objetivo comparar la efectividad de la TDC con otros tratamientos usuales (TAU, por sus siglas en inglés) en 58 mujeres diagnosticadas con TLP que fueron asignadas al azar en los dos grupos mencionados. Se evaluó intentos suicidas y conductas autolesivas durante un tiempo de tratamiento de un año. Los resultados evidenciaron que un menor porcentaje de pacientes que siguió TDC tuvo intentos suicidas durante el año de tratamiento comparado con TAU, los valores fueron de 7% y 26% respectivamente. En cuanto a conductas autolesivas sin intención suicida se observó que, terminado en tratamiento, 57% individuos que siguieron TAU reportaron haber tenido un comportamiento autolesivo en los últimos 6 meses comparados al 35% que siguió TDC.

Carter et al. (2010) realizaron un ensayo controlado aleatorizado con 73 mujeres que cumplieran con los criterios para TLP. Fueron asignadas al azar en TDC (38 individuos) u otro tratamiento usual (TAU) (35 individuos) por un tiempo total de 6 meses. Los resultados evidenciaron una mejora estadísticamente significativa a favor del grupo que siguió TDC al medir el grupo y el tiempo de tratamiento en variables que evaluaron calidad de vida después de 6 meses de tratamiento; específicamente, en discapacidad (medidas con el número de días en cama el último mes) [$F(1,46) = 4.94, p < .05$], dominio físico [$F(1,49) = 6.45, p < .05$], dominio psicológico [$F(1,49) = 8.94, p < .01$] y dominio ambiental [$F(1,49) = 5.43, p < .05$]. En el dominio social, se encontraron

diferencias estadísticamente significativas al evaluar el tiempo de tratamiento por el grupo (TDC y TAU) después de 3 meses [$F(1,49) = 20.73, p < .01$], pero no fueron significativas al finalizar el tratamiento. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en los días fuera del rol (ausentarse al trabajo), esto puede deberse a que un porcentaje elevado de la muestra estaba desempleada. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el número de autolesiones y hospitalizaciones entre los dos grupos, aunque en ambos se redujeron.

Bohus et al. (2004) llevaron a cabo una investigación en la que participaron 50 mujeres diagnosticadas con TLP. Se comparó la eficacia de la TDC en comparación con consultantes que se mantenían en lista de espera después de un tiempo de tratamiento de tres meses. Los resultados evidenciaron que un porcentaje mayor de pacientes que siguieron TDC, 62% se abstuvieron de realizar conductas autolesivas comparadas con las que estaban en lista de espera, 31%. Adicionalmente, se encontraron mejoras estadísticamente significativas con tamaños del efecto entre moderadas y grandes en otras variables psicológicas en el grupo que siguió TDC y no en el control al evaluar el tiempo de tratamiento en relación al grupo. Específicamente, en el funcionamiento global, hubo una mejora significativa en el grupo que siguió TDC y no en el control, con un tamaño del efecto grande ($d = 1.21, p < .01$) y nulo ($d = .12, p = .65$) respectivamente. La reducción de síntomas de ansiedad pre y post test en TDC tuvo un tamaño del efecto mediano ($d = .52, p < .01$) y nulo en TAU ($d = .01, p < .01$). La reducción de síntomas depresivos también tuvo un tamaño del efecto grande en TDC ($d = .90, p < .01$) y nulo en las que estaban en lista de espera ($d = .10, p = .68$). Los problemas interpersonales también mostraron reducciones con un tamaño del efecto mediano en TDC ($d = .60, p < .01$) y nulo en el grupo control ($d = 0, p = 1$). El grupo que siguió TDC evidenció una disminución de síntomas disociativos con un tamaño del efecto mediano ($d = .53, p < .01$) y el grupo control nulo ($d = .14, p = .31$). Asimismo, se determinó el grado de cambio clínico significativo al evaluar otros síntomas psiquiátricos y se observaron disminuciones estadísticamente significativas con un tamaño del efecto grande ($d = .84; p < .01$) en el grupo que siguió TDC y nulo ($d = .10; p = .48$) en el grupo control.

En un metaanálisis (DeCou et al., 2018) se incluyeron 18 estudios que compraban la efectividad de la TDC y otros tratamientos usuales (TAU) para reducir conductas autolesivas e internamientos psiquiátricos o visitas a emergencia. Los resultados

evidenciaron que la TDC tiene mayor efectividad que los TAU para tratar conductas autolesivas ($d = -.32, p < .01$) y reducir las visitas a emergencia o internamientos ($d = -.23, p < .01$) con un tamaño del efecto pequeño en ambas.

Asimismo, se ha evaluado de efectividad de uno de los modos de tratamiento, el entrenamiento en habilidades, por considerarse central para que las personas puedan adquirir y fortalecer conductas más efectivas para lograr sus metas.

Linehan et al. (2015) realizaron un ensayo clínico aleatorizado en el cual participaron 99 mujeres diagnosticadas con TLP. El objetivo del estudio fue comparar los diferentes componentes de la TDC después un tiempo de tratamiento de un año. Para ello, se comparó TDC estándar (terapia individual y entrenamiento en habilidades), TDC-S (solo entrenamiento en habilidades) y TDC-I (solo terapia individual). Los resultados evidenciaron que los grupos que incluyeron entrenamiento en habilidades (TDC y TDC-S) resultaron en una disminución significativa de conductas autolesivas en TDC estándar [$F(1,85) = 59.1, p < .001$] y en TDC-S [$F(1,85) = 56.3, p < .001$]. Así como, en los índices de depresión en TDC estándar ($t_{399} = 1.8, p = .03$) y en TDC-S ($t_{399} = 2.9, p = .004$) y, ansiedad en el formato TDC estándar ($t_{94} = -3.5, p < .001$) y en formato TDC-S ($t_{94} = -2.5, p = .01$). No hubo mejorías estadísticamente significativas para TDC-I lo cual sugiere que el entrenamiento en habilidades es un componente central para lograr los resultados del tratamiento.

En la misma línea, El EH-TDC de manera individual, es decir, sin los otros modos de tratamiento ha mostrado ser efectivo para una gran cantidad de problemáticas; específicamente, para reducir la depresión (Lynch et al., 2003; Van Dijk et al., 2013) y aprender a manejar el enojo (Koons et al., 2006; Cavanaugh et al., 2011). El EH-TDC con algunas adaptaciones también ha mostrado ser efectivo en el tratamiento de trastornos alimenticios (Safer y Joyce, 2011), trastorno de déficit de atención e hiperactividad (Hirvikosk et al., 2011) y trastorno de estrés postraumático (Bradley y Follingstad, 2003).

Como se puede ver anteriormente, existe una amplia evidencia de la eficacia de la TDC. Por ello, se puede inferir que a través del tiempo de tratamiento se encontrarán mejorías significativas en la reducción de sintomatología asociada al TLP y aumento la calidad de vida y bienestar de los consultantes que la siguen.

De esta manera, aunque la TDC muestre ser efectiva para reducir la sintomatología asociada con el TLP después de un tiempo breve de tratamiento (por

ejemplo; Bohus et al., 2004; Carter et al., 2010), un mayor tiempo de tratamiento puede resultar en que las habilidades adquiridas puedan seguir fortaleciéndose y también generalizándose en el contexto; asimismo, que se pueda trabajar con la consultante las problemáticas asociadas a las posteriores etapas de tratamiento (ver Tabla 2.3) (Linehan, 1993). En resumen, se esperaría que los consultantes que llevan un menor tiempo de tratamiento puedan trabajar conductas relacionadas a la primera etapa de tratamiento y los que llevan un mayor tiempo puedan beneficiarse de trabajar conductas de otras etapas.

2.3 Conciencia plena

2.3.1 Conceptualización de la conciencia plena

La conciencia plena es definida como un estado mental en el cual la persona presta atención intencionalmente al momento presente con apertura, aceptación y sin emitir juicios de valor sobre la realidad tanto interna como externa que se presenta (Kabat-Zinn, 2005; Sauer et al., 2013; Shapiro y Carlson, 2014).

De esta forma, la conciencia plena involucra dos componentes centrales; en primer lugar, la autorregulación de la atención mediante la cual la persona se mantiene centrada en la experiencia inmediata y logra percatarse de acontecimientos internos y externos del momento presente; y, en segundo lugar, implica la adopción de una orientación curiosa, con apertura y aceptación acerca de lo que se vivencia (Bishop et al., 2004).

Mediante la conciencia plena, se puede reconocer la realidad tal cual se presenta mediante la experiencia de lo que sucede interna y externamente (Sauer et al., 2013). Asimismo, implica el monitoreo abierto de las propias emociones y pensamientos lo que puede ser entendido como metacognición (Hayes et al., 2011). Por ende, la persona puede interactuar con la experiencia que observa sin sesgos, sino de forma receptiva y es capaz de tomar conciencia de las propias acciones y dejar de comportarse o responder de forma automática (Brown y Ryan, 2004).

Entonces, la conciencia plena difiere de la propuesta del procesamiento cognitivo habitual, en donde se presentan interferencias debido a filtros cognitivos, categorizaciones, comparaciones y los estímulos se mantienen en la atención por

segundos, formándose valoraciones cognitivas o respuestas emocionales sobre lo que sucede (Baer et al., 2004).

2.3.2 Conciencia plena según la TDC

De acuerdo con Linehan (2015), las habilidades de conciencia plena en la TDC son traducciones conductuales de la práctica Zen que fueron incorporadas como parte del EH-TDC, para lograr diversos objetivos con los consultantes: (1) incrementar el control sobre la mente mediante la dirección consciente de la atención, desapego de pensamientos, imágenes, recuerdos y sensaciones; (2) disminuir la reactividad a eventos mentales (poder estar en contacto con eventos privados sin tratar de cambiarlos inmediatamente); (3) facilitar que se experimente la realidad tal cual se presenta momento a momento sin emitir juicios de valor. Asimismo, se considera que las habilidades de conciencia plena son necesarias para poder adquirir y generalizar otras habilidades del EH-TDC (Linehan, 2015).

Para lograr estos objetivos, la TDC busca que los consultantes con desregulación emocional empiecen a practicar de manera cotidiana y en tareas simples la conciencia plena (Linehan, 2015). Por ende, la práctica de conciencia plena en TDC debe distinguirse de una práctica de meditación. Específicamente, lo que se busca en la TDC es que la persona repetidamente haga el esfuerzo de volverse consciente del momento presente, sin juzgar o buscar controlar lo que sucede (Swenson, 2016).

Con el fin de que los consultantes puedan practicar la conciencia plena se les enseña seis habilidades distintas; tres de ellas, relacionadas a los comportamientos que deben tener (habilidades Qué); y las otras, explican la manera a realizarse esas conductas (habilidades Cómo) (Linehan, 2015). Boggiano y Gagliesi (2018), Linehan (2015) explican que dentro de las habilidades Qué, se encuentra: (1) observar, esta hace referencia a mirar lo que se experimenta a través de los sentidos y las experiencias internas; (2) describir, se trata de aprender a poner en palabras la experiencia sin agregar interpretaciones; (3) participar, busca que los consultantes puedan involucrarse en el momento sin rumiar sobre el pasado o futuro. Siguiendo con la misma autora las habilidades Cómo serían: (1) sin juzgar, aprender a tomar una posición imparcial y desapegarse de las propias opiniones/valoraciones; (2) una cosa la vez, referida a direccionar la mente y comportamientos a lo que sucede en el momento presente; (3)

efectivamente, busca que los consultantes aprendan a centrarse en las cosas que funcionan para la tarea que están realizando y sean habilidosos en ella.

Asimismo, se enseña la habilidad de “mente sabia” que es el resultado de poner en práctica las habilidades Qué y Cómo. La mente sabia es un concepto abstracto del budismo que se refiere a la sabiduría inherente de cada individuo: no indica actuar desde la razón ni la emoción de manera polarizada, sino a partir de una comprensión más allá de las dos por separado. Con las limitaciones que implica traducir un concepto espiritual, a nivel conductual puede entenderse como una acción efectiva. La mente sabia ayuda a que las consultantes usen otras habilidades de la TDC, y también, que recuperen la autoconfianza que se pierde por estar en un contexto invalidante (P. Pérez, comunicación personal, 08 de setiembre, 2019).

2.3.3 Efectividad de la conciencia plena en la práctica clínica

En el campo clínico se observa que la conciencia plena es añadida como tratamiento para ciertas patologías o dificultades que presentan los individuos. Generalmente, hay dos formas mediante las cuales se hace uso de la conciencia plena para atender casos clínicos; la primera, es con las terapias basadas en la conciencia plena y la segunda, son las terapias que incorporan la conciencia plena como parte de su intervención (como en el caso de la TDC) (Cebolla et al., 2014).

La conciencia plena tiene diversos beneficios para los consultantes. Permite que se puedan “desidentificar” de sus contenidos mentales, generando mayor claridad y objetividad (Cebolla et al., 2014; Hayes et al., 2011), deshacer los procesos automáticos que controlan la percepción y los pensamientos (Shapiro y Carlson, 2014), generar un distanciamiento de los propios contenidos mentales, expandiendo la capacidad de atender otros fenómenos que se presenten (Bishop et al., 2004), tener una mejor autorregulación y autogestión (Boggiano y Gagliesi, 2018), tener una mayor flexibilidad cognitiva, emocional y conductual (Hayes et al., 2011) y finalmente, lograr la exposición emocional (poder experimentar emociones intensas de manera más objetiva y con menor reactividad) (Boggiano y Gagliesi, 2018; Hayes et al., 2011).

En diversos estudios, se evidencian los beneficios del uso de la conciencia plena en personas con distintas patologías, experimentándose cambios favorables. Específicamente, se encontró una reducción significativa de afectos negativos (Lindsay

et al., 2018); reducción de síntomas de depresión y ansiedad y una menor tasa de recaída a largo plazo (Deen et al., 2016; Kuyken et al., 2016; Craner et al., 2016; Strauss et al., 2014; Shawyer et al., 2016); mayor regulación emocional y reconocimiento de señales de alarma en pacientes con comportamiento suicida (Chesin et al., 2018; Hargus et al., 2010); mejoras en la calidad global de sueño, la facilidad para conciliar el sueño, y las percepciones subjetivas de la calidad de sueño (Blake et al., 2016); prevención de recaídas en personas con conductas de adicción (Penberthy et al., 2015); y finalmente, disminución de síntomas psicóticos (Khoury et al., 2013).

Debido a ello, se ha considerado que la conciencia plena puede ser una variable importante que explica los resultados positivos al tratar distintos síntomas o trastornos psiquiátricos. Gu et al. (2015) realizaron una revisión sistemática de los estudios de mediación sobre intervenciones basadas en conciencia plena. Fue desarrollado con el objetivo de identificar los posibles mecanismos psicológicos que subyacen en efectos de la terapia cognitiva basada en conciencia plena y la terapia de reducción del estrés basada en conciencia plena sobre distintos problemas clínicos (depresión, estrés, ansiedad y afecto negativo). Específicamente, se buscó comprender la relación entre las intervenciones basadas en conciencia plena vs. grupos control (variable predictora) y cambios clínicos en salud mental (variable resultado) explorando el proceso subyacente (conciencia plena) que influye en la relación. Para ello, se utilizó un modelo de ecuación estructural metaanalítica de dos etapas (TSSEM por sus siglas en inglés). En total se analizaron 12 investigaciones con una muestra total de 1109 participantes. En los resultados se obtuvo una correlación de .34 en el camino *a*, .37 en el camino *b*, .27 en el camino *c* y .18 *c'* (todas $p < .01$). Se observa que el coeficiente *c'* se reduce en tamaño comparado con el camino *c*, lo que indica una mediación parcial. Asimismo, se empleó el Test de Sobel para evaluar la significancia del efecto mediacional y se encontró que la conciencia plena media de manera estadísticamente significativa los efectos de las dos terapias mencionadas sobre los cambios en los resultados de los problemas clínicos ($z = 4.99, DE = 0.02, p < .001$).

Dentro de la TDC la conciencia plena también tiene un rol central. Se ha investigado si la conciencia plena tal y como es enseñada en el EH-TDC podría ayudar a que las personas con TLP aumenten su regulación emocional.

En una investigación realizada en España (Soler et al., 2012) con una muestra de 59 personas diagnosticadas con TLP se analizó los efectos del entrenamiento de conciencia plena de la TDC (TDC-M) en la sintomatología de los pacientes con TLP. Este estudio se llevó a cabo en un único centro en un ensayo controlado no aleatorizado. Un grupo de 40 individuos recibió TDC-M con tratamiento psiquiátrico general (GPM por sus siglas en inglés) y el otro grupo conformado por 19 personas solo recibió GMP. Los resultados evidenciaron que después del tratamiento, los pacientes que recibieron solo GMP empeoraron de manera significativa en impulsividad ($g = .42, p = .01$) e inatención ($g = 1.02, p = .01$). Por otro lado, en tareas de atención, los que recibieron TDC-M + GMP mejoraron en las medidas con menores comisiones, referidas a equivocaciones por marcar un estímulo que no se ha requerido marcar ($g = .51, p = .009$), respuestas más lentas ($g = .41, p = .002$) y menores puntuaciones en impulsividad ($g = .36, p = .04$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en omisiones (dejar de marcar un estímulo que se ha requerido señalar) y perseveraciones (marcar una misma imagen equivocada repetidas veces) en ninguno de los grupos. Asimismo, el promedio de práctica a la semana estuvo relacionado de manera estadísticamente significativa con mejoras en síntomas depresivos ($r = -.67, p < .01$), síntomas psiquiátricos generales ($r = -.61, p < .01$), confusión ($r = -.73, p < .01$) y distorsión del humor general ($r = -.46, p = 0.03$). También, el tiempo de práctica, se relacionó de manera estadísticamente significativa con el factor Ausencia de Reactividad del FFMQ ($r = .56, p < .01$). Estos valores fueron incluidos en un modelo de regresión lineal múltiple, tomando el promedio de práctica de mindfulness como la variable dependiente. El modelo de regresión evidenció ser significativo ($F = 4.32, p = 0.04$), y explicó 70% de la varianza ($R^2 = .68$).

En otra investigación (Feliu-Soler et al., 2013) realizada con 35 personas diagnosticadas con TLP se tuvieron dos grupos; el primero, conformado por 18 pacientes, recibieron por 10 semanas TDC-M y GMP. El grupo control, con 17 participantes recibieron tan solo GMP. Este estudio se llevó a cabo en un único centro en un ensayo controlado no aleatorizado. Se evaluaron síntomas depresivos, psiquiátricos, la reactividad emocional (valencia, activación y el domino) y los niveles de cortisol en la saliva después de presentar los estímulos controlando comida, bebidas, uso de drogas y ejercicio. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la reactividad

emocional entre el grupo que siguió TDC-M y GMP en comparación del que solo recibió GMP [$F(2,32) = 6.74, p < .01$]. También, se encontró una interacción significativa entre el tiempo de tratamiento en función a cada grupo (que siguiera TDC-M o GMP) en depresión [$F(1,33) = 10.75, p < .01$] y en otros síntomas psiquiátricos [$F(2,32) = 13.37, p < .01$]. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos al calcular los niveles de cortisol en el cuerpo. Adicionalmente, se encontraron correlaciones entre el tiempo de práctica diaria de mindfulness y la activación afectiva ($r = -.70, p = 0.01$), dominancia ($r = .68, p = 0.02$) y síntomas depresivos ($r = -.68, p = 0.02$), pero no con otros síntomas psiquiátricos, con la valencia de la emoción ni con los niveles de cortisol en el cuerpo.

Los hallazgos de ambos estudios sugieren que hay una relación real entre la práctica de conciencia plena y la regulación emocional. En este sentido, la práctica de conciencia plena parece mejorar la regulación emocional y esto podría resultar en mejoras clínicas en personas con TLP.

CAPÍTULO III: OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivos psicométricos

- Adaptar y describir las propiedades psicométricas de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) en una muestra de adultos de Lima Metropolitana.
- Adaptar lingüísticamente la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) al contexto limeño mediante el método de traducción inversa.
- Obtener evidencias de validez vinculadas al contenido de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) mediante el criterio de jueces.
- Obtener evidencias de validez vinculadas a la estructura interna de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) mediante el análisis factorial exploratorio.
- Obtener evidencias de validez vinculadas a otras variables de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) mediante la comparación de una muestra sin ningún diagnóstico psiquiátrico y otra con diagnóstico de TLP.
- Estimar la confiabilidad de las puntuaciones obtenidas al aplicar la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) mediante el cómputo del coeficiente omega.
- Describir la capacidad discriminativa de los ítems de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) mediante la correlación ítem – total corregida.

- Elaborar baremos utilizando percentiles.

3.1.1 Objetivos mediacionales

- Analizar el efecto mediacional de la conciencia plena entre el tiempo de tratamiento en terapia dialéctica conductual (TDC) y la desregulación emocional en personas diagnosticadas con trastorno límite de personalidad (TLP) de Lima Metropolitana.
- Estimar el coeficiente de la regresión de la desregulación emocional sobre el tiempo de tratamiento en TDC.
- Estimar el coeficiente de la regresión de la desregulación emocional sobre la conciencia plena.
- Estimar el coeficiente de la regresión de la conciencia plena sobre el tiempo de tratamiento en TDC.

3.2 Hipótesis

En base a los postulados de diversos autores y a investigaciones sobre los beneficios de la conciencia plena para aumentar la regulación emocional en personas con TLP (Feliu-Soler et al., 2013; Linehan, 2015; Soler et al., 2012), la eficacia de la TDC para disminuir la sintomatología del TLP, incluyendo la desregulación emocional, después de distintos tiempos de tratamiento (Bohus et al., 2004; Carter et al., 2010; DeCou et al., 2018; Linehan et al., 2007; Verheul et al., 2003) y la importancia de la conciencia plena en el tratamiento de TDC (Boggiano y Gagliesi, 2018; Feliu-Soler et al., 2013; Linehan, 2015; Linehan, 1993; Soler et al., 2012) se hipotetiza que:

- El coeficiente de la regresión de la desregulación emocional sobre el tiempo de tratamiento en TDC es negativo.
- El coeficiente de la regresión de la desregulación emocional sobre la conciencia plena es negativo.
- El coeficiente de la regresión de la conciencia plena sobre el tiempo de tratamiento en TDC es positivo.

- Existe un efecto mediacional estadísticamente significativo de la conciencia plena en la relación entre el tiempo de tratamiento en TDC y la desregulación emocional.

3.3 Definición de variables

3.3.1 Conciencia Plena

La conciencia plena se define conceptualmente como un estado mental en el cual la persona presta atención intencionalmente al momento presente con apertura, aceptación y sin emitir juicios de valor sobre la realidad tanto interna como externa que se va presentando (Cebolla et al., 2014; Kabat-Zinn, 2005; Sauer et al., 2013; Shapiro y Carlson, 2014).

Se define operacionalmente a través de los puntajes obtenidos de la aplicación del Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness (Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)) desarrollado por Baer et al. (2006) y validado en Perú por Loret de Mola (2009) en cada una de las cinco dimensiones que la componen: Observación, Descripción, Actuar con conciencia, Ausencia de juicio y Ausencia de reactividad.

3.3.2 Desregulación emocional

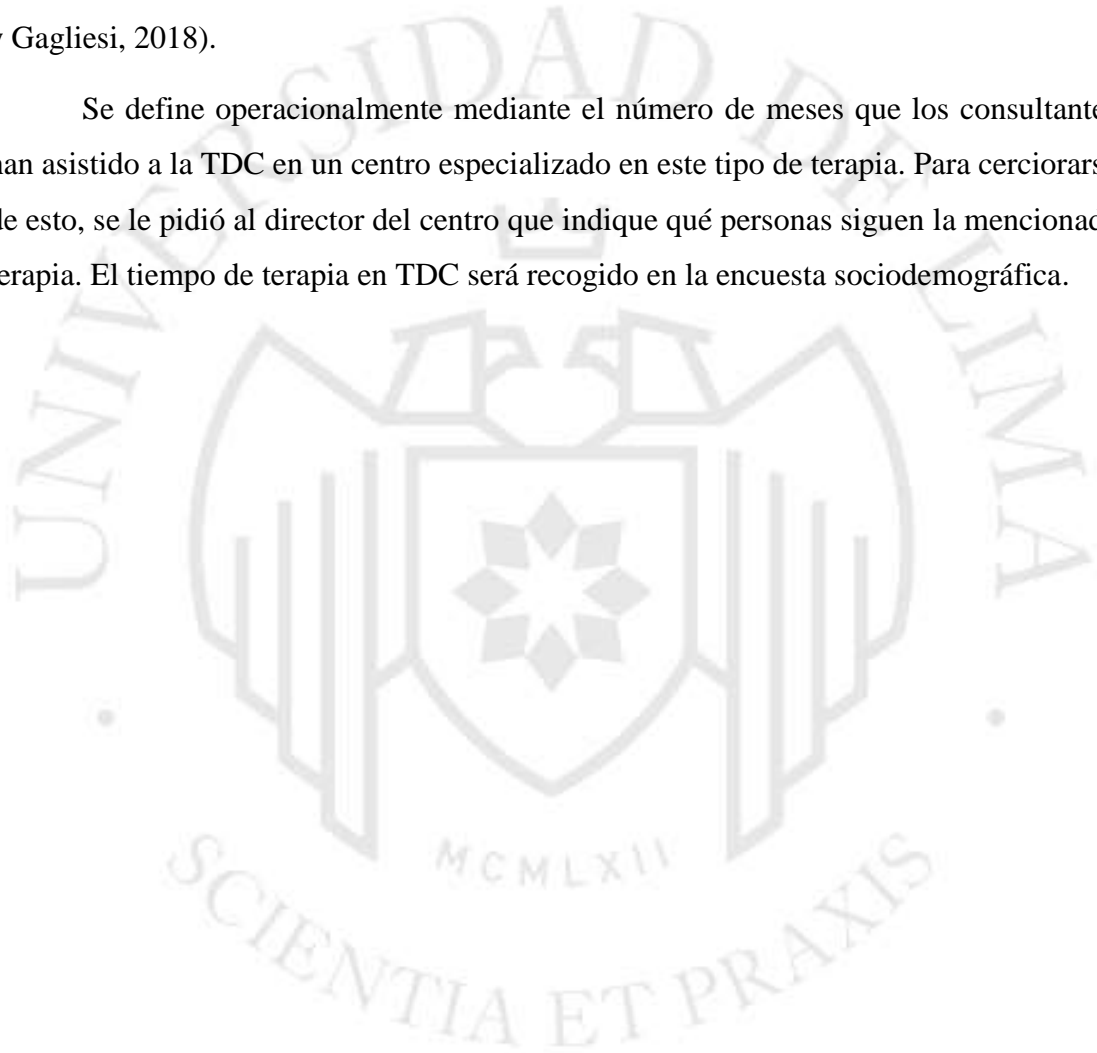
La desregulación emocional se define conceptualmente como la incapacidad de cambiar las experiencias, respuestas y expresiones emocionales en circunstancias normales incluso cuando se hace el mayor esfuerzo (Gross, 2014). Incluye la falta de aceptación y conciencia de las emociones, la incapacidad para controlar impulsos, la falta de flexibilidad en el uso de estrategias de regulación emocional y la dificultad para dirigir el comportamiento acorde a metas deseadas cuando se experimentan emociones intensas (Linehan, 2015; Gratz y Roemer, 2004).

Se define operacionalmente a través de los puntajes obtenidos de la aplicación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (Difficulties in Emotion Regulation Scale [DERS]) desarrollada por Gratz y Roemer (2004) y adaptada a nuestro medio como parte de la presente investigación en cada una de sus tres dimensiones: Estrategias, Conciencia y Aceptación.

3.3.3 Tiempo de tratamiento en TDC

Se define conceptualmente como la participación en una terapia fundamentada en la ciencia conductual, la filosofía dialéctica y en principios de aceptación; y que incorpora múltiples modos de tratamiento como: terapia individual, entrenamiento en habilidades, coaching telefónico, sesiones para familiares y allegados, y equipos de consulta para terapeutas (Linehan 1993). Todo esto con el fin último de que los consultantes puedan adquirir y generalizar habilidades de aceptación y de resolución de problemas (Boggiano y Gagliesi, 2018).

Se define operacionalmente mediante el número de meses que los consultantes han asistido a la TDC en un centro especializado en este tipo de terapia. Para cerciorarse de esto, se le pidió al director del centro que indique qué personas siguen la mencionada terapia. El tiempo de terapia en TDC será recogido en la encuesta sociodemográfica.



CAPÍTULO IV: MÉTODO

4.1 Tipo y diseño de investigación

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo ya que, se utilizaron pruebas psicométricas para la recolección de datos y herramientas estadísticas para el procesamiento de estos (Hernández et al., 2014). Además, el diseño es de tipo transversal y no experimental, pues los datos se recogieron en un momento determinado sin la manipulación de ninguna variable (Hernández et al., 2014).

Asimismo, el estudio está basado en el modelo mediacional que pertenece al modelo lineal, en donde las variables pueden tomar valores a lo largo de un continuo; por ello, no son medidas con exactitud y el valor observado depende de la precisión del instrumento de medición (Jose, 2013). Dado que alcance del estudio es no experimental, se optó por la nomenclatura de variable predictora y variable resultado como se ve en Jose (2013), en vez de variable independiente y dependiente usada por Baron y Kenny (1986).

En la investigación se analizarán tres variables bajo el modelo estadístico mediacional. Un modelo de mediación es aquel que busca identificar y explicar el mecanismo que subyace a una relación observada entre una variable predictora y una variable resultado a través de la inclusión de una tercera variable conocida como variable mediadora (Hayes, 2018). De esta manera, para que haya una mediación es necesaria una relación entre tres variables (predictora, resultado y mediadora) independientemente de si estas relaciones son positivas o negativas (Jose, 2013).

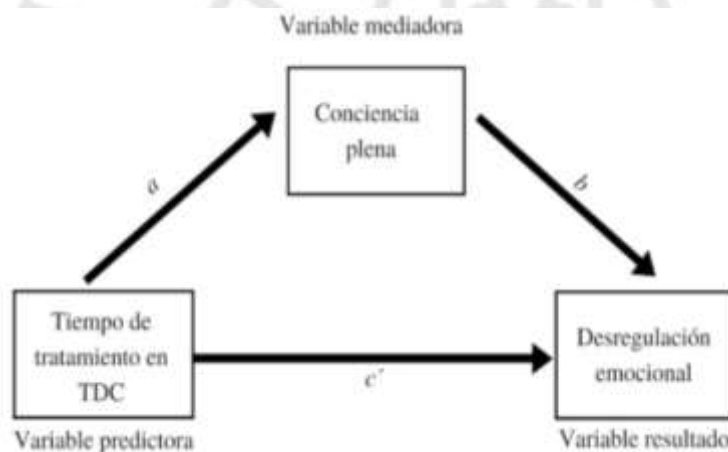
Como indican Baron y Kenny (1986) la variable predictora debe relacionarse de manera estadísticamente significativa con la variable mediacional (camino a), la variable mediacional se debe relacionar de manera estadísticamente significativa con la variable resultado (camino b) y cuando los caminos a y b son controlados, una relación

estadísticamente significativa anterior (camino c) entre la variable predictora y la variable resultado se ve reducida y se transforma en c' (representando un camino directo que reduce la fuerza de la relación básica c) (ver Figura 4.1).

Específicamente, en el presente estudio, se buscará comprender la relación entre el tiempo de tratamiento en TDC (variable predictora) y desregulación emocional (variable resultado) explorando el proceso subyacente (conciencia plena) que influye en esa relación (Jose, 2013). A modo de resumen, se puede afirmar que una variable ha mediado la relación entre otras dos variables cuando la relación básica entre estas es reducida por la inclusión de la variable mediadora en la ecuación (Baron y Kenny, 1986).

Figura 4.1

Modelo estadístico de mediación de la conciencia plena entre el tiempo de tratamiento en TDC y la desregulación emocional en personas con TLP



4.2 Participantes

En primer lugar, se consideró una muestra para la validación de la escala DERS proveniente de una población de adultos de ambos sexos con edades entre 18 y 50 años que residen en Lima Metropolitana. Para la selección de los participantes se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Es no probabilístico, ya que, no todos los sujetos tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos y se incorporaron a la investigación los casos disponibles a los que se tuvo acceso (Hernández et al., 2014). Además, es por conveniencia, puesto que, la muestra estuvo conformada por personas que estuvieran disponibles de manera voluntaria (Balnaves y Caputi, 2001). Se determinó

que el tamaño de la muestra sea de mínimo 360 personas usando como base el criterio establecido por Nunally (1978) donde señala que, para poder realizar un análisis factorial exploratorio, el tamaño de muestra debe ser como mínimo 10 veces mayor a los ítems del instrumento. La muestra estuvo conformada por 367 personas, la edad promedio fue de 26.35 años. Asimismo, 227 (61.8%) fueron mujeres y 140 (38.2%) hombres.

En segundo lugar, para el análisis mediacional la población está conformada por personas de ambos sexos con un diagnóstico psiquiátrico de TLP que reciban un tratamiento de TDC en un centro especializado de Lima Metropolitana. La edad de la población es de 18 a 50 años. Para seleccionar este rango de edad se siguieron dos criterios, primero que a los 18 años la personalidad está más consolidada; por lo tanto, es importante presentar esa edad mínima para que se pueda diagnosticar un trastorno de personalidad (Shaffer y Kipp, 2007). Segundo, que a partir de los 50 años características importantes en el TLP, como la falta de control de impulsos, se atenúan (Feliu-Soler et al., 2013). Se consideró como criterio de exclusión un diagnóstico psiquiátrico central distinto al TLP; sin embargo, no se excluirán a los participantes que tengan otro diagnóstico psiquiátrico secundario. Esto debido a que más del 80% de personas con TLP presentan comorbilidad con otras enfermedades psiquiátricas (Cabeza y Danery, 2010). Un segundo criterio de exclusión es recibir un tratamiento psicológico paralelo a TDC, pues podría ser una variable extraña que interfiera con los resultados del estudio.

Para la selección de participantes se utilizó un muestreo no probabilístico intencional (Hernández et al., 2014). Es intencional; puesto que, la muestra ha sido seleccionada usando el conocimiento previo de la población (personas que tengan como diagnóstico central TLP que sigan TDC) y siguiendo el juicio de un experto en TLP y TDC (Balnaves y Caputi, 2001).

El número de participantes fue de 68 personas debido a que las personas con TLP que sigan TDC son una población atípica y de difícil acceso. Se calculó la potencia que se podría alcanzar con ese tamaño de muestra usando el programa estadístico MedPower 367. Para dicho cálculo se utilizó los valores obtenidos en un estudio previo similar (Gu et al., 2015) debido a la falta de investigaciones con las mismas características del presente estudio. Se hizo un análisis post hoc y, basándose en Gu et al. (2015), se establecieron valores de .34, .27 y .18 para el camino a , b y c' respectivamente. Asimismo, se asumió un error alfa de .05 el cual es recomendado por Cohen (1988) como

mínimo aceptable. Se obtuvo que se podría alcanzar una potencia estadística de .62 para *c*, .82 para *a*, .58 para *b*, .31 para *c'* y .48 para *ab*.

La edad promedio fue de 25.51 años. Asimismo, 56 (82.35%) fueron mujeres y 12 (17.65%) fueron hombres. Adicionalmente, 43 (63.24%) participantes tienen uno o más diagnósticos comórbidos al TLP. Específicamente, 31 personas tienen un diagnóstico comórbido, 8 personas tienen dos diagnósticos comórbidos, y 4 personas tienen tres o más diagnósticos comórbidos al TLP (ver Tabla 4.1).

Tabla 4.1

Diagnósticos comórbidos en la población de personas con TLP

Diagnóstico	Número de personas con comorbilidad	Porcentaje de personas con comorbilidad
Trastorno de estrés post traumático	16	23.52%
Trastorno depresivo mayor	13	19.24%
Trastorno de ansiedad generalizada	9	13.24%
Trastorno bipolar	7	10.29%
Trastorno de la conducta alimentaria	7	10.29%
Trastorno por consumo de sustancias	3	4.41%
Trastorno obsesivo compulsivo	3	4.41%
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	3	4.41%
Trastorno de pánico	1	1.47%
Fobia específica	1	1.47%

El tiempo promedio en TDC fue de 8.78 meses, siendo el tiempo mínimo 0 meses (tan solo algunos días de tratamiento) y el tiempo máximo 42 meses. Adicionalmente, la mayoría de las participantes (13.2%) lleva 3 meses en terapia y el 50% tiene como máximo 6 meses siguiendo TDC. En la Tabla 4.2 se puede observar a mayor detalle el número y porcentaje de pacientes acorde al tiempo de tratamiento en TDC.

Tabla 4.2*Tiempo de tratamiento en la población de personas con TLP*

Meses en TDC	Número de personas	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0-3 meses	24	35.3%	35.3%
4-7 meses	15	22.1%	57.4%
8-12 meses	14	20.6%	77.9%
13-18 meses	5	7.4%	85.3%
18-24 meses	3	4.4%	97.7%
25-30 meses	4	5.9%	95.6%
31-42 meses	3	4.4%	100%

4.3 Técnicas de recolección de datos

4.3.1 Encuesta sociodemográfica

Para la validación de la escala DERS, se realizó una ficha sociodemográfica en una versión en línea para una población de adultos residentes de Lima Metropolitana. En esta, se les solicitó a los participantes que completen su edad, sexo y distrito de residencia. Además, se les pidió indicar si tenían algún diagnóstico psiquiátrico actual y en caso cuenten con uno lo especifiquen (ver Anexo 3).

Por otro lado, para el análisis mediacional se realizó otra ficha sociodemográfica. En esta se les pidió a los participantes que completen una serie de datos de los cuales algunos serán usados para la presente investigación y otros para investigaciones futuras. Específicamente, en este estudio se tomará en cuenta sexo, edad, si se encuentran bajo una terapia complementaria a la TDC, si tienen algún diagnóstico comórbido al TLP y, finalmente, el tiempo que llevaban en TDC de forma continua (ver Anexo 4).

4.3.2 Cuestionario de las Cinco Facetas de Conciencia Plena (FFMQ)

El Cuestionario de las Cinco Facetas de Conciencia Plena fue originalmente creado por Baer et al. (2006) y ha sido traducido y adaptado al contexto limeño por Loret de Mola (2009) con un total de 110 participantes (55 meditadores y 55 no meditadores) con edades entre 20 y 60 años residentes de Lima Metropolitana. El cuestionario consta de 39 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta pertenecientes a cinco factores distintos (ver Tabla 4.3). La puntuación de cada dimensión se calcula mediante la suma de puntajes de los ítems que componen el factor. Además, se puede estimar una puntuación total

mediante la suma de todos los ítems (Baer et al., 2006). Loret de Mola (2009) tradujo el cuestionario del inglés al español con un traductor y 3 expertos en conciencia plena.

Tabla 4.3

Estructura factorial del FFMQ

Factor	Definición por Baer et al. (2006)	Ítems directos	Ítems inversos
Observación	Observar tanto los estímulos internos como externos	1, 6, 11, 15, 20, 26, 31 y 36.	
Descripción	Capacidad para describir con palabras experiencias internas	2, 7, 27, 32 y 37.	12, 16 y 22
Actuar con conciencia	Capacidad para centrar de manera consciente la atención en el momento presente y en cada acción realizada	23	5, 8, 13, 18, 28, 34 y 38
Ausencia de juicio	Experimentar las experiencias internas del momento presente sin emitir juicios de valor sobre las mismas		3, 10, 14, 17, 25, 30, 35 y 39.
Ausencia de reactividad	Permitir que las emociones surjan y permanezcan presentes sin tratar de controlarlas o reaccionar automáticamente frente a las mismas	4, 9, 19, 21, 24, 29 y 33	

Loret de Mola (2009) estimó la confiabilidad mediante el cálculo del alfa de Cronbach. Se encontró, para la escala completa, un valor de .90 y para los cinco factores específicos los valores oscilaron entre .77 y .86. Asimismo, realizó una correlación ítem-test corregida y encontró en todos los casos una correlación superior a .20. Para tener más datos sobre las evidencias de confiabilidad se calculó la correlación ítem-test para cada factor y se encontraron puntajes que oscilaron entre .46 y .78. Finalmente, se analizó la correlación entre cada uno de los factores del instrumento y el puntaje total, obteniendo valores que fluctuaron entre .59 y .72.

Seguido de esto, reportó evidencias de validez vinculadas a la relación con otras variables al analizar las diferencias de grupos entre meditadores y no meditadores. En los resultados se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales de meditadores y no meditadores. Específicamente, el grupo de meditadores obtuvo mayores puntajes en los cinco factores del instrumento (Loret de Mola, 2009).

Adicionalmente, obtuvo evidencias de validez en relacionadas a otras variables al analizar las puntuaciones del cuestionario FFMQ con las del Cuestionario sobre la

Historia de Meditación (Baer et al., 2006). Para esto, se realizaron correlaciones parciales entre la experiencia en meditación y la conciencia plena (con sus cinco factores) controlando la edad. Se reportaron correlaciones estadísticamente significativas en los factores Ausencia de reactividad, Observación y Descripción con valores que oscilaron entre .22 y .41 (todas $p < .01$); así como, con el puntaje total ($r = .30$, $p < .01$) (Loret de Mola, 2009).

Posteriormente, Papi (2017) realizó un análisis de las propiedades psicométricas del instrumento en una población de 370 practicantes de yoga de Lima Metropolitana. Se obtuvieron evidencias de validez vinculadas a la estructura interna del instrumento mediante un análisis factorial exploratorio (AFE) sobre los 39 ítems del cuestionario.

Para determinar el número de factores se utilizó un análisis paralelo obteniendo cinco factores; sin embargo, se decidió eliminar el ítem 36 por tener una carga factorial de .37 y por cargar en el factor equivocado acorde a la teoría. Se replicó el AFE luego de eliminar el mencionado ítem encontrando, nuevamente, una estructura factorial de cinco factores que coincidían con lo propuesto a nivel teórico y que explicaron el 52% de la varianza compartida (ver Anexo 10) (Papi, 2017).

Finalmente, obtuvo evidencias de confiabilidad derivadas de la puntuación de los ítems a partir de la estimación del alfa de Cronbach y el alfa ordinal. Los valores oscilaron entre .74 y .86 y .75 y .88 respectivamente (Papi, 2017).

4.3.3 Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)

La Escala de Dificultades en la Regulación Emocional fue creada por Gratz y Roemer (2004). Este instrumento mide diferentes aspectos clínicamente relevantes de la desregulación emocional. El cuestionario consta de 36 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta pertenecientes a seis factores distintos (ver Tabla 4.4). La puntuación de cada dimensión se calcula mediante la suma de los puntajes de cada ítem que compone el factor. Además, se puede estimar una puntuación total mediante la suma de todos los ítems (Gratz y Roemer, 2004).

Tabla 4.4*Estructura factorial del DERS*

Factor	Definición por Gratz y Roemer (2004)	Ítems directos	Ítems inversos
No Aceptación	Tendencia a tener emociones secundarias negativas a las propias emociones y falta de aceptación a las propias reacciones emocionales	11, 12, 21, 23, 25 y 29	
Metas	Dificultad para concentrarse y lograr culminar tareas cuando se vivencian emociones dolorosas e intensas	13, 18, 26 y 33	20
Impulsos	Dificultades para controlar los propios impulsos al momento de experimentar emociones dolorosas e intensas	3, 14, 19, 27 y 32	24
Conciencia	Tendencia a atender y reconocer las propias emociones		2, 6, 8, 10, 17 y 34
Estrategias	Acceso limitado a estrategias de regulación emocional	15, 16, 28, 30, 31, 35 y 36	22
Claridad	Poca claridad o conocimiento de las emociones que son vivenciadas	4, 5 y 9	1 y 7

Para obtener de evidencias de validez basadas en la estructura interna del instrumento, Gratz y Romer (2004) examinaron la distribución de las respuestas de cada uno de los 41 ítems inicialmente planteados. Sin embargo, decidieron excluir uno de estos después de ver la matriz de correlaciones ya que, tenía una baja relación con la escala completa y con otros ítems que conforman el instrumento.

Con los 40 ítems restantes Gratz y Roemer (2004) realizaron un análisis factorial exploratorio con rotación oblicua promax y un Scree Test. Los resultados indicaron retener 6 factores. Para la selección de los ítems, se decidió eliminar aquellos que tenían una carga menor a .40 y los que cargaban en más de un factor. En base a los dos criterios mencionados 4 ítems fueron excluidos. Después, se realizó un segundo análisis factorial con los 36 ítems restantes y se encontraron cargas factoriales entre .41 y .91 para la escala de No aceptación, entre .64 y .88 para Metas, entre .40 y 1.00 para Impulsos, entre .57 y .74 para Conciencia, entre .45 y .86 para Estrategias, y entre .42 y .81 para Claridad. Asimismo, los 6 factores explicaban el 55.68% de la varianza total.

Además, Gratz y Roemer (2004) reportaron evidencias basadas en la relación con otras variables. Para ello, analizaron las diferencias de las puntuaciones derivadas del

DERS con la de otros instrumentos, específicamente con la Escala de expectativas generales para la regulación de humor negativo (NMR), el Cuestionario de aceptación y acción (AAQ), la Escala de expresividad emocional (EES), el Inventario de autolesiones deliberadas (DSHI) y el Inventario de abuso perpetuado (API). En primer lugar, los puntajes derivados del NMR correlacionaron de manera estadísticamente significativa con las puntuaciones del DERS total ($r = -.69, p < .01$) y con cada uno de sus factores, los valores de estas correlaciones oscilaron entre $-.34$ y $-.69$ ($p < .01$). En segundo lugar, los puntajes derivados del AAQ correlacionaron de manera estadísticamente significativa con las puntuaciones del DERS total ($r = .60, p < .01$) y con cada uno de sus factores, encontrando valores que oscilaron entre $.28$ y $.44$ ($p < .01$). En tercer lugar, las puntuaciones derivadas del DERS total correlacionaron de manera estadísticamente significativa con las del EES ($r = -.23, p < .01$); sin embargo, solo se encontraron correlaciones estadísticamente significativas con las puntuaciones de tres dimensiones: No Aceptación, Conciencia y Claridad con valores que oscilaron entre $-.14$ y $-.46$ ($p < .01$) (ver Anexo 12).

Adicionalmente, para explorar si el DERS aporta a la evaluación de las dificultades en la regulación emocional, se analizó si el instrumento explica un porcentaje adicional de la varianza en los constructos de evitación experiencial y expresividad emocional que no sea explicado por el NMR. Para ello, Gratz y Roemer (2004) calcularon los coeficientes de correlación parcial entre los puntajes derivados del DERS total y sus subescalas con dichos constructos controlando las puntuaciones del NMR. Se encontró que los puntajes derivadas del DERS y sus factores explican una cantidad de varianza adicional estadísticamente significativa del constructo de evitación experiencial. Adicionalmente, las puntuaciones de Conciencia, Claridad, Metas y Estrategias explican un porcentaje adicional de la varianza de expresividad emocional (aunque las últimas dos presentaron valores modestos) (ver Anexo 12).

Gratz y Roemer (2004), realizaron correlaciones entre los puntajes obtenidos por el DERS y dos comportamientos clínicos relevantes asociados a la desregulación emocional: la frecuencia del comportamiento de autodaño (medido con el DSHI) y la frecuencia del abuso con la pareja (evaluado con el API). Puesto que la literatura señala que el abuso hacia la pareja se diferencia acorde al sexo, las dificultades en la regulación

emocional y las dos variables anteriormente mencionadas se examinaron de manera separada en hombres y mujeres.

Las correlaciones entre las puntuaciones del DERS total y del DSHI fueron estadísticamente significativas en hombres y mujeres con correlaciones de .20 ($p < .01$) para mujeres y de .26 ($p < .05$) para hombres. Además, se encontró que las correlaciones entre los puntajes del DERS y del API fueron mayores en hombres ($r = .34, p < .01$) que en mujeres ($r = .08, p < .01$) lo que es consistente con lo que señala la literatura sobre la función regulatoria que tiene el abuso en los hombres en particular (Gratz y Roemer, 2004) (ver Anexo 14).

Además, todos los puntajes de las subescalas del instrumento mostraron un patrón diferenciado de asociaciones con los comportamientos de autodaño y de abuso de pareja. Específicamente, la frecuencia de los comportamientos de autodaño correlacionó de manera estadísticamente significativa con No Aceptación e Impulsos en hombres; por el contrario, en las mujeres las correlaciones de las otras cuatro subescalas fueron mayores. Sin embargo, ninguna de las correlaciones entre la frecuencia de los comportamientos de autodaño y las subescalas de DERS difirieron de manera estadísticamente significativa entre hombres y mujeres (Gratz y Roemer, 2004) (ver Anexo 13).

Al analizar las correlaciones entre las puntuaciones de los factores que componen el DERS y el abuso de pareja (API), Gratz y Roemer (2004) encontraron que la frecuencia del abuso de pareja se asoció de manera estadísticamente significativa con la subescala de Impulsos en mujeres y con Metas, Impulsos y Estrategias en hombres (Gratz y Roemer, 2008) (ver Anexo 13).

Para explorar si las puntuaciones del DERS explican una varianza adicional en estos resultados clínicos más allá de la explicada por una medida existente (NMR), Gratz y Roemer (2004) calcularon las correlaciones parciales entre las puntuaciones globales de la primera y de sus subescalas con los dos comportamientos clínicos mencionados controlando las puntuaciones derivadas del NMR.

Los resultados indican que las puntuaciones de la subescala de No Aceptación explicaron una cantidad significativa de varianza adicional en la frecuencia de autolesiones entre los hombres, mientras que los puntajes de la subescala de Metas explicaron una cantidad significativa de varianza adicional en la frecuencia del abuso de

pareja entre los hombres. Además, las puntuaciones de la subescala de Impulsos explicaron una cantidad significativa de la varianza adicional en la frecuencia del abuso de la pareja entre las mujeres (Gratz y Roemer, 2004) (ver Anexo 13).

Posteriormente, Gratz y Roemer (2004) estimaron la confiabilidad mediante el cálculo del alfa de Cronbach. Se encontró, para la escala completa, un valor de .93 y para cada subescala los valores oscilaron entre .80 y .89. Asimismo, realizaron correlaciones ítem-total y los valores oscilaron entre .45 y .81. Finalmente, se calcularon las correlaciones entre los ítems y se obtuvo valores que oscilaron entre .27 y .75. Específicamente, la media para el factor No aceptación fue de .50; para Metas, fue de .62; para Impulsos, de .52; para Conciencia, de .40; para Estrategias, de .47; y finalmente, para Claridad, de .51.

4.4 Procedimiento de recolección de datos

Para la obtención de la muestra necesaria para validar el DERS se realizó una versión en línea de la escala (ver Anexo 9), del consentimiento informado (ver Anexo 1) y de la ficha sociodemográfica (ver Anexo 3) mediante un archivo creado en *Google forms*. Primero, se presentó el consentimiento informado y fue un requisito que marquen que lo leyeron y entendieron para poder proceder a responder la ficha sociodemográfica y la escala.

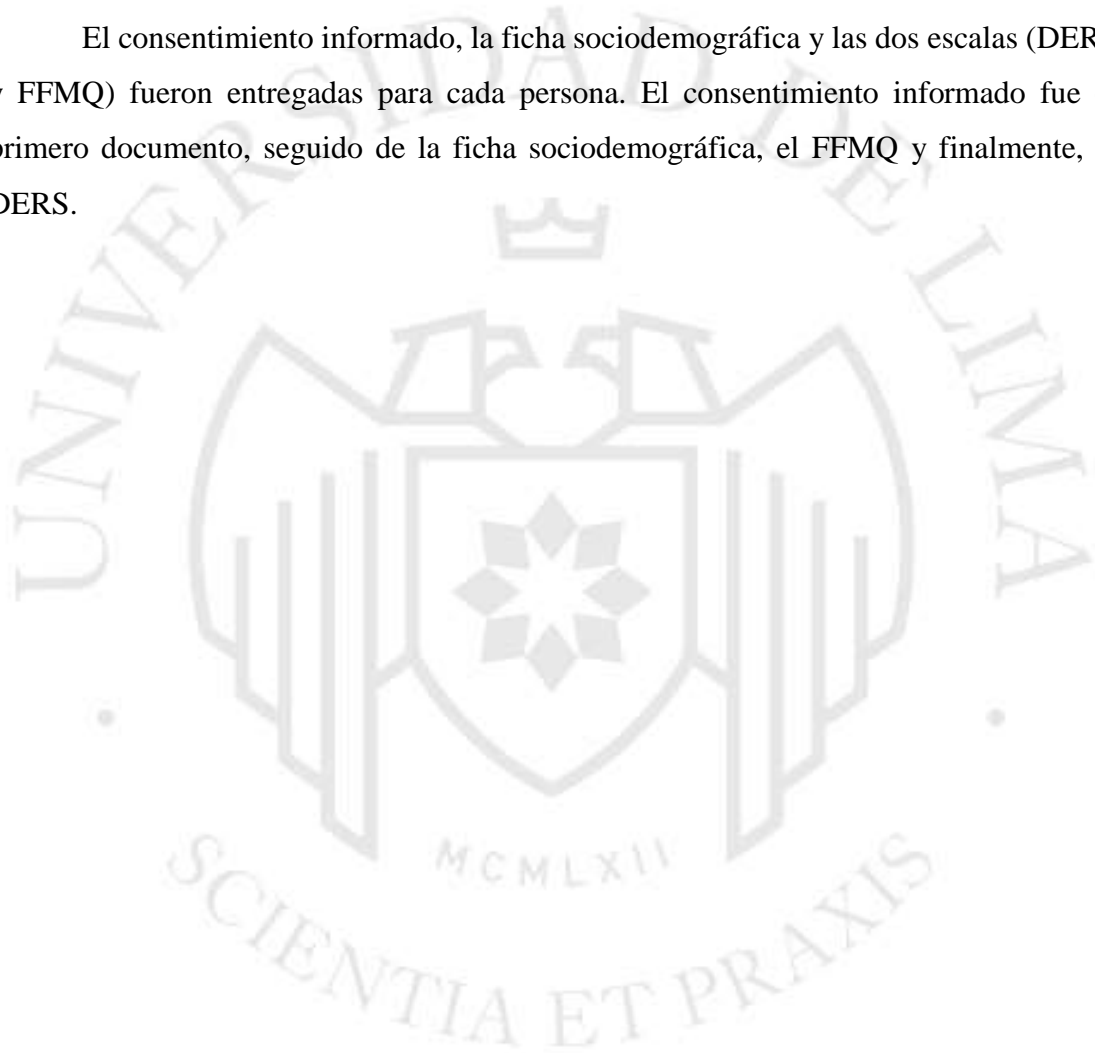
Dado que la muestra requerida para la validación es grande se procedió a publicar en redes sociales (Facebook, WhatsApp e Instagram) el enlace mediante el cual las personas podían encontrar la versión online de los documentos. Para la difusión del enlace se les pidió a contactos que respondan y compartan la escala.

Por otro lado, en cuanto a la aplicación de los instrumentos relacionados al análisis mediacional, se contactó con el director de un centro especializado en TDC de Lima Metropolitana. Se le informó sobre la investigación, el carácter de confidencialidad de esta y se le pidió su colaboración. Una vez que se obtuvo permiso por parte del director, este señaló los horarios del grupo de habilidades donde se podría evaluar a los consultantes de manera grupal (en grupos conformados por máximo 12 personas).

Llegado el día de la evaluación, se les informó a los participantes sobre la naturaleza del estudio, su carácter de confidencialidad y se solicitó su participación

voluntaria. Los participantes leyeron, comprendieron y firmaron el consentimiento informado (ver Anexo 2) antes de responder a la ficha sociodemográfica (ver Anexo 4) y a los cuestionarios (ver Anexo 8 y Anexo 9). Se dieron instrucciones por cada instrumento de manera grupal. Asimismo, se estuvo pendiente de cualquier inquietud para poder resolverla. Con el fin de no sesgar las respuestas, se evitó dar información del contenido a medir de las escalas y se les mencionó que estas buscan conocer características personales.

El consentimiento informado, la ficha sociodemográfica y las dos escalas (DERS y FFMQ) fueron entregadas para cada persona. El consentimiento informado fue el primero documento, seguido de la ficha sociodemográfica, el FFMQ y finalmente, el DERS.



CAPÍTULO V: RESULTADOS

5.1 Análisis psicométricos

5.1.1 Adaptación lingüística de la escala DERS

Para traducir la escala se siguió el método de traducción y contratraducción o traducción inversa. De acuerdo con Ramada-Rodilla et al., (2013), el proceso de traducción y adaptación cultural debe realizarse de manera minuciosa para que el cuestionario cumpla con el objetivo para el que fue diseñado. Por ello, se necesita un procedimiento metodológico riguroso y se siguen diversas etapas de acuerdo con los lineamientos y recomendaciones planteadas en la literatura (American Educational Research Association [AERA] et al., 2014)

En la primera etapa, la escala original en inglés fue traducida por dos traductoras bilingües de lengua materna española e inscritas en el Colegio de Traductores del Perú, quienes trabajaron de forma independiente. Como segunda etapa, se revisaron ambas traducciones con un experto en desregulación emocional con un nivel de inglés avanzado. Ambas traducciones eran similares a nivel conceptual, semántico y sintáctico; en este sentido, las diferencias entre estas estaban más relacionadas a sinónimos entre palabras o al orden de estas. Por ejemplo, en el ítem 20 fue formulado por una de las traductoras como “Cuando me altero, aún puedo hacer las cosas” y por la otra “Cuando me altero, todavía puedo hacer las cosas”. En estos casos, el experto en desregulación emocional revisó ambas formulaciones y eligió la que consideraba más fidedigna a la original. En la tercera etapa, la versión final fue traducida inversamente por dos traductoras cuya lengua materna era el inglés y que también pertenecen al Colegio de Traductores del Perú; adicionalmente, estas no tuvieron acceso a la versión original en inglés del instrumento y realizaron las traducciones inversas sin tener ningún contacto entre sí. Como último paso, las traducciones inversas fueron comparadas con la versión original de la escala por el mismo experto en desregulación emocional. Nuevamente, las diferencias se relacionaron a sinónimos entre palabras y al orden de estas; por ello, el experto corroboró su equivalencia conceptual y semántica.

5.1.2 Evidencias de validez vinculadas al contenido

Para obtener evidencias de validez asociadas al contenido del instrumento, la adaptación lingüística fue analizada mediante la opinión de jueces expertos (AERA et al., 2014). La versión final de la escala fue entregada a 10 jueces seleccionados que no tenían ningún tipo de interacción entre sí: 3 médicos psiquiatras y 7 psicólogos clínicos expertos en regulación emocional.

Los jueces analizaron la redacción y la representatividad de los ítems considerando el constructo. Con este fin, se les presentó una plantilla en donde podían marcar su acuerdo o desacuerdo con la formulación del ítem y su pertenencia a cada factor. También, se les brindó un espacio para que puedan escribir sugerencias (ver Anexo 7).

Para cuantificar los resultados se utilizó el coeficiente V de Aiken, que hace referencia al cálculo promedio de las valorizaciones obtenidas por el conjunto de jueces frente a cada ítem del instrumento (Escurra, 1988). Los datos utilizados fueron los valores asignados por cada juez en donde, por cada acuerdo se tuvo 1 punto y por cada desacuerdo 0 puntos; adicionalmente, el nivel de significancia fue de $p < .05$.

En una primera parte del proceso los 36 ítems fueron aceptados en cuanto a su representatividad, pero 3 (ítems 21, 22 y 32) de ellos fueron rechazados por más de dos jueces en términos de su redacción. Por ello, considerando el número de jueces y número de categorías utilizadas para valorar el ítem, se obtuvo una V de Aiken menor al criterio mínimo requerido de .80, $p < .05$ (Escurra, 1988). En la segunda etapa, se modificaron los 3 ítems teniendo en cuenta las observaciones y esa última versión fue entregada nuevamente a los 10 jueces. Todos los ítems superaron el puntaje mínimo como se puede ver en la Tabla 5.1.

De manera específica, se obtuvo para los factores No Aceptación y Conciencia, valores que oscilaron en cuanto a su representatividad y redacción entre .80 y 1.00 ($p < .05$). Para los factores Metas e Impulsos, en representatividad los valores oscilaron entre .90 y 1.00 ($p < .05$), y en redacción entre .80 y 1.00 ($p < .05$). Para Estrategias, en representatividad todos los ítems puntuaron 1.00, ($p < .05$) y en redacción sus valores oscilaron entre .80 y 1.00, ($p < .05$). Finalmente, para el factor Claridad, en representatividad y redacción los valores oscilaron entre .90 y 1.00 ($p < .05$).

Tabla 5.1*Registro del coeficiente V de Aiken*

Ítem	V de Aiken Contenido	V de Aiken Redacción
Ítem 1	1.00*	.90*
Ítem 2	1.00*	1.00*
Ítem 3	1.00*	1.00*
Ítem 4	1.00*	.90*
Ítem 5	.90*	.90*
Ítem 6	.80*	.80*
Ítem 7	1.00*	.90*
Ítem 8	1.00*	1.00*
Ítem 9	.90*	1.00*
Ítem 10	.90*	.90*
Ítem 11	1.00*	.90*
Ítem 12	.90*	.80*
Ítem 13	1.00*	.90*
Ítem 14	1.00*	.90*
Ítem 15	1.00*	.90*
Ítem 16	1.00*	.90*
Ítem 17	.90*	.90*
Ítem 18	.90*	.80*
Ítem 19	.90*	.90*
Ítem 20	1.00*	.90*
Ítem 21	1.00*	1.00*
Ítem 22	1.00*	1.00*
Ítem 23	1.00*	1.00*
Ítem 24	1.00*	.90*
Ítem 25	1.00*	.80*
Ítem 26	1.00*	1.00*
Ítem 27	.90*	.80*
Ítem 28	1.00*	.80*
Ítem 29	1.00*	.80*
Ítem 30	1.00*	.90*
Ítem 31	1.00*	.80*
Ítem 32	1.00*	.90*
Ítem 33	1.00*	.90*
Ítem 34	.90*	.80*
Ítem 35	1.00*	1.00*
Ítem 36	1.00*	1.00*

* $p < .05$.

5.1.3 Evidencias de validez vinculadas a la estructura interna

Para la obtención de evidencias de validez relacionadas a la estructura interna se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) sobre los 36 ítems de la escala con el fin de identificar el número de factores latentes (Park, Dailey y Lemus, 2002). Se eligió el AFE sobre el análisis factorial confirmatorio (AFC) debido a que no hay una teoría previa que determine factores preestablecidos asociados a las variables que componen el constructo de desregulación emocional; por consiguiente, se buscó explorar las variables latentes dentro de la desregulación emocional (Thompson, 2007). Para ello, se usó el programa Factor 10.9.02 (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2015). El AFE se realizó en base a una matriz de correlaciones policóricas, pues es recomendado para pruebas con escalas politómicas y variables ordinales (Burga, 2006).

Con el objetivo de determinar la pertinencia de realizar el AFE con la matriz de correlaciones derivadas de las puntuaciones de las variables, se empleó el coeficiente de adecuación muestral KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) ya que, permite contrastar si existen relaciones entre las variables suficientemente fuertes para realizar el AFE (Field, 2009). El puntaje de KMO fue de .93 lo que evidenció correlaciones altas entre los ítems. También, se realizó la prueba de esfericidad de Barlett que permite poner a prueba la hipótesis nula que sostiene que la matriz de correlaciones de la población es una matriz de identidad; es decir, que las variables no están relacionadas entre sí. El resultado evidenció la existencia de correlaciones estadísticamente significativas entre las variables $X^2(367) = 7458.0 (p < .001)$ (Field, 2009). Ambos resultados prueban que es pertinente realizar el AFE.

Para poder decidir el número de factores a retener, se utilizó el método de análisis paralelo de Horn debido a que se considera superior que otros métodos convencionales para identificar el número real de dimensiones (Baglin, 2014). El método de extracción fue el análisis factorial de rango mínimo (MRFA por siglas en inglés) pues, es el único que permite calcular el porcentaje de la varianza común explicada (Baglin, 2014) y minimiza la cantidad de varianza común restante sin explicación (Stegman y Lam, 2014).

Por último, se utilizó el método de rotación oblicua promin que es recomendado para investigaciones de ciencias sociales dado que permite las correlaciones entre factores (lo esperable al suponer que componen una misma variable) (Gaskin y Happell, 2013).

Asimismo, maximiza la simplicidad de factores y recupera bien la estructura del instrumento (Lorenzo-Seva, 2013).

Los resultados del análisis paralelo sugirieron la presencia de tres factores en los que todos los ítems presentan cargas superiores a al mínimo recomendado de .30 según el tamaño de la muestra (Stevens, 2002). Esta estructura factorial explica el 65.44% de la varianza común compartida. Los resultados pueden observarse en la Tabla 5.2.

Al revisar la distribución de las cargas factoriales y analizarlas con el planteamiento teórico de la prueba original, se observó que el primer factor (F1) agrupaba casi en su totalidad los ítems de los factores Metas, Impulsos y Estrategias planteados por Gratz y Roemer (2004), con la excepción del ítem 30 (perteneciente a Estrategias) que cargó en el tercer factor. Adicionalmente, aunque los ítems 16 y 22 cargaron en más de un factor se decidió, por razones teóricas, que se quedaran en F1. El primer factor fue denominado “Estrategias” con un total de 18 ítems.

El segundo factor (F2) agrupó todos los ítems de los factores Conciencia y Claridad planteados por Gratz y Roemer (2004). Pese a que el ítem 10 cargó en este factor y en F3 se decidió que permanezca en F2 por tres razones: originalmente pertenecía al factor Conciencia, presenta una mayor carga factorial en dicha dimensión y teóricamente encaja mejor con los ítems agrupados en el F2. Este factor fue denominando “Conciencia” con un total de 11 ítems.

Finalmente, el tercer factor (F3) agrupó todos los ítems del factor No Aceptación planteado por Graz y Roemer (2004). El único ítem que originalmente pertenecía a otro factor fue el 30. Adicionalmente, el ítem 23 cargó en más de un factor, pero se decidió retenerlo en el F3 pues tiene un mayor sentido teórico. A este factor de le denominó “Aceptación” y está conformado por 7 ítems.

En la Tabla 5.3 se observa de manera detallada los cambios realizados en la estructura de la escala y su comparación con la estructura original.

Tabla 5.2

Distribución de cargas factoriales de los ítems y su agrupación a una solución de 3 factores utilizando la rotación oblicua promin

Variable	F1	F2	F3
Ítem 1		.69	
Ítem 2		.84	
Ítem 3	.45		
Ítem 4		.43	
Ítem 5		.54	
Ítem 6		.71	
Ítem 7		.77	
Ítem 8		.87	
Ítem 9		.39	
Ítem 10	.31	.50	
Ítem 11			.85
Ítem 12			.99
Ítem 13	.87		
Ítem 14	.65		
Ítem 15	.61		
Ítem 16	.52		.34
Ítem 17		.41	
Ítem 18	.98		
Ítem 19	.77		
Ítem 20	.76		
Ítem 21			1.01
Ítem 22	.41	.42	
Ítem 23	.44		.34
Ítem 24	.60		
Ítem 25			.86
Ítem 26	.95		
Ítem 27	.71		
Ítem 28	.61		
Ítem 29			.72
Ítem 30			.65
Ítem 31	.72		
Ítem 32	.72		
Ítem 33	.89		
Ítem 34		.58	
Ítem 35	.65		
Ítem 36	.65		

Nota: $N = 367$

Tabla 5.3*Estructura original de 6 factores y estructura propuesta de 3 factores*

Estructura original Gratz y Roemer (2004)	Estructura propuesta
Impulsos: ítems 3, 14, 19, 24, 27 y 32	
Estrategias: ítems 15, 16, 22, 28, 30, 31, 35 y 36	Estrategias: ítems 3, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 24, 26, 27, 28, 31, 32, 33, 35 y 36
Metas: ítems 13, 18, 20, 26 y 33	
Conciencia: ítems 2, 6, 8, 10, 17 y 34	Conciencia: ítems 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 17 y 34
Claridad: ítems 1, 4, 5, 7 y 9	
No Aceptación: 11, 12, 21, 23, 25 y 29	Aceptación: ítems 11, 12, 21, 23, 25, 29 y 30

Posteriormente, se calcularon las correlaciones entre las dimensiones que componen la escala, pues según el planteamiento teórico original de Gratz y Roemer (2004) estos son factores que se encuentran relacionados y son parte de un mismo constructo. Previo a ello, se realizaron pruebas de normalidad mediante el estadístico Shapiro – Wilk que permite evaluar que los datos provengan de una población con una distribución distinta a la normal y actualmente es considerada como una de las pruebas de normalidad con mayor potencia (Razali y Wah, 2011) (ver Tabla 5.4). Adicionalmente, debido a que el tamaño de la muestra es grande, se decidió complementar los resultados arrojados con el gráfico del histograma y Q–Q plot para los puntajes derivados de cada factor y del DERS total (Field, 2009) (ver de la Figura 5.1 a la 5.8).

Tabla 5.4*Prueba de normalidad Shapiro-Wilk para los puntajes derivados del DERS total y cada uno de sus factores*

Variable	W	gl	p
Desregulación emocional total	.95	367	< .001
Estrategias	.90	367	< .001
Conciencia	.97	367	< .001
Aceptación	.93	367	< .001

Figura 5.1

Gráfico histograma para los puntajes derivados del DERS total

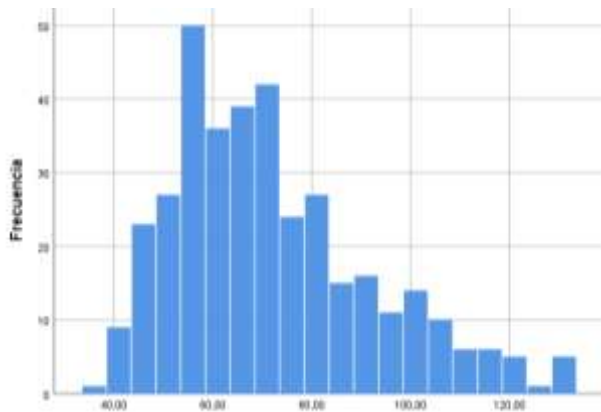


Figura 5.2

Gráfico Q-Q plot normal para los puntajes derivados del DERS total

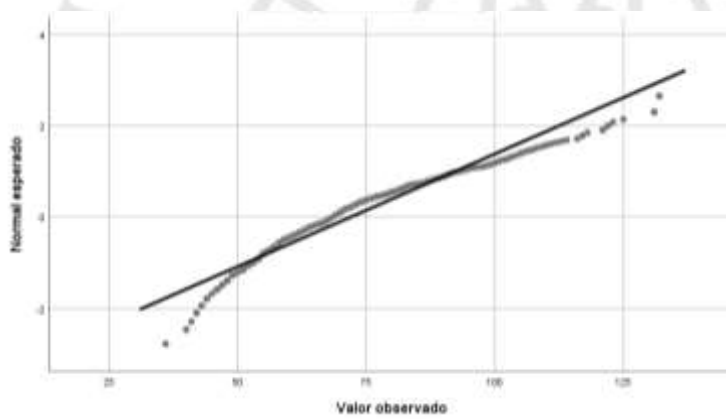


Figura 5.3

Gráfico histograma para los puntajes derivados del factor Estrategias

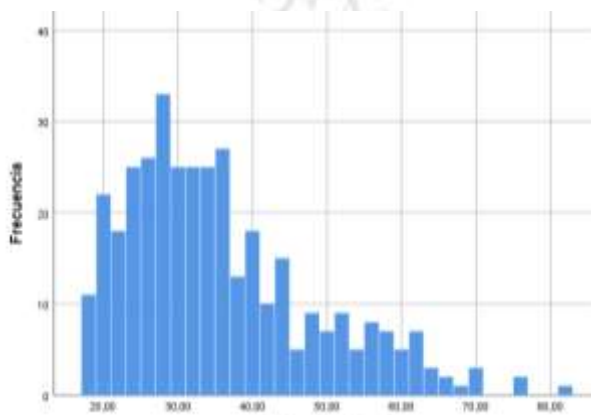


Figura 5.4

Gráfico Q-Q plot normal para los puntajes derivados del factor Estrategias

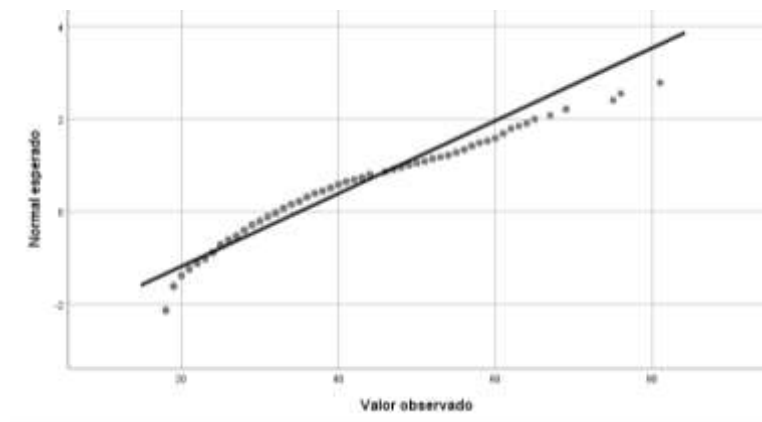


Figura 5.5

Gráfico histograma para los puntajes derivados del factor Conciencia

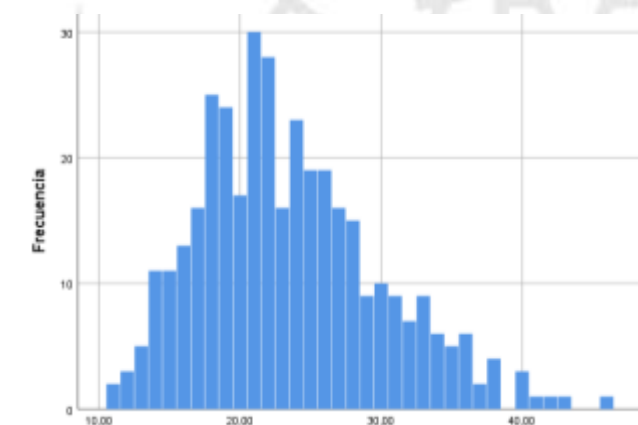


Figura 5.6

Gráfico Q-Q plot normal para los puntajes derivados del factor Conciencia

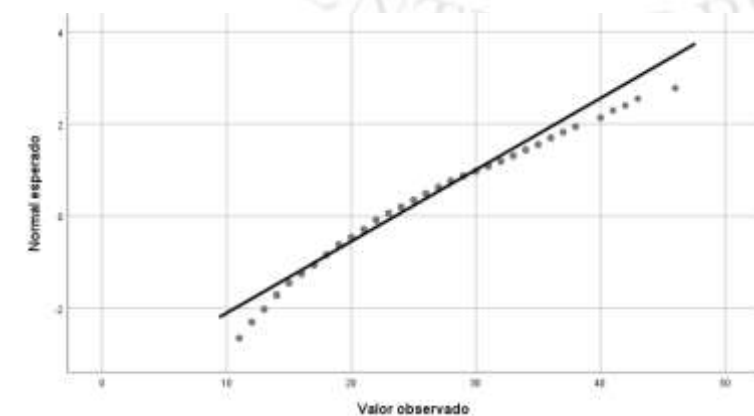


Figura 5.7

Gráfico histograma para los puntajes derivados del factor Aceptación.

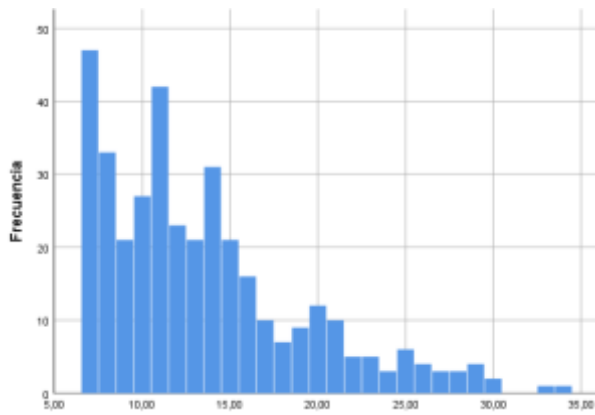
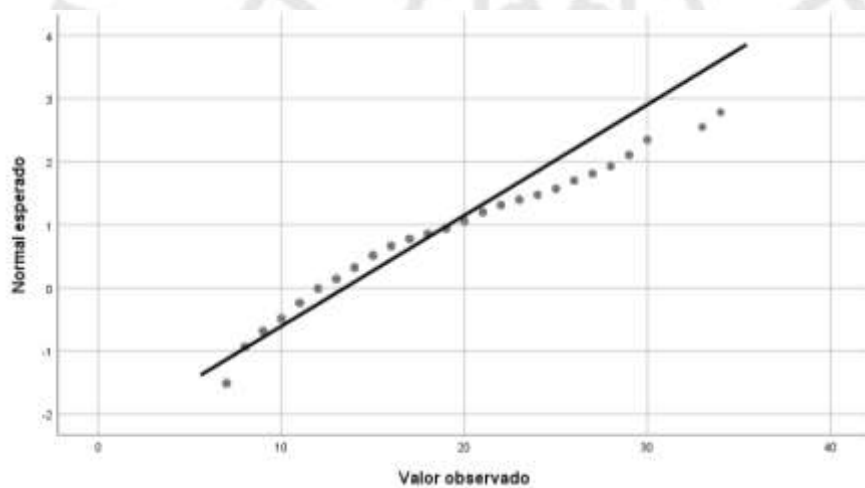


Figura 5.8

Gráfico Q-Q plot normal para los puntajes derivados del factor Aceptación



Como se observa en la tabla anterior y en las figuras, las puntuaciones provienen de una población con una distribución distinta a la normal. Por ello, se hizo uso de la prueba rho de Spearman para analizar la asociación entre los factores y entre estos con la escala total (Field, 2009). Los resultados pueden observarse en la Tabla 5.5.

Tabla 5.5

Coefficientes de correlación de Spearman entre los puntajes obtenidos del DERS total y cada uno de sus factores

Variable	Desregulación emocional total	Estrategias	Conciencia	Aceptación
Desregulación emocional total	-			
Estrategias	.92**	-		
Conciencia	.67**	.43**	-	
Aceptación	.71**	.58**	.26**	-

Nota: $N = 367$

** $p < .01$

En la tabla se puede ver que todos los factores se relacionan de manera estadísticamente significativa con la escala total. El tamaño del efecto de la asociación Estrategias – Desregulación emocional total es grande. Adicionalmente, el tamaño del efecto entre Conciencia – Desregulación emocional total y Aceptación – Desregulación emocional total es mediano, siendo la última cercana a grande (Ferguson, 2009).

Asimismo, se observa un tamaño del efecto mediano en la asociación Estrategias – Aceptación. La relación Estrategias – Conciencia presenta un tamaño del efecto pequeño, pero cercano a mediano. Finalmente, la correlación Conciencia – Aceptación presenta un tamaño del efecto pequeño (Ferguson, 2009). Estos resultados son esperables considerando que, si bien son dimensiones que se diferencian entre sí para medir distintos aspectos de la falta de regulación emocional, igual se encuentran relacionados en la medición de dicho constructo.

5.1.4 Evidencias de validez vinculadas a otras variables

Se comparó los puntajes derivados de la escala global y de cada uno de sus factores en función a una población sin ningún diagnóstico psiquiátrico y a otra con diagnóstico de TLP. Previo a esto, se realizaron pruebas de normalidad para verificar si los puntajes derivados del instrumento y de sus factores provengan de una población con una distribución distinta a la normal. Estos análisis se fueron realizados para ambos grupos (con TLP y sin diagnóstico psiquiátrico). Se utilizó la prueba de normalidad Shapiro-Wilk, pues es considerada una de las pruebas con mayor potencia (Razali y Wah, 2011). Los resultados se pueden observar en la Tabla 5.6.

Tabla 5.6

Prueba de normalidad Shapiro-Wilk para los puntajes derivados del DERS total y cada uno de sus factores en una población clínica y no clínica

Escala/Factor	Diagnóstico	Shapiro-Wilk		
		W	gl	p
Desregulación emocional total	Sin diagnóstico	.95	367	< .001
	TLP	.98	68	.182
Estrategias	Sin diagnóstico	.93	367	< .001
	TLP	.96	68	.037
Conciencia	Sin diagnóstico	.97	367	< .001
	TLP	.96	68	.015
Aceptación	Sin diagnóstico	.90	367	< .001
	TLP	.95	68	.007

Como se puede observar, todas las distribuciones, a excepción de una, provienen de una población con una distribución distinta a la normal. Por ello, para la comparación de los puntajes se utilizó la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney (Field, 2009). Como medida del tamaño del efecto se aplicó el coeficiente *r*. Los resultados se pueden observar en la Tabla 5.7.

Tabla 5.7

Comparación entre los puntajes derivados del DERS total y cada uno de sus factores en una población clínica y no clínica

Variable	Diagnóstico	Rangos promedio	Z	U	r	p
Desregulación emocional total	Sin diagnóstico	193.65	-9.39	3542	.45	< .001
	TLP	349.41				
Estrategias	Sin diagnóstico	192.55	-9.81	80105	.47	< .001
	TLP	355.33				
Conciencia	Sin diagnóstico	205.83	-4.69	3130.5	.23	< .001
	TLP	283.70				
Aceptación	Sin diagnóstico	197.46	-7.94	4938	.38	< .001
	TLP	328.88				

Como se puede observar en la Tabla 5.7 existen diferencias estadísticamente significativas con un tamaño del efecto pequeño entre los puntajes derivados de una población sin diagnóstico y con diagnóstico de TLP; además, las variables Estrategias y Desregulación emocional total presentan una correlación con un valor próximo a moderado (Ferguson, 2009). Asimismo, en todos los casos, las personas diagnosticadas con TLP obtienen puntuaciones con rangos promedios superiores que las personas sin ningún diagnóstico psiquiátrico.

5.1.5 Análisis de discriminación de los ítems

Se calcularon las correlaciones ítem – test corregidas según cada factor. En la Tabla 5.8 se observan los resultados. Todos los ítems superaron el valor mínimo propuesto por Kline (1999) de .20 en su dimensión correspondiente. De manera específica, para el factor Estrategias los valores oscilaron entre .43 y .75, para el factor Conciencia entre .26 y .65, y para el factor Aceptación entre .47 y .75.

Tabla 5.8*Correlación ítem – test corregida para cada factor que compone el DERS*

Factor	Ítem	Correlación Ítem – Test
Estrategias	Ítem 3	.52
	Ítem 13	.67
	Ítem 14	.60
	Ítem 15	.62
	Ítem 16	.61
	Ítem 18	.71
	Ítem 19	.71
	Ítem 20	.54
	Ítem 22	.43
	Ítem 24	.57
	Ítem 26	.73
	Ítem 27	.72
	Ítem 28	.69
	Ítem 31	.67
	Ítem 32	.66
Conciencia	Ítem 1	.62
	Ítem 2	.65
	Ítem 4	.33
	Ítem 5	.52
	Ítem 6	.42
	Ítem 7	.63
	Ítem 8	.55
	Ítem 9	.43
	Ítem 10	.43
	Ítem 17	.26
Ítem 34	.33	
Aceptación	Ítem 11	.64
	Ítem 12	.73
	Ítem 21	.75
	Ítem 23	.47
	Ítem 25	.71
	Ítem 29	.74
Ítem 30	.69	

Nota: $N = 367$

5.1.6 Estimación de la confiabilidad

Para obtener la confiabilidad de las puntuaciones obtenidas se empleó el coeficiente Omega (McDonald, 1999) puesto que, a diferencia del coeficiente alfa, este permite que se hagan un menor número de supuestos, que haya menores problemas asociados a la inflación y atenuación de la estimación de consistencia interna, que se refleje la verdadera confiabilidad de la estimación de la población si se elimina algún ítem de la escala, y que se refleje de manera más precisa la variabilidad del proceso de estimación. (Dunn et al., 2014). Los coeficientes obtenidos por el cómputo del coeficiente omega, de cada uno de los factores de la escala son favorables ya que superan el .70 recomendados (ver Tabla 5.9) (Dunn et al., 2014).

Tabla 5.9

Coefficiente omega y EEM para las puntuaciones derivadas de cada factor del DERS

Variable	Coefficiente omega	EEM
Estrategias (18 ítems)	.95	2.80
Conciencia (11 ítems)	.85	2.51
Falta de aceptación (7 ítems)	.91	1.70

Nota: $N = 367$

5.1.7 Elaboración de baremos

Se consideró los tres factores del DERS para elaborar los baremos y se utilizaron rangos percentiles mediante el programa SPSS. Estos dividen la distribución en 99 valores, cada percentil indica el porcentaje de elementos que se encuentra por debajo del valor de la variable que representa. Los resultados pueden observarse en la tabla 5.10.

Tabla 5.10*Baremos clasificados en percentiles para cada factor y el total del DERS*

Percentiles	DERS total	Aceptación	Conciencia	Estrategias
1	41	7	12	18
5	46	7	14	19
10	49	7	16	21
15	52	8	17	23
20	55	8	18	24
25	57	9	19	25
30	58	10	19	27
35	61	11	21	28
40	64	11	21	29
45	67	11	22	31
50	68	12	22	32
55	70	13	24	33
60	73	14	24	35
65	75	14	25	37
70	80	15	26	39
75	83	16	27	41
80	89	18	29	46
85	94	20	31	50
90	103	22	33	55
95	113	26	36	61
99	131	30	41	71

Nota: $N = 367$ **5.1.8 Estadísticos descriptivos de la adaptación****Tabla 5.11***Estadísticos descriptivos obtenidos de los puntajes del DERS total y de cada uno de sus factores*

Variable	DE	Asim.	Curt.	Min.	Max.	M	IC [95%]
Desregulación emocional total	20.27	.83	.22	36	132	72.08	[69.99, 74.16]
Estrategias	12.71	.94	.41	18	81	35.09	[33.79, 36.40]
Conciencia	6.44	.63	.16	11	46	23.51	[22.85, 24.17]
Aceptación	5.69	1.09	.79	7	34	13.47	[12.89, 14.06]

Nota: *Asim.* = Asimetría; *Curt.* = Curtosis; $N = 367$

5.2 Análisis mediacional

5.2.1 Análisis previos al análisis mediacional

En relación al objetivo principal de esta investigación que es analizar el efecto mediacional de la conciencia plena entre el tiempo de tratamiento en TDC y la desregulación emocional en personas diagnosticadas con TLP, antes de la mediación, la relación entre la variable predictora (en este caso el tiempo de tratamiento en TDC) y la variable resultado (desregulación emocional) es básica (c) ya que, esta sería la relación que se piensa está siendo mediada por una tercera variable, que es la variable mediadora (conciencia plena) (Jose, 2013) (ver Figura 5.9).

Figura 5.9

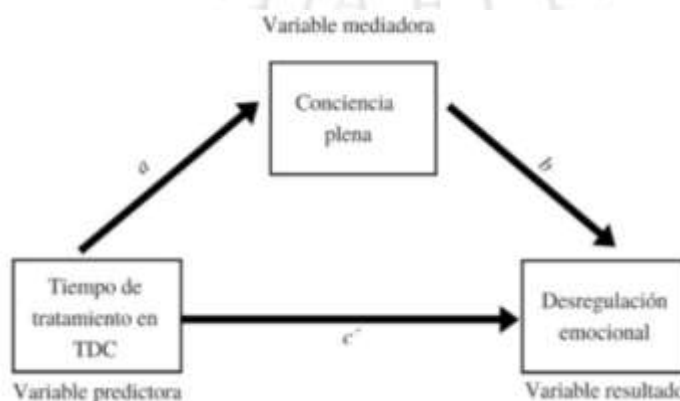
Relación básica entre el tiempo de tratamiento en TDC y la desregulación emocional



Al agregar la variable mediadora el coeficiente de la relación entre tiempo de tratamiento en TDC y desregulación emocional, en el primer modelo (c), pasa a ser denominada c prima (c') en el modelo mediacional. Esto se da debido a que la relación se ajusta por la inclusión de la variable mediadora que representa la presencia de un camino directo que puede reducir la fuerza de la relación básica (c) por los efectos indirectos de la conciencia plena (ver Figura 5.10) (Jose, 2013).

Figura 5.10

Relación mediada entre el tiempo de tratamiento en TDC y la desregulación emocional



Para poder realizar el análisis mediacional es necesario que se cumplan los siguientes criterios postulados por Baron y Kenny (1986): (1) que la variable predictora se relacione de manera estadísticamente significativa con la variable resultado, (2) que la variable predictora se relacione de manera estadísticamente significativa con la variable mediadora, (3) que la variable mediadora se relacione de manera estadísticamente significativa con la variable resultado cuando la variable predictora se incluye en la ecuación de regresión.

Como paso previo para la realización del análisis mediacional, se verificó que las puntuaciones derivadas de la escala y sus factores provengan de una población con una distribución distinta a la normal utilizando la prueba de Shapiro-Wilk, pues actualmente es considerada como una de las pruebas de normalidad con mayor potencia (Razali y Wah, 2011). En la Tabla 5.12 se observan los resultados.

Tabla 5.12

Prueba de normalidad Shapiro-Wilk para los puntajes de las variables

Variable	W	gl	p
Desregulación emocional total	.98	68	.182
Estrategias	.96	68	.037
Conciencia	.96	68	.015
Aceptación	.95	68	.007
Conciencia plena total	.97	68	.086
Observación	.99	68	.659
Descripción	.97	68	.145
Actuar con conciencia	.99	68	.614
Ausencia de juicio	.98	68	.495
Ausencia de reactividad	.98	68	.366
Tiempo de tratamiento en TDC	.81	68	< .001

Como se puede ver en la Tabla 5.11 los datos provienen de una población con una distribución distinta a la normal para las variables Tiempo de tratamiento en TDC y para los tres factores que componen el DERS. Por ello, se hizo uso de la prueba rho de Spearman para analizar sus asociaciones (Field, 2009).

Por otro lado, los puntajes derivados de las variables Desregulación emocional total, Conciencia plena total y de los factores de esta última (FFMQ) provienen de una

población que se distribuye normalmente. Por ende, se utilizó el coeficiente de Pearson para analizar sus correlaciones (Field, 2009).

Finalmente, se utilizó la prueba rho de Spearman para analizar las asociaciones de los factores que componen el FFMQ con los del DERS y el Tiempo de tratamiento en TDC porque, como se mencionó, las puntuaciones de estos últimos provienen de una población con una distribución distinta a la normal (Field, 2009). El contraste se realizó a una cola, pues las hipótesis planteadas fueron todas unidireccionales (Stevens, 2002). Los resultados de las correlaciones se pueden observar en la Tabla 5.13. Seguido de esto, se calculó la potencia estadística de las correlaciones estadísticamente significativas mediante el análisis post-hoc con el programa estadístico G*Power (ver Tabla 5.13) (Faul et al., 2009).

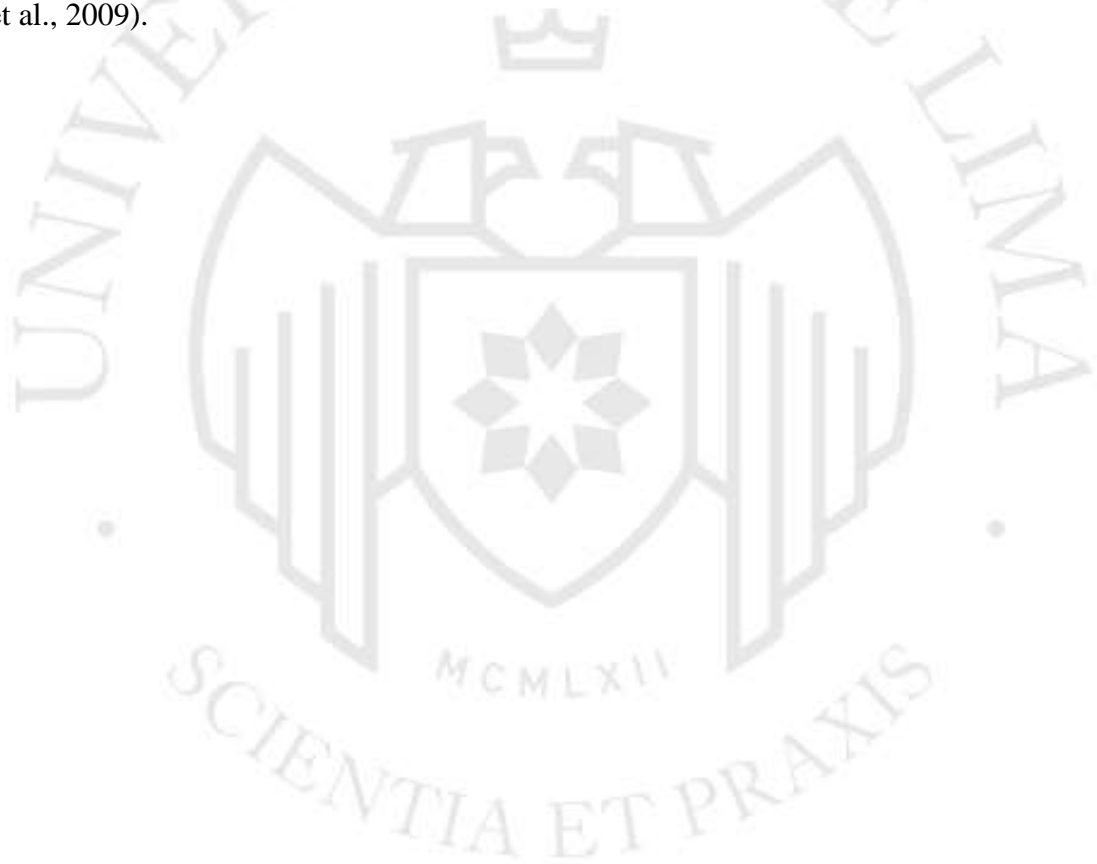


Tabla 5.13

Análisis post-hoc de los coeficientes de correlación y potencia estadística derivados de los puntajes de las variables

Variable	Desregulación emocional total		Estrategias		Conciencia		Aceptación		TT en TDC	
	<i>r</i>	Potencia estadística	<i>r</i>	Potencia estadística	<i>r</i>	Potencia estadística	<i>r</i>	Potencia estadística	<i>r</i>	Potencia estadística
Conciencia plena total	-.77**	> .99	-.65**	> .99	-.74**	> .99	-.64**	> .99	.18	-
Observación	.03	-	.09	-	-.19	-	.12	-	.01	-
Descripción	-.56**	> .99	-.45**	.99	-.70**	> .99	-.38**	.95	.12	-
Actuar con conciencia	-.46**	.99	-.46**	.99	-.39**	.96	-.35**	.91	.15	-
Ausencia de juicio	-.65**	> .99	-.53**	> .99	-.52**	> .99	-.66**	> .99	.14	-
Ausencia de reactividad	-.69**	> .99	-.64**	> .99	-.57**	> .99	-.53**	> .99	.23*	.60
TT en TDC	-.09	-	-.08	-	-.12	-	-.08	-	-	-

Nota: $N = 68$; TT en TDC = Tiempo de tratamiento en terapia dialéctica conductual

** $p < .01$

* $p < .05$

Como se puede observar en la tabla anteriormente expuesta, existen correlaciones estadísticamente significativas entre las variables de Conciencia plena total (FFMQ) y Desregulación emocional total (DERS). El tamaño del efecto de esta correlación es mediano (cercano a grande) (Ferguson, 2009). Asimismo, todos los puntajes derivados de los factores que componen el FFMQ, a excepción de Observación, correlacionan de manera estadísticamente significativa con la variable Desregulación emocional total (DERS). En la misma línea, los puntajes derivados de cada factor del DERS correlacionan de manera estadísticamente significativa con los puntajes derivados de la variable Conciencia plena total. Adicionalmente, todos puntajes derivados de los factores del FFMQ y DERS correlacionaron de manera estadísticamente significativa entre sí, a excepción de los puntajes derivados del factor Observación.

Los puntajes derivados del Tiempo de tratamiento en TDC no correlacionan de manera estadísticamente significativa con las variables Desregulación emocional total (DERS) y Conciencia plena total (FFMQ). Además, respecto a los factores de ambas variables solo se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el Tiempo de tratamiento y el factor Ausencia de Reactividad (perteneciente al FFMQ).

Por otro lado, casi todas las correlaciones estadísticamente significativas entre las variables alcanzan una potencia estadística mayor a .80, encontrándose dentro del criterio mínimo recomendado (Field, 2009). La única relación estadísticamente significativa que no alcanza el valor sugerido es Ausencia de reactividad con Tiempo de tratamiento en TDC, pues su potencia estadística es de .60.

Dados los resultados anteriormente descritos no se puede proceder a realizar el análisis mediacional ya que no se cumple con el primer criterio necesario postulado por Baron y Kenny (1986); específicamente, no se hallaron correlaciones estadísticamente significativas entre que la variable predictora (Tiempo de tratamiento en TDC) y la variable resultado (Desregulación emocional).

5.2.2 Estimación de la confiabilidad

Como señala la AERA et al. (2014) la confiabilidad es una propiedad de las puntuaciones y todo proceso de evaluación está circunscrito en un contexto y población específica. Por ello, resulta relevante calcular la confiabilidad de las puntuaciones derivadas de la aplicación del FFMQ y DERS en la muestra a pesar de que esta sea pequeña. Para ello,

se empleó el coeficiente omega pues permite tener un grado más preciso de confiabilidad en la consistencia interna de la escala (Dunn et al., 2014). Los valores obtenidos por el cómputo del coeficiente omega, para cada uno de los factores en ambas pruebas superan el valor mínimo recomendado de .70 (Dunn et al., 2014) (ver Tabla 5.14).

Tabla 5.14

Coefficiente omega y EEM derivados de las puntuaciones de las variables

Variable	Coefficiente omega	EEM
Estrategias (18 ítems)	.97	2.98
Conciencia (11 ítems)	.89	2.43
Aceptación (7 ítems)	.96	1.66
Observación (8 ítems)	.88	1.82
Descripción (8 ítems)	.84	2.39
Actuar con conciencia (8 ítems)	.85	2.18
Ausencia de juicio (8 ítems)	.95	1.73
Ausencia de reactividad (7 ítems)	.88	1.58

Nota: $N = 68$

5.2.3 Estadísticos descriptivos

Tabla 5.15

Estadísticos descriptivos obtenidos de la escala DERS, FFMQ y del tiempo de tratamiento en TDC en una muestra de personas diagnosticadas con TLP

Variable	DE	Asim.	Curt.	Min.	Max.	M	IC [95%]
Desregulación emocional total	27.18	.19	-.72	60	167	108.32	[101.74, 114.90]
Estrategias	15.95	.10	-.97	31	88	58.53	[54.67, 62.39]
Conciencia	7.34	.34	-.93	16	44	28.18	[26.40, 29.95]
Aceptación	7.95	.24	-1.04	7	35	21.62	[19.69, 23.54]
Conciencia plena total	17.20	.39	-.60	86	155	116.54	[112.38, 120.71]
Observación	5.17	.19	-.15	16	40	26.15	[24.90, 26.08]
Descripción	5.82	-.14	-.79	12	36	25.56	[24.15, 26.97]
Actuar con conciencia	4.06	-.25	-.07	12	31	22.54	[21.56, 23.53]
Ausencia de juicio	7.82	.16	-.45	8	40	22.74	[20.84, 24.63]
Ausencia de reactividad	4.56	.14	-.58	11	30	19.56	[18.46, 20.66]
TT TDC	9.42	1.58	1.99	0	42	9.25	[6.98, 11.54]

Nota: *Asim.* = Asimetría; *Curt.* = Curtosis; $N = 68$

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

Este capítulo se dividirá en dos secciones. En la primera, se discutirán los resultados de la adaptación y análisis de propiedades psicométricas del DERS y en la segunda, se presentará los análisis inferenciales derivados de las correlaciones correspondientes del FFMQ, DERS y tiempo de tratamiento en TDC para una muestra de personas diagnosticadas con TLP.

6.1 Adaptación y propiedades psicométricas

Uno de los objetivos generales de la presente investigación fue adaptar y analizar las propiedades psicométricas de la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS) al contexto limeño a partir del reporte de sus propiedades psicométricas.

Para lograr este fin, primero se realizó un proceso de traducción y contratraducción de la escala. En la adaptación lingüística de un instrumento psicológico es importante tener en cuenta los elementos culturales de ambas poblaciones, pues la adaptación no es tan solo la traducción de los ítems de manera literal dado que, aunque se pueda obtener un producto lingüísticamente equivalente, esto no garantiza que a nivel psicológico contenga el mismo significado (AERA et al., 2014).

Por los motivos anteriormente expuestos, en el presente estudio se llevó a cabo evaluaciones correspondientes no solo a la gramática o sintaxis de los ítems que componen la escala, sino también se analizaron aspectos correspondientes al contexto y a la semántica de las traducciones (Ramada-Rodilla et al., 2013). Esto se logró a través de diversas evaluaciones con cuatro traductores, con la revisión de un experto en el tema de desregulación emocional y posteriormente, con la obtención de evidencias de validez vinculadas al contenido por el método de criterio de jueces, para así, asegurar que el instrumento traducido al español tenga congruencia a nivel semántico, sintáctico y gramatical con su versión original.

Asimismo, dentro del proceso de adaptación es importante tener en cuenta las características de la población de origen de la prueba a ser adaptada y que la elegida para

la adaptación tenga atributos similares (AERA et al., 2014). En la creación original del DERS por Gratz y Roemer (2004), la muestra estuvo conformada por participantes entre 18 a 55 años con un promedio de edad de 23.10 años, siendo la mayoría mujeres (73%). La muestra para la adaptación al contexto limeño presenta características similares. El rango de edad osciló entre 18 a 50 años, con una edad promedio de 26.35 y participando en su mayoría mujeres (61.8%).

Los pasos a seguir durante el proceso de traducción inversa fueron muy rigurosos. Específicamente, se siguió las recomendaciones de diversos autores sobre las etapas necesarias para lograr una óptima adaptación (Beaton, et al., 1998; Ramada-Rodilla et al., 2013) y los postulados en *The Standards for educational and psychological testing* (AERA, et al., 2014).

Con el propósito de evaluar las evidencias de validez vinculadas al contenido se reunió a un comité de 10 expertos quienes revisaron los ítems en función a su claridad de redacción y a su representatividad del área y contenido. Todos los ítems pasaron el criterio de representatividad (los ítems pertenecen a la escala que han sido agrupados) con una V de Aiken $>.80$ (Escurre, 1988).

Sin embargo, tres de los ítems presentaron observaciones en cuanto a la claridad de redacción, obteniendo coeficientes de V de Aiken inferiores a lo mínimo requerido. En primer lugar, el ítem 21 originalmente planteado “Cuando me altero, me siento avergonzado conmigo mismo por sentirme así”, fue reformulado en función a los comentarios sobre la redundancia en el uso de pronombres en primera persona. Se modificó a “Cuando me altero, me siento avergonzado conmigo por sentirme así.”. En segundo lugar, el ítem 22 “Cuando me altero, sé que puedo encontrar un modo de sentirme mejor eventualmente.” fue modificado a “Cuando me altero, sé que puedo encontrar un modo de sentirme mejor.”. Esto debido a que los jueces indicaron que algunas personas en nuestro contexto podrían tener dificultades para comprender lo que significa “eventualmente”. Finalmente, el último ítem observado en el criterio de redacción fue el 32 “Cuando me altero, pierdo del control de mi comportamiento.” que fue reformulado a “Cuando me altero, no puedo controlar mi comportamiento.” por observaciones que señalaban que el “pierdo el control” podría ser entendido de diversas maneras y que mejor sería ser más precisos en indicar que el comportamiento no puede ser controlado de

ninguna manera. Luego de hacer las modificaciones mencionadas los ítems mencionados pasaron el puntaje requerido con una V de Aiken $>.80$ (Escurra, 1988).

Además, los jueces no tuvieron ninguna crítica hacia los ítems redactados en negativo e indicaron que la claridad de sus enunciados permitía fácilmente su comprensión. El experto en desregulación emocional señaló que estos ítems recogían información valiosa sobre el constructo. Por ello, pese a que en la actualidad se prefiera que en un instrumento no se cuenten con ítems inversos y directos al mismo tiempo (Wolff y Preising, 2005; Simms, 2008), la decisión fue conservarlos considerando también sus adecuadas cargas factoriales.

En relación a las evidencias de validez vinculadas a la estructura interna de la prueba, se puede observar en la sección de resultados la tabla 5.2 que, la escala presenta una estructura factorial distinta a la planteada originalmente por Gratz y Roemer (2004) de 6 factores. Específicamente, se sugirió una estructura de 3 factores en los que se agrupan todos los ítems con cargas que se encuentran dentro de los sugerido (Stevens, 2002).

Al revisar la distribución de las cargas factoriales y analizarlas con el planteamiento teórico de la prueba original (Gratz y Roemer, 2004), se observó que el primer factor (F1) agrupaba casi por completo los ítems de los factores Metas, Impulsos y Estrategias, con la excepción del ítem 30 (perteneciente a Estrategias) que cargó en el tercer factor.

Adicionalmente, aunque el ítem 16 “Cuando me altero, pienso que terminaré sintiéndome muy deprimido.” cargó tanto en el F1 como en el F3, este presenta una mayor carga factorial en el F1, así como sustento teórico para pertenecer a dicho factor, pues evidencia la falta de estrategias para poder regularse en estados emocionales intensos.

De igual manera, pese a que el ítem 22 “Cuando me altero, sé que puedo encontrar un modo de sentirme mejor.” presentó cargas factoriales similares en dos dimensiones (F1 y F2), se consideró que permanezca en F1 porque se relaciona más teóricamente a una falta de estrategias para cambiar estados emocionales intensos. Por otro lado, el ítem 23 cargó en el F1 y en el F3; ante ello se decidió que este se quedara en el F3 pues se relacionaba más teóricamente a ese constructo.

A nivel teórico, los tres factores anteriormente mencionados (Impulsos, Estrategias y Metas) planteados por Gratz y Roemer (2004) se relacionan con una falta de estrategias (habilidades) que permitan a la persona controlar sus impulsos y lograr sus objetivos cuando experimenta emociones intensas o dolorosas. Por ello, este primer factor fue denominado Estrategias. Esto va acorde a lo que Linehan (2015) afirma sobre el rol crucial de tener habilidades para poder regular emociones y así no tener conductas problemáticas que a largo plazo impidan que la persona pueda alcanzar lo que se propone. El factor está compuesto por un total de 18 ítems.

El segundo factor agrupó todos los ítems de los factores Conciencia y Claridad planteados por Gratz y Roemer (2004). Pese a que el ítem 10 “Cuando me altero, reconozco mis emociones.” obtuvo cargas factoriales significativas tanto en esta dimensión como en el F3, se decidió retenerlo en el F2. Existieron varias razones, principalmente porque originalmente pertenecía al factor Conciencia, además de presentar una mayor carga factorial en dicha dimensión y teóricamente, encaja mejor con los ítems agrupados en el F2. Este factor fue denominado “Conciencia” con un total de 11 ítems. Es esperable que los ítems de estos factores hayan sido agrupados en uno solo considerando que la conciencia de una determinada emoción implica que la persona tenga claridad de esta; es decir, que pueda identificarla y etiquetarla.

Finalmente, el tercer factor (F3) agrupó todos los ítems del factor No Aceptación planteado por Gratz y Roemer (2004). El único ítem que originalmente pertenecía a otro factor fue el 30 “Cuando me altero, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo.”. Adicionalmente, el ítem 23 “Cuando me altero, me siento débil.” cargó en F1 y en F3. En este caso, pese a que la carga fue mayor en F1, se decidió retenerlo en el F3, pues originalmente, pertenecía a dicho factor. Asimismo, revisándose la teoría, se observó que tiene coherencia que el mencionado ítem pertenezca a este factor, ya que su contenido informa sobre la dificultad de la persona para poder aceptar emociones dolorosas como parte natural de sus vivencias. A este factor se le denominó Aceptación y está conformado por 7 ítems.

Pese a que la variable a medir es la desregulación emocional, se decidió que los factores tengan el nombre de la habilidad evaluada (por ejemplo, Estrategias) y no un nombre que aluda a la falta de estas (por ejemplo, Falta de estrategias) con el objetivo de solucionar la confusión que generaba la nomenclatura original en la que algunos factores

eran nombrados de un modo (por ejemplo, No aceptación) y otros del otro modo (por ejemplo, Metas).

Por otro lado, en la tabla 5.2, donde se presentan los resultados de la matriz de factores rotados utilizando el método promin, se observa, dentro del F3 denominado “Aceptación” que el ítem 21 “Cuando me altero, me siento avergonzado conmigo por sentirme así.” tiene un valor superior a 1. Esto es conocido como un “Caso Heywood” que puede darse en estudios factoriales con correlaciones policóricas, se sugiere que las interpretaciones que se hagan con respecto a este indicador sean tomadas con precaución (Freiberg et al., 2013).

Al revisar diversas adaptaciones del instrumento en otros contextos, se observan estructuras factoriales distintas a las planteadas originalmente por Gratz y Roemer (2004). Por ejemplo, en Madrid se sugirió una versión de cinco (Hervás y Jódar, 2008), en Bogotá de dos factores (Muñoz-Martínez et al., 2016) y en Ciudad de México de cuatro factores (Marín et al., 2012). Esto puede sugerir que la escala tiene una estructura factorial susceptible al contexto en el que se evalúa y, por lo tanto, es importante que sea utilizada con una población con características similares a la de su validación (AERA, et al., 2014). En este sentido, se debe tener en cuenta que las pruebas que no tienen una estructura unidimensional pueden ser más susceptibles frente a la influencia de un atributo que sesgue la respuesta de la persona evaluada (Bond y Fox, 2015).

Adicionalmente, se obtuvo evidencias de validez relacionadas con otras variables al comparar las puntuaciones de la escala completa y de cada uno de sus factores entre una población clínica (con un diagnóstico de TLP) y no clínica (sin ningún diagnóstico psiquiátrico). Los resultados evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos con un tamaño del efecto pequeño (cercano a mediano). Estos resultados son esperables al ser la desregulación emocional la característica central del diagnóstico de TLP (Linehan, 2015). Por ello, se puede afirmar que la escala es capaz de discriminar entre muestras la variable Desregulación emocional y cada uno de sus factores. Las diferencias entre las puntuaciones de ambos grupos y el tamaño del efecto encontrado suponen no solo significancia estadística, sino implicancias prácticas. Es decir, que las personas con TLP presentan mayores dificultades en su vida cotidiana para regular sus emociones que las personas sin un diagnóstico psiquiátrico.

Para poder estimar la consistencia interna de las puntuaciones derivadas de aplicar la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), se utilizó el Coeficiente Omega pese a que en nuestro contexto es muy popular el uso del coeficiente Alfa de Cronbach, ya que a diferencia de este último, el Coeficiente Omega se establece sobre la base del modelo de medición Congenérico que es menos restrictivo al Tau-Equivalente esencial y por ello es más realista en la práctica (Ventura y Caycho, 2017). Específicamente, trabaja con cargas factoriales y permite que estas varíen entre los ítems asimismo, utiliza correlaciones policóricas lo que permite que las variables pueden ser ordinales y puede trabajar con instrumentos multidimensionales (Dunn, et al., 2014). Los resultados de los coeficientes Omega fueron altos para la escala en general y todas las subescalas que la componen, superando el mínimo requerido de .70 (Dunn, et al., 2014). Asimismo, se calculó el Error Estándar de Medición (EEM) para la escala general y para cada factor, y se observó que este es bajo.

Con respecto a las correlaciones ítem – test corregidas, estas fueron calculadas para cada factor del instrumento. Los resultados, superan el mínimo recomendado de .20 propuestos por Kline (1999). De esta manera, se puede inferir que las correlaciones de los ítems con los puntajes totales de los factores son adecuadas (lo esperable, si el ítem compone el factor). Adicionalmente, que existe discriminación en los ítems; es decir, que las categorías de respuesta del ítem permiten distinguir entre los distintos niveles de rasgo latente.

Cabe resaltar que, al margen de los resultados, el presente estudio puede contener algunas limitaciones. En primer lugar, el formato en línea no permitía que al momento del asegurar que la persona evaluada estuviera en un lugar cómodo y sin distracciones al responder a la escala. Asimismo, este formato no permitía absolver dudas durante la evaluación. Finalmente, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia (Hernández et al., 2014), debido a las dificultades de acceso a una muestra con las características requeridas. Es por esto que se debe tener cautela al interpretar y generalizar resultados.

A pesar de estas limitaciones, la adaptación de este instrumento cumple con los Estándares para la Evaluación Educativa y Psicológica propuestos por AERA et al. (2014) (ver Anexo 16). El contar con un instrumento que cumpla con los mencionados estándares y que permita evaluar una variable que tiene una alta incidencia de comorbilidad en

diversos trastornos psicológicos implica un aporte metodológico importante, pues se podrá utilizar esta para investigar la desregulación emocional en poblaciones similares a las de este estudio y así poder comprender mejor el rol de esta en el desarrollo y mantenimiento de síntomas clínicos (Gross, 2014). Asimismo, supone un aporte práctico puesto que este instrumento puede ser de utilidad en el ámbito clínico para evaluar el grado de desregulación emocional que presenta una persona e identificar las áreas en las que presenta menos recursos. Esto puede permitir que se jerarquice el trabajo y se utilicen estrategias terapéuticas acorde a las necesidades particulares de la persona para adquirir y fortalecer habilidades de regulación emocional.

6.2 Análisis inferenciales

El segundo objetivo general de la investigación fue realizar un análisis mediacional de la conciencia plena entre el tiempo de tratamiento en terapia dialéctico conductual y la desregulación emocional en personas con diagnóstico de trastorno límite de personalidad. Sin embargo, este no pudo ser llevado a cabo debido a que la variable predictora (tiempo de tratamiento en TDC) no presentó correlaciones negativas estadísticamente significativas con la variable resultado (desregulación emocional); por ello, no se cumplió con la primera condición necesaria para realizar el análisis mediacional (Baron y Kenny, 1986). Asimismo, solo el factor Ausencia de reactividad de la variable conciencia plena (variable mediadora), evidenció una correlación positiva estadísticamente significativa con la variable predictora. A continuación, se expondrán los posibles motivos que expliquen la ausencia de la significancia estadística esperada entre las correlaciones.

Para empezar, el trastorno límite de personalidad es muy heterogéneo en cuanto a sus síntomas, la intensidad de estos y las comorbilidades que pueden presentarse (Hallquist y Pilkonis, 2012). Asimismo, las presentaciones clínicas y conductuales pueden variar no solo entre las personas diagnosticadas con este trastorno, sino también de acuerdo al contexto y etapa evolutiva de una misma persona (Santangelo et al., 2014). Por este motivo, aunque todas las evaluadas estuvieran diagnosticadas con TLP, es posible que el tiempo de tratamiento no pudiera predecir de igual manera las mejoras en las conductas asociadas a la desregulación emocional y conciencia plena. En otras palabras, es probable que la severidad de los síntomas de algunas participantes pudiera ser mayor que el de otras; por ello, aunque estuvieran un mayor tiempo en el tratamiento

e incluso presentaran una reducción de sus síntomas, podría darse que su puntuación en los cuestionarios no refleje una mejora respecto a las pacientes que cuentan con menos tiempo de tratamiento, pero presentan síntomas de menor severidad.

También, se observó que un alto porcentaje de la muestra 63.24% tiene uno o más diagnósticos comórbidos al TLP. Estos han podido actuar como variables extrañas que influyeran en los resultados obtenidos. De manera específica, el 23.52% tiene comorbilidad con el trastorno de estrés post traumático, asociado con una mayor severidad de síntomas (Cackowski et al., 2016). El 19.24% presentó comorbilidad con el diagnóstico de depresión mayor y el 13.24% tiene trastorno de ansiedad generalizada, ambos relacionados con menores niveles de conciencia plena (Solem et al., 2015; Walsh et al., 2009).

Otro factor a considerar es que la variable tiempo de tratamiento puede no ser el único predictor para la disminución de desregulación emocional. Al respecto, puede ocurrir que haya pacientes que vayan un mayor tiempo de tratamiento, pero que tengan conductas que interfieren con la terapia como la inasistencia tanto a la terapia individual como grupal, que no realicen las tareas que les permita adquirir las habilidades enseñadas y/o que no practiquen las nuevas conductas enseñadas en diversos contextos (lo que imposibilita la generalización de habilidades) y que por ello no mejoren en la misma medida que otras consultantes. También, que haya terapeutas más experimentados y con mayor adherencia al modelo que otros que puedan lograr una mejora en menos tiempo. En resumen, pueden existir diversas variables que influyan en los resultados de TDC y que la mejor explicación no sea considerar una propuesta unicausal que explique la reducción de la desregulación emocional.

Adicionalmente, se ha encontrado que el tiempo de tratamiento es una variable que diverge en cada investigación. De esta manera, hay estudios donde se ha observado que a mayor tiempo de tratamiento hay mayor probabilidad de mejoría clínica, pero que conforme el tiempo aumenta hay un desaceramiento de estos beneficios, como lo plantea el modelo dosis-efecto (Anderson y Lambert, 2001; Schuler et al., 2020; Stulz et al., 2013). Por su parte, otros datos se ajustan mejor al modelo GEL que sostiene que el tiempo de tratamiento dependerá de cuando este alcance un “nivel suficientemente bueno” y que esto se relaciona a variables como la complejidad y demora en mejoría en el tiempo de cada individuo (Falkenstrom et al., 2016; Reese et al., 2011). Por ello,

considerar el tiempo de tratamiento como predictor cuando los resultados en diversas investigaciones son variables puede dificultar que se noten cambios homogéneos en la regulación emocional de todas las consultantes.

También, está la posibilidad de que los resultados encontrados sean producto de la combinación de todos los motivos anteriormente expuestos. Es decir, que la heterogeneidad de la muestra, la alta tasa de comorbilidades y el emplear el tiempo de tratamiento como variable predictora expliquen que no se hayan encontrado las relaciones esperadas. En este sentido, se debe tener en cuenta que a pesar de no haber encontrado en el presente estudio que la conciencia plena ejerza un efecto mediacional entre la relación de las variables tiempo de tratamiento en TDC y desregulación emocional, no quiere decir que tal efecto no exista.

A pesar de no encontrar correlaciones estadísticamente significativas que permitan realizar el análisis mediacional, sí se halló asociaciones negativas estadísticamente significativas entre la variable conciencia plena y desregulación emocional, estos resultados fueron esperados e implican un aporte teórico.

Se encontró una relación negativa estadísticamente significativa entre las variables Conciencia plena total (FFMQ total) y Desregulación emocional total (FFMQ total) con un tamaño del efecto mediano (cercano a grande) (Ferguson, 2009). Adicionalmente, todos los factores que componen el constructo de Desregulación emocional total presentan una asociación negativa con la variable Conciencia plena total con un tamaño del efecto que puede ser considerado entre mediano y grande (Ferguson, 2009). Específicamente, el factor Conciencia, fue el que tuvo una correlación más significativa. Esto es esperable considerando que los ítems que lo componen evalúan en cierto grado la falta de conciencia plena de emociones experimentadas; por ello, se relacionaría estrechamente con el FFMQ.

Asimismo, las puntuaciones derivadas de los factores que componen el FFMQ presentan asociaciones negativas estadísticamente significativas con la variable Desregulación emocional total (DERS total), con un tamaño del efecto pequeño con Actuar con conciencia; y mediano con Descripción, Ausencia de reactividad, y Ausencia de juicio. El único factor que no presentó una correlación estadísticamente significativa con la variable Desregulación emocional total fue Observación. Finalmente, el factor que presentó una asociación mayor fue Ausencia de reactividad. Ello puede explicarse dado

que, es central dentro de la regulación emocional poder controlar los propios comportamientos cuando se experimentan emociones dolorosas y/o intensas; es decir, ser capaz de percibir los eventos internos sin actuar en base a ellos (habilidad que justamente estarían midiendo los ítems que componen el factor Ausencia de reactividad) (Gratz y Roemer, 2004; Hayes et al., 2011).

Finalmente, todos los factores que componen el DERS y FFMQ (a excepción de Observación) presentan correlaciones negativas estadísticamente significativas entre sí con tamaños del efecto desde pequeños a moderados. Las siguientes correlaciones son las que presentaron un mayor tamaño del efecto, entendiéndose como una mayor fuerza de asociación: Estrategias-Ausencia de reactividad, Conciencia-Descripción y Aceptación-Ausencia de juicio. En primer lugar, se explica la asociación entre los factores Estrategias y Ausencia de reactividad puesto que, ambos miden la capacidad de la persona para experimentar emociones sin tener que actuar inmediatamente frente a ellas. En segundo lugar, Conciencia se relacionaría con Descripción ya que, los ítems que componen Descripción evalúan la capacidad que tiene la persona para poder etiquetar y expresar su experiencia interna y los ítems de Conciencia hacen referencia a la capacidad de notar y entender las emociones vividas. De esta manera, su relación recae en el hecho de que para poder describir las propias emociones o experiencias internas es imprescindible notarlas (Hayes et al., 2011). Finalmente, se explica la correlación entre los factores Aceptación y Ausencia de juicio debido a que ambos evalúan la habilidad para experimentar emociones sin calificarlas y para validar la propia vivencia emocional.

Estos hallazgos son consistentes con los planteamientos teóricos de diversos autores (Bishop et al., 2004; Hayes et al., 2011; Miriams et al., 2013) que sugieren que la conciencia plena permite tener una mayor autorregulación y autogestión, facilita que se puedan experimentar emociones intensas sin reaccionar de manera automática a estas y que las emociones puedan ser vistas como procesos naturales y, por ende, que sean aceptadas. Asimismo, son similares a los resultados de otras investigaciones. Específicamente, en un estudio (Hill y Updegraff, 2012) se reportó que la conciencia plena se asocia con una mayor identificación de emociones, menor labilidad emocional y menor desregulación emocional. Adicionalmente, en la misma investigación, se encontró que la regulación emocional actúa como una variable mediadora entre relación entre la conciencia plena y la presencia de afectos positivos y negativos. Lo encontrado también

es consistente con investigaciones (Chesin et al., 2018; Hargus et al., 2010; Lindsay et al., 2018) que sugieren que el desarrollo de la habilidad de conciencia plena permite reducir afectos negativos y mejora la capacidad para regular emociones en grupos clínicos y no clínicos.

Por otro lado, la ausencia de una correlación estadísticamente significativa entre el factor Observación y la variable Desregulación emocional total y sus factores no es esperada por la relevancia que tiene este componente en la conciencia plena (Baer et al., 2006). Estos resultados, en los que no se observa la presencia de una asociación estadísticamente significativa podrían explicarse por el contenido de los ítems que conforman el factor de Observación. De los 8 ítems que lo componen, tan solo el ítem 11 “Me doy cuenta de cómo alimentos y bebidas afectan mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.” y el 36 “Presto atención a cómo mis emociones afectan mis pensamientos y comportamiento.” hacen referencia a tomar conciencia de las emociones. El resto de los ítems de este factor se refieren a las sensaciones corporales que se experimentan en determinadas situaciones o a estímulos externos que puedan presentarse en el ambiente. En relación a lo mencionado, Papi (2017) indica que este factor tiene poca simetría (mide emociones, sensaciones corporales y la percepción de estímulos externos) y que esto puede obstaculizar la adecuada medición de la habilidad de observación. De esta forma, podría considerarse que una persona que presenta una alta capacidad de observación a estímulos externos o físicos no necesariamente tiene una elevada observación orientada a eventos internos, y viceversa. Además, los ítems de los otros factores del FFMQ se relacionan principalmente con emociones y cogniciones, mientras que los de Observación, como se ha mencionado, están más dirigidos a estímulos externos y sensaciones corporales (Loret de Mola, 2009).

Los resultados de la investigación realizada por Baer et al. (2008), se podrían considerar como evidencia de lo anteriormente expuesto, pues en dicho estudio el factor Observación no encajó como indicador de la variable conciencia plena, mientras que los otros cuatro factores sí. Asimismo, se encontró que dicho factor correlaciona de manera positiva con variables desadaptativas como supresión y otros síntomas psicológicos, cuando en realidad se esperaría lo contrario (Baer et al., 2008).

Por otro lado, como se mencionó anteriormente, la variable tiempo de tratamiento en TDC no presentó correlaciones estadísticamente significativas con desregulación emocional total (DERS) ni con ninguno de sus factores. Tampoco con el total de

conciencia plena (FFMQ) ni con 4 de sus factores; sin embargo, sí se encontró una correlación positiva estadísticamente significativa con el factor Ausencia de reactividad.

El hecho de que exista una asociación estadísticamente significativa entre Ausencia de reactividad y tiempo de tratamiento es esperable debido a que es una habilidad esencial que se desarrolla desde las primeras etapas del tratamiento y es transversal a este. Por ello, es esperable que correlacione con este factor porque es justamente a lo que mayor énfasis se da durante todo el proceso terapéutico.

Adicionalmente, dado que el factor al que más se asemeja Estrategias es a Ausencia de reactividad, puede resultar curioso que sí exista una correlación estadísticamente significativa entre el segundo y el tiempo de tratamiento en TDC y no entre Estrategias y el tiempo de tratamiento. En este sentido, el factor Ausencia de reactividad evalúa la capacidad de la persona para permitir que las emociones, pensamientos o imágenes aparezcan sin tratar de controlarlos o reaccionar automáticamente frente a estos (Baer et al., 2006). Por su parte el factor Estrategias, evalúa la capacidad de la persona para poder controlar su comportamiento en momentos en los que hay una activación emocional (Gratz y Roemer, 2004). El motivo de esto puede estar relacionado a que los ítems pertenecientes a Ausencia de reactividad hacen referencia a la capacidad para controlar el comportamiento cuando aparece un contenido “aflictivo” o cuando la persona se encuentra en “situaciones difíciles”. Por otro lado, el factor Estrategias hace referencia a la capacidad de controlar el comportamiento cuando la persona se encuentra “alterada”; es decir, cuando la activación emocional es muy alta.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra la utilización de un muestreo no probabilístico, por la dificultad al acceso de una población que cumpliera con dos criterios muy específicos: estar diagnosticada con TLP y seguir TDC. En este sentido, los resultados solo pueden generalizarse a grupos con características similares. Otra limitación fue que, dada la alta comorbilidad del TLP con otros diagnósticos psiquiátricos, se incluyeron en la muestra personas que tuvieran diagnósticos secundarios al TLP, estos podrían actuar como variables extrañas que influyan en los resultados. Finalmente, la investigación cuenta con riesgos de falsos positivos dado que se realizaron un gran número de correlaciones entre variables en una muestra pequeña.

A pesar de las limitaciones, los hallazgos suponen un aporte empírico para ampliar el conocimiento sobre el TLP, que, aunque en la actualidad está siendo cada vez más estudiando, dada su complejidad aún queda mucho por comprender. Asimismo, los

resultados permiten incrementar el conocimiento sobre los mecanismos subyacentes que pueden explicar los resultados de una terapia basada en evidencia científica para tratar el TLP. De esta manera, la presente investigación tiene un aporte teórico que recae en haber incluido la variable de conciencia plena, actualmente muy estudiada por los beneficios que trae en el tratamiento de diversas patologías, en un modelo que pudo haber explicado los resultados positivos que tiene la TDC para tratar el TLP. Adicionalmente, tienen un aporte aplicativo, pues la relación negativa entre conciencia plena y desregulación emocional supone que la práctica de la primera puede traer beneficios para mejorar la regulación emocional en personas con TLP. Los resultados expuestos representan una primera aproximación del estudio de terapias basadas en evidencia científica para el tratamiento de TLP en el Perú.



CONCLUSIONES

Respecto a las conclusiones relacionadas a la adaptación y estudio de propiedades psicométricas de la Escala de Dificultades en la Regulación emocional:

- El DERS fue adaptado al contexto limeño mediante el método de contratraducción o traducción inversa.
- Se obtuvo evidencias de validez vinculadas al contenido de la escala mediante el criterio de 10 jueces expertos.
- Se halló evidencias de validez relacionadas a la estructura interna de la escala a partir de un análisis factorial exploratorio (AFE), en el que se obtuvo una estructura de 3 dimensiones, distinta a la planteada por Gratz y Roemer (2004) de 6 factores.
- Se obtuvo evidencias de validez relacionadas con otras variables al encontrar diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones derivadas de la aplicación del DERS en una muestra clínica (con TLP) y no clínica.
- Se estimó la confiabilidad derivada de los puntajes del instrumento mediante el cálculo del coeficiente Omega. Los valores fueron altos para la escala global y para cada factor la compone.
- Se elaboraron baremos clasificados en percentiles de acuerdo con cada factor y el total del DERS.

Por otro lado, respecto a las conclusiones relacionadas a los análisis inferenciales y correlaciones entre variables:

- No fue posible realizar un análisis mediacional debido a que no se cumplió con la primera condición necesaria para el mismo al no encontrarse asociaciones estadísticamente significativas entre el tiempo de tratamiento en TDC (variable predictora) y la desregulación emocional (variable resultado).
- La variable Desregulación emocional total (DERS total) presentó una relación negativa estadísticamente significativa con la variable Conciencia plena total (FFMQ total) con un tamaño del efecto fue mediano (cercano a grande).

- Los tres factores que componen el DERS presentan asociaciones negativas estadísticamente significativas con la variable Conciencia plena total (FFMQ total). El tamaño del efecto fue mediano para Estrategias y Aceptación, y cercano a grande para el factor Conciencia.
- Todos los factores que componen el FFMQ, a excepción Observación, presentan correlaciones negativas estadísticamente significativas con la variable Desregulación emocional total (DERS total). El tamaño del efecto fue mediano para Descripción, Ausencia de juicio y Ausencia de reactividad y pequeño para Actuar con conciencia.
- Todos los factores que componen el DERS y el FFMQ, a excepción del factor Observación, presentan asociaciones negativas estadísticamente significativas entre sí. El tamaño del efecto puede ser considerado entre pequeño y mediano.
- El tiempo de tratamiento en TDC presenta una correlación positiva estadísticamente significativa con el factor Ausencia de reactividad (perteneciente al FFMQ), con un tamaño del efecto pequeño.



RECOMENDACIONES

- Utilizar el DERS para la evaluación de poblaciones similares, pues sus puntuaciones cuentan con evidencias de validez y confiabilidad.
- Realizar investigaciones que analicen las propiedades psicométricas del DERS con muestras mayores para poder tener una mayor generalización de resultados.
- Realizar análisis psicométricos complementarios, como comparar las puntuaciones del DERS con los puntajes derivados de constructos similares u opuestos con el fin de obtener evidencias de validez relacionadas a otras variables.
- Realizar estudios que comparen las puntuaciones derivadas de la aplicación del DERS entre otras poblaciones clínicas y no clínicas, pues se han encontrado evidencias de que el constructo desregulación emocional puede ser una variable transversal en diversos diagnósticos psiquiátricos (Gross, 2014; Kring y Sloan, 2010).
- Dada la relación negativa estadísticamente significativa encontrada entre las puntuaciones derivadas del FFMQ y el DERS, se recomienda la práctica de conciencia plena para mejorar la habilidad de regulación emocional en personas con TLP.
- Se recomienda realizar estudios con un diseño experimental o cuasi experimental para evaluar la eficacia de la TDC en la reducción de la desregulación emocional de personas con TLP.

REFERENCIAS

- American Educational Research Association, American Psychological Association, y National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^a ed.).
- Anderson, E., y Lambert, M. (2001). A survival analysis of clinically significant change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 57(7), 875-888.
<https://doi.org/10.1002/jclp.1056>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietmeyer, J., y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
<https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., y Williams, J. M. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329-42. <http://doi.org/10.1177/1073191107313003>
- Baer, R. A., Smith, G. T., y Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11(3), 191-206.
<https://doi.org/10.1177/1073191104268029>
- Baglin, J. (2014). Improving your exploratory factor analysis for ordinal data: A demonstration using Factor. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 19(5), 1-15. <https://scholarworks.umass.edu/pare/vol19/iss1/5>
- Baker, V., Romaniuk, L., Cardinal, R. N., y Pope, M. (2015). Impulsivity in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 45(9), 1955-1964.
<https://doi.org/10.1017/S0033291714003079>

- Baldwin, S., Berkeljon, A., Atkins, D. C., Olsen, J. A., y Nielsen, S. (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: Contrasting dose–effect and good-enough level models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(2), 203–211. <https://doi.org/10.1037/a0015235>
- Balnaves, M., y Caputi, P. (2001). *Introduction to quantitative research methods: An investigative approach*. SAGE.
- Barkham, M., Connell, J., Stiles, W. B., Miles, J. N. V., Margison, F., Evans, C., y Mellor-Clark, J. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(1), 160–167. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.160>
- Barnow, S., Limberg, A., Stopsack, M., y Spitzer, C. (2011). Dissociation and emotion regulation in borderline personality disorder. *Psychological Medicine, 42*(4), 783–794. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001917>
- Baron, R. M., y Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Berking, M., Neacsiu, A., Comtois, K. A., y Linehan, M. M. (2009). The impact of experiential avoidance on the reduction of depression in treatment for borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy, 47*(8), 663–670. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2009.04.011>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., y Carmody, J. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bph077>
- Blake, M., Waloszej, J. M., Schwartz, O., Raniti, M., Simmons, J. G., Dahl, R., Bootzin, R., Dudgeon, P., Trinder, J., y Allen, N. B. (2016). The SENSE study: Post intervention effects of a randomized controlled trial of a cognitive–behavioral and mindfulness-based group sleep improvement intervention among at-risk adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(12), 1039–1051. <https://doi.org/10.1037/ccp0000142>

- Boggiano, J. P., y Gagliesi, P. (2018). *Terapia dialéctico conductual: Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional*. Tres Olas.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K., y Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 42(5), 487-499. [http://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00174-8](http://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00174-8)
- Bolton, J. M., y Robinson, J. (2010). Population-attributable fractions of Axis I and Axis II mental disorders for suicide attempts: Findings from a representative sample of the adult, noninstitutionalized US population. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2473-2480. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.192252>
- Bond, T. G., y Fox, C. M. (2015). *Applying the Rasch Model: Fundamental measurement in the human sciences*. Routledge.
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M., y Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, 30(4), 295-305. <https://doi.org/10.1080/08897070903250084>
- Bradley, R. G., y Follingstad, D. R. (2003). Group therapy for incarcerated women who experienced interpersonal violence: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), 337-340. <https://doi.org/10.1023/A:1024409817437>
- Brown, G. K., y Jager-Hyman, S. (2014). Evidence-based psychotherapies for suicidal prevention: future directions. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3), 186-194. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.008>
- Brown, K. W., y Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observation from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 242-248. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph078>
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., y Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and non suicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198-202. <http://doi.org/10.1037/0021843X.111.1.198>

- Burga, A. (2006). La unidimensionalidad de un instrumento de medición: Perspectiva factorial. *Revista de Psicología*, 24(1), 53-80.
<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/642>
- Cabeza, G. M., y Danery, L. (2010). Comorbilidad en el Eje I del trastorno límite de la personalidad. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 21(2), 97-104.
<http://editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex90.pdf#page=18>
- Cackowski, S., Neubauer, T., y Kleindiesnst, N. (2016). The impact of posttraumatic stress disorder on the symptomatology of borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3(7), 1-7.
<https://doi.org/10.1186/s40479-016-0042-4>
- Carpenter, R., y Trull, T. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current Psychiatry Reports*, 15(1), 335-339.
<https://doi.org/10.1007/s11920-012-0335-2>
- Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. H., Conrad, A. M., y Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: Randomized controlled trial of dialectical behavior therapy in women with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(2), 162-173. <http://doi.org/10.3109/00048670903393621>
- Cavanaugh, M. M., Solomon, P. L., y Gelles, R. J. (2011). The Dialectical Psychoeducational Workshop (DPEW) for males at risk for intimate partner violence: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Experimental Criminology*, 7(3), 275-291. <https://doi.org/10.1177/1077801211414266>
- Cebolla, A., García-Campayo, J., y Demarzo, M. (2014). *Mindfulness y ciencia: De la tradición a la modernidad*. Alianza Editorial.
- Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., y Leung, D. W. (2009). Emotion suppression in borderline personality disorder: an experience sampling study. *Journal of personality disorders*, 23(1), 29-47. <http://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.1.29>
- Chapman, A. L., Specht, M. W., y Cellucci, T. (2005). Borderline personality disorder and deliberate self-harm: Does experiential avoidance play a Role?. *Suicide and life-threatening behavior*, 35(4), 388-399. <http://doi.org/10.1521/suli.2005.35.4.388>

- Cheavens, J. S., Rosenthal, M. Z., Daughters, S. B., Nowak, J., Kosson, D., Lynch, T. R., y Lejuez, C. W. (2005). An analogue investigation of the relationships among perceived parental criticism, negative affect, and borderline personality disorder features: The role of thought suppression. *Behavior Research and Therapy*, *43*(2), 257-268. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2004.01.00>
- Chesin, M. S., Brodsky, B. S., Beeler, B., Benjamin-Philips, C. A., Taghavi, I., y Stanley, B. (2018). Perceptions of adjunctive mindfulness-based cognitive therapy to prevent suicidal behavior among high suicide-risk outpatient participants. *Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, *39*(6), 451-460. <https://doi.org/10.1027/02275910/a000519>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^a ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Craner, J. R., Sawchuk, C. N., y Smyth, K. T. (2016). Outcomes of a 6-week cognitive-behavioral and mindfulness group intervention in primary care. *Families, Systems, & Health*, *34*(3), 250-259. <https://doi.org/10.1037/fsh0000202>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., y Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological Bulletin*, *135*(3), 495-510. <http://doi.org/10.1037/a0015616>
- Dan-Glauser, E. S., y Gross, J. J. (2013). Emotion regulation and emotion coherence: evidence for strategy-specific effects. *Emotion*, *13*(4), 832-842. <http://doi.org/10.1037/a0032672>
- 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*, *38*(4). <http://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.009>
- Deen, S., Sipe, W., y Eisendrath, S. J. (2016). *Mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression*. Springer International Publishing.

- DeShong, H. L., Grant, D. M., y Mullins-Sweatt, S. N. (2019). Precursors of the emotional cascade model of borderline personality disorder: The role of neuroticism, childhood emotional vulnerability, and parental invalidation. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Advance online publication. <http://doi.org/10.1037/per0000330>
- Dimeff, L. A., y Koerner, K. (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. Guilford Press.
- Dixon-Gordon, K. L., Chapman, A. L., Lovasz, N., y Walters, K. (2011). Too upset to think: The interplay of borderline personality features, negative emotions, and social problem solving in the laboratory. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(4), 243-260. <http://doi.org/10.1037/a0021799>
- Dixon-Gordon, K. L., Fertuck, E. A., Peters, J. R., y Yen, S. (2017). Emotional processes in borderline personality disorder: An update for clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(4), 425-438. <http://doi.org/10.1037/int0000044>
- Dunn, T. J., Baguley, T., y Brunnsden, V. (2014). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105(3), 399-412. <https://doi.org/10.1111/bjop.12046>
- Ebner-Priemer, U. W., Badeck, S., Beckmann, C., Wagner, A., Feige, B., Weiss, I., Lieb, K., y Bohus, M. (2005). Affective dysregulation and dissociative experience in female patients with borderline personality disorder: A startle response study. *Journal of Psychiatric Research*, 39(1), 85-92. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2004.05.001>
- Efron, B. (1979). Bootstrap methods: Another look at the Jackknife. *The Annals of Statistics*, 7(1), 1-26. <https://doi.org/10.1214/aos/1176344552>
- Escurra, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología PUCP*, 6, 103-111. <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4555>

- Eustis, E. H., Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., y Orsillo, S. M. (2016). Reductions in experiential avoidance as a mediator of change in symptom outcome and quality of life in acceptance-based behavior therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 87(1), 188-196. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.09.012>
- Falkenström, F., Josefsson, A., Berggren, T., y Holmqvist, R. (2016). How much therapy is enough? Comparing dose-effect and good-enough models in two different settings. *Psychotherapy*, 53(1), 130–139. <https://doi.org/10.1037/pst0000039>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., y Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Borrás, X., Portella, M. J., Blanco, A. M., Armario, A., Alvarez, E., Pérez, V., y Soler, J. (2013). Effects of dialectical behavior therapy-mindfulness training on emotional reactivity in borderline personality disorder: Preliminary results. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(4), 363-370. <https://doi.org/10.1002/cpp.1837>
- Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Borrás, X., Portella, M. J., Martín-Blanco, A., Armario, A., Soler, J., y Alvaréz, E. (2013). Effects of dialectical behavior therapy mindfulness training on emotional reactivity in borderline personality disorder: Preliminary results. *Behavior Research and Therapy*, 21(4), 363-370. <https://doi.org/10.1002/cpp.1837>
- Fernández-Abascal, E. G., García, B., Jiménez, M. P., Martín, M. D., y Domínguez, F. J. (2010). *Psicología de la emoción*. Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3ª ed.). SAGE.
- Fitzpatrick, S., y Kuo, J. R. (2015). A comprehensive examination of delayed emotional recovery in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 47(1), 51-59. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.11.004>
- Freiberg, A., Strover, J. B., de la Igelsia, G., y Fernández, M. (2013). Correlaciones policóricas y tetracóricas en estudios factoriales exploratorios y confirmatorios. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 151-164. <https://doi.org/10.22235/cp.v7i1.1057>

- Friedel, R. O. (2004). *Borderline personality disorder demystified: An essential guide for understanding and living with BPD*. Da Capo Press.
- Gadernann, A. M., Guhn, M., y Zumbo, B. D. (2012). Estimating ordinal reliability for likert-type and ordinal item response data: A conceptual, empirical, and practical guide. *Practical Assessment, Research & Evaluation, 17*(3), 1-13.
<https://scholarworks.umass.edu/pare/vol17/iss1/3>
- Garner, P. W., y Spears, F. M. (2000). Emotion regulation in low-income preschoolers. *Social Development, 9*(2), 246-264. <http://doi.org/10.1111/1467-9507.00122>
- Gaskin, C. J., y Happell, B. (2013). On exploratory factor analysis: A review of recent evidence, an assessment of current practice, and recommendations for future use. *International Journal of Nursing Studies, 51*(3), 511-521.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.005>
- Glenn, C. R., y Klonsky, E. D. (2009). Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 23*(1), 20-28.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.1.20>
- Goldberg, S. B., Hoyt, W., Nissen-Lie, H., Nielsen, S., y Wampold, B. (2018). Unpacking the therapist effect: Impact of treatment length differs for high- and low-performing therapists. *Psychotherapy Research, 28*(4), 532-544.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1216625>
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., y Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*(4), 533-545. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0404>
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., y Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(4), 850-855.
<http://doi.org/10.1037/0021-843X.115.4.850>

- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J. (2014). *Handbook of emotion regulation* (2^a ed.). Guilford Press.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., y Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37(1), 1-12. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.00>
- Gunderson, J., y Links, P. (2008). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing.
- Haga, E., Aas, E., Grøholt, B., Tørmoen, A., Mehlum, L. (2018). Cost-effectiveness of dialectical behavior therapy vs. enhanced usual care in the treatment of adolescents with self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12(22), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0227-2>
- Hallquist, M. N., y Pilkonis, P. A. (2012). Refining the phenotype of borderline personality disorder: Diagnostic criteria and beyond. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(3), 228-246. <https://doi.org/10.1037/a0027953>
- Hargus, E., Crane, C., Barnhofer, T., y Williams, M. G. (2010). Effects of mindfulness on meta-awareness and specificity of describing prodromal symptoms in suicidal depression. *Emotion*, 10(1), 34-42. <https://doi.org/10.1037/a0016825>
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation and conditional process analysis: A regression-based approach* (2^a ed.). Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy* (2^a ed.). Guilford Press.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C., y Baptista, L. P. (2014). *Metodología de la investigación* (5^a ed.). McGraw-Hill Education.
- Hervás, G., y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/9be40cee5b0eee1462c82c6964087ff9>

- Hill, C. L., y Updegraff, J. A. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion, 12*(1), 81-90. <https://doi.org/10.1037/a0026355>
- Hirvikoski, T., Waaler, E., Alfredsson, J., Pihlgren, C., Holmström, A., Johnson, A., Rück, J., Wiwe, C., Bothén, P., y Nordström, A. L. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy, 49*(3), 175-185. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.001>
- Hong, P. Y., Ilardi, S. S., y Lishner, D. A. (2011). The aftermath of trauma: The impact of perceived and anticipated invalidation of childhood sexual abuse on borderline symptomatology. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 3*(4), 360-368. <http://doi.org/10.1037/a0021261>
- Hope, N. H., y Chapman, A. L. (2018). Difficulties regulating emotions mediates the associations of parental psychological control and emotion invalidation with borderline personality features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 10*(3), 267-274. <http://doi.org/10.1037/per0000316>
- Hunnicut, K. M., y Lewis, M. S. (2018). *Dialectical behavior therapy with adolescents: Settings, treatments, and diagnoses*. Routledge.
- Izard, C. E. (1992). Basic emotions, relations among emotions, and emotion cognition relations. *Psychological Review, 99*(3), 561-565. <http://doi.org/10.1037/0033295X.99.3.5617>
- Izard, C. E. (2001). Emotional intelligence or adaptive emotions?. *Emotion, 1*(3), 249-257. <http://doi.org/10.1037/1528-3542.1.3.249>
- Jose, P. E. (2013). *Doing statistical mediation and moderation*. Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Delta Trade Paperback.
- Kenny, D. A. (2017). MedPower: An interactive tool for the estimation of power in tests of mediation [Software de computación]. <https://davidakenny.shinyapps.io/MedPower/>.
- Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B. A., y Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research, 150*(1), 176-184. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.055>

- Kline, P. (1999). *The handbook of psychological testing* (2^a ed.). Londres: Routledge.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226-239.
<http://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- Koons, C. R., Chapman, A. L., Betts, B. B., O'Rourke, B., Morse, N., y Robins, C. J. (2006). Dialectical behavior therapy adapted for the vocational rehabilitation of significantly disabled mentally ill adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(2), 146-156. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2005.04.00>
- Kring, A. M., y Sloan, D. M. (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Guilford Press.
- Kuo, J., y Linehan, M. M. (2009). Disentangling emotion processes in borderline personality disorder: Physiological and self-reported assessment of biological vulnerability, baseline intensity, and reactivity to emotionally evocative stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 531-544.
<https://doi.org/10.1037/a0016392>
- Kuyken, W., Warren, C., Taylor, S., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J. D., Van Heeringen, K., Williams, M., Byford, S., Byng, R., y Dalgleish, T. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*, 73(6), 565-574.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>
- LeGris, J., Toplak, M., y Links, P. S. (2014). Affective decision making in women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 698-719.
http://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_140
- Lindenboim, N., Comtois, K. A., y Linehan, M. M. (2007). Skills practice in dialectical behavior therapy for suicidal women meeting criteria for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 147-156.
<http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.10.004>

- Lindsay, K. E., Schumer, M. C., y Creswell, J. D. (2018). Brief mindfulness training for negative affectivity: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(7), 569-583. <https://doi.org/10.1037/ccp0000324>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2^a ed.). Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K., Tutek, D., Reynolds, S. K., y Lindenboim, N. (2007). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 63*(7), 757-766. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., McDavid, J., Comtois, K. A., y Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry, 72*(5), 475-482. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>
- Lorenzo-Seva, U. (2013). *Why rotate my data using Promin? Technical Report*. Department of Psychology, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona. <http://psico.fcep.urv.es/utilitats/factor/documentation/whypromin.pdf>
- Lorenzo-Seva, U., y Ferrando, P. J. (2015). *Factor.10 [Software de computación]*. <http://psico.fcep.urv.es/utilitats/factor/index.html>
- Loret de Mola, A. M. (2009). *Confiabilidad y validez de constructo del FFMQ en un grupo de meditadores y no meditadores* (Tesis de licenciatura). : <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/413>
- Lutz, W., Rubel, J., Schiefele, A.K., Zimmermann, D., Böhnje, J. R., Wittmann, W. W. (2015). Feedback and therapist effects in the context of treatment outcome and treatment length. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research, 25*(6), 647-660. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1053553>

- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., y Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectic behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 459-480.
<http://doi.org/10.1002/jclp.20243>
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., y Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(1), 33-45. <http://doi.org/10.1176/appi.ajgp.11.1.33>
- Marín, M., Robles, R., González, C., y Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala Dificultades en la Regulación emocional para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35(6), 521-526.
http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1510/1508
- Mauss, I. B., Levenson, R. W., McCarter, L., Wilhelm, F. H., y Gross, J. J. (2005). The tie that binds? Coherence among emotion experience, behavior, and physiology. *Emotion*, 5(2), 175-190. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.2.175>
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Mensebach, C., Wingenfeld, K., Driessen, M., Rullkoetter, N., Schlosser, N., Steil, C., Schlosser, N., Steil, C., Schaffrath, C., Bulla-Hellwig, M., Markowitsch, H-J., Woermann, F. G., y Beblo, T. (2009). Emotion-induced memory dysfunction in borderline personality disorder. *Cognitive Neuropsychiatry*, 14(6), 524-541.
<http://doi.org/10.1080/13546800903049853>
- Ministerio de Salud. (2016). *Análisis de situación de salud hospitalaria (ASIS) 2015*.
<http://www.hhv.gob.pe/PDF/asis2016.pdf>
- Miriams, L., Poliakoff, E., Brown, R. J., y Lloyd, D. M. (2013). Brief body-scan meditation practice improves somatosensory perceptual decision making. *Consciousness and Cognition*, 22(1), 348-359. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2012.07.009>
- Mooney, C. Z., y Duval, R. D. (1993). *Bootstrapping: a nonparametric approach to statistical inference*. SAGE.

- Muñoz-Martínez, A., Vargas, R. M., y Hoyos-González, J. S. (2016). Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS): Análisis factorial en una muestra colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(1), 233-244.
<https://doi.org/10.14718/ACP.2016.19.1.10>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2ª ed.). McGraw-Hill.
- Otto, L. R., Sin, L. N., Almeida, M. D., y Sloan, R. P. (2018). Trait emotion regulation strategies and diurnal cortisol profiles in healthy adults. *Health Psychology*, 37(3), 301-305. <http://doi.org/10.1037/hea0000564>
- Papi, R. (2017). *Efecto mediacional de la conciencia plena entre la práctica del yoga y la rumiación en adultos de Lima Metropolitana* (trabajo de investigación para optar el título de Licenciada en Psicología). Universidad de Lima.
- Park, H. S., Dailey, R., y Lemus, D. (2002). The use of exploratory factor analysis and principal components analysis in communication research. *Human Communication Research*, 28(4), 562-577. <https://doi.org/10.1111/j.14682958.2002.tb00824.x>
- Pasieczny, N., Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behavior therapy in routine public mental health setting: an Australian controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 49(1), 4-10. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.09.006>
- Penberthy, J. K., Konig, A., Gioia, C. J., Rodríguez, V. M., Starr, J. A., Meese, W., Worthington-Stoneman, D., Kersting, K., y Natanya, E. (2015). Mindfulness based relapse prevention: History, mechanisms of action, and effects. *Mindfulness*, 6(1), 151-158. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0239-1>
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., y Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(5), 319-324. <https://doi.org/10.1080/08039480500320025>
- Pribe, S., Bhatti, N., Bremner, S., Gaglia, A., Katsakou, C., Molosankwe, I., McCrone, M. (2012). Effectiveness and cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy for self-harming patients with personality disorder: a pragmatic randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(1), 356-463.
<https://doi.org/10.1159/000338897>

- Putnam, K. M., y Silk, K. R. (2005). Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 899-925. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050431>
- Rabinowitz, J., Renert, N. (1997). Clinicians' predictions of length of psychotherapy. *Psychiatric services*, 48(1), 97-99. <https://doi.org/10.1176/ps.48.1.97>
- Ramada-Rodilla, J. M., Serra-Pujadas, C., y Delclós-Clanchet, G. (2013). Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública de México*, 55(1), 57-66. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7188/9344>
- Ray, W. J., Odenwald, M., Neuner, F., Schauer, M., Ruf, M., Wienbruch, C., Rockstroh, B. S., y Elbert, T. (2006). Decoupling neural networks from reality: Dissociative experiences in torture victims are reflected in abnormal brain waves in left frontal cortex. *Psychological Science*, 17(20), 825-829. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01788.x>
- Razali, N. M., y Wah, Y. B. (2011). Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*, 2(1), 21-33. <https://doi.org/10.4236/psych.2014.56067>
- Reese, R. J., Toland, M. D., y Hopkins, N. B. (2011). Replicating and extending the good-enough level model of change: Considering session frequency. *Psychotherapy Research*, 21(5), 608-619. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.598580>
- Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw-Hill.
- Rizvi, S. L., Hughes, C. D., y Thomas, M. C. (2016). The DBT Coach mobile application as an adjunct to treatment for suicidal and self-injuring individuals with borderline personality disorder: A preliminary evaluation and challenges to client utilization. *Psychological Services*, 13(4), 380-388. <http://doi.org/10.1037/ser0000100>
- Rizvi, S. L., Steffel, L. M., y Carson-Wong, A. (2013). An overview of dialectical behavior therapy for professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(2), 73-80. <https://doi.org/10.1037/a0029808>

- Rosenthal, M., Gratz, K. L., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., y Lynch, T. R. (2008). Borderline personality disorder and emotional responding: A review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 75-91.
<http://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.001>
- Safer, D. L., y Joyce, E. E. (2011). Does rapid response to two group psychotherapies for binge eating disorder predict abstinence?. *Behavior Research and Therapy*, 49(5), 339-345. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.001>
- Santangelo, P., Bohus, M., y Ebner-Priemer, U. W. (2014). Ecological momentary assessment in borderline personality disorder: A review of recent findings and methodological challenges. *Journal of Personality Disorders*, 28(4), 555-576.
https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_067
- Sauer, S. E., y Baer, R. A. (2012). Ruminative and mindful self-focused attention in borderline personality disorder. *Personality disorders: Theory, research, and treatment*, 3(4), 433-441. <https://doi.org/10.1037/a0025465>
- Sauer, S., Walach, H., Schmidt, S., Hinterberger, T., Lynch, S., Büssing, A., y Kohls, N. (2013). Assessment of mindfulness: Review on state of the art. *Mindfulness*, 4(1), 3-17. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0122-5>
- Scherer, K. R., Schorr, A., y Johnstone, T. (2001). *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research*. Oxford University Press.
- Schuler, K., Kilmer, E. D., Callahan, J., Dziurzynski, K., y Swift, J. (2020). The dose-effect model is good enough. *Counselling and Psychotherapy Research*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/capr.12337>
- Selby, E., y Joiner, T. (2009). Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Review of General Psychology*, 13(3), 219-229. <https://doi.org/10.1037/a0015687>
- Shaffer, D. R., y Kipp, K. (2007). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia* (7ª ed.). CENGAGE Learning.
- Shapiro, S. L., y Carlson, L. E. (2014). *Arte y ciencia del mindfulness: Integrar el mindfulness en la psicología y las profesiones de ayuda*. Desclée de Brouwer.

- Shawyer, F., Enticott, J. C., Ozmen, M., Inder, B., y Meadows, G. N. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for recurrent major depression: A best buy for health care?. *Australian and New Zealand Journal Psychiatry*, 50(10), 1001-1013.
<https://doi.org/10.1177/0004867416642847>
- Sheppes, G., Suri, G., y Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Reviews of Clinical Psychology*, 1(11), 379-405.
<http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>
- Simms, L. (2008). Classical and Modern Methods of Psychological Scale Construction. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(1), 414-433.
<https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00044.x>
- Solem, S., Hagen, R., Wang, E. A., Hjemdal, O., Waterloo, K., Eisemann, M., y Halvorsen, M. (2015). Metacognitions and mindful attention awareness in depression: A comparison of currently depressed, previously depressed and never depressed individuals. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 94-102.
<https://doi.org/10.1002/cpp.1983>
- Soler, J., Valdepérez, A., Feliu, A., Pascual, J. C., Portella, M. J., Blanco, A. M., y Pérez, V. (2012). Effects of dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(2), 150-157. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.12.002>
- Stegeman, A., y Lam, T. T. (2014). Three-mode factor analysis by means of Candecomp/Parafac. *Psychometrika*, 79(3), 426-443.
<https://doi.org/10.1007/s11336-013-9359-8>
- Stevens, J. P. (2002). *Applied multivariate statistics for social sciences* (4^a ed.). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Stiles, W., Barkham, M., Connell, J., y Mellor-Clark, J. (2008). Responsive regulation of treatment duration in routine practice in United Kingdom primary care settings: Replication in a larger sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 298-305. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.298>

- Stoewsand, C., Gagliesi, P., Pechón, C., Boggiano, J. P., Teitelbaum, J., Fabris, V. H., Apfelbaum, S., y Hermán, L. (2018). *Programa psicoeducativo dirigido a personas con desorden límite de la personalidad, sus familiares y allegados*. Fundación FORO.
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., y Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, 9(4), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096110>
- Stulz, N., Lutz, W., Kopta, S. M., Minami, T., y Saunders, S. M. (2013). Dose–effect relationship in routine outpatient psychotherapy: Does treatment duration matter? *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 593–600. <https://doi.org/10.1037/a0033589>
- Swenson, C. R. (2016). *DBT principles in action: Acceptance, change, and dialectics*. Guilford Press.
- Thompson, B. (2007). Exploratory and confirmatory factor analysis: understanding concepts and applications. *Applied Psychological Measurement*, 31(3), 245-248. <https://doi.org/10.1177/0146621606290168>
- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P. A., Skre, I., Onstad, S., y Edvardsen, J. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(1), 416-425. <https://doi.org/10.1053/comp.2000.16560>
- Tragesser, S. L., Solhan, M., Brown, W. C., Tomko, R. L., Bagge, C., y Trull, T. J. (2010). Longitudinal associations in borderline personality disorder features: Diagnostic Interview for Borderlines: Revised scores over time. *Journal of Personality Disorders*, 24(3), 377-391. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.3.377>
- Tragesser, S. L., y Robinson, R. J. (2009). The role of affective instability and UPPS impulsivity in borderline personality disorder features. *Journal of Personality Disorders*, 23(4), 370-383. <http://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.4.370>
- Troy, A. S., Saquib, S., Thal, J., y Ciuk, D. J. (2018). The regulation of negative and positive affect in response to daily stressors. *Emotion*. Advance online publication. <http://doi.org/10.1037/emo0000486>

- Trull, T. J., Solhan, M. B., Tragesser, S. L., Jahng, S., Wood, P. K., Piasecki, T. M., y Watson, D. (2008). Affective instability: Measuring a core feature of borderline personality disorder with ecological momentary assessment. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(3), 647-661. <http://doi.org/10.1037/a0012532>
- Van Dijk, S., Jeffrey, J., y Katz, M. R. (2013). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 145*(3), 386-393. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.054>
- Ventura, J. L., y Caycho, T. (2017). El coeficiente omega: Un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud, 15*(1), 625-627. <http://www.revistaumanizales.cinde.org.co>
- Verheul, R., Van Den Bosch, L. M., Koeter, M. W., De Ridder, M. A., Stijnen, T., y Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry, 182*(2), 135-140. <http://doi.org/10.1192/bjp.182.2.135>
- Wagner, T., Fydrich, T., Stiglmayr, C., Marschall, P., Salize, H. J., Renneberg, B., Fleßac, S., Roepke, S. (2014). Societal cost-of-illness in patients with borderline personality disorder one year before, during and after dialectical behavior therapy in routine outpatient care. *Behaviour Research and Therapy, 61*(1), 12-22. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.004>
- Walsh, J. J., Balint, M. G., Smolira, D. R., Kamstrup, L., y Madsen, S. (2009). Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. *Personality and Individual Differences, 46*(2), 94-99. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.09.008>
- Weis, N., Gratz, K., y Lavender, J. (2015). Factor structure and initial validation of a multidimensional measure of difficulties in the regulation of positive emotions: The DERS-Positive. *Behavior Modification, 39*(3), 1-23. <https://doi.org/10.1177/0145445514566504>
- Wilkinson-Ryan, T., y Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry, 157*(4), 528-541. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.528>

Wolff, H. G., y Preising, K. (2005). Exploring item and high order factor structure with the Schmid-Leiman solution: Syntax codes for SPSS and SAS. *Behavior Research Methods*, 37(1), 48-58. <https://doi.org/10.3758/BF03206397>

Zaheer, J., Links, P., y Liu, E. (2008). Assessment and emergency management of suicidality in personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 527-543. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.007>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, B., y Silk, K. R. (2005). The McLean study of adult development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders*, 19(5), 505-52. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.505>





ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado para la adaptación y validación del DERS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por Gabriela Abuid Sampelayo, alumna de la Universidad de Lima. El objetivo del estudio es analizar características de personas que sigan un tratamiento en terapia dialéctico conductual. Como paso previo a esto, es necesario adaptar un instrumento de evaluación a nuestro contexto, para lo cual se le pide la participación a personas que tengan entre 18 y 50 años y que residan en Lima Metropolitana.

Si usted accede a participar, se le pedirá responder preguntas de una ficha sociodemográfica y de una escala, lo cual tomará como tiempo aproximado 10 minutos.

La participación en el estudio es estrictamente voluntaria. La información recogida será usada solo con propósitos de investigación y será confidencial.

Si tiene dudas sobre este estudio, puede contactarse con Gabriela Abuid Sampelayo al teléfono 956 634 241 o al correo 20132500@aloe.ulima.edu.pe. En caso lo desee, puede dejar de responder a las preguntas en cualquier momento sin ser perjudicado de ninguna forma.

Acepto participar de manera voluntaria

Acepto

ANEXO 2: Consentimiento informado para el análisis mediacional

Consentimiento informado

Con esta ficha de consentimiento se busca que el/la participante de la investigación tenga información clara sobre la naturaleza del estudio y acerca de su rol como participante.

La presente investigación es conducida por Gabriela Abuid Sampelayo, alumna de la Universidad de Lima. El objetivo del estudio es analizar características de personas que sigan un tratamiento en Terapia Dialéctico Conductual (DBT).

Si usted accede a participar, se le pedirá responder preguntas de una ficha sociodemográfica y de dos escalas, lo cual tomará como tiempo aproximado 20 minutos.

La participación en el estudio es estrictamente voluntaria. La información recogida será usada solo con propósitos de investigación y será confidencial. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Además, si en algún momento durante la aplicación tiene alguna pregunta puede indicarlo para que esta pueda ser absuelta.

Si tiene dudas sobre este estudio, puede contactarse con Gabriela Abuid Sampelayo al teléfono 956 634 241 o al correo 20132500@aloe.ulima.edu.pe. En caso lo desee, puede dejar de responder a las preguntas en cualquier momento sin ser perjudicado de ninguna forma.

Se agradece de antemano su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por Gabriela Abuid Sampelayo. Se me ha informado que el objetivo del estudio es analizar características de personas que sigan un tratamiento en Terapia Dialéctico Conductual (DBT).

También se me ha indicado que para ello debo responder a una ficha sociodemográfica y a dos cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea es estrictamente confidencial y que no será usada para fines distintos a los de investigación sin mi consentimiento. Además, se me ha informado que puedo contactarme con Gabriela Abuid Sampelayo al teléfono o correo anteriormente mencionados.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados del estudio cuando este haya concluido.

Fecha: __ / __ / __

Firma: _____

ANEXO 3: Ficha sociodemográfica para la adaptación y validación del DERS

Ficha sociodemográfica

Indique su edad

Marque cuál es su sexo

Masculino

Femenino

Indique cuál es su distrito de residencia

Marque si cuenta con algún diagnóstico psiquiátrico en la actualidad (bipolaridad, esquizofrenia, depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, etc.)

Sí

No

Si ha respondido de manera afirmativa a la pregunta anterior, indicar el diagnóstico

ANEXO 4: Ficha sociodemográfica para el análisis mediacional

Ficha sociodemográfica

Edad: _____ años	Sexo: M () F ()	Fecha ____ / ____ / ____
Distrito de residencia: _____		
Indique la fecha exacta en la que inició DBT de forma continua: Fecha de inicio ____ / ____ / ____		
Indique si ha seguido algún tratamiento en DBT anterior a este (si siguió DBT hace un tiempo, pero no culminó el tratamiento): Sí () No () Si ha respondido de manera afirmativa a la respuesta, indique el tiempo _____		
Marque qué componentes de DBT usted está usando e indique por cuánto tiempo: () Coaching telefónico: _____ () Entrenamiento en habilidades: _____ () Terapia individual: _____		
Marque qué módulos de habilidades ya llevó y cuántas veces los realizó: () Mindfulness: _____ () Efectividad interpersonal: _____ () Tolerancia al malestar: _____ () Regulación emocional: _____		
Indique que tan constante es en su asistencia a terapia individual: () Asisto a todas mis citas sin faltas, cuándo no puedo ir me aseguro de reprogramarla. () Asisto a casi todas mis citas, no faltó más de una vez al mes. () Suelo faltar mucho a mis citas, normalmente más de dos veces al mes.		

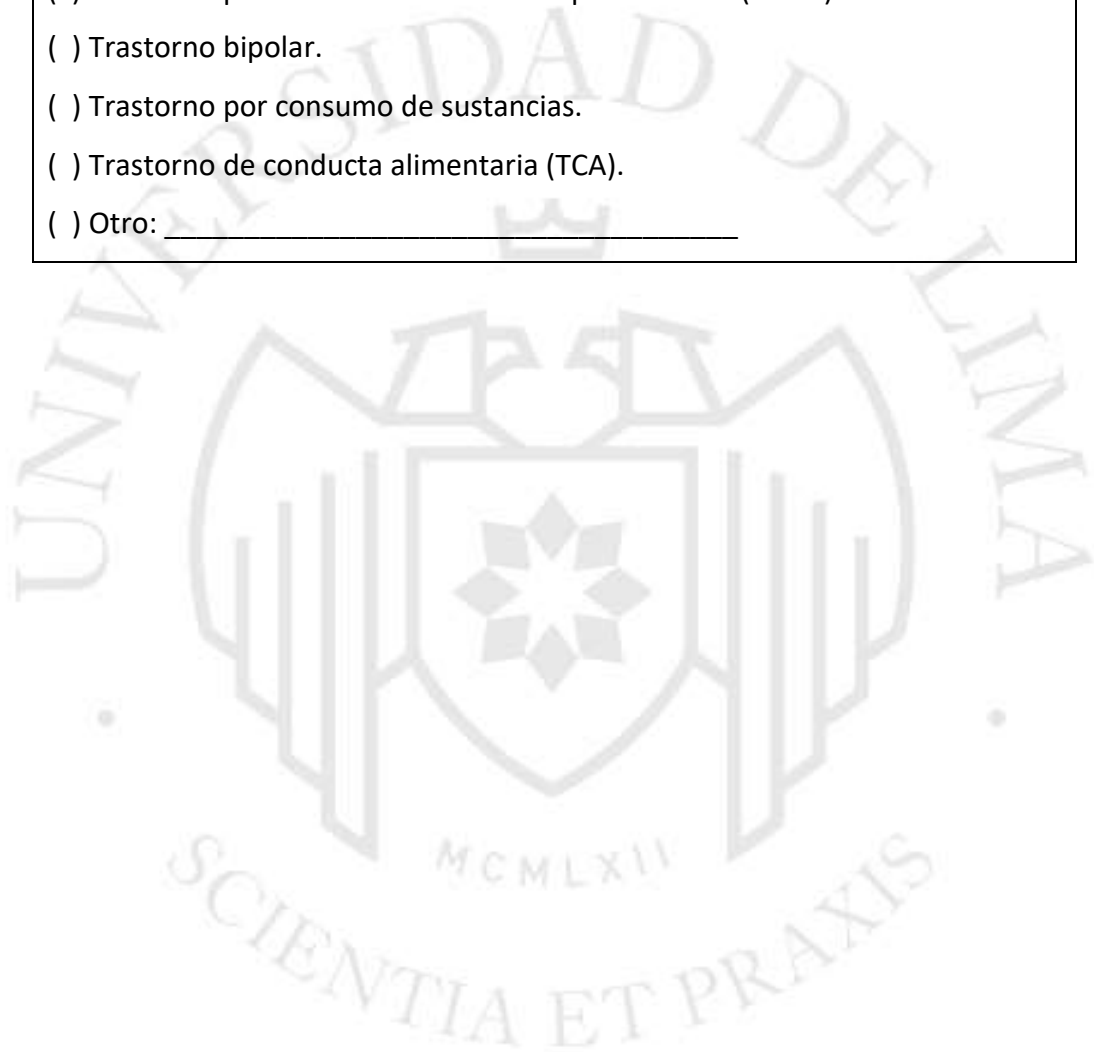
<p>Indique que tan constante es en su asistencia al entrenamiento en habilidades:</p> <p><input type="checkbox"/> Voy a todas las clases.</p> <p><input type="checkbox"/> Voy a casi todas las clases, como máximo faltó una vez al mes.</p> <p><input type="checkbox"/> Suelo faltar mucho a las clases, normalmente más de dos veces al mes.</p>
<p>Marque del 1 al 5 cuánto considera que DBT lo ha ayudado a mejorar su calidad de vida. Esto, teniendo en cuenta que 1 significa que no lo ha ayudado en nada (su vida es igual que antes de llevar DBT) y que 5 significa que lo ha ayudado mucho (su vida es completamente distinta desde que sigue DBT):</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p>
<p>Indique si en la actualidad sigue un tratamiento complementario a DBT (si lleva otra terapia al mismo tiempo que DBT):</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si ha respondido de manera afirmativa, indicar cuál(es):</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva Conductual.</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia Psicodinámica.</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia humanista.</p> <p><input type="checkbox"/> Otra: _____</p>
<p>Indique si en el pasado ha seguido algún tipo de tratamiento psicológico a parte de DBT:</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si ha respondido de manera afirmativa, marque cuál(es):</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva Conductual.</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia Psicodinámica.</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia humanista.</p> <p><input type="checkbox"/> Otra: _____</p>
<p>Indique si en la actualidad está tomando algún tipo de Benzodiacepina (Alprazolam, Clonazepam, Diazepam, etc.):</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

Indique si tiene algún otro diagnóstico o problema además de DRE/TLP:

Sí () No ()

Si ha respondido de manera afirmativa, marque cuál(es):

- () Trastorno de estrés post traumático (TEPT).
- () Trastorno de ansiedad generalizada (TAG).
- () Trastorno depresivo.
- () Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).
- () Trastorno bipolar.
- () Trastorno por consumo de sustancias.
- () Trastorno de conducta alimentaria (TCA).
- () Otro: _____



ANEXO 5: Permiso de uso del FFMQ

FFMQ autorización de uso con fines académicos ▶ Recibidos X



Gabriela Abuid Sampelayo <20132500@aloe.ulima.edu.pe>
para ana ▾

mié., 31 oct. 2018 12:59



Estimada Ana Loret de Mola,

Mi nombre es Gabriela Abuid Sampelayo y soy estudiante de psicología de la Universidad de Lima. Te escribo porque desearía tener tu autorización para usar el FFMQ (la versión que usted adaptó al contexto limeño).

El uso del instrumento sería solo con fines académicos (obtener mi licenciatura en psicología). La investigación que estoy realizando es sobre el efecto mediacional de la conciencia plena (mindfulness) entre el tiempo de tratamiento en TDC (terapia dialéctico conductual) y la desregulación emocional en personas con TLP.

Sería de mucha utilidad si pudiera brindarme su autorización por el presente medio. Quedo atenta a su respuesta y a cualquier duda.

Gracias de antemano,

Saludos,



Ana Loret de Mola <ana@mindfulnessperu.com.pe>
para mí ▾

mié., 31 oct. 2018 15:13



Hola Gabriela.

¡Qué estés teniendo un buen momento ahora!

Felicito tu motivación y entusiasmo por realizar un estudio de mindfulness en el rubro que has elegido! :)

Por supuesto que puedes usar la prueba FFMQ en versión español.

Me encantará leer tu tesis cuando la termines! :)

Estaré a tu disposición.

Un abrazo inmenso!

Ana

Ana Loret de Mola

Psicóloga Clínica especialista en Mindfulness

 [Mindfulness Perú](#)



CVTIA ET PR



Gabriela Abud Sempelayo +20132500@aloe.alma.edu.pe

para Ana

11 jul. 2019 19:16 (hace 1 día)

Estimada,

Espero se encuentre bien. Le escribo en este mensaje para pedirle autorización de publicar el FFMQ en los Apéndices de mi tesis poniendo que usted es la autora (quien realizó el proceso de adaptación en Lima).

Me avise si tengo el permiso.

Gracias de advance.

Saludos,

Gabriela Abud

...



Ana Loret de Mola

para mí

10 jul. 2019 18:05 (hace 17 horas)

Hola querida Gabriela!

Felicidades por seguir avanzando con esta investigación y por supuesto que tienes mi autorización para utilizar el FFMQ que adapté!

Un abrazo grande.

Ana

Ana Loret de Mola





Psicóloga especialista en Mindfulness





Co-fundadora de Mindfulness Perú

 [mindfulness.peru](#)



ANEXO 6: Permiso para adaptar el DERS

DERS  Recibidos X   

 **Gabriela Abuid Sampelayo** <20132500@aloe.ulima.edu.pe> 6 dic. 2018 19:11   

para KLGratz ▾

Dear Dr. Gratz,





My name is Gabriela Abuid Sampelayo, I am studying psychology in Lima, Peru at the University of Lima. Also, I'm learning and getting trained in contextual therapies (DBT, ACT, BATD). I'm particularly interested in DBT and borderline personality disorder.

Because of that, I want to do my bachelor thesis about emotion dysregulation, mindfulness, DBT and borderline personality disorder. The aim of my study is to analyze the mediational effect of mindfulness in the relationship between time of treatment in DBT and emotion dysregulation in people diagnosed with BPD.


In order to do that, previously I must adapt the Difficulties in Emotion Regulation Scale to my context (Lima-Perú). So, I want to ask you for your permission to use the scale for the mentioned academic purposes.

If you have any further questions I'm opened to bring as much information as you need.

Sincerely,

 **klgratz@aol.com** 7 dic. 2018 13:41   

para mí ▾

 inglés ▾ > español ▾ [Traducir mensaje](#) [Desactivar para: inglés](#) ×

Feel free to use the DERS in your research.

.....

Kim L. Gratz, PhD
Professor and Chair
Department of Psychology
Mail Stop 948
University of Toledo
2801 W. Bancroft Street
Toledo, OH 43606
Office: (419) 530-2722
Cell: (617) 688-0435



Gabriela Abuid Sampelayo <20132500@aloe.ulima.edu.pe>
para kigratz ▾

5 may. 2019 18:57 ☆ ↶ ⋮

Dear Dr. Gratz,

The purpose of this message is that months ago I asked you for permission to use The Difficulties Emotion Regulation Scale and you granted it to me. However, I found out that it would be more helpful to use it in an online version (using Google Forms) due to the size of the sample. Because of that, I would like to know if I can approve this decision (I'll follow the standards for educational and psychological testing to assure the reliability of the project).

Sincerely,

Gabriela Abuid.



Kim Gratz
para mí ▾

5 may. 2019 19:32 ☆ ↶ ⋮

🌐 inglés ▾ > español ▾ [Traducir mensaje](#)

[Desactivar para: inglés](#) ×

That's fine

Sent from my iPhone



[Thank you!](#)

[Great!](#)

[Great, thanks!](#)



ANEXO 7: Formato de evaluación criterio de jueces

Criterio de Jueces DERS

Estimado (a),

Reciba un cordial saludo de mi parte, mi nombre es Gabriela Abuid Sampelayo, estudiante del décimo primer ciclo de la carrera de psicología de la Universidad de Lima. En esta oportunidad me encuentro investigando sobre el efecto mediacional de la conciencia plena sobre la relación entre el tiempo de tratamiento en terapia dialéctico conductual y la desregulación emocional en personas con trastorno límite de personalidad. Como paso previo a la realización del mencionado estudio, debo adaptar a nuestro contexto una escala. Es por lo que se le solicita su apoyo para el proceso de validación por medio de criterio de jueces de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS). Este instrumento busca evaluar de manera comprensiva diversas dimensiones involucradas en el proceso de regulación emocional. En este sentido, la escala permite medir diferentes aspectos considerados como clínicamente relevantes de este constructo.

Este instrumento fue creado por Gratz y Roemer en el año 2004, siendo esta una versión en inglés; sin embargo, no se cuenta con datos de validez y confiabilidad en nuestro medio. Para traducir el instrumento se empleó el método de traducción y contratraducción con 4 traductores certificados.

Esta prueba es una escala de 36 ítems los cuales se responden bajo un modelo de escala Likert con cinco opciones de respuesta:

1 -----	2-----	3-----	4-----	5
Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las	La mayoría de las	Casi siempre
(0-10%)	(11-35%)	veces (36-65%)	veces (66-90%)	(91-100%)

Estos ítems pertenecen a seis factores distintos:

- **Falta de aceptación:** Tendencia a tener respuestas emocionales secundarias negativas a las propias emociones y la falta de aceptación de las propias reacciones emocionales.
- **Metas:** Dificultad para concentrarse y poder culminar con tareas cuando se vivencian emociones dolorosas.
- **Impulsividad:** Dificultad para controlar los propios impulsos al momento de experimentar emociones negativas.
- **Consciencia:** Tendencia a atender y reconocer las propias emociones.
- **Estrategias:** Acceso limitado a estrategias de regulación emocional.
- **Claridad:** Poca claridad o conocimiento de las emociones que son vivenciadas.

En la siguiente tabla, se le presentarán los ítems agrupados de acuerdo a los seis factores. Estos deberán ser calificados de acuerdo a los siguientes criterios:

- **Representación del área y contenido:** Los ítems pertenecen al área en la que han sido agrupados y representan adecuadamente su contenido. Deberá calificar este criterio mencionando “Sí”, si es que el ítem es representativo del área y de su contenido; y “No”, si es que el ítem no es representativo del área o de su contenido.
- **Claridad en la redacción:** Los ítems tienen una sintaxis y semántica que permiten entenderlos fácilmente. Deberá calificar este criterio con un “Sí”, si es que el ítem es entendible y claro para la población peruana; y “No”, si es que el ítem no lo es.

En caso de considerar que un ítem es poco representativo del área o no es claro en su redacción, o en el caso de tener alguna observación adicional, indicar la razón o duda en la casilla de “Observaciones”.

Gracias de antemano,

Gabriela Abuid Sampelayo.

Primera área: Falta de aceptación						
Versión en inglés (Gratz y Roemer, 2004)	Versión modificada para nuestro medio	Representatividad del dominio y contenido		Redacción clara y adecuada		Observaciones
When I'm upset, I feel guilty for feeling that way.	Cuando me altero, me siento culpable por sentirme así.	Sí	No	Sí	No	
When I'm upset, I feel ashamed with myself for feeling that way.	Cuando me altero, me siento avergonzado conmigo mismo por sentirme así.	Sí	No	Sí	No	
When I'm upset, I become embarrassed for feeling that way.	Cuando me altero, me avergüenzo por sentirme así.	Sí	No	Sí	No	
When I'm upset, I become angry with myself for feeling that way.	Cuando me altero, me enfurezco conmigo por sentirme así.	Sí	No	Sí	No	
When I'm upset, I become irritated with myself for feeling that way.	Cuando me altero, me irrito conmigo mismo por sentirme así.	Sí	No	Sí	No	
When I'm upset, I feel like I am weak.	Cuando me altero, siento que soy débil.	Sí	No	Sí	No	

Segunda área: Metas

Versión en inglés (Gratz y Roemer, 2004)	Versión modificada para nuestro medio	Representatividad del dominio y contenido		Redacción clara y adecuada		Observaciones
When I'm upset, I have difficulty concentrating.	Cuando me altero, tengo dificultades para concentrarme.	Sí	No	Sí	No	
When I'm upset, I have difficulty focusing on other things.	Cuando me altero, tengo dificultades para concentrarme en otras cosas.	Sí	No	Sí	No	
When I'm upset, I have difficulty getting work done.	Cuando me altero, tengo dificultades para llevar a cabo mi trabajo.	Sí	No	Sí	No	
When I'm upset, I have difficulty thinking about anything else.	Cuando me altero, tengo dificultades para pensar en cualquier otra cosa.	Sí	No	Sí	No	
When I'm upset, I can still get things done	Cuando me altero, aún puedo hacer las cosas.	Sí	No	Sí	No	

Tercera área: Impulsos

Versión en inglés (Gratz y Roemer, 2004)	Versión modificada para nuestro medio	Representatividad del dominio y contenido		Redacción clara y adecuada		Observaciones
When I'm upset, I lose control over my behaviors.	Cuando me altero, pierdo el control de mi comportamiento.	Sí	No	Sí	No	
When I'm upset, I have difficulty controlling my behaviors.	Cuando me altero, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.	Sí	No	Sí	No	
When I'm upset, I become out of control	Cuando me altero, me descontrolo.	Sí	No	Sí	No	
When I'm upset, I feel out of control.	Cuando me altero, me siento fuera de control.	Sí	No	Sí	No	
I experience my emotions as overwhelming and out of control.	Experimento mis emociones como abrumadoras y fuera de control.	Sí	No	Sí	No	
When I'm upset, I feel like I can remain in control of my behaviors.	Cuando me altero, siento que puedo controlar mi comportamiento.	Sí	No	Sí	No	

Cuarta área: Consciencia						
Versión en inglés (Gratz y Roemer, 2004)	Versión modificada para nuestro medio	Representatividad del dominio y contenido		Redacción clara y adecuada		Observaciones
I am attentive to my feelings.	Estoy pendiente de mis sentimientos.	Sí	No	Sí	No	
I pay attention to how I feel.	Pongo atención a cómo me siento.	Sí	No	Sí	No	
When I'm upset, I acknowledge my emotions.	Cuando me altero, reconozco mis emociones.	Sí	No	Sí	No	
When I'm upset, I believe that my feelings are valid and important.	Cuando me altero, pienso que mis sentimientos son válidos e importantes.	Sí	No	Sí	No	
When I'm upset, I take time to figure out what I'm really feeling.	Cuando me altero, me tomo tiempo para dilucidar qué es lo que realmente siento.	Sí	No	Sí	No	
I care about what I am feeling.	Me importa lo que siento.	Sí	No	Sí	No	

Quinta área: Estrategias						
Versión en inglés (Gratz y Roemer, 2004)	Versión modificada para nuestro medio	Representatividad del dominio y contenido		Redacción clara y adecuada		Observaciones
When I'm upset, I believe that I'll end up feeling very depressed.	Cuando me altero, pienso que terminaré sintiéndome muy deprimido.	Sí	No	Sí	No	
When I'm upset, I believe that I will remain that way for a long time.	Cuando me altero, pienso que permaneceré así por mucho tiempo.	Sí	No	Sí	No	
When I'm upset, I believe that wallowing in it is all I can do.	Cuando me altero, creo que sumergirme en ello es todo lo que puedo hacer.	Sí	No	Sí	No	
When I'm upset, it takes me a long time to feel better.	Cuando me altero, me toma mucho tiempo sentirme mejor.	Sí	No	Sí	No	
When I'm upset, I believe that there is nothing I can do to make myself feel better.	Cuando me altero, pienso que no hay nada que pueda hacer para hacerme sentir mejor.	Sí	No	Sí	No	
When I'm upset, I know that I can find a way to eventually feel better.	Cuando me altero, sé que puedo encontrar un modo de sentirme mejor eventualmente.	Sí	No	Sí	No	
When I'm upset, my emotions feel overwhelming.	Cuando me altero, me siento abrumado por mis emociones.	Sí	No	Sí	No	
When I'm upset, I start to feel very bad about myself.	Cuando me altero, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo.	Sí	No	Sí	No	

Sexta Área: Claridad						
Versión en inglés (Gratz y Roemer, 2004)	Versión modificada para nuestro medio	Representatividad del dominio y contenido		Redacción clara y adecuada		Observaciones
		Sí	No	Sí	No	
I have difficulty making sense out of my feelings.	Tengo dificultades para entender mis sentimientos.	Sí	No	Sí	No	
I have no idea how I am feeling.	No tengo idea de cómo me siento.	Sí	No	Sí	No	
I am confused about how I feel.	Estoy confundido acerca de cómo me siento.	Sí	No	Sí	No	
I know exactly how I am feeling.	Sé exactamente cómo me siento.	Sí	No	Sí	No	
I am clear about my feelings	Tengo claros mis sentimientos.	Sí	No	Sí	No	

ANEXO 8: Cuestionario FFMQ

(Loret de Mola, 2009)

Trate de responder lo más honestamente posible al cuestionario respecto a cómo usualmente, piensa, se siente y se comporta. no hay respuestas correctas o incorrectas

Por favor, marque con un “X” en la frecuencia que describe mejor su opinión sobre cuán cierto es cada afirmación para usted.

1: Nunca o muy rara vez es cierto (N)

2: Rara vez es cierto (RV)

3: Algunas veces es cierto (AV)

4: A menudo cierto (AM)

5: Muy a menudo o siempre cierto (S)

1	Cuando camino, me doy cuenta deliberadamente de las sensaciones de mi cuerpo en movimiento.	1	2	3	4	5
2	Soy bueno(a) en encontrar palabras para describir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
3	Me critico por tener emociones irracionales o inapropiadas.	1	2	3	4	5
4	Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar ante ellos.	1	2	3	4	5
5	Cuando hago algo mi mente tiende a divagar y me distraigo fácilmente.	1	2	3	4	5
6	Cuando me baño o tomo una ducha, me mantengo alerta a las sensaciones del agua sobre mi cuerpo.	1	2	3	4	5
7	Puedo fácilmente poner en palabras mis creencias, opiniones y expectativas.	1	2	3	4	5
8	No presto atención a lo que hago por estar soñando despierto(a), andar preocupado(a), o distraído(a) de alguna otra manera.	1	2	3	4	5
9	Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.	1	2	3	4	5

10	Me digo a mí mismo(a) que no me debería estar sintiendo como me estoy sintiendo.	1	2	3	4	5
11	Me doy cuenta de cómo alimentos y bebidas afectan mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.	1	2	3	4	5
12	Me es difícil encontrar las palabras para describir lo que estoy pensando.	1	2	3	4	5
13	Me distraigo fácilmente.	1	2	3	4	5
14	Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos y que no debería pensar de tal manera.	1	2	3	4	5
15	Presto atención a sensaciones, como el viento entre mi cabello o el sol sobre mi rostro.	1	2	3	4	5
16	Tengo problemas para pensar en las palabras indicadas que expresen cómo me siento con respecto a las cosas.	1	2	3	4	5
17	Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.	1	2	3	4	5
18	Se me hace difícil mantenerme enfocado(a) en lo que ocurre en el presente.	1	2	3	4	5
19	Cuando experimento pensamientos o imágenes mentales aflictivas, me "detengo" y soy consciente del pensamiento o imagen sin dejar que estos se apoderen de mí.	1	2	3	4	5
20	Presto atención a sonidos, como los de las manecillas de un reloj, el cantar de los pájaros o el pasar de los autos.	1	2	3	4	5
21	En situaciones difíciles soy capaz de hacer una pausa sin tener que reaccionar inmediatamente.	1	2	3	4	5
22	Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, me es difícil describirla pues no puedo encontrar las palabras indicadas.	1	2	3	4	5
23	Parece que actúo en "piloto automático", sin mayor conciencia de lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	5
24	Cuando tengo pensamiento o imágenes mentales aflictivas, recobro la calma poco después.	1	2	3	4	5

25	Me digo a mí mismo(a) que no debería estar pensando como estoy pensando.	1	2	3	4	5
26	Percibo los olores y aromas de las cosas.	1	2	3	4	5
27	Incluso cuando me siento terriblemente alterado(a), soy capaz de encontrar la manera de ponerlo en palabras.	1	2	3	4	5
28	Me apresuro entre una y otra actividad sin estar muy atento a cada una de ellas	1	2	3	4	5
29	Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas, soy capaz de observarlas sin reaccionar.	1	2	3	4	5
30	Pienso que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentirlas.	1	2	3	4	5
31	Me doy cuenta de elementos visuales en el arte o en la naturaleza, como colores, formas, texturas y patrones de luz y sombra.	1	2	3	4	5
32	Mi tendencia natural es la de colocar mis experiencias en palabras.	1	2	3	4	5
33	Cuando tengo pensamientos o imágenes aflictivas, puedo reconocerlas como tales y dejarlas ir.	1	2	3	4	5
34	Realizo deberes o tareas de manera automática sin estar consciente de lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	5
35	Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas, me juzgo a mí mismo(a) como bueno(a) o malo(a), dependiendo del tipo de pensamiento o imagen mental.	1	2	3	4	5
36	Presto atención a cómo mis emociones afectan mis pensamientos y comportamiento.	1	2	3	4	5
37	Usualmente soy capaz de describir en detalle cómo me siento en un momento determinado.	1	2	3	4	5
38	Me encuentro a mí mismo(a) haciendo cosas sin prestarles atención.	1	2	3	4	5
39	Me desapruebo cuando tengo ideas irracionales.	1	2	3	4	5

ANEXO 9: Escala DERS

Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS)

Trate de responder lo más honestamente posible al cuestionario. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

Por favor, marque con un “X” en la frecuencia que describe mejor su opinión sobre cuán cierto es cada afirmación para usted.

1 -----2-----3-----4-----5

Casi nunca Algunas veces La mitad de las La mayoría de las Casi siempre
(0-10%) (11-35%) veces (36-65%) veces (66-90%) (91-100%)

1	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
2	Presto atención a cómo me siento	1	2	3	4	5
3	Experimento mis emociones como abrumadoras y fuera de control.	1	2	3	4	5
4	No tengo idea de cómo me siento.	1	2	3	4	5
5	Tengo dificultades para entender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
6	Estoy pendiente de mis sentimientos.	1	2	3	4	5
7	Sé exactamente cómo me siento.	1	2	3	4	5
8	Me importa lo que siento.	1	2	3	4	5
9	Estoy confundido acerca de cómo me siento.	1	2	3	4	5
10	Cuando me altero, reconozco mis emociones.	1	2	3	4	5
11	Cuando me altero, me enojo conmigo por sentirme así.	1	2	3	4	5
12	Cuando me altero, me avergüenzo por sentirme así.	1	2	3	4	5
13	Cuando me altero, tengo dificultades para llevar a cabo mi trabajo.	1	2	3	4	5
14	Cuando me altero, me descontrolo.	1	2	3	4	5

15	Cuando me altero, pienso que permaneceré así por mucho tiempo.	1	2	3	4	5
16	Cuando me altero, pienso que terminaré sintiéndome muy deprimido.	1	2	3	4	5
17	Cuando me altero, pienso que mis sentimientos son válidos e importantes.	1	2	3	4	5
18	Cuando me altero, tengo dificultades para concentrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
19	Cuando me altero, me siento fuera de control.	1	2	3	4	5
20	Cuando me altero, aún puedo hacer las cosas.	1	2	3	4	5
21	Cuando me altero, me siento avergonzado conmigo por sentirme así.	1	2	3	4	5
22	Cuando me altero, sé que puedo encontrar un modo de sentirme mejor.	1	2	3	4	5
23	Cuando me altero, siento que soy débil	1	2	3	4	5
24	Cuando me altero, siento que puedo controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
25	Cuando me altero, me siento culpable por sentirme así.	1	2	3	4	5
26	Cuando me altero, tengo dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
27	Cuando me altero, tengo dificultades para controlar mi comportamiento	1	2	3	4	5
28	Cuando me altero, pienso que no hay nada que pueda hacer para hacerme sentir mejor.	1	2	3	4	5
29	Cuando me altero, me irrito conmigo mismo por sentirme así.	1	2	3	4	5
30	Cuando me altero, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo.	1	2	3	4	5
31	Cuando me altero, creo que sumergirme en ello es todo lo que puedo hacer.	1	2	3	4	5
32	Cuando me altero, no puedo controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
33	Cuando me altero, tengo dificultades para pensar en cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5

34	Cuando me altero, me tomo tiempo para comprender qué es lo que realmente siento.	1	2	3	4	5
35	Cuando me altero, me toma mucho tiempo sentirme mejor.	1	2	3	4	5
36	Cuando me altero, me siento abrumado por mis emociones.	1	2	3	4	5



ANEXO 10: Cargas factoriales del FFMQ (Papi, 2017)

	Conciencia	Ausencia de juicio	Observación	Descripción	Reflexión
5	.677				
8	.652				
13	.733				
18	.535				
23	.599				
28	.572				
34	.706				
38	.685				
3		.667			
10		.604			
14		.580			
17		.680			
25		.716			
30		.730			
35		.592			
39		.674			
1			.646		
6			.598		
11			.613		
15			.888		
20			.704		
26			.646		
31			.670		
2				.576	
7				.595	
12				-.733	
16				-.780	
22				-.501	
27				.603	
32				.678	
37				.695	
4					.515
9					.444
19					.488
21					.654
24					.583
29					.532
33					.684

ANEXO 11: Correlaciones y correlaciones parciales entre el DERS y otros constructos de interés (Grazt y Roemer, 2004)

Escala	NMR (N = 348)	Evitación experiencial	Expresividad emocional
Escala global del DERS	-.69**	.60**	-.23**
Controlando el NMR		.33**	-.09
No Aceptación	-.42**	.39**	-.14**
Controlando el NMR		.18**	-.05
Metas	-.53**	.44**	-.04
Controlando el NMR		.19**	.11*
Impulso	-.46**	.41**	-.04
Controlando el NMR		.18**	.09
Conciencia	-.34**	.32**	-.46**
Controlando el NMR		.14**	-.42**
Estrategias	-.69**	.56**	-.10
Controlando el NMR		.28**	.11*
Claridad	-.39**	.38**	-.25**
Controlando el NMR		.20**	-.18**

* $p < .05$

** $p < .01$

ANEXO 12: Correlaciones y correlaciones parciales entre el DERS y la frecuencia de variables clínicas relevantes entre hombres y mujeres (Gratz y Roemer, 2004)

Escala	Autodaño		Abuso de pareja	
	Mujeres (N = 260)	Hombres (N = 97)	Mujeres (N = 256)	Hombres (N = 96)
Escala global del DERS	.20**	.26*	.08	.34**
Controlando el NMR	.02 ^a	.16	.11 ^{bλ}	.25*
No Aceptación	.11 ^λ	.28**	.04	.18 ^λ
Controlando el NMR	-.00 ^a	.21*	.05 ^b	.09
Metas	.13*	.13	.03	.37**
Controlando el NMR	-.01 ^a	.02	.04 ^b	.30**
Impulso	.11 ^λ	.24*	.19**	.29**
Controlando el NMR	-.01 ^a	.16	.22 ^{b**}	.20 ^λ
Conciencia	.13*	.07	-.02	.10
Controlando el NMR	.02 ^a	.04	-.02 ^b	.06
Estrategias	.20**	.16	.05	.24*
Controlando el NMR	.03 ^a	.02	.07 ^b	.10
Claridad	.16*	.16	.06	.13
Controlando el NMR	.05 ^a	.12	.06 ^b	.08

^λ $p < .10$

* $p < .05$

** $p < .01$

^a $N = 251$

^b $N = 247$.

ANEXO 13: Ficha técnica del DERS

Ficha técnica del DERS	
Nombre de la prueba	Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS)
Autora	Gabriela Abuid (2019)
Autores en lo que se basó la escala	Gratz y Roemer (2004)
Población objetivo	Jóvenes y adultos de Lima Metropolitana
Constructo evaluado	Desregulación emocional
Factores evaluados	Estrategias, Conciencia y Falta de aceptación
Modo de aplicación	Individual o colectivo
Tiempo de aplicación	8 minutos aproximadamente
Número de ítems	36
Tipo de respuesta	Likert

ANEXO 14: Libro de códigos adaptación

Variable	Tipo	Ancho	Decimales	Etiqueta	Valores	Nivel	Cantidad
ID	Cadena	3	0	Identificador	Ninguno	Nominal	Politómica
Edad	Numérico	2	0	Edad	Ninguno	Razón	Politómica
Sexo	Numérico	1	0	Sexo	1=femenino 2=masculino	Nominal	Dicotómica
CON1	Numérico	1	0	Tengo claros mis sentimientos.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
CON2	Numérico	1	0	Presto atención a cómo me siento	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST3	Numérico	1	0	Experimento mis emociones como abrumadoras y fuera de control.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
CON4	Numérico	1	0	No tengo idea de cómo me siento.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
CON5	Numérico	1	0	Tengo dificultades para entender mis sentimientos.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
CON6	Numérico	1	0	Estoy pendiente de mis sentimientos.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
CON7	Numérico	1	0	Sé exactamente cómo me siento.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
CON8	Numérico	1	0	Me importa lo que siento.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
CON9	Numérico	1	0	Estoy confundido acerca de cómo me siento.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
CON10	Numérico	1	0	Cuando me altero, reconozco mis emociones.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
ACEP11	Numérico	1	0	Cuando me altero, me enojo conmigo por sentirme así.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
ACEP12	Numérico	1	0	Cuando me altero, me avergüenzo por sentirme así.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica

EST13	Numérico	1	0	Cuando me altero, tengo dificultades para llevar a cabo mi trabajo.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST14	Numérico	1	0	Cuando me altero, me descontrolo.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST15	Numérico	1	0	Cuando me altero, pienso que permaneceré así por mucho tiempo.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST16	Numérico	1	0	Cuando me altero, pienso que terminaré sintiéndome muy deprimido.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST17	Numérico	1	0	Cuando me altero, pienso que mis sentimientos son válidos e importantes.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST18	Numérico	1	0	Cuando me altero, tengo dificultades para concentrarme en otras cosas.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST19	Numérico	1	0	Cuando me altero, me siento fuera de control.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST20	Numérico	1	0	Cuando me altero, aún puedo hacer las cosas.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
ACEP21	Numérico	1	0	Cuando me altero, me siento avergonzado conmigo por sentirme así.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST22	Numérico	1	0	Cuando me altero, sé que puedo encontrar un modo de sentirme mejor.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
ACEP23	Numérico	1	0	Cuando me altero, siento que soy débil	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST24	Numérico	1	0	Cuando me altero, siento que puedo controlar mi comportamiento.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
ACEP25	Numérico	1	0	Cuando me altero, me siento culpable por sentirme así.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica

EST26	Numérico	1	0	Cuando me altero, tengo dificultades para concentrarme.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST27	Numérico	1	0	Cuando me altero, tengo dificultades para controlar mi comportamiento	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST28	Numérico	1	0	Cuando me altero, pienso que no hay nada que pueda hacer para hacerme sentir mejor.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
ACEP29	Numérico	1	0	Cuando me altero, me irrito conmigo mismo por sentirme así.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
ACEP30				Cuando me altero, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST31	Numérico	1	0	Cuando me altero, creo que sumergirme en ello es todo lo que puedo hacer.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST32	Numérico	1	0	Cuando me altero, no puedo controlar mi comportamiento.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST33	Numérico	1	0	Cuando me altero, tengo dificultades para pensar en cualquier otra cosa.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
CON34	Numérico	1	0	Cuando me altero, me tomo tiempo para comprender qué es lo que realmente siento.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST35	Numérico	1	0	Cuando me altero, me toma mucho tiempo sentirme mejor.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST36	Numérico	1	0	Cuando me altero, me siento abrumado por mis emociones.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica

ANEXO 15: Libro de códigos análisis mediacional

Variable	Tipo	Ancho	Decimales	Etiqueta	Valores	Nivel	Cantidad
ID	Cadena	3	0	Identificador	Ninguno	Nominal	Politómica
Edad	Numérico	2	0	Edad	Ninguno	Razón	Politómica
Sexo	Numérico	1	0	Sexo	1=femenino 2=masculino	Nominal	Dicotómica
TTMTO	Numérico	2	0	Tiempo de tratamiento	Ninguno	Razón	Politómica
DX	Numérico	1	0	Diagnóstico	0=Sin diagnóstico comórbido 2=Con diagnóstico comórbido	Ordinal	Dicotómica
CON1	Numérico	1	0	Tengo claros mis sentimientos.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
CON2	Numérico	1	0	Presto atención a cómo me siento	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST3	Numérico	1	0	Experimento mis emociones como abrumadoras y fuera de control.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
CON4	Numérico	1	0	No tengo idea de cómo me siento.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
CON5	Numérico	1	0	Tengo dificultades para entender mis sentimientos.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
CON6	Numérico	1	0	Estoy pendiente de mis sentimientos.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
CON7	Numérico	1	0	Sé exactamente cómo me siento.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
CON8	Numérico	1	0	Me importa lo que siento.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
CON9	Numérico	1	0	Estoy confundido acerca de cómo me siento.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
CON10	Numérico	1	0	Cuando me altero, reconozco mis emociones.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
ACEP11	Numérico	1	0	Cuando me altero, me enojo conmigo por sentirme así.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica

ACEP12	Numérico	1	0	Cuando me altero, me avergüenzo por sentirme así.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST13	Numérico	1	0	Cuando me altero, tengo dificultades para llevar a cabo mi trabajo.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST14	Numérico	1	0	Cuando me altero, me descontrolo.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST15	Numérico	1	0	Cuando me altero, pienso que permaneceré así por mucho tiempo.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST16	Numérico	1	0	Cuando me altero, pienso que terminaré sintiéndome muy deprimido.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST17	Numérico	1	0	Cuando me altero, pienso que mis sentimientos son válidos e importantes.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST18	Numérico	1	0	Cuando me altero, tengo dificultades para concentrarme en otras cosas.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST19	Numérico	1	0	Cuando me altero, me siento fuera de control.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST20	Numérico	1	0	Cuando me altero, aún puedo hacer las cosas.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
ACEP21	Numérico	1	0	Cuando me altero, me siento avergonzado conmigo por sentirme así.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST22	Numérico	1	0	Cuando me altero, sé que puedo encontrar un modo de sentirme mejor.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
ACEP23	Numérico	1	0	Cuando me altero, siento que soy débil	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST24	Numérico	1	0	Cuando me altero, siento que puedo controlar mi comportamiento.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica

ACEP25	Numérico	1	0	Cuando me altero, me siento culpable por sentirme así.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST26	Numérico	1	0	Cuando me altero, tengo dificultades para concentrarme.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST27	Numérico	1	0	Cuando me altero, tengo dificultades para controlar mi comportamiento	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST28	Numérico	1	0	Cuando me altero, pienso que no hay nada que pueda hacer para hacerme sentir mejor.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
ACEP29	Numérico	1	0	Cuando me altero, me irrito conmigo mismo por sentirme así.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
ACEP30				Cuando me altero, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST31	Numérico	1	0	Cuando me altero, creo que sumergirme en ello es todo lo que puedo hacer.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST32	Numérico	1	0	Cuando me altero, no puedo controlar mi comportamiento.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST33	Numérico	1	0	Cuando me altero, tengo dificultades para pensar en cualquier otra cosa.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
CON34	Numérico	1	0	Cuando me altero, me tomo tiempo para comprender qué es lo que realmente siento.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST35	Numérico	1	0	Cuando me altero, me toma mucho tiempo sentirme mejor.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
EST36	Numérico	1	0	Cuando me altero, me siento abrumado por mis emociones.	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=La mitad de las veces 4=La mayoría de las veces 5=Casi siempre	Ordinal	Politómica
OBS1	Numérico	1	0	Cuando camino, me doy cuenta deliberadamente de las sensaciones de mi cuerpo en movimiento.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Politómica

DES2	Numérico	1	0	Soy bueno(a) en encontrar palabras para describir mis sentimientos.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Política
AJ3	Numérico	1	0	Me critico por tener emociones irracionales o inapropiadas.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Política
AR4	Numérico	1	0	Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar ante ellos.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Política
AC5	Numérico	1	0	Cuando hago algo mi mente tiende a divagar y me distraigo fácilmente.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Política
OBS6	Numérico	1	0	Cuando me baño o tomo una ducha, me mantengo alerta a las sensaciones del agua sobre mi cuerpo.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Política
DES7	Numérico	1	0	Puedo fácilmente poner en palabras mis creencias, opiniones y expectativas.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Política
AC8	Numérico	1	0	No presto atención a lo que hago por estar soñando despierto(a), andar preocupado(a), o distraído(a) de alguna otra manera.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Política
AR9	Numérico	1	0	Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Política
AJ10	Numérico	1	0	Me digo a mí mismo(a) que no me debería estar sintiendo como me estoy sintiendo.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Política
OBS11	Numérico	1	0	Me doy cuenta de cómo alimentos y bebidas afectan mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Política

DES12	Numérico	1	0	Me es difícil encontrar las palabras para describir lo que estoy pensando.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Politémica
AC13	Numérico	1	0	Me distraigo fácilmente. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos y que no debería pensar de tal manera.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Politémica
AJ14	Numérico	1	0	Presto atención a sensaciones, como el viento entre mi cabello o el sol sobre mi rostro.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Politémica
OBS15	Numérico	1	0	Tengo problemas para pensar en las palabras indicadas que expresen cómo me siento con respecto a las cosas.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Politémica
DES16	Numérico	1	0	Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Politémica
AJ17	Numérico	1	0	Se me hace difícil mantenerme enfocado(a) en lo que ocurre en el presente. Cuando experimento pensamientos o imágenes mentales aflitivas, me "detengo" y soy consciente del pensamiento o imagen sin dejar que estos se apoderen de mí.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Politémica
AR19	Numérico	1	0	Presto atención a sonidos, como los de las manecillas de un reloj, el cantar de los pájaros o el pasar de los autos.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Politémica
OBS20	Numérico	1	0				

AR21	Numérico	1	0	En situaciones difíciles soy capaz de hacer una pausa sin tener que reaccionar inmediatamente.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Politémica
DES22	Numérico	1	0	Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, me es difícil describirla pues no puedo encontrar las palabras indicadas.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Politémica
AC23	Numérico	1	0	Parece que actúo en "piloto automático", sin mayor conciencia de lo que estoy haciendo.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Politémica
AR24	Numérico	1	0	Cuando tengo pensamiento o imágenes mentales aflictivas, recobro la calma poco después.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Politémica
AJ25	Numérico	1	0	Me digo a mí mismo(a) que no debería estar pensando como estoy pensando.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Politémica
PBS26	Numérico	1	0	Percibo los olores y aromas de las cosas.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Politémica
DES27	Numérico	1	0	Incluso cuando me siento terriblemente alterado(a), soy capaz de encontrar la manera de ponerlo en palabras.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Politémica
AC28	Numérico	1	0	Me apresuro entre una y otra actividad sin estar muy atento a cada una de ellas	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Politémica
AR29	Numérico	1	0	Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas, soy capaz de observarlas sin reaccionar.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Politémica
AJ230	Numérico	1	0	Pienso que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentir las.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Politémica

OBS31	Numérico	1	0	Me doy cuenta de elementos visuales en el arte o en la naturaleza, como colores, formas, texturas y patrones de luz y sombra.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Política
DES32	Numérico	1	0	Mi tendencia natural es la de colocar mis experiencias en palabras.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Política
AR33	Numérico	1	0	Cuando tengo pensamientos o imágenes aflictivas, puedo reconocerlas como tales y dejarlas ir.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Política
AC34	Numérico	1	0	Realizo deberes o tareas de manera automática sin estar consciente de lo que estoy haciendo.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Política
AJ35	Numérico	1	0	Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas, me juzgo a mí mismo(a) como bueno(a) o malo(a), dependiendo del tipo de pensamiento o imagen mental.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Política
OBS36	Numérico	1	0	Presto atención a cómo mis emociones afectan mis pensamientos y comportamiento. Usualmente soy capaz de describir en detalle cómo me siento en un momento determinado.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Política
DES37	Numérico	1	0		1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Política
AC38	Numérico	1	0	Me encuentro a mí mismo(a) haciendo cosas sin prestarles atención.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Política
AJ39	Numérico	1	0	Me desapruedo cuando tengo ideas irracionales.	1=Nunca o muy rara vez es cierto 2=Rara vez es cierto 3=Algunas veces cierto 4=A menudo cierto 5=Muy a menudo cierto	Ordinal	Política

ANEXO 16: Estándares para la Evaluación Educativa y psicológica (AERA et al., 2014)

Estándares para la Evaluación Educativa y psicológica (AERA et al., 2014)

La presente investigación cumple con diversos estándares correspondientes a la validez, confiabilidad, diseño y documentos que dan soporte la instrumento. Se presentará el estándar y se justificará su cumplimiento en el estudio.

Estándares para la validez

1.1. El autor de la prueba debe especificar la manera en la cual los puntajes de esta se interpretarán y utilizarán. Se debe delimitar la población para la cual se destinará el instrumento y el constructo que se pretende evaluar debe describirse claramente (p. 23): los puntajes derivados de la aplicación del DERS pretenden proporcionar información sobre diferentes aspectos de la desregulación emocional (Estrategias, Conciencia y Aceptación), así como, el grado de desregulación emocional de la persona evaluada. Cada uno de estos aspectos y el constructo de desregulación emocional han sido definidos el capítulo Definición de variables, objetivos e hipótesis, y en el capítulo Método.

1.8. Se debe describir de manera detallada la composición de cualquier muestra a partir de la cual se obtienen las evidencias de validez (p. 25): Los participantes fueron 367 personas residentes de Lima Metropolitana entre las edades de 18 a 50 años con una edad promedio de 26.35 años la mayoría mujeres (61.8%) y el resto hombres (38.2%). Se muestran más detalles sobre las características de la muestra y el método empleado para seleccionar la misma en el capítulo Método

1.9. Cuando la validación recae sobre opiniones de un grupo de jueces expertos es necesario especificar su proceso de selección, así como el medio por el cual se registraron sus evaluaciones. Se deben presentar sus calificaciones y experiencia. Se deben reportar las instrucciones brindadas, indicar si los jueces asumieron sus decisiones de manera independiente y reportar el grado de acuerdo (p. 25): Se empleó la calificación de 10 jueces expertos en regulación emocional. Todos tuvieron indicaciones precisas y una ficha para completar su calificación por cada ítem (ver Anexo 7). Con sus calificaciones

se calculó el coeficiente V de Aiken que superó, en todos los ítems el valor mínimo requerido de .80 (Escrura, 1988). Para mayor información se puede consultar el capítulo Resultados.

1.10. Cuando las evidencias de validez incluyen análisis estadísticos de los resultados de la prueba junto con los datos de otras variables, las condiciones en las que se recolectó la información deben describirse para que los usuarios puedan juzgar la relevancia de los resultados estadísticos (p. 26): Se presentaron evidencias de validez relacionadas con otras variables al comparar las puntuaciones obtenidas la escala completa y cada factor de una población con un diagnóstico clínico (TLP) y otra sin un diagnóstico. Los datos de cada población se encuentran en el capítulo Método y los resultados de estas comparaciones en el capítulo Resultados.

1.13. Cuando la argumentación para las interpretaciones de las puntuaciones de una prueba depende de la relación entre los ítems o entre partes del instrumento se debe reportar las evidencias vinculadas a la estructura interna (p. 26): En la sección de Resultados y en la primera parte del capítulo de Discusión se presenta información sobre la interpretación de los tres factores obtenidos del DERS en la presente investigación.

Estándares para la confiabilidad

2.0. Se debe proporcionar evidencias de confiabilidad apropiadas para las interpretaciones de uso de las puntuaciones (p. 42): Para estimar la confiabilidad de la escala completa y de cada factor se calculó el Coeficiente Omega. Los resultados para la escala y sus factores fueron positivos pues superaron el mínimo requerido de .70 (Dunn, et al., 2014). El detalle de estos análisis puede verse en el capítulo Resultados.

2.3. Se deben reportar índices de confiabilidad para cada puntaje (p. 43): Los coeficientes de confiabilidad para los factores Estrategias, Conciencia y Aceptación superaron el mínimo requerido y han sido reportados en el capítulo Resultados

2.11. Se debe reportar la confiabilidad estimada para cada subgrupo relevante para el cual se recomienda la prueba (p. 45): Se han reportado los coeficientes de confiabilidad para

personas entre 18 y 55 años sin ningún diagnóstico psiquiátrico y para personas con diagnóstico de TLP del mismo rango de edad.

2.13. El Error Estándar de Medición (EEM), tanto general y condicional (si se reporta), debe proporcionarse en unidades para cada puntuación reportada (p. 45): Se reporta los EEM para cada puntaje obtenido del DERS en el capítulo Resultados.

Estándares para el diseño y desarrollo del instrumento

4.1. Se debe especificar el propósito del instrumento, la definición del constructo y las interpretaciones de los usos de este (p. 85): Este instrumento tiene como objetivo evaluar la variable de desregulación emocional. El constructo está detalladamente definido en los capítulos Marco teórico; Objetivo, hipótesis y definición de variables; Resultados; y en la primera parte de la sección de Discusión.

4.2. El instrumento debe especificar el contenido, la duración, el formato de los ítems, las propiedades psicométricas de los ítems y el ordenamiento de estos. También, los procedimientos a seguir para su administración (p. 85): En la ficha técnica (ver Anexo 13) se encuentran las especificaciones para la aplicación del instrumento.

4.10. Cuando se evalúan las propiedades psicométricas de los ítems, hay que especificar el modelo psicométrico del cual se parte. Describir la muestra empleada para estimar estas propiedades. Esta, debe ser de adecuado tamaño y diversidad (p. 89): El análisis de las propiedades psicométricas del DERS parte de la teoría clásica de los tests (TCT). La muestra fue de 367 participantes, por lo que se cumple con el criterio mínimo de 10 veces el número de ítems propuesto (Nunnally, 1987). Los detalles de la muestra se encuentran en el capítulo Método.

4.15. Deben incluirse las pautas de administración para que otros puedan replicar las condiciones en las cuales se obtuvieron los datos de confiabilidad y validez (p. 90): La administración de la escala se dio en un formato online usando *Google forms*. Los detalles de la administración pueden verse en el capítulo Método.

4.17. Si el instrumento se usa con fines de investigación, se deben mostrar afirmaciones sobre esto en todos los materiales de administración e interpretación entregados a los usuarios del instrumento (p. 91): Los participantes estuvieron informados sobre el objetivo académico de la evaluación y el carácter confidencial de esta. Esta información les fue brindada en el consentimiento informado (ver Anexo 1).

Estándares para la elaboración de normas

5.8. Para la elaboración de las normas se debe describir de manera clara la población para la cual esta fue diseñada (p. 104): Se elaboró un baremo clasificado en percentiles de acuerdo con cada factor y el total del DERS. El baremo se puede observar en el capítulo Resultados.

Documentos que dan soporte al instrumento

7.4. La documentación del instrumento debe resumir los procedimientos del desarrollo del test, incluyendo la descripción y resultados de los análisis estadísticos y las evidencias de confiabilidad (p. 126): En el capítulo Método se encuentra el proceso que se siguió para adaptar la escala. Además, en el capítulo Resultados se detallan resultados de los análisis estadísticos.

7.6. Cuando una prueba está disponible en más de un idioma, se debe presentar información sobre la manera en la que se adaptó y tradujo el instrumento (p. 127): La adaptación y traducción de la escala se hizo mediante el proceso de traducción inversa. Para ello, se contrató a cuatro traductores certificados y a un experto en regulación emocional. Los pasos que se siguieron y los resultados de la traducción de pueden ver en los capítulos Método y Resultados.