



CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TESIS

ENSAYO CLÍNICO PARA EVALUAR LA EFICACIA DE LA DBT-A-MX E IBM EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES CON ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

PRESENTA

Stephania Montserrat Arteaga de Luna

PARA OBTENER EL GRADO DE MAestrÍA EN INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA

TUTORA

Dra. Alicia Edith Hermosillo de la Torre

CO-TUTORA

Dra. Paulina Arenas Landgrave

INTEGRANTES DEL COMITÉ TUTORIAL

Dra. Kalina Isela Martínez Martínez

Mtra. Inés Vásquez Rico

Aguascalientes, Ags. 25 de noviembre de 2022

MTRA. EN C. S. H. MARÍA ZAPOPAN TEJEDA CALDERA
DECANA DEL CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

PRESENTE

Por medio del presente como **Miembros del Comité Tutorial** designado del estudiante **STEPHANIA MONTSERRAT ARTEAGA DE LUNA** con ID 113384 quien realizó la tesis titulada: **ENSAYO CLÍNICO PARA EVALUAR LA EFICACIA DE LA DBT-A-MX E IBM EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES CON ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**, un trabajo propio, innovador, relevante e inédito y con fundamento en el Artículo 175, Apartado II del Reglamento General de Docencia damos nuestro consentimiento de que la versión final del documento ha sido revisada y las correcciones se han incorporado apropiadamente, por lo que nos permitimos emitir el **VOTO APROBATORIO**, para que ella pueda proceder a imprimirla así como continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Ponemos lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, le enviamos un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"Se Lumen Proferre"

Aguascalientes, Ags., a 30 de enero de 2023.

Dra. Alicia Edith Hermosillo de la Torre
Tutor de tesis

Dra. Kalina Isela Martínez Martínez
Asesor de tesis

Dra. Paulina Arenas Landgrave
Co-Tutor de tesis

Mtra. Inés Vázquez Rico
Asesor de tesis

c.c.p.- Internado
c.c.p.- Secretaría Técnica del Programa de Posgrado



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO



Fecha de dictaminación dd/mm/aaaa: 02/02/2023

NOMBRE: STEPHANIA MCINTERRAT ARTEAGA DE LUNA ID: 113384

PROGRAMA: MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA IGAC (del programa): Comportamientos saludables y adictivos

TIPO DE TRABAJO: [X] Tesis [] Trabajo Práctico

TÍTULO: ENSAYO CLÍNICO PARA EVALUAR LA EFICACIA DE LA DBT-A-MX E IBM EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES CON ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): Incrementó el conocimiento sobre la eficacia de programas de Terapia Dialéctico Conductual (entrenamiento en habilidades) e Intervenciones Basadas en Mindfulness como estrategias de reducción de factores psicosociales de riesgo asociados al suicidio, estrés y comportamiento de riesgo de suicidio en estudiantes universitarios del centro occidente del país.

INDICAR	SI	NO	N.A. (NO APLICA)	SEGÚN CORRESPONDA:
<i>Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:</i>				
SI				El trabajo es congruente con la IGAC del programa de posgrado
SI				La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI				Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI				Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI				Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI				El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI				Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
SI				Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI				Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta arrojada)
<i>El egresado cumple con lo siguiente:</i>				
SI				Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
SI				Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, profesional, etc)
SI				Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los egresados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
N.A.				Cuenta con la carta de satisfacción del Usuario
SI				Coincide con el título y objetivo registrado
SI				Tiene congruencia con cuerpos académicos
SI				Tiene el CVU del Conacyt actualizado
N.A.				Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales (en caso que proceda)
<i>En caso de Tesis por artículos científicos publicados:</i>				
N.A.				Aceptación o Publicación de los artículos según el nivel del programa
N.A.				El estudiante es el primer autor
N.A.				El autor de correspondencia es el Tutor del Núcleo Académico Básico
N.A.				En los artículos se ven reflejados los objetivos de la tesis, ya que son producto de este trabajo de investigación.
N.A.				Los artículos integran los capítulos de la tesis y se presentan en el idioma en que fueron publicados.
N.A.				La aceptación o publicación de los artículos en revistas indexadas de alto impacto

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado: SI No

Elaboró: **FIRMAS**
 * NOMBRE Y FIRMA DEL CONSEJO SEGÚN LA IGAC DE ADSCRIPCIÓN: Dr. Sta. de los Angeles Vicio-Mora
 NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO TÉCNICO: Dr. Miguel Ángel Sepúlveda Pallas
 * En caso de conflicto de intereses, firmado un recibo de liberación del IPR de la UAG, correspondiente (directa al tutor y co-tutores del comité tutorial, asignado por el Consejo)
 Revisó: Dr. Alfredo López Ferreira
 NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:
 Autorizó: Mtra. María Zapopan Tejeda Caldera
 NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado
 En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ... Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado o el Art. 106F del Reglamento del Secretario Técnico, Anex al Reglamento de los estudios.



Factores psicosociales de riesgo de suicidio en estudiantes universitarios de primer año

Psychosocial risk factors for suicide in first-year university students

Stephania M. Arteaga-de-Luna ^a, Alicia E. Hermosillo-de-la-Torre ^b

Abstract:

The university stage is critical in the incidence and prevalence of mental health problems associated with the risk of suicide. Specifically, Aguascalientes is positioned, in the first place in suicide rates, with a predominance of young people. Objective: To estimate the prevalence of psychosocial risk factors associated with suicide in college students, in the first year of university in Aguascalientes, Mexico, in the confinement derived from the covid-19 pandemic. Method: a cross-sectional exploratory study, with non-probabilistic sampling. Results: 63% presented at least one mental health risk indicator, 41% insecure attachment, 39% difficulties in emotional management, 32% risks due to the use/abuse of addictive substances, increased consumption of alcohol and tobacco, and 20% reported self-harm intending to die in the last year. Conclusion: the present study shows the high prevalence of psychosocial risk factors associated with suicide in first-year university students during the conditions of partial confinement derived from COVID-19. The estimates show a possible increase in mental health problems and the need to generate strategies that reduce the gap in mental health, which must be aimed at preventing and correcting risky substance use, anxiety, and depression, report prevention strategies self-care, and monitoring suicide risks.

Keywords:

College students, psychosocial risk factors, Mexicans, prevalence and incidence, suicide risk

Resumen:

La etapa universitaria es crítica en la incidencia y prevalencia de problemas de salud mental asociados al riesgo de suicidio. Específicamente el estado de Aguascalientes está posicionado, por más de 5 años, en los primeros lugares en tasas de suicidio, con predominancia en jóvenes. Objetivo: estimar la prevalencia de factores psicosociales de riesgo asociados al suicidio en estudiantes universitarios que cursan el primer año de formación universitaria de una institución de educación superior del estado de Aguascalientes, México, dentro del marco del confinamiento derivado de la pandemia por covid-19. Método: estudio exploratorio transversal, con muestreo no probabilístico. Resultados: el 63% presentó al menos un indicador de riesgo en la salud mental, 41% apego inseguro, 39% dificultades en el manejo emocional, 32% riesgos por el uso/abuso de sustancias adictivas, mayor consumo de alcohol y tabaco, y el 20% reportó autolesionarse con la intención de morir en el último año. Conclusión: el presente estudio evidencia la alta prevalencia de factores psicosociales de riesgo asociados al suicidio en estudiantes universitarios de primer año durante las condiciones del confinamiento parcial derivado del Covid-19. Las estimaciones muestran un posible incremento de los problemas de salud mental y la necesidad de generar estrategias que disminuyan la brecha en salud mental, mismas que han de orientarse a prevenir y corregir el consumo riesgoso de sustancias, la ansiedad y la depresión, informen estrategias de autocuidado, y se establezcan monitoreos constantes ante los posibles de riesgos de suicidio.

Palabras Clave:

Estudiantes universitarios, factores psicosociales de riesgo, mexicanos, prevalencia e incidencia, riesgo de suicidio

Agradecimientos

Agradezco al Consejo Nacional de Investigación Tecnología (CONACyT) y a la Universidad Autónoma de Aguascalientes (UAA) por haber otorgado una beca para ejecutar la presente investigación y el subsidio proporcionado durante estos dos años para la realización del posgrado.

Quiero agradecer a las autoridades de la institución que permitieron la realización del estudio, y a los estudiantes universitarios que aceptaron participar en esta investigación, debido a que sin ellos no hubiese sido posible este trabajo.

Agradezco a cada una de las miembros del comité: la Dra. Paulina Arenas Landgrave, por aceptar formar parte de éste y por su apoyo, a la Dra. Kalina Martínez por sus valiosas retroalimentaciones, a la Mtra. Inés Vázquez Rico, por nutrir el presente trabajo con su orientación y cuestionamientos. Especialmente, quiero agradecer a mi tutora, la Dra. Alicia Edith Hermsillo de la Torre por su invaluable orientación y conocimientos brindados, por su paciencia, dedicación, impulso y apoyo en los momentos de dificultad emocional e incertidumbre durante este proceso de formación y de investigación.

Además, agradezco a cada uno de mis profesores del posgrado, por su apoyo formativo. A los miembros del Laboratorio de Regulación Emocional y Prevención del Suicidio de la UAA por su apoyo profesional, especialmente a la Mtra. Denise Acevedo y Lic. Azul Medrano.

Sobre todo agradezco a Dios por mostrarme este camino de trabajo profesional. Sin duda, agradezco a mis padres y hermanos, quienes me brindaron sus esfuerzos, comprensión, cariño y apoyo para que esto fuera posible. Además, a mis amistades que estuvieron “echándome porras”: Diana, Miriam, Brenda, Carlos, Isaac y Juan Carlos. A mis compañeros del posgrado, especialmente a Ana Luisa, Daniel y Marisol. Y así mismo al Lic. Oscar Ferreyra, y a la Dra. Fabiola Betanzos de la UMSNH.

Dedicatoria

Este trabajo se lo dedico a mis padres quienes, con su esfuerzo y comprensión, me han dado, a lo largo del tiempo, el apoyo necesario para fortalecer el camino y alcanzar entre otros aspectos el trabajo aquí presente.

A mis hermanos, por respaldarme y estar para mí ante mis necesidades. A mi hermana, por siempre estar para mí, por escucharme y apoyarme.

A mis profesores de pregrado y posgrado que me enseñaron el mundo de la psicología, especialmente a mi comité tutorial.

A los estudiantes universitarios de pregrado en pro de la búsqueda de mejorar la salud mental y la satisfacción con la vida.

Índice General

Resumen.....	7
Abstract.....	8
Introducción	9
Capítulo 1. La salud mental en estudiantes universitarios: epidemiología, riesgos psicosociales asociados al suicidio y barreras en el tratamiento.....	11
Barreras para la atención de la salud mental en contextos escolares	13
Capítulo 2. La efectividad de las intervenciones basadas en el aprendizaje de habilidades socio-emocionales y la reducción de riesgos en estudiantes universitarios.....	16
Intervenciones en Habilidades DBT e Intervenciones Basadas en Mindfulness (IBM) en contextos escolares.....	18
Terapia Dialéctica Conductual (DBT)	18
Tolerancia al malestar.	21
Efectividad Interpersonal.	21
Protocolo de trabajo con adolescentes: El caso de la DBT-A.....	22
Intervenciones Basadas en Mindfulness (IBM)	23
Mindfulness.....	23
Características de IBM.....	25
Capítulo 3. Efectividad de las intervenciones en DBT e IBM con población universitaria.....	29
Capítulo 4. Planteamiento del problema	31
Objetivo del estudio	32
Objetivos Particulares	33
Hipótesis.....	33
Variables	34
Capítulo 5. Método	36

Diseño	36
Participantes	36
Materiales e Instrumentos	39
Procedimiento	42
Etapa 1. Desarrollo de materiales e instrumentos	42
Etapa 2. Tamizaje.....	45
Etapa 3. Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado.....	46
Etapa 4. Seguimientos.....	55
Aspectos éticos.....	55
Análisis de datos	56
Capítulo 6. Resultados	60
Eficacia de los programas	60
Adquisición de habilidades y su relación con las variables de estudio	66
Prevalencia de factores psicosociales de riesgo asociados al suicidio (O1).....	68
Características demográficas y académicas	69
Factores psicosociales asociados al riesgo de suicidio y conducta suicida	69
Permanencia.....	72
Materiales, implementación, satisfacción y aceptación de los programas	73
Integridad en la implementación de las sesiones	75
Resultados adicionales: Adaptación del DBT-WCCL.....	78
Capítulo 7. Discusión.....	87
Estrés.....	87
Riesgo de suicidio	91
Factores psicosociales asociados al riesgo de suicidio.....	92
Depresión	92
Desregulación emocional.....	95
Ansiedad.....	97
Riesgo por consumo de sustancias.....	99

Habilidades DBT y afrontamiento disfuncional.....	101
Permanencia, evaluación y satisfacción con los programas.....	104
Papel de las habilidades DBT y Atención Plena.....	105
Lineamientos de mejora.....	107
Limitaciones.....	107
Conclusiones.....	109
Referencias.....	111
Apéndices.....	132
Apéndice A. Autorización comité de bioética.....	133
Apéndice B. Consentimientos informados.....	134
Apéndice C. Muestra del manual facilitador IBM de Palouse.....	137
Apéndice D. Muestra de Hojas de trabajo para los participantes en IBM.....	138
Apéndice E. Auto-registros.....	140
Apéndice F. Trayectorias individuales.....	143
Apéndice G. Cuestionario de satisfacción del curso.....	170
Apéndice H. Lista de Cotejo integridad IBM.....	175
Apéndice I. Lista de Cotejo integridad DBT.....	179

Índice de Tablas

Tabla 1 Distribución programada de participantes en la adaptación del DBT-WCCL..... 45

Tabla 2 Esquema de Sesiones DBT-A-MX e IBM 48

Tabla 3 Eficacia de DBT-A-MX sobre el estrés, los factores psicosociales de riesgo asociados al suicidio, comportamiento de riesgo de suicidio y uso de habilidades DBT y Mindfulness..... 62

Tabla 4 Eficacia de IBM sobre el estrés, los factores psicosociales de riesgo asociados al suicidio, comportamientos de riesgo de suicidio y uso de habilidades DB y Mindfulness 63

Tabla 5 Tamaños del efecto al paso de hasta seis meses de finalizada la intervención..... 65

Tabla 6 Descriptivos y parámetros poblacionales de los factores de riesgo y conducta suicida tamizados 70

Tabla 7 Porcentajes de consumo de sustancias durante el último mes 71

Tabla 8 Frecuencias y porcentajes de permanencia por intervención y turno..... 72

Tabla 9 Cargas factoriales de los reactivos en la solución con 3 factores..... 79

Tabla 10 Análisis paralelo basado en el análisis de rango mínimo de factores 82

Tabla 11 Análisis factorial confirmatorio con la primera muestra..... 83

Tabla 12 Índices de ajuste 85

Tabla 13 Índices de ajuste 85

Índice de Figuras

Figura 1 Diseño del ECCA Factorial 36

Figura 2 Diagrama de flujo de participantes del ECCA..... 38

Figura 3 Calendarización del ECCA y sus respectivos seguimientos..... 53

Figura 4 Modelos de las habilidades DBT y Atención Plena sobre Factores psicosociales de riesgo y comportamiento de riesgo de suicidio..... 67

Figura 5 Modelos de las habilidades DBT y Atención Plena sobre Factores psicosociales de riesgo y comportamiento de riesgo de suicidio..... 68

Figura 6 Grado de integridad IBM por sesión 76

Figura 7 Grado de indicadores de la intervención IBM 76

Figura 8 Grado de integridad DBT-A-MX por sesión 77

Figura 9 Grado de indicadores de la intervención DBT-A-MX..... 78

Figura F1 Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A001 143

Figura F2 Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A004 144

Figura F3 Trayectoria de factores a lo largo de la internvección IBM en A005 145

Figura F4 Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A006 146

Figura F5 Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A010 147

Figura F6 Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A011 148

Figura F7 Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A012 149

Figura F8 Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A014 150

Figura F9 Trayectoria de factores a lo largo de la intervnección IBM en A015 151

Figura F10 Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A017..... 152

Figura F11 Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A018..... 153

Figura F12 Trayectoria de factores a lo largo de la intervnección IBM en A019..... 154

Figura F13 Trayectoria de factores a lo largo de la intervnección IBM en A020..... 155

Figura F14 Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A022..... 156

Figura F15 Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B003 157

Figura F16 Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B005 158

Figura F17 Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B006 159

Figura F18 Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B009 160

Figura F19 Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B012 161

Figura F20 Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B013 162

Figura F21 Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B014 163

Figura F22 Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B015 164

Figura F23 Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B017 165

Figura F24 Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B018 166

Figura F25 Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B019 167

Figura F26 Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B020 168

Figura F27 Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B021 169

Resumen

Existe una alta incidencia y prevalencia de problemas de salud mental en estudiantes universitarios aunados a una brecha de acceso a la salud mental. Las intervenciones de tercera generación han mostrado ser una vía de intervención favorable para la disminución de estos problemas. Las Intervenciones Basadas en Mindfulness (IBM) y los entrenamientos en habilidades DBT a nivel internacional han mostrado resultados favorables en la disminución de factores psicosociales de riesgo asociados a la conducta suicida como la depresión, autolesiones, etc. Específicamente en México se identifica poca evidencia sobre la implementación de estos programas en contextos universitarios. El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar la eficacia de dos programas de tercera generación (habilidades DBT-A-MX e IBM) en la reducción del estrés y riesgos psicosociales asociados al comportamiento suicida en estudiantes universitarios. A través de un ensayo clínico factorial de dos brazos, longitudinal, unicéntrico a doble ciego. La IBM tuvo tamaños del efecto pequeño a moderado en la disminución del estrés y su efecto al paso de hasta seis meses incrementó. En tanto que la DBT-A-MX no mostró resultados inmediatos en la disminución del estrés, pero sí efecto moderado al paso del tiempo. Los factores psicosociales de riesgo disminuyeron en ambos tratamientos. La IBM tuvo efectos, principalmente, moderados en la disminución de la depresión, la desregulación emocional y sus componentes, y en el afrontamiento disfuncional. En tanto que DBT-A-MX tuvo tamaños del efecto pequeño y moderado en la disminución de la desregulación emocional y afrontamiento disfuncional respectivamente. Se concluye IBM y DBT-A-MX requieren de mejoras para disminuir consumo de sustancias y sintomatología ansiosa, empero, resultan eficaces para reducir factores psicosociales de riesgo asociados al riesgo de suicidio en estudiantes universitarios.

Palabras clave: IBM, DBT-A-MX, estudiantes universitarios, factores psicosociales de riesgo asociados al suicidio, riesgo de suicidio.

Abstract

There is a high incidence and prevalence of mental health problems in university students coupled with a gap in access to mental health. Third-Wave Therapies (TW) has shown to be a benefit intervention path to reduce these problems. Mindfulness-Based Interventions (MBI) and DBT skills training internationally have shown favorable results in reducing psychosocial risk factors associated with suicidal behavior such as depression, self-harm, etc. Specifically, in Mexico, little evidence about this programs in university contexts. The objective of this work was to evaluate the effectiveness of two TW programs (DBT-A-MX skills and MBI) in reducing stress and psychosocial risks associated with suicidal behavior in university students. Through a two-arm, longitudinal, single-center, double-blind factorial clinical trial. MBI had since small to moderate effect sizes for stress reduction, and its effect increased over six months. While the DBT-A-MX did not show immediate results in reducing stress, it did show a moderate effect over time. Psychosocial risk factors decreased in both treatments. MBI had moderate effects in reducing depression, emotional dysregulation, and dysfunctional coping. While DBT-A-MX had small and moderate effect sizes in the reduction of emotional dysregulation and dysfunctional coping, respectively. On concluded that IBM and DBT-A-MX require improvements to reduce substance use and anxious symptoms, nevertheless, they are effective in reducing psychosocial risk factors associated with suicide risk in university students.

Keywords: MBI, DBT-A-MX, college students, psychosocial risk factors associated with suicide, suicide risk.

Introducción

Existe una alta incidencia y prevalencia de trastornos mentales y muertes por suicidio alrededor del mundo. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) cerca de 450 millones de personas tienen algún trastorno mental y aproximadamente 1 millón se suicida (Organización Mundial de la Salud, 2004). Particularmente, la preocupación por el bienestar de los estudiantes universitarios incrementa, debido a que durante esta etapa, los jóvenes se enfrentan a tareas del desarrollo y a un contexto escolar que puede favorecer el incremento de estrés, que al relacionarse con la carencia de habilidades efectivas para responder al medio pueden incrementar la probabilidad de la aparición de problemáticas mentales (Cuamba & Zazueta, 2020). En esta dirección, se considera la necesidad de implementar estrategias de intervención eficaces para la promoción y la prevención en salud mental, que permitan fomentar la salud y disminuir la incidencia de trastornos mentales (Jané-Llopis, 2004; OMS, 2004), fundamentalmente, en contextos escolares.

En el presente estudio se pretende abonar al conocimiento y desarrollo de intervenciones de corte universal y selectivo, en la línea de trabajo de las Terapias de Tercera Generación, específicamente Terapia Dialéctica Conductual (DBT) e IBM que han sido validadas científicamente para la disminución del estrés y factores de psicosociales de riesgo asociados al comportamiento suicida (ansiedad, depresión, desregulación emocional, afrontamiento disfuncional), para su implementación en estudiantes del estado de Aguascalientes durante el primer año de educación superior.

Por lo anterior, en este documento, se presenta inicialmente un panorama general de la prevalencia e incidencia de trastornos mentales en universitarios y las barreras identificadas para acceder a los servicios de salud mental, resaltando la necesidad de desarrollar e implementar intervenciones en contextos escolares. Por ende, en el Capítulo 2 se señalan las intervenciones orientadas al desarrollo de habilidades socioemocionales que se han considerado clave para el sano desarrollo psicológico, en los contextos educativos, encontrando algunos programas implementados en este sentido, entre ellos se identifica que

programas informados de Terapias Cognitivo Conductuales, Terapias de Tercera Generación e intervenciones “mente-cuerpo” (Amanvermez et al., 2020) resultan efectivas para la disminución de factores de riesgo. Posteriormente, en el Capítulo 3, se presentan dos intervenciones de Tercera Generación (TW), las cuales son de interés para este estudio: la Terapia Dialéctica Conductual y las Intervenciones Basadas en Mindfulness (IBM) mismas que se han consolidado como tratamientos basados en evidencia, por lo que se muestra la efectividad y eficacia reportada de su implementación con población universitaria. Sin embargo, se identifican áreas de oportunidad sobre la eficacia de los tratamientos en su aplicación para contextos académicos mexicanos. En el Capítulo 4 se muestra el planteamiento del problema implicado para responder a la eficacia sobre las intervenciones.

Por lo anterior, en el Capítulo 5 se presenta el método utilizado para dar respuesta a los objetivos y preguntas del presente estudio en relación con la eficacia. Posteriormente, en el Capítulo 6, se muestran los resultados en función a los objetivos general y particulares, y resultados adicionales. Seguido, en el Capítulo 7 se establecen líneas hipotéticas a los resultados encontrados sobre la eficacia de cada variable evaluada, que dan pauta a lineamientos de mejora, además, se discute el papel de las habilidades y el planteamiento de un modelo de la interacción de las variables, además de resultados como la permanencia de los participantes en las intervenciones y las evaluaciones de las mismas, para cerrar con las limitaciones del estudio y conclusión sobre la eficacia de los tratamientos implementados.

Capítulo 1. La salud mental en estudiantes universitarios: epidemiología, riesgos psicosociales asociados al suicidio y barreras en el tratamiento

La etapa universitaria es crítica en la aparición de trastornos mentales. Investigaciones realizadas en México y el mundo señalan que, los problemas mentales relacionados con el estado de ánimo, la ansiedad y el uso de sustancias aparecen durante la adolescencia y la adultez temprana (Benjet et al., 2019; Cuamba & Zazueta, 2020; Kessler et al., 2005; McGorry et al., 2011; Romo et al., 2019). Esta aparición, puede estar relacionada tanto con tareas del desarrollo, la transición misma de esta etapa de vida y las exigencias propias del contexto universitario que, en su conjunto, conllevan desafíos e inestabilidades (Slavich & Auerbach, 2018).

Uno de los procesos que caracterizan más esta etapa de la vida es el desarrollo identitario y la adquisición de una mayor autonomía (Gaete, 2015). Procesos que, en contextos escolares, se encuentran afectados por tensiones y exigencias académicas, la presión por el éxito y la competitividad (Cuamba & Zazueta, 2020; Silva-Gutiérrez & de la Cruz, 2017; Silva-Ramos et al., 2019). Además, de acuerdo con Auerbach et al. (2018), los jóvenes también experimentan angustia por la transición misma de esta etapa de vida y en el terreno interpersonal experimentan demandas en las relaciones sentimentales (Silva-Gutiérrez & de la Cruz, 2017), que generan una condición de vulnerabilidad.

En los contextos universitarios los jóvenes están más propensos a experimentar estrés y problemas de salud mental dada las sobrecargas de tareas, evaluación de profesores hacia los alumnos, tiempos límite para entregar trabajos, entre otras condiciones que suelen ser percibidas como estresores (Silva-Ramos et al., 2019). El nivel de estrés percibido tiene que ver con las capacidades que se tienen para afrontarlo (Lazarus & Folkman, 1986). Cuando las demandas superan las propias capacidades la tarea resulta amenazante, presentando afectos negativos, aflicción subjetiva, irritabilidad, agitación y dificultad para relajarse. Si se mantiene en el tiempo se presenta agotamiento, alteraciones en el sueño, afectaciones negativas en el desempeño de las actividades y en el logro de las aspiraciones personales (Alfonso-Aguila et al., 2015). La presencia de éstos incrementa la probabilidad

de desarrollar desajustes psíquicos, trastornos mentales, problemas con el abuso de sustancias y comportamiento suicida (Agid et al., 2000; Slavich & Auerbach, 2018; Tureki, 2019).

Diversos estudios han señalado la creciente problemática de salud mental en estudiantes universitarios. En este sentido, LeViness, et al. (2017) y Galatzer-Levy et al. (2012) estiman que alrededor del 50% de los estudiantes de educación superior, en general, tienden a padecer problemas de salud mental que requieren ser atendidos. Por su parte, la iniciativa de encuestas de salud mental de la OMS [World Health Organization World Mental Health Surveys International College Student initiative] señala que el 35% de los alumnos del primer año universitario han tenido un trastorno mental alguna vez en su vida y el 31% durante los últimos 12 meses (Auerbach et al., 2018). Los trastornos que predominan son los relacionados con la ansiedad, el consumo de sustancias, y del estado de ánimo, específicamente la depresión (Auerbach et al., 2018; Bruffaerts et al., 2018; Ebert et al., 2019). Esta última, se ha reportado entre el 10% y el 85% de los estudiantes (Ibrahim et al., 2013).

En México, se ha estimado que el 29.6% de los estudiantes universitarios de recién ingreso presentan uno o más problemas de salud mental, siendo los más comunes la ansiedad, el Trastorno por Déficit de Atención (TDAH), y dependencia al alcohol (Benjet et al., 2019). Por lo que respecta a los jóvenes universitarios en el estado de Aguascalientes, un estudio llevado a cabo en una universidad pública determinó, igualmente, que alrededor del 30% de los alumnos de nuevo ingreso presentó algún problema de salud mental o consumo de sustancias y el 11% conductas y pensamientos suicidas que persisten (Proyecto Universitario para Alumnos Saludables [PUERTAS], 2020). Asimismo, se estimó que los estudiantes que entraron a la Universidad sin un trastorno o problema por el consumo de sustancias mostraron un incremento del 13% al 20% en un lapso de tres años, consistente con lo señalado en el estudio de Zivin et al. (2009), quien apunta que existe un porcentaje considerable de jóvenes que ingresan a la universidad y aumentan sus problemas de salud mental a lo largo de su formación académica.

La presencia de problemas de salud mental como depresión, uso/abuso de sustancias, ansiedad, en conjunto con otros problemas, se han asociado al riesgo de suicidio (Hermosillo-de-la-Torre et al., 2021; Hermosillo-de-la-Torre et al., 2015; Turecki et al., 2019). En este sentido, se encuentran varios modelos explicativos, en los que se abordan factores psicosociales de riesgo, entendidos como las variables que incrementan la probabilidad de cometer un acto suicida. Específicamente el modelo biopsicosocial de riesgo de suicidio, elaborado por Turecki et al., (2019) implica diversos factores que interactúan entre sí. De los cuales se identifican los factores de desarrollo, en los que se encuentran las experiencias adversas a edades tempranas como el apego inseguro, el afecto negativo como la baja autoestima y habilidades bajas para enfrentar el estrés, que facilitan la presencia de factores proximales, como la sensibilidad individual al rechazo social, depresión, ansiedad, desregulación emocional, desesperanza, sentirse atrapado, pensarse o sentirse como una carga para los demás, capacidad adquirida al suicidio, uso/abuso de sustancias e impulsividad. Mismos que, requieren ser disminuidos para prevenir un suicidio consumado.

Aunado a lo anterior, se identifica una problemática mayor, al observar que la magnitud de los problemas en salud mental superan con creces la posibilidad de acceder a un tratamiento. Es decir que, la capacidad de los servicios está muy lejos de favorecer la disminución de dichos padecimientos, por la presencia de obstáculos para acceder a servicios de salud mental oportunamente.

Barreras para la atención de la salud mental en contextos escolares

La alta incidencia y prevalencia de problemas de salud mental, el acceso a los servicios para tratarlos está rodeado de barreras. Las personas no acuden a buscar atención profesional por varias razones, entre ellas se encuentran el considerar que no necesitan ayuda, mostrarse escépticos a la eficacia de los tratamientos y las preocupaciones por el estigma que la atención pueda generar alrededor de su persona, entre otras (Eisenberg et al., 2007; Eisenberg et al., 2009; Zivin et al., 2009). Específicamente, los universitarios dudan en buscar ayuda profesional por los conocimientos limitados sobre la salud mental y la incapacidad para identificar síntomas psicopatológicos. Además, prefieren la autogestión

de sus problemas y, al igual que el resto de la población, se muestran preocupados por el estigma que la atención puede generar en su persona dentro los miembros de su comunidad (Eisenberg et al., 2012). En México, por ejemplo, específicamente en una universidad pública del estado de Aguascalientes, se encontró que del total de alumnos que fueron detectados con necesidad de atención en salud mental, menos del 5% ingresó a algún tratamiento durante sus estudios (PUERTAS, 2020). Lo anterior sugiere que queda mucho trabajo por hacer en la eliminación de barreras que impiden el acceso a tratamientos eficaces y oportunos.

Cabe decir que, a pesar de que un bajo porcentaje de alumnos solicitan la atención profesional, existe una baja capacidad de respuesta de los servicios de salud mental (OMS, 2004; Medina-Mora et al., 2007). En países en desarrollo, la población de 18 a 65 años que presenta un trastorno mental, el 85% no recibe una atención adecuada y sólo el 24% de la población con algún trastorno severo tiene mayor posibilidad de recibir un tratamiento; en añadidura, las personas demoran de cuatro a 20 años en la búsqueda de apoyo (Benjet et al., 2009; Medina-Mora et al., 2007). Así, la presencia de barreras y el elevado porcentaje que supera los recursos disponibles genera una brecha de salud mental (Ebert et al., 2019).

La magnitud del problema ha provocado que los centros de orientación universitaria resulten insuficientes (LeViness et al., 2017). Los centros de asesoramiento de las universidades se ven rebasados en el número de solicitudes de servicios de orientación en salud mental por parte de los alumnos; y aquellos que requieren un tratamiento especializado (intervención ambulatoria clínica en psicología y/o psiquiatría) son generalmente remitidos a servicios externos, que terminan resultando poco accesibles (Gallagher, 2014 en Chugani et al., 2020). En Estados Unidos, por ejemplo, alrededor del 20% de estudiantes universitarios con trastornos del estado de ánimo y de ansiedad han recibido algún tratamiento y sólo el 50% de los estudiantes que han presentado ideación suicida en el último año recibieron algún tipo de atención (Downs & Eisenberg, 2012).

Es decir, que, dada la existencia de barreras para acceder a un servicio de salud mental oportuno y la magnitud de los problemas en salud mental que presentan los estudiantes universitarios, se requieren estrategias que disminuyan la incidencia de

problemas mentales, la brecha de salud mental y prevengan desenlaces como muertes por suicidio. En este sentido, la OMS (2004) señala la necesidad de prevenir trastornos mentales y promover la salud mental, apuntando como una estrategia la implementación de programas psicosociales eficaces de prevención (Jané-Llopis, 2004), específicamente en contextos escolares.



Capítulo 2. La efectividad de las intervenciones basadas en el aprendizaje de habilidades socio-emocionales y la reducción de riesgos en estudiantes universitarios

Las intervenciones dirigidas a la promoción de la salud y la prevención en los contextos escolares son variadas, abordan a distintas poblaciones, temas, y tienen efectos diversos. Por ejemplo, una revisión sistemática que tuvo como propósito analizar tanto los factores epidemiológicos como de intervención que influyen en la salud mental de los universitarios mostró que la mayoría se llevan a cabo en temas relacionados con el consumo de sustancias, la salud mental y el bienestar, dieta y nutrición, sueño, entre otras (Dietz, et al., 2020).

También se han implementado intervenciones diversas en contextos escolares en la reducción de factores psicosociales de riesgo asociados a la conducta suicida como lo son el estrés, la ansiedad y la depresión. Un estudio llevado a cabo por Amanvermez et al. (2020) se centró en analizar los efectos de las intervenciones, orientadas a la reducción de dichos factores en alumnos universitarios. En éste desarrolló dos metaanálisis, uno para analizar los efectos de las intervenciones en estudiantes identificados con niveles clínicos de estrés (población clínica), y otro para estudiantes en general (población abierta). Los resultados de los protocolos de intervención mostraron efectos bajos para población con diagnósticos de depresión, sin embargo, para la población con y sin estrés, se observaron efectos moderadamente significativos. Se encontró que las intervenciones en Terapia Cognitivo Conductual (TCC) [Cognitive Behaviour Therapy] fueron las que mayor efecto tuvieron en el grupo con niveles clínicos de estrés y dentro de éstas, las de modalidad larga en comparación con las de modalidad breve. Mientras que para los estudiantes en general, se encontró que las TCC, las de Terapias de Tercera Generación (TW) [Third Wave Therapy] y las basadas en la Mente-Cuerpo (en las que sólo se aplican ejercicio de relajación e imaginación guiada) tuvieron un efecto mayor que los programas orientados a lo que denominan habilidades sociales y académicas. En este sentido, los resultados de Amanvermez et al. (2020) señalan que las intervenciones dirigidas al fomento de habilidades muestran una efectividad baja; sin embargo, hay que considerar que este

estudio presenta problemas en la conceptualización de habilidades, competencias y no toma en cuenta el proceso de adquisición y generalización de las mismas (Hermosillo-de-la-Torre et al., 2022).

Aunado a lo anterior, y en pro de los programas de fomento de habilidades; se identifica que las intervenciones en ambientes escolares dirigidas a la prevención y la promoción de la salud mental tienen modalidades didácticas diversas. Por un lado, se encuentran las intervenciones que únicamente dan información potencial sobre el uso de las habilidades y/o la presentan sólo en una ocasión. Por otro lado, se encuentran las intervenciones que implican la práctica de la habilidad que, es además revisada en más de una ocasión, supervisada y que puede ser retroalimentada. De las dos modalidades señaladas para la enseñanza de habilidades, se presenta más probabilidad de resultados significativos en aquellas que permiten la práctica supervisada que las que no la propician (Conley et al., 2013). Es decir, que en las intervenciones que pretendan favorecer la adquisición de una habilidad o comportamiento, se ha de considerar como elemento clave la didáctica a implementar para favorecer la adquisición y poder el desarrollo de comportamientos saludables. Procesos que se consideran en los tratamientos de la TCC y TW.

Cabe decir que la mayoría de las intervenciones en instituciones educativas y que presentan evidencias tienen como factor clave el desarrollo de competencias socioemocionales, y abordan temáticas como la autoestima, la gestión del estrés emocional y las competencias psicosociales. Proyectos que han mostrado un desarrollo saludable en el ámbito social, conductual y académico, y predicen resultados benéficos en la vida adulta (Domitrovich et al., 2017). Resultando una línea prometedora para dirigir las intervenciones no sólo correctivas sino preventivas en contextos escolares.

En este sentido, se han implementado intervenciones preventivas en diferentes niveles académicos. Entre ellas, se pueden encontrar programas como: a) Collaborative for Academic Social and Emotional Learning (CASEL por sus siglas en inglés) que propone el desarrollo de la autoconciencia, la conciencia social, autogestión, habilidades para las relaciones sociales y la toma responsable de decisiones; b) RULER Feeling Words

Curriculum (2020), desarrollado por la Universidad de Yale, que busca enseñar a los niños y adolescentes a identificar y nombrar sus emociones en sí mismos y en los otros c) DBT-STEEPS-A, que es un programa curricular fundamentado en TW, específicamente la Terapia Dialéctica Conductual. Se ha implementado en Estados Unidos e Irlanda, mostrando ser efectivo en la reducción significativa de malestar emocional (Flynn et al., 2017); d) CONSTRUYE-T, un programa propuesto por la Secretaría de Educación Pública (SEP) en México, a partir del año 2017, orientado a la promoción de habilidades socioemocionales en educación media superior, en el que se aborda el autoconocimiento y la autorregulación, la conciencia social y la colaboración, la toma de decisiones y la perseverancia. Sin embargo, la mayoría de las intervenciones en el sentido de la gestión de competencias socioemocionales en ambientes escolares, se desarrollan en educación básica y media y en países anglosajones. Existiendo un área de oportunidad para fomentar programas eficaces que permitan el desarrollo de competencias o habilidades socioemocionales en universitarios en el país.

Intervenciones en Habilidades DBT e Intervenciones Basadas en Mindfulness (IBM) en contextos escolares

Terapia Dialéctica Conductual (DBT)

La DBT es una de las terapias de TW que se basa en una comprensión dialéctica de la realidad. Bajo esta lógica, busca el equilibrio entre técnicas que permitan la aceptación y el cambio conductual (Linehan, 2003). La interacción entre ambas polaridades dirigirá al consultante al desarrollo de conductas adaptativas. Este tratamiento se desarrolló inicialmente para atender a personas con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). En la actualidad se ha ampliado a diferentes problemáticas y poblaciones sobre la base de una categoría transdiagnóstica denominada desregulación emocional. Algunas de ellas son, los problemas de conducta alimentaria (Safer et al., 2010), historias de trauma (Bradley & Follingstad, 2003), depresión resistente (Harley, 2008; Lynch, 2003), trastorno bipolar medicado (Van Dijk et al., 2013) y, trastornos resistentes al cambio mostrando resultados favorables en la disminución del malestar e incremento de conductas adaptativas.

La DBT, en general, es una terapia multicomponente, conformada por cuatro elementos con objetivos particulares. El primero es la atención individual, que pretende orientar al consultante a inhibir conductas maladaptativas, reemplazarlas por respuestas adaptativas, y mantenerlo motivado, por lo que se requiere que el terapeuta atienda a las cuestiones ambientales y personales que estén reforzando las conductas desadaptativas. Un segundo elemento, es la consulta telefónica, desarrollada para gestionar las habilidades de los consultantes para solicitar ayuda, pretendiendo orientarlos para cambiar patrones disfuncionales y ayudar a ejecutar las habilidades en la vida cotidiana; además de poder resolver conflictos dados en la relación terapéutica, sin tener que esperar a la siguiente sesión. Un tercer elemento, es la consultoría de terapeutas, que tiene como objetivo mantener motivado y adherido al tratamiento a los terapeutas (Linehan, 1993). Finalmente, un cuarto componente es el grupo de entrenamiento en habilidades, cuyo objetivo es que los consultantes conozcan nuevos comportamientos distintos a los que suelen ejecutar en su vida, pretende orientar a que las personas no actúen con base en el impulso, la emoción o el pensamiento, sino que alcancen la efectividad (Linehan, 2003).

El entrenamiento de habilidades DBT utiliza procedimientos para alcanzar el incremento de conductas habilidosas en el repertorio conductual. Uno de ellos es el modelado, en el que el terapeuta enseña la habilidad, la función y el resultado que se puede obtener al ejecutarla. Un segundo, es el ensayo conductual (moldeamiento), en el que se invita a que la persona use las conductas en diversas situaciones relevantes y recibe una retroalimentación sobre su desarrollo por parte del formador. Un tercer procedimiento, dirigido a la generalización de la habilidad consiste en debatir similitudes y diferencias de la ejecución y sus efectos en diferentes situaciones. Cabe mencionar, que las habilidades a enseñar en el formato estándar se agrupan en cuatro módulos que a continuación se describen (Linehan, 2003).

Atención Plena

Las habilidades de Atención Plena (Mindfulness) tienen como objetivo general, que el consultante sea partícipe de su vida y viva conscientemente (Linehan, 1993). Se fundamenta en las prácticas contemplativas occidentales y el budismo Zen que pretenden la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

aceptación de las experiencias (busca permitir la aceptación de las experiencias). Consisten en dirigir la atención intencionalmente observando, describiendo y participando en el momento presente, sin juicios, haciendo una cosa a la vez y actuando efectivamente. Y se dividen en habilidades “Qué” y habilidades “Cómo”.

Las Habilidades Qué, refieren a qué hacer para practicar la Atención Plena y consisten en: a) observar, que es dirigir la atención a los eventos privados y externos sin tratar de cambiarlos, permitiendo tomar distancia del evento y es una capacidad que se ejecuta generalmente cuando se está aprendiendo alguna habilidad como bailar, cuando se aprende a bailar se presta atención a los movimientos que se necesitan hacer y al compás de la música. Describir, es poner en palabras lo que se ha observado, por ejemplo “note la entrada y salida de aire en mi cuerpo” “note el pensamiento: no va a funcionar, soy un fracaso”, se pretende no asumir literalmente los pensamientos e ir tomando claridad sobre los eventos percibidos. Participar, es mantenerse centrado en la experiencia.

Las Habilidades Cómo, se refieren a la cualidad de la práctica, que debe hacerse: a) libre de juicios, que consiste en evitar emitir juicios, evitar juzgar como algo bueno o malo, idealizar y evitar devaluar, tampoco significa cambiar los juicios negativos por positivos, sino sólo evitar enjuiciar la mayor parte del tiempo; b) centrado en una cosa a la vez en el momento presente, que consiste en redirigir la atención al evento presente y evitar atender a múltiples actividades al mismo tiempo, y c) siendo efectivos, es decir, pretende atender a lo que una situación requiere, se trata de “hacer lo que funciona” más que lo que “debería de hacerse” es la habilidad de hacer lo correcto en pro de un objetivo, centrarse en lo útil.

Con base en las habilidades anteriores, se puede acceder a la “Mente Sabia”, un estado mental. En el cual se diferencian dos estados mentales: la mente racional y la mente emocional. La primera, refiere a cuando la persona utiliza la lógica, analiza, atiende hechos empíricos, planea su conducta. La segunda, es aquel estado en el que la persona hace y piensa en función de un estado predominantemente emocional y en el cual, recurrir al análisis lógico, racional, es difícil. Un tercer estado, la Mente Sabia, la síntesis de dichos polos, que se logra a través del ejercicio de habilidades de Atención Plena, que implica un estado de tranquilidad, de intuición que conlleva a un sentimiento de coherencia y sabiduría

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

(Linehan, 1993) y que se va desarrollando a través de la auto-observación que se aprende llevándola a cabo.

Regulación Emocional.

Es el módulo orientado a la enseñanza de habilidades que favorecen el manejo de las emociones intensas y displacenteras que llevan a las personas a actuar en forma impulsiva. Consisten en observarlas, describirlas, identificar su función, modificar la emoción a través de respuestas conductuales opuestas a las que indica la emoción, identificar las vulnerabilidades que intensifican el estado emocional, encontrando estrategias para mejorar la alimentación, el sueño, evitar la ingesta de drogas, e incrementar las actividades que favorezcan la sensación de autoeficacia, incrementar la presencia de eventos emocionales positivos. Además de estrategias que permitan identificar pensamientos o creencias en desacuerdo con los hechos y solución de problemas.

Tolerancia al malestar.

Son habilidades que se dirigen a ayudar a la persona a incrementar su capacidad para tolerar el sufrimiento sin empeorar su situación, permitiendo el alcance de sus metas. Se dirigen a aceptar la vida y sobrevivir a las crisis. En este sentido, las habilidades de aceptación se orientan a la aceptación del sí mismo y la situación; se encuentra un conjunto de habilidades como Aceptación Radical y Media Sonrisa. Para sobrevivir a las crisis se encuentran: estrategias para cambiar la química del cuerpo a través de la temperatura, el ejercicio y la relajación, y la respiración; además de modificaciones cognitivas a través de estrategias como la realización de actividades distractoras, ejecución de comparaciones, evitar pensar en la situación negativa; experimentar sensaciones intensas; modificar sensaciones a través de los sentidos, entre otras que permiten manejar las experiencias emocionales intensas.

Efectividad Interpersonal.

Habilidades dirigidas a mejorar las relaciones interpersonales y el auto-respeto. Las habilidades se dirigen a ser efectivo en las relaciones y alcanzar los cambios que desea en la relación, a través de habilidades que facilitan hacer peticiones, negaciones; se dirige a

mantener relaciones y cuidar el respeto personal favoreciendo así la gestación de relaciones sociales adaptativas y más satisfactorias.

Protocolo de trabajo con adolescentes: El caso de la DBT-A

Cabe, resaltar que los módulos del entrenamiento en habilidades anteriormente señalados pertenecen al formato estándar y que existen más formatos del tratamiento. Específicamente, el protocolo de trabajo adaptado para adolescentes y jóvenes se denomina DBT-A (Rathus & Miller, 2015). En éste, el entrenamiento en habilidades es multifamiliar e incluye un módulo para el trabajo en las relaciones parento-filiales. El módulo se llama “camino del medio” en él se entrena a los participantes en habilidades de validación y la toma de una perspectiva dialéctica de la realidad.

La validación es entendida como la forma de comunicación en la que se expresa al interlocutor que sus pensamientos y sentimientos tienen sentido y son comprensibles dentro de su contexto actual o pasado, presentando seis niveles de validación. El primer nivel de validación es escuchar y observar imparcialmente, el segundo nivel es expresar con lenguaje no verbal que se entiende a la persona; el tercer nivel se llama “lectura de la mente” y consiste en articular los pensamientos o sentimiento que el interlocutor no ha expresado; el cuarto nivel consiste en reconocer que la experiencia del otro tiene sentido con base en su experiencia pasada; el quinto nivel consiste en comunicar al otro que su sentir y pensar tiene sentido dada su situación actual y el nivel seis consiste en ser genuino y responder de una manera tal que se evidencie a la persona que se le toma en serio, por ejemplo, en este nivel de validación, si el interlocutor está llorando y se limpia su rostro con la mano, se le puede validar dando un pañuelo desechable (Rathus & Miller, 2015).

Además, en este módulo, de la DBT-A se enfatiza la visión dialéctica, enseñando que hay más de una forma de ver una situación y resolver un problema e invita a reconocer la verdad de un punto de vista distinto y opuesto, resaltando que dos verdades opuestas pueden ser verdaderas al mismo tiempo e invitando a la síntesis. Específicamente, con el trabajo con padres e hijos, ayuda en la crianza, mostrando a los padres las polaridades con base en las cuales pueden estar fomentando sus relaciones parento-filiales (Rathus &

Miller, 2015). Por ejemplo: un hijo puede querer ir a una fiesta y regresar al día siguiente a casa por tener mucho tiempo sin salir, el padre, por el contrario no quiere dejarlo salir a la fiesta, en ésta, ambas posturas son verdad al mismo tiempo y tomar un camino intermedio podría ser que el hijo avise al padre constantemente que está bien y el padre darle autorización para salir y llegar a casa más temprano de lo que el menor solicita en vez de no dejarlo salir y en vez de llegar al día siguiente a casa.

Intervenciones Basadas en Mindfulness (IBM)

Mindfulness

Es un término con diversas definiciones. Por un lado, cuando se habla de Mindfulness se puede referir a una práctica contemplativa proveniente del budismo, dirigida a la introspección del sufrimiento y dirección particular de la experiencia que ocurre en el momento presente (Baer, 2014; Bishop, 2004), que se ha trasladado al ámbito clínico y con base en el cual se han desarrollado tratamientos de salud con resultados benéficos. Por otro lado, se entiende como un proceso cognitivo, estado y rasgo orientado a una determinada forma de autoobservación que le caracteriza; quizá, la definición más conocida sea prestar atención a la experiencia del momento presente de manera intencionada y sin juicios (Kabat-Zinn, 2004). Es decir, que Mindfulness es una forma particular de dirigir la atención y al mismo tiempo es un proceso que se ejercita.

Mindfulness, como proceso, implica observar con curiosidad, apertura y aceptación el flujo de los eventos, en forma tal que involucra la autorregulación de la atención, misma que conlleva a sostenerla y cambiarla, además de inhibir el pensamiento de un proceso elaborativo (Bishop et al., 2004). Por su parte, Hözel et al. (2011) entienden Mindfulness como un proceso de autorregulación mejorada, es decir, que la persona puede guiar sus actividades hacia objetivos mediante la modulación de la atención, los pensamientos, los afectos y el comportamiento de manera automática. Para estos autores, el proceso implica cuatro mecanismos de acción:

a) la regulación atencional, entendida como la capacidad de mantener y redirigir la atención a un objeto elegido. Mecanismo que se desarrolla durante las prácticas, ya que en

ellas se invita a redirigir la atención las veces que sean necesarias al objetivo (Bishop, 2004).

b) la conciencia corporal, que refiere a mantener el foco atencional en un componente corporal, que puede ser, las emociones u otras sensaciones corporales (Hözel et al., 2011).

c) la regulación emocional, que consiste en los procesos por los cuales la persona es capaz de alterar sus respuestas emocionales y su expresión (Gross, 1998; Ochsner & Gross, 2005) en la cual Mindfulness conlleva dos estrategias, una es la reevaluación de la experiencia y otra es la exposición. La reevaluación de la experiencia que se da observando las experiencias sin alterarlas o sin reaccionar a ellas, la cual se obtiene a través de la actitud no juiciosa y aceptación (Cebolla & Campos, 2016). Mientras que la exposición, se da cuando los practicantes permiten y permanecen en contacto con los estímulos internos y/o externos que se presentan en el campo de la consciencia, aunque estos sean desagradables (Hözel, 2011) sin reaccionar y tomando distancia de estos como eventos pasajeros y fluctuantes.

d) el cambio de perspectiva del yo es la desidentificación con el sentido estático del Yo, que refiere que el Yo es mutable y transitorio y que por medio de la meta consciencia (la experiencia subjetiva de monitoreo) se observa el contenido de las experiencias y los procesos involucrados como eventos transitorios y contenidos (Hözel et al., 2011).

Estos mecanismos interactúan cuando se realizan prácticas de Mindfulness. Se inicia con la activación de la atención ejecutiva, que a su vez permite detectar aspectos fisiológicos presentes, dando información acerca de la reacción interna (palpitaciones, sudoración, entre otras reacciones), que permite identificar algún desencadenante a la respuesta afectiva, haciendo que los procesos de regulación emocional se activen y se experimenten las sensaciones sin participar en la evitación experiencial. Es decir que, la atención sostenida y la conciencia corporal implican una exposición a la experiencia, lo cual permite regular la reactividad, previendo así una respuesta en lugar de ser “atrapado” por las reacciones habituales (Hözel et al. 2011).

Además de los anteriores, se ha considerado la autocompasión como otro mecanismo de acción presente en Mindfulness (Hözel, 2011; Keng et al., 2012; Neff, 2003). La autocompasión es el deseo de aliviar el sufrimiento y tratarse con comprensión en todas las experiencias, especialmente en las de fracaso, deficiencia y sufrimiento (Neff, 2003). La cual se lleva a cabo en las prácticas de Mindfulness cuando se invita a cuidarse y tratarse con amabilidad cuando se presenta una distracción, una emoción desagradable e incluso en actividades de movimientos conscientes. Es decir, que en los programas de Mindfulness y su práctica incluyen una dirección autocompasiva. Cabe decir que, se ha relacionado como factor mediador en los efectos de la preocupación y las reacciones emocionales (Keng et al., 2012), así como en el cambio de perspectiva sobre sí mismo (Hözel et al., 2011).

Mindfulness se ha atribuido como elemento clave en la mejora de la salud mental. Dado que disminuye la rumia y favorece el manejo de los procesos mentales que contribuyen a la angustia emocional y la conducta desadaptativa (Bishop et al., 2004). Además, se opone a la evitación experiencial, la cual es fuente de psicopatologías en las que las experiencias privadas son intolerables permitiendo el contacto con las experiencias privadas desagradables que generalmente se tienden a evitar y que resultan en comportamientos desadaptativos y sufrimiento (Hayes et al., 2004). Por ende, Mindfulness puede ser particularmente efectiva en problemáticas en las que la evitación experiencial, la intolerancia al afecto negativo y la rumiación se presenta (Bishop et al., 2004).

Características de IBM

Las intervenciones de Mindfulness son diversas y su aplicación se ha extendido a varias problemáticas. Estos programas se centran en principios del budismo que fueron trasladados por el Dr. Jonh Kabat-Zinn al ámbito clínico para trabajar con pacientes con dolor crónico y estrés a través del Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR; Kabat-Zinn, 1982; Irrázaval, 2010; Bonilla-Silva y Parilla, 2015; Cuevas-Toro, et al., 2017). Su uso ha resultado efectivo para favorecer la salud mental en diversos contextos, por lo que se ha ido extendiendo en diferentes áreas de aplicación, como el ámbito clínico ante la ansiedad, las adicciones, los trastornos del estado de ánimo, la psicosis (Hervás et al.,

2016); asimismo, en el ámbito académico (Langer et al., 2015; McConville et al., 2017), por mencionar algunos, y han resultado ser tratamientos basados en la evidencia.

Las intervenciones de Mindfulness se caracterizan por un trabajo en formato grupal y sesiones experienciales, en las que se utilizan varias técnicas para favorecer el desarrollo de la consciencia y la aceptación de la experiencia. En estas intervenciones se instruye al participante para que haga un esfuerzo por notar el flujo de la experiencia (Bishop, 2004). Generalmente se ejercita por medio de prácticas meditativas (aunque no sean las únicas formas), en las que se invita a prestar atención de manera característica a la respiración, al cuerpo y su movimiento, a las emociones y a los pensamientos, y eventos externos, así como a la redirección de la atención las veces que sea necesario a un objeto o actividad elegida de manera amable y sin intentar eliminar o modificar lo que se presenta ante la experiencia. Cuando la atención se centra en las sensaciones físicas o estados emocionales se invita a notar la parte del cuerpo en la que se sienten y su fluctuación con el paso del tiempo. Al detectar impulsos por moverse o realizar alguna conducta se invita a no actuar siempre en función de éstos (Baer, 2017).

Cabe aclarar que los programas de Mindfulness conllevan ejercicios experienciales en dos formatos. Por un lado, la práctica formal, que consiste en establecer un tiempo determinado para meditar (hasta 45 minutos). Por otro lado, se encuentran las prácticas informales que se orientan ser conscientes del aquí y ahora durante las actividades cotidianas. Un ejemplo ilustrativo de las primeras sería la denominada “meditación sentada”, la cual conlleva un periodo de trabajo entre 10 a 45 minutos, en la cual se le pide al participante que mantenga una postura erguida mientras está sentado, que elija un objeto particular para centrar y mantener su atención (que puede ser la respiración), invitándole a redirigir su foco atencional cada vez que note que se ha distraído. Al paso del tiempo del ejercicio, la atención puede desplazarse a las sensaciones físicas incluidas las desagradables, a las que se invita a atender sin juzgar y aceptarlas, con una actitud de interés y curiosidad; además, se indica en medida de lo posible, a no mover el cuerpo y observar incluso esa incomodidad con aceptación y si deciden moverse se invita a concientizarlo. También puede incluir un periodo de escucha a los sonidos del ambiente,

sin juzgar, ni analizar (Baer, 2017). En el mismo sentido, un ejemplo del segundo conjunto de prácticas sería, mientras se camina, se come, se baña, etc. La práctica conlleva que se establezca un compromiso y se tenga disposición para el aprendizaje y el cambio, además del establecimiento de un horario y un espacio para practicar constantemente (Kabat-Zinn, 2018).

La meta-estructura de las IBM se basan en MBSR (Kabat-Zinn, 2018). El cual es un programa de ocho sesiones de trabajo y una sesión de orientación. En la sesión de orientación se explican los fundamentos y métodos del curso, se exploran los intereses de los participantes para formar parte del programa, se resuelven dudas o inquietudes, posteriormente se establece un compromiso para asistir a todas las sesiones de grupo y la realización de prácticas durante seis días a la semana de hasta 45 minutos. El resto de las sesiones, se abordan las experiencias de las practicas semanales, se realizan ejercicios de Mindfulness, se desarrolla una plenaria común en las que el instructor invita a compartir e indaga sobre las experiencias de los miembros del grupo que surgieron durante el ejercicio, además, se da información didáctica sobre el tema, y finalmente, para facilitar el aprendizaje de nuevas formas de relación con las experiencias se dan las indicaciones de prácticas semanales, para lo cual se suministran grabaciones para realizar la práctica formal de 45 minutos y se dejan de 5 a 15 minutos de practica informal y auto-resgistros de las experiencias (Baer, 2017).

Los programas de IBM tienen tres métodos de enseñanza centrales. La práctica, la indagación y las presentaciones temáticas. Las prácticas son los ejercicios realizados en sesión. Derivado de éstas, el instructor indaga sobre la experiencia, invitando a los participantes a expresar su experiencia, reflexionar sobre ella y orientando sobre la forma de explorarla (Cebolla & Campos, 2016). Y las presentaciones didácticas en las que se da información sobre las características del funcionamiento de los procesos en general (Brandsma, 2018).

En estos protocolos el instructor tiene un papel fundamental para guiar el proceso y habilitar a los participantes al desarrollo de Mindfulness. El instructor ha de facilitar un ambiente de seguridad, apoyo y cuidado para los miembros del grupo, dirigirse con

curiosidad y amabilidad en la exploración de la experiencia del participante y validarla, evitar arreglar el discurso y generar un espacio de diálogo, tiende a formular preguntas abiertas y evitar preguntas retóricas (Brandsma, 2018). Para lograr esto, se requiere que el instructor “encarne Mindfulness” es decir, que haga prácticas personales porque su experiencia también fungirá como herramienta para guiar el proceso de los participantes y servir como modelo, su práctica ayudará a escuchar atentamente, frenar el impulso, transmitir confianza en el proceso de enseñanza incluso muestra sentirse cómodo con no saber lo que va a ocurrir y con apertura y curiosidad se dirige a explorar “vamos a explorar juntos a ver a dónde nos lleva” (Baer, 2017; Brandsma, 2018).



Capítulo 3. Efectividad de las intervenciones en DBT e IBM con población universitaria

En los últimos cuatro años, las intervenciones en Mindfulness que han sido aplicadas a estudiantes universitarios han mostrado beneficios. Aunque son diversas las modalidades en que se ejecutan los programas, desde aplicaciones móviles (Calm, My Student Mindfulness App, iMIND) hasta cursos presenciales, se han identificado resultados favorables en la disminución del estrés (Huberty et al., 2019; Galante et al., 2018; Lyzwinski et al., 2019); ansiedad y depresión (Dvořáková et al., 2017), el incremento del bienestar (Galante et al., 2018; Lebares et al., 2019), de la satisfacción con la vida (Dvořáková et al., 2017), de la autocompasión (Dvořáková et al., 2017; Mak et al., 2017; Huberty et al., 2019; Verweij et al., 2018), el aumento en la capacidad para monitorear y mejorar las estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés (Jones et al., 2019) y la disminución de los trastornos del sueño (Mak et al., 2017). A pesar de los beneficios reportados, los tamaños del efecto varían. En general la población que presenta sintomatología de estrés o agotamiento emocional ha sido la población que reporta tamaños del efecto mayores que la población que no presenta sintomatología severa (Huberty et al., 2019). Cabe destacar que la mayoría de las intervenciones identificadas se llevaron a cabo con población anglosajona, y únicamente se encontró un reporte en Iberoamérica, específicamente en España, con estudiantes de Psicología, por lo que sería muy importante conocer los efectos de tales intervenciones en la población escolarizada mexicana, tanto clínica como abiertas.

Por otra parte, las intervenciones en habilidades DBT, implementadas principalmente con población estudiantil, tanto clínica que cumple con criterios del TLP como con elevados niveles de desregulación emocional e intentos suicidas (Lin et al., 2018; Muhomba et al., 2017; Uliaszek et al., 2016), como también con otros problemas de salud mental, problemas familiares, problemas académicos, problemas interpersonales y de ira (Lee et al., 2018), y de estrés ante los exámenes. Los resultados muestran que el programa favorece la disminución de la sintomatología ansiosa ante los exámenes (Lothes &

Mochire, 2017), depresión y, estrés; asimismo, incrementa habilidades adaptativas de afrontamiento (Muhomba et al., 2017), satisfacción con la vida (Uliaszek et al., 2016). Sin embargo, las se han implementado en menor medida en universidades mexicanas.

Aplicaciones en México sobre intervenciones informadas en DBT muestran efectos benéficos, pero limitaciones metodológicas. Huerta-Hernández et al., (2021) implementaron DBT-STEPS-A en población universitaria. En el estudio se reportó la disminución en la sintomatología ansiosa y depresiva en comparación con el tratamiento usual (TAU); sin embargo, su efectividad no es concluyente. Por otro lado, un estudio sobre una adaptación mexicana de DBT-A ([DBT-A-MX], Gil-Díaz, 2020, tomado de Rathus & Miller, 2015), con un total de 10 sesiones, aplicada en universitarios a través de un ensayo clínico aleatorizado con 63 participantes, presentó resultados favorables en la disminución de sintomatología depresiva, disminución de problemas de regulación emocional, dificultades de consciencia y la claridad de las emociones, con un tamaño del efecto en la disminución de la desregulación emocional grande ($d=0.80$); sin embargo, se observó una baja permanencia en el tratamiento.

Los estudios hasta ahora realizados sugieren que el entrenamiento en habilidades DBT es prometedor para el abordaje de los riesgos psicosociales que se presentan en estudiantes universitarios, especialmente aquellos que se relacionan con el incremento del riesgo en la conducta suicida; no obstante, requieren por un lado solventar limitaciones metodológicas, como lo fue la limitada muestra y la heterogeneidad de las condiciones de aplicación de los programas como DBT-STEPS-A (Huerta-Hernández et al., 2021) y evaluar los tamaños de los efectos. Además, la traducción mexicana de DBT-A (Gil-Díaz, 2020 tomado de Rathus y Miller; 2015) que mostró resultados favorables requeriría una réplica para evaluar su efectividad y eficacia en el ámbito escolar superior.

Capítulo 4. Planteamiento del problema

El panorama mostrado hasta el momento permite identificar la necesidad de contar con intervenciones de bajo costo y alto impacto que permitan la contención y eventual disminución de riesgos psicosociales asociados al desarrollo de trastornos mentales y del comportamiento suicida en contextos de educación superior. Dada la amplia brecha de salud mental identificada, particularmente en los jóvenes universitarios y, considerando que el 30% de la población que ingresa a la universidad tiene al menos un trastorno mental que amerita la atención de un especialista clínico, y que el 20 % desarrolla alguno de estos trastornos a lo largo de su formación universitaria, resulta pertinente adaptar y evaluar la implementación de programas efectivos para tal objetivo. Tal es el caso de los programas de habilidades DBT y las intervenciones de Mindfulness. Lo anterior con el fin de proveer a la comunidad de estrategias preventivas de corte universal y selectivo, prevenir el desarrollo de trastornos mentales y disminuir el riesgo de suicidio.

En México se identifica poca evidencia sobre la efectividad de protocolos de intervención para la prevención de riesgos psicosociales asociados al suicidio en contextos escolares de nivel superior. Sin embargo, en otras partes del mundo, los programas implementados han mostrado que las intervenciones en Mindfulness y habilidades DBT pueden ser una vía prometedora para el abordaje y la prevención de riesgos psicosociales. Como se ha planteado en los capítulos anteriores, las IBM se han trabajado con población tanto clínica como no clínica y sus efectos favorables se muestran en ambos sentidos. De igual forma, la implementación de las habilidades DBT han mostrado muy buenos resultados con jóvenes universitarios estadounidenses (Chungani et al., 2020; Pistorello et al., 2012), lo que deja evidente la necesidad de apropiarse de este tipo de intervenciones en población mexicana.

Particularmente, en el caso de las habilidades DBT el gran reto es evaluar la consistencia de los resultados obtenidos en el estudio de Gil-Díaz (2020) además de mejorar la permanencia y el análisis de la adquisición de las habilidades. Como se ha visto

este programa reportó resultados muy favorables en estudiantes de psicología que cursan el primer año de sus estudios, pero necesita ser replicada en un mayor número de escenarios y con más variedad de población universitaria.

Por lo que respecta a las IBM, la evidencia hasta ahora revisada indica que son intervenciones prometedoras que no han sido adaptadas ni aplicadas para este tipo de población en contextos escolares mexicanos de educación superior. Dado que es una intervención con buena evidencia, y parece contener un conjunto de habilidades de atención y conciencia cuyo proceso de aprendizaje puede resultar más sencillo para los jóvenes, por lo que es trascendental desarrollar procedimientos de intervención informados en su fundamentación teórica-metodológica y su implementación acorde a las pautas culturales de jóvenes mexicanos escolarizados.

En este sentido algunas preguntas surgen en torno a la pertinencia, eficacia y alcance de la implementación de estos programas en contextos escolares de nivel superior en México ¿En qué medida las intervenciones DBT-A-MX e IBM son eficaces en la reducción del estrés y los riesgos psicosociales asociados al comportamiento suicida en jóvenes escolarizados en los niveles de educación superior del centro del país? ¿Cuáles serán sus tamaños del efecto de estas intervenciones para estudiantes mexicanos de educación superior? ¿Qué papel juega el aprendizaje de habilidades en el efecto positivo de las intervenciones? ¿Cuál será el nivel de permanencia en cada una de las intervenciones en esta población?

Para dar respuesta a estas interrogantes se propone la realización del presente estudio, que tiene como propósito incrementar el conocimiento sobre la eficacia que tienen estos tratamientos en la reducción del estrés y los riesgos psicosociales asociados al suicidio en la población en cuestión.

Objetivo del estudio

Evaluar la eficacia de dos programas de TW (Habilidades DBT-A-MX e, IBM) en la reducción del estrés y riesgos psicosociales asociados al comportamiento de riesgo suicida en estudiantes universitarios.

Objetivos Particulares

1. Estimar la prevalencia de factores de riesgo psicosociales asociados a riesgo de suicidio en estudiantes universitarios que cursan el primer año de formación universitaria de la institución participante.
2. Evaluar el tamaño del efecto de los programas DBT-A-MX e IBM en la dimisión del estrés y los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en estudiantes universitarios a los 2 y 6 meses de haber finalizado la intervención.
3. Analizar el papel de la adquisición, el grado y uso de habilidades DBT y de Mindfulness sobre los efectos de los tratamientos.
4. Evaluar y comparar la permanencia de los participantes en los programas en los ambientes educativos.
5. Evaluar y comparar los materiales, implementación, satisfacción y aceptación de los programas DBT-A-MX e IBM.
6. Proponer lineamientos de mejora en cada uno de los protocolos de intervención.

Hipótesis

El estudio mostrará la eficacia de los programas DBT-A-MX e IBM para la reducción de: a) estrés; b) riesgos psicosociales asociados al suicidio y; c) prevención del comportamiento suicida con tamaños del efecto de medianos a grandes; es decir, valores d de Cohen $d = 0.5$ a $d = 0.8$.

Se espera encontrar también, la presencia de una relación mediadora entre el aprendizaje de habilidades y los efectos positivos en la reducción del estrés y de los riesgos psicosociales asociados al comportamiento suicida y una alta permanencia al tratamiento ($\geq 80\%$) en estudiantes universitarios mexicanos.

La hipótesis nula de la presente investigación es que la implementación de los programas DBT-A-MX e IBM: a) no reducen el estrés, b) no reducen los riesgos

psicosociales asociados al suicidio, c) incrementan el comportamiento suicida en estudiantes universitarios.

Variables

1. Variables Independientes (VI)

- a. DBT-A-MX: adaptación mexicana por Gil-Díaz (2020) del material DBT-A, que pretende el desarrollo de habilidades DBT para estudiantes universitarios.
- b. IBM: Tipo de intervención Basada en Mindfulness, informada en MBSR adaptada a un formato dirigido de Palouse Mindfulness.

2. Variables Dependientes (VD)

- a. Comportamiento de riesgo de suicidio: Riesgo de realizar conductas autolesivas asociadas a pensamientos de suicidio, sentirse una carga para los demás y deseo de morir que pueden derivar en un suicidio.
- b. Factores de riesgo psicosociales asociados al comportamiento suicida.
 - i. Depresión: manifestaciones emocionales, cognitivas, somáticas y conductuales que aluden a un estado afectivo positivo bajo, es decir, falta de interés o placer en las actividades diarias, incluye sentimientos de culpa e inutilidad y sentimientos de impotencia y desesperanza (Clark & Watson, 1991; Lovibond & Lovibond, 1995; Radloff, 1977).
 - ii. Ansiedad: manifestaciones somáticas resultado de una sobre activación fisiológica relacionadas con un estado de alerta derivado de la predicción de situaciones incontrolables y amenazantes (Clark & Watson, 1991; Lovibond & Lovibond, 1995).

iii. Desregulación emocional: capacidad disminuida para procesar emociones, desde su reconocimiento, comprensión, evaluación sobre el manejo para modificar estados emocionales (Graz & Roemer, 2004 en Marin et al., 2012).

iv. Riesgo por consumo de sustancias: conductas de riesgo asociadas al uso o abuso de sustancias adictivas como alcohol y/u otras drogas (Mariño et al., 1998).

c. Estrés: Afectividad negativa, entendida como la aflicción subjetiva que implica agitación, reactividad, dificultad para relajarse, entre otros indicadores (Gurrola-Peña et al., 2006).

d. Habilidades DBT: conductas que favorecen el afrontamiento adaptativo a las situaciones. Las habilidades implican estrategias para regular las emociones y resolución de problemas (Linehan, 2003; Neacsiu et al., 2010) (Ver Terapia Dialéctica Conductual).

e. Habilidades de Mindfulness: capacidad de atender de manera particular a experiencias presentes, como, pensamientos, emociones y acciones (López-Maya et al., 2015; Kabat-Zin, 2018) (Ver Mindfulness).

Capítulo 5. Método

Diseño

Para explorar las hipótesis planteadas y alcanzar el objetivo general se desarrolló un ensayo clínico aleatorio (ECCA) factorial de dos brazos a doble ciego, unicéntrico (Figura 1) [Lazcano-Ponce et al., 2014]. Para el cual se requirió la implementación de un estudio de cuatro etapas que se explicarán detalladamente en el apartado del procedimiento.

Figura 1

Diseño del ECCA factorial



Nota. O1* representa la Evaluación 1 del estudio, correspondiente a un tamizaje inicial; O2+ representa la Evaluación pre-tratamiento; O3+ la evaluación post-tratamiento; O4+ corresponde a la evaluación de seguimiento a dos meses, O5+ representa la evaluación de seguimiento a seis meses. O6*, corresponde a la una evaluación final de tamizaje. (*) señala el uso del instrumento VIDA-J, (+) señala el uso de instrumentos distintos en los que se evaluarán factores psicosociales de riesgo como sintomatología ansiosa, depresiva, estrés, desregulación emocional y conductas suicidas.

Participantes

Para el tamizaje inicial participaron de forma voluntaria un total de 447 estudiantes activos en el periodo agosto-diciembre 2021 que cursaron, en ese momento, el primer semestre de educación superior, de un centro educativo de la institución.

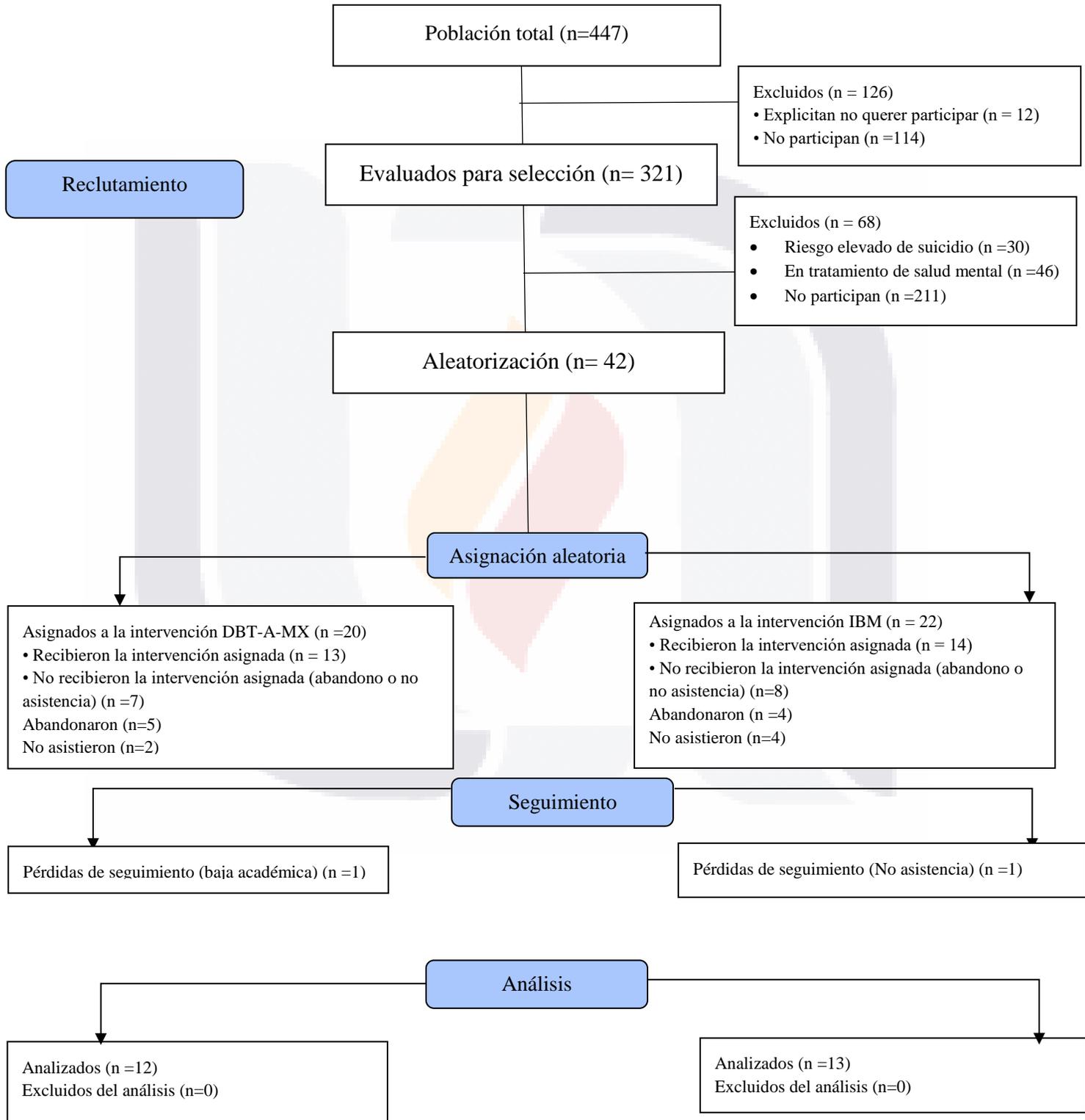
En el ensayo clínico participaron de forma voluntaria el total de estudiantes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: (1) estudiantes del primer año de

formación universitaria activos en el periodo académico en que se realice el estudio y desee participar en forma voluntaria. (2) haber participado en la evaluación del tamizaje inicial (3) ser mayor de edad o contar con el permiso de sus padres o tutores legales para participar en el estudio. Criterios de exclusión: (1) riesgo elevado de suicidio (intento de suicidio en el último año, con la intención de morir, dejar de sufrir o indiferencia por morir correspondientes a grupos 5, 4 y 3 de riesgo de suicidio), (2) estar recibiendo atención psicológica o psiquiátrica (Figura 2).

Los participantes que aceptaron participar en el ECCA fueron asignados aleatoriamente para recibir uno de los dos tratamientos (DBT-A MX o, IBM) en una proporción de 1:1. De igual forma, los tratamientos fueron asignados de manera aleatoria a cada grupo por el investigador responsable. Es de señalar que previo a la asignación un miembro independiente a los responsables de la investigación realizó un seguimiento de los datos no cegados para hacer recomendaciones de referencia en caso de identificar los niveles elevados de riesgo de suicidio.

Figura 2

Diagrama de flujo de participantes en ECCA



Materiales e Instrumentos

- Bateria Variables Psicosociales Implicadas en el Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes [VIDA-J] (Hermosillo-de-la-Torre et al., 2021) es un conjunto de escalas e inventarios en formato online aplicable a través de la plataforma Formularios de Google, para adolescentes y jóvenes escolarizados de entre un rango de edad de 14 a 21 años. La cual está conformada por una serie de escalas que evalúan factores de protección y riesgo psicosociales relacionados con el suicidio (entre ellas sintomatología depresiva; sintomatología ansiosa; desesperanza; atención, claridad y regulación emocional; problemas de salud mental; uso/consumo de riesgo de sustancias; ideación suicida, autolesiones con intención de morir, autoestima) y presenta alphas de Cronbach de 0.82 a 0.95 en las escalas que la componen. En la cual, adicionalmente se recaban datos sociodemográficos que refieren al número de identificación del estudiante, nombre completo, edad, sexo, datos sobre la conformación familiar, correo electrónico, teléfono, institución de pertenencia, grado, grupo y programa académico (ver Hermosillo-de-la-Torre et al., 2021).
- Escala de Capacidad Adquirida al Suicidio [ECA, Bender et al., 2011] (Trejo, 2018). Evalúa la capacidad para autolesionarse a través de ocho reactivos con una escala de cinco puntos (1=Para nada me describe a 5=extremadamente me describe).
- Cuestionario de Necesidades Interpersonales [CNI, Van Orden, et al., 2008] (Trejo, 2018). Evalúa la percepción de no pertenencia a un grupo y carga para los demás. Conformada por 11 reactivos en una escala de seis puntos (1= nada verdadero para mí a 6=Muy verdadero para mí).
- Ítems relativos a la atención en salud mental y diagnóstico dado por un profesional sobre la presencia de algún trastorno. Se presenta un ítem con escala dicotómica sobre la presencia o ausencia actual de atención psicológica y/o psiquiátrica. Y un ítem en el que muestran tipos de trastornos mentales como Depresión Mayor,

Distimia, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Límite de la Personalidad, etc.

- Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés 21 [DASS-21 por sus siglas en inglés] (Lovibond & Lovibond, 1995) su adaptación mexicana desarrollada por Gurrola-Peña et al. (2006). Es una escala de autoadministrable que evalúa niveles depresión entendida como baja afectividad positiva, niveles de estrés entendida como afectividad negativa y la agitación psicofisiológica. Es una escala de tipo Likert de cuatro puntos que consta de 14 ítems (0= no se aplica a mí, 1= aplicable a mí en algún grado, 2=aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo, 3= aplica mucho a mí). Presenta un $\alpha = 0.86$ (Gurrola-Peña et al.,2006).
- Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS-E). Creada por Gratz y Roemer (2008) adaptada para población mexicana por Marín et al. (2012). Consta de 24 ítems, con una escala tipo Likert de cinco puntos que va de casi nunca a casi siempre, relacionados con la no aceptación de emociones, metas, conciencia y claridad de emociones; cuenta con índice de confiabilidad $\alpha = 0.838$.
- Cuestionario de suicidio ASQ (National Institute of Mental Health, s.f.) que evalúa el nivel de riesgo de suicidio a través una escala dicotómica y 6 ítems, entre ellos: “En las últimas semanas, ¿has deseado estar muerto?”, “En las últimas semanas, ¿ha sentido que usted o su familia estarían mejor si estuviera muerto?”, “En la última semana, ¿ha pensado en suicidarse?” “¿Alguna vez ha intentado suicidarse?” y explora la forma y el momento, seguido de la pregunta “¿Estás pensando en suicidarte en este momento?”.
- Lista de verificación de formas de afrontamiento DBT [DBT-WCCL] (Neacsiu et al., 2010) adaptación mexicana (Arteaga-de-Luna et al., inédito). Es una lista de verificación que evalúa el uso de habilidades DBT, afrontamiento funcional y disfuncional. Consiste en 59 ítems tipo Likert de cuatro puntos (0=Nunca la uso, 1= rara vez la uso, 2=a veces la uso, 3= regularmente la uso) y un índice de confiabilidad es $\alpha = 0.92$.

- Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) su adaptación mexicana, por López-Maya *et al.* (2015) es un instrumento de 15 reactivos que evalúa el nivel de atención en la cognición, la emoción, el estado físico, y general. Mide la frecuencia en que los que centra la persona su atención al momento presente (Brown y Rayan, 2003), con una escala Likert de seis puntos que va desde “casi siempre” hasta “casi nunca”. Su índice de confiabilidad es $\alpha = 0.89$ (Soler et al., 2012).
- Listas de asistencia. Listas con el nombre de los participantes por grupo de aplicación, para registrar la asistencia a cada sesión. Desarrolladas ex profeso para el estudio.
- Listas de cotejo informadas en los criterios de evaluación de la enseñanza de IBM (Crane et al., 2016 & Brandsma, 2018) y DBT, desarrolladas ex profeso para observar la integridad a los tratamientos en la aplicación de las intervenciones, con una escala 0 a 10 (Ver en Apéndices H e I).
- Autorregistros ex profesos en los que a través de 21 indicadores se califica el grado de estados emocionales como miedo, enojo, alegría, tristeza; además de impulsividad, odio a sí mismo, dificultad para manejar crisis emocionales, deseos incontrolables de hacerse daño, morir, consumir drogas, satisfacción con las relaciones sociales y familiares y creencias sobre la capacidad de regular emociones, pensamientos y acciones (Ver en Apéndice E).
- Cuestionario de evaluación y satisfacción del programa. Cuestionario ex profeso online con escalas ordinales que abordan valoraciones sobre materiales, temas, claridad con la que se impartieron los temas, tiempo empleado, implementación de éste por parte del facilitador, calidad, satisfacción, recomendación, utilidad (percepción de mejora en el afrontamiento a problemas) y cuatro ítems abiertos sobre lo que más les gusto a los participantes, lo que menos les gusto y lo que les motivo a terminar el curso, así como sugerencias para mejorar el curso (Ver en Apéndice G).

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Consentimientos informados para los participantes (ver en Apéndice B).
 - Material correspondiente a las sesiones de DBT-A-MX y la intervención basada en IBM (presentación de Power-Point, hojas de trabajo, manuales del protocolo y otros).

Procedimiento

El estudio incluyó la implementación de cuatro etapas. En forma general, la primera de ellas consistió en la preparación de los materiales de los tratamientos a implementar, así como de los instrumentos de medición, específicamente, la adaptación y validación del DBT-WCCL en población mexicana. La segunda etapa consistió en la implementación de un tamizaje de riesgos psicosociales asociados al suicidio para estimar su prevalencia, así como de conducta suicida en la población de estudio. En la tercera etapa se llevó a cabo el ensayo clínico controlado implementado los programas de intervención DBT-A-MX e IBM. Finalmente, en la cuarta etapa se realizó el seguimiento de los factores de riesgo y las habilidades DBT y de Mindfulness. A continuación, se detalla cada una de ellas.

Etapas 1. Desarrollo de materiales e instrumentos

Para la aplicación de las intervenciones DBT-A-MX e IBM se requirió el desarrollo de materiales como manuales para los facilitadores (ver Apéndice C), hojas de trabajo para los participantes (ver Apéndice D), así como de auto-registros de evaluación continua y cuestionarios de satisfacción de los usuarios.

Manuales de intervención.

Para la aplicación de la intervención informadas en DBT-A-MX se cuenta con un manual para facilitadores y hojas de trabajo para participantes en español y que ha sido previamente utilizado con una muestra universitaria mexicana por lo que se retoma para su uso en la presente investigación (Hermosillo-de-la-Torre & Gil-Díaz, 2019; Gil-Díaz, 2020).

Respecto a la IBM, ésta se desarrolló con base en el curso de distribución gratuita “Palouse Mindfulness”, el cual es un protocolo autodidacta online, desarrollado por Dave Potter, con material, autorización y colaboración de representantes en el área como Jon Kabat-Zinn, Thich Nhat Hanh, Tara Brach, Jack Kornfield, Kristin Neff, Shauna Shapiro y otros. Se adaptó a un formato directivo y presencial, por ende, se requirió del desarrollo de un manual para facilitadores, grabaciones de audio y hojas de trabajo para los participantes.

Para el desarrollo del manual del facilitador y hojas de trabajo se revisó sesión por sesión presentada en el programa, sus respectivos videos temáticos, hojas de trabajo, prácticas y lecturas complementarias. Además, se cuidó que el programa contara con los tres elementos necesarios en las sesiones de IBM que son: la práctica, la indagación y la exposición temática. Se revisó la aparición en orden de los mecanismos y su relación en las sesiones que señalan Cebolla y Campos (2016). Con base en lo anterior, se consideró que el orden de los temas y sesiones conforme se presentaron en el protocolo de Palouse fuera el adecuado.

Una vez desarrolladas las sesiones, la estructura y contenido de éstas, se sometió a evaluación por parte de una experta certificada en Mindfulness y los manuales tanto del facilitador como del participante, fueron valorados por dos psicólogos expertos en el trabajo con estudiantes universitarios mexicanos y manejo de conductas de riesgo suicida.

Posteriormente, se desarrollaron dos auto-registros sobre emociones y efectividad considerando diferentes tipos de emociones, autoeficacia para manejar emociones, problemas y satisfacción, para mantener una evaluación continua durante las intervenciones.

Se diseñó un cuestionario en Google Forms para evaluar la satisfacción, recomendación, utilidad, calidad del curso y evaluación de los materiales e implementación.

Las listas de cotejo se realizaron para la evaluación de la integridad de las sesiones, y se desarrollaron con base en la revisión de la literatura. Para el desarrollo de la lista de DBT consideró lo estipulado por Linehan (2003), Rathus y Miller (2015). Mientras que,

para el desarrollo de la lista de IBM se revisó Crane et al. (2016) y Brandsma (2018). Ambas listas fueron enviadas para su valoración por un experto en cada tratamiento.

Adaptación y validación de la lista de afrontamiento DBT-WCCL.

En colaboración con la Unidad de Posgrados de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH) se adaptó y validó para población mexicana el DBT-WCCL desarrollado por Neacsiu et al. (2010) que evalúa estilos de afrontamiento y habilidades DBT en población joven y adulta.

El procedimiento de traducción inversa (Eremenco et al., 2005; International Test Commissions, 2017) se generó con una primera traducción del inglés al español por dos psicólogas clínicas entrenadas en DBT y con un adecuado manejo del idioma inglés, seguido se realizó una traducción al inglés por una psicóloga americana bilingüe que tradujo del español al idioma inglés y posteriormente se realizaron comparaciones entre las versiones, hasta que no se encontró diferencias culturales relevantes y para la población objetivo. Posteriormente se llevó a cabo una validez de facie con cuatro hombres y dos mujeres mexicanos de un rango de 15 a 22 años de edad en aplicación a lápiz y papel, así como en un formato en línea (en Google Forms) y se hicieron ajustes respectivos.

Para la evaluación de validez del instrumento se llevó a cabo un estudio no experimental de tipo transversal. Se evaluó validez de contenido. La administración de los instrumentos se llevó a cabo a través de dos equipos de trabajo mediante un muestreo intencional, con población adolescente y adulta mexicana en los estados de Aguascalientes y Michoacán tal y como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1

Distribución programada de participantes en la adaptación del DBT-WCCL

Rangos de edad	Hombres	Mujeres
15 a 20	74	74
21 a 25	74	74
26 a 30	74	74
31 a 35	74	74

La invitación para participar en la adaptación del instrumento se distribuyó a través de las redes sociales (Whats App y Facebook), se solicitó el consentimiento informado y ser recabaron los datos.

Etapa 2. Tamizaje

Se llevó a cabo la evaluación de factores de riesgo psicosociales y comportamiento suicida a través del tamizaje de las variables descritas en el capítulo anterior mediante la implementación de la batería VIDA-J (ver instrumentos). Se evaluó a estudiantes que cursaban el primer semestre del ciclo escolar en curso al momento del estudio adscritos a los diferentes programas educativos del centro académico de una institución de educación superior en Aguascalientes. El tamizaje se aplicó del 8 al 26 de noviembre del 2021, dentro del horario de clases por medio de videollamadas en la plataforma Microsoft Teams, debido a las medidas sanitarias impuestas ante la pandemia del covid-19. Se realizó una breve presentación y rapport, seguido de un breve ejercicio de mindfulness, posteriormente se compartió el enlace del cuestionario a los alumnos, se leyó el consentimiento informado, se resolvieron dudas sobre la participación y se procedió a la recolección de datos. Cabe decir que, se puso a disposición orientación psicológica breve a quien lo solicitara vía correo electrónico durante el tamizaje por parte del equipo de investigación.

Aquellos alumnos que se identificaron con riesgos psicosociales elevados se refirieron a los servicios de atención clínica psicológica de la institución participante y fueron dados a conocer a las autoridades respectivas de la institución para su pronta atención y seguimiento.

Etapa 3. Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado

Reclutamiento

Para reclutar a los participantes de esta etapa del estudio se invitó a los estudiantes que participaron en el tamizaje y que cumplieron los criterios de inclusión. La invitación fue realizada del 13 al 25 de enero del 2022 mediante correo electrónico, videollamadas en clase y se reforzó a través de los profesores y tutores de grupo. En el correo electrónico se incluyó un video informativo de aproximadamente dos minutos en el que se mostraron posibles dificultades que los estudiantes universitarios pueden experimentar (cambios en los hábitos de estudio, sentir presión por el éxito y la competitividad) más dificultades que se abordan en las intervenciones (piloto automático, relaciones interpersonales, etc.), posteriormente se les invitó a tomar un curso para fortalecer el manejo del estrés y las emociones, señalando las características de formato y tiempos (presencial, con créditos de formación humanista, implementados por profesionales, completamente gratuito, tiempos y número de sesiones máximas). En atención a los lineamientos éticos vigentes, se informó además de los riesgos y beneficios potenciales de los tratamientos. En el mismo correo, se agregó un enlace de Google Forms para registrarse en caso de estar interesado. Se proporcionó de igual forma el consentimiento informado y se mencionó que recibirían información sobre horarios, lugar y formato a implementarse con posterioridad.

Una vez iniciado el ciclo escolar enero-junio 2022, se contactó a las autoridades para solicitar apoyo de profesores o tutores para extender la invitación a los alumnos correspondientes, durante 20 minutos de alguna de las materias. Sin embargo, en sólo nueve de los doce programas se pudo realizar la invitación de esta manera, debido a que en dos programas se encontró dificultad para coincidir con las autoridades en tiempo y en otro programa no se autorizó la extensión de la invitación dada la participación de los estudiantes en otros cursos de salud. A pesar de lo anterior, se envió a todos los estudiantes

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

candidatos la invitación vía correo electrónico y se contó con apoyo de los tutores para que los jóvenes revisaran éstos.

Posterior a la obtención de los consentimientos informados el investigador realizó la asignación aleatoria considerando las dos intervenciones y dos listas de registro, por un lado, la lista con los estudiantes que se registraron para tomar el curso en el turno matutino y por otro lado los que se registraron al turno vespertino. Es decir, los participantes fueron asignados de manera aleatoria a dos grupos de intervención, considerando respectivos turnos académicos, asimismo, los tratamientos fueron asignados aleatoriamente utilizando la página web <https://calcular.me/formar-equipos-al-azar> .

Una vez asignados, se les comunicó a los estudiantes vía correo electrónico la modalidad, el enlace electrónico para conectarse a las sesiones en Microsoft Teams y la hora según correspondía. Un día previo a la sesión se recordó por este medio el inicio del curso.

Implementación de los programas de intervención.

Los dos programas de intervención implicaron un total de nueve a diez sesiones respectivamente. La intervención DBT-A-MX (Gil-Díaz, 2020, tomado de Rathus & Miller, 2015), que es el entrenamiento en habilidades DBT, que se desarrolló con cuatro módulos temáticos orientados a enseñar habilidades que favorecen la atención plena, la regulación emocional, la tolerancia al malestar y la efectividad interpersonal, en el que se pretendió el incremento de conductas habilidosas en el repertorio conductual. Por medio de 10 sesiones grupales de dos horas (para mayor especificidad revisar el Manual, Hermsillo-de-la-Torre & Gil-Díaz, 2019). Mientras que la IBM se basó en el protocolo libre online Palouse (s.f.) y en la revisión de literatura del programa de MBSR de John Kabat-Zinn (2016). El protocolo de IBM se desarrolló para un trabajo a lo largo de nueve sesiones con una duración de aproximadamente 2 a 2.5 horas, en el que se ejercitó la atención a las sensaciones corporales, los pensamientos y las emociones, se dieron pautas para favorecer la aceptación de la experiencia, el desapego a los pensamientos, la comunicación interpersonal y la autocompasión. Además, implicó la práctica de 15 a 30 minutos fuera de

la sesión de las actividades revisadas. Los programas implicaron el uso de materiales como hojas de trabajo y auto-registros para los participantes, entre ellos el llenado de auto-registros sobre la práctica personal. Los auto-registros de IBM estaban orientados a revisar si se practicó o no, las experiencias identificadas y consecuencias. Las hojas de trabajo de DBT-A-MX se orientaron a guiar al participante en el desarrollo de la práctica y su registro, así como la identificación de las consecuencias generadas tras la ejecución de la habilidad.

Ambos programas tienen objetivos y contenidos organizados diferentes en sus sesiones, mismas que pueden revisarse en la Tabla 2.

Tabla 2

Esquema de sesiones DBT-A-MX e IBM

Sesiones DBT-A-MX (Gil-Díaz, 2020 tomado de Rathus y Miller, 2015).	Esquema general de la sesión	Sesiones IBM (Palouse Mindfulness)	Esquema general de la sesión
Sesión 1: Orientación y compromiso	Presentación Qué es DBT Las 5 áreas problema de DBT Formato del grupo de entrenamiento Habilidades DBT Teoría Biosocial Supuestos Lineamientos del grupo Contrato	Sesión 1: Orientación y compromiso	Presentación Introducción y el vaivén de la mente Beneficios y riesgos Encuadre (reglas y estructura del curso) Abordaje de expectativas Cierre

	Cierre		
Sesión 2: Habilidades de Atención Plena	Ejercicio de atención plena Orientación sobre atención plena Receso Los tres estados de la mente Asignación de tarea Cierre	Sesión 2: Atención Elemental	Bienvenida Qué es la atención plena Práctica: Escáner corporal Asignación de practica semanal formal e informal Cierre
Sesión 3: Habilidades de Atención Plena	Ejercicio de atención plena Revisión de tarea Receso Habilidades Qué y Cómo Asignación de tarea Cierre	Sesión 3: Atención Plena y vida	Bienvenida Revisión de práctica semanal Introducción Atención y detalles Meditación Sentada Asignación de práctica semanal Cierre
Sesión 4: Habilidades de Tolerancia al malestar	Ejercicio de atención plena Revisión de tarea Receso Habilidad MEJORAR el momento Asignación de tarea Cierre	Sesión 4: Cómo manejar los pensamientos	Bienvenida Revisión de práctica semanal Ejercicio de movimientos conscientes Temática: pensamientos Ejercicio Practica Sentada Asignación de práctica semanal Cierre

<p>Sesión 5: Habilidades de Tolerancia al malestar</p>	<p>Ejercicio de atención plena Revisión de tarea Receso Habilidad TIPP Asignación de tarea</p>	<p>Sesión 5: Responder vs Reaccionar</p>	<p>Bienvenida Revisión de práctica semanal Ejercicio de movimientos conscientes Temáticas: El estrés, su fisiología, responder vs reaccionar</p>
<p>Sesión 6: Habilidades Tolerancia al Malestar</p>	<p>Ejercicio de atención plena Revisión de tarea Receso Habilidad Aceptación radical Asignación de tarea Cierre</p>	<p>Sesión 6: Tratar emociones difíciles o dolor físico</p>	<p>Bienvenida Revisión de práctica semanal Meditación de la montaña Meditación suavizar, calmar y permitir. Temática: Dolor x Resistencia Oración al dolor de Tarach Bach Asignación de práctica semanal</p>
<p>Sesión 7: Habilidades de Tolerancia al Malestar</p>	<p>Ejercicio de atención plena Revisión de tarea Receso Habilidad Pros y Contras</p>	<p>Sesión 7: Comunicándonos</p>	<p>Bienvenida Revisión de la práctica semanal con escucha plena. Tema: comunicación, tipos de conflictos y comunicación no violenta</p>

	Asignación de tarea		Ejercicio de comunicación no violenta
	Cierre		Asignación de práctica semanal
			Cierre
Sesión 8: Habilidades del Regulación Emocional	Ejercicio de atención plena Revisión de tarea Receso Por qué son buenas las emociones Habilidad Acción Opuesta Asignación de tarea Cierre	Sesión 8: Atención plena y compasión	Bienvenida Revisión de la práctica semanal Ejercicio: bondad amorosa Tema: autocompasión Asignación de práctica semanal Cierre
Sesión 9: Habilidades el Regulación Emocional	Ejercicio de atención plena Revisión de tarea Receso Habilidad Anticípate, revisar los hechos y resolución de problemas. Asignación de tarea Cierre	Sesión 9: Atención Plena y desarrollo de la práctica personal	Bienvenida Revisión de la práctica semanal Tema: gratitud Planeando la práctica Compartiendo y retomando aprendizajes Cierre
Sesión 10: Habilidades de Efectividad Interpersonal	Ejercicio de atención plena Revisión de tarea Receso		

Habilidad DEAR MAN

Asignación de tarea

Cierre

Nota. Las sesiones de las IBM además de las prácticas y el componente temático incluyen un espacio para indagar en la experiencia de los ejercicios meditativos.

La aplicación de las sesiones se realizó simultánea y semanalmente en el periodo semestral. Los grupos se implementaron en dos horarios a contra-turno de las 12 a 14 y de 15 a 17 horas, conformando un total de cuatro grupos de intervención, es decir, dos grupos matutinos y dos grupos vespertinos que recibieron cada una de las intervenciones respectivas. Las imparticiones de las sesiones fueron del 2 de febrero al 30 de marzo y 6 de abril del 2022 (Figura 3).

Figura 3

Calendarización del ECCA y sus respectivos seguimientos



Nota. Se pueden observar los tiempos de reclutamiento señalados en circunferencias amarillas, días de implementación de los programas de intervención señalados en cuadros rosas durante el mes de febrero, marzo y abril. En franjas rojas pueden observarse los periodos contemplados para la realización de los seguimientos a 2 y 6 meses posteriores a las intervenciones. Además, pueden identificarse periodos de exámenes, señalados con franjas rosas, inicio y termino de los semestres señalados con flechas de color amarillo.

Las sesiones fueron impartidas predominantemente en un formato en línea. Debido a las condiciones sanitarias derivadas de la contingencia por la pandemia del Sars-Cov2 en el país y el Estado al momento de la implementación del ECCA, las sesiones se implementaron a través de videollamadas realizadas por medio de la plataforma Microsoft Teams. Los materiales como hojas de trabajo, registros y grabaciones quedaron a disposición de los participantes a través de la plataforma electrónica de la institución educativa.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Las intervenciones fueron implementadas por dos profesionales de la psicología pertenecientes al Laboratorio de Regulación Emocional y Prevención del suicidio del Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma de Aguascalientes (REPS), capacitados en los respectivos protocolos de intervención por más de un año. Específicamente para DBT-A-MX se incorporó como monitor secundario una estudiante del último semestre de la Lic. en Psicología con previa experiencia en la impartición de entrenamientos en habilidades DBT.

Para valorar la integridad de las intervenciones las sesiones fueron videograbadas y posteriormente fueron evaluadas por expertos en la implementación de habilidades DBT e IBM, a través de una lista de cotejo montada en Google Forms. Para la evaluación tanto las sesiones de cada programa de intervención como los evaluadores fueron asignados aleatoriamente. Las sesiones videograbadas de DBT-A-MX fueron agrupadas por módulo de intervención para su aleatorización y asignación de evaluador. Las sesiones videograbadas de IBM se agruparon por conjunto de tres y fueron asignadas a un evaluador.

Previo y posterior a la aplicación de cada programa se aplicaron dos evaluaciones, una pre-intervención (O2) y otra post-intervención (O3). La O2 se realizó en la sesión 1 del curso, mientras que la O3 se realizó en la última sesión de cada programa (se evaluó estrés, ansiedad, depresión, desregulación emocional, riesgo por consumo de sustancias, comportamiento de riesgo suicida, habilidades DBT y Mindfulness). En adición, se llevaron a cabo evaluaciones continuas sobre afectos, satisfacción en las relaciones sociales y familiares, autoeficacia en el manejo emocional, capacidad de estar presente, deseos de cometer conductas de riesgo como autolesionarse, morir, consumir drogas, a través de 21 indicadores (ver Apéndice E), mismos que se implementaron a partir de la Sesión 2 en ambos grupos, es decir, posterior a la sesión de orientación y compromiso y previo a la última sesión.

Para evaluar la permanencia los facilitadores tomaron asistencia en cada sesión en una base de datos. La evaluación sobre la satisfacción y aceptación de los programas se realizó mediante un cuestionario de la satisfacción general con el curso.

Es de resaltar que los participantes que reportaron deseo de morir, historial de intentos fueron canalizados para evaluación de riesgo y atención psicológica al término de la intervención y a los dos y seis meses de finalizada la intervención.

Etapas 4. Seguimientos

Al paso de los dos y seis meses posteriores al término de las intervenciones, se realizaron dos seguimientos (O4 y O5) con los instrumentos utilizados en las O2 y O3, es decir se evaluaron, el estrés y los factores psicosociales asociados al suicidio (ansiedad, depresión, desregulación emocional, afrontamiento disfuncional), comportamiento de riesgo de suicidio, además de las habilidades DBT y Mindfulness. El seguimiento se realizó de manera presencial.

Aspectos éticos

La presente investigación cuenta con la aprobación del comité de ética la Universidad Autónoma de Aguascalientes (Apéndice A). El estudio se implementó atendiendo a los lineamientos éticos establecidos en el código ético del psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007), y su homólogo de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2017), además de la declaración de Helsinki (1964) sobre principios éticos para investigaciones médicas y en seres humanos.

Se atendieron principalmente aspectos relacionados con el bienestar y cuidado de los participantes en la investigación, se procuró el resguardo de la información y aseguramiento de la confidencialidad, se informó el uso que se daría a los datos para la investigación y se dirigió a atención psicológica los casos que así lo requirieron (ver consentimientos informados).

Respecto al bienestar y cuidado de los participantes, en todas las etapas del estudio se facilitó un correo electrónico para solicitar una breve orientación en caso de experimentar algún malestar. Específicamente en las intervenciones del ECCA se señaló la importancia de contactar a los facilitadores en caso de identificar la presencia de un malestar, indicación que también se presentó al ofertar la intervención. Además, en la

sesión 1 “orientación y compromiso” se presentaron los riesgos y beneficios potenciales de participar en la intervención.

Después de la implementación del tamizaje los participantes que fueron detectados con algún grado de riesgo de suicidio fueron indicados a las autoridades institucionales para ser referidos a los servicios psicológicos para corroborar el riesgo y recibir atención oportuna, cómo se estableció en el consentimiento informado. Asimismo, en las intervenciones del ECCA aquellos alumnos que se detectaron con algún posible riesgo de suicidio mayor por historial de tentativas de suicidio, reporte constante de malestar emocional e ideación suicida en la última semana, fueron referidos a servicios para evaluación y atención correspondiente en caso de encontrarse en riesgo elevado o inminente.

Sobre el resguardo de la información, ésta fue manejada exclusivamente por el equipo de trabajo. La información brindada durante las sesiones se mantuvo en confidencialidad con las facilitadoras de cada programa y los datos de derivados de las evaluaciones pre-post y respectivos seguimientos sólo fueron manejados por la investigadora responsable. Cabe decir que, los evaluadores de integridad de las sesiones, previo a la asignación del material, recibieron una carta responsiva y compromiso de mantener el más estricto cuidado ético y confidencial sobre el material revisado y su utilización sólo para los fines solicitados.

Cabe mencionar que, una vez analizados los datos, se dio a la institución participante un informe final con los resultados generales del estudio y sugerencias para la implementación de los programas de intervención.

Análisis de datos

Etapas 1. Desarrollo de materiales e instrumentos: Adaptación del instrumento DBT-WCCL

Para la adaptación del DBT-WCCL, posterior a la traducción inversa (Eremenco et al., 2005; International Test Commissions, 2017) se realizó el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), seguido se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). Para el

AFE se ejecutaron correlaciones policóricas (Richaud, 2005), una estimación de mínimos cuadrados ponderados y se determinó el número de factores a través de un análisis paralelo (Horn, 1965) y de gráfico de sedimentación a través del software Factor v.12.01.02 (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2021). Se excluyeron ítems bajo el criterio de peso factorial mayor 0.40 (Hair et al., 1999) y pesos factoriales en más de un factor (Lloret-segura et al., 2014).

Para el AFC se utilizó el método de weighted least square mean and variance adjusted. Para la evaluación del ajuste de los modelos se analizan los siguientes indicadores: Chi-cuadrado (χ^2), error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), raíz cuadrada media residual estandarizada (SRMR), índice de bondad de ajuste comparativo (CFI), índice de Tucker-Lewis (TLI) y criterio de información de Akaike (AIC). Los valores de ajuste aceptable fueron: RMSEA $>.05$ (ó $.06$) en combinación SRMR $<.08$; TLI $< .95$ (ó $.96$) en combinación con SRMR $<.08$ y un valor de CFI $\geq .95$ (Hu & Bentler, 1999). El modelo con el menor valor de AIC se consideró como el de mejor ajuste (Huang, 2017).

Etapa 2. Tamizaje

Se evaluó la prevalencia de factores de riesgo en los universitarios a través de los tamizajes programados. Para analizar los datos del primer tamizaje (O1) se calcularon los factores de riesgo considerando para la mayoría de las variables una media más una desviación estándar, excepto en la evaluación de apego inseguro, en el cual se siguió lo establecido por Lacasa y Muela (2014), y en riesgo por uso/abuso de sustancias, el en que se consideró el punto de corte establecido por Mariño et al. (1998). Cabe señalar que se identificaron con base en el total de factores de riesgo y reportes sobre conducta suicida (autolesión, o tentativa de suicidio) diferentes niveles de riesgo suicida, los cuales fueron: grupo 5, la persona presentó tentativa en el último año con la intención de morir y factores de riesgo; grupo 4, presentó tentativa suicida en el último año con la intención de “dejar de sufrir” ó ambiguo “me daba igual vivir o morir” y factores de riesgo; grupo 3, presentó autolesión y factores de riesgo; grupo 2 con conducta suicida y sin factores de riesgo; grupo 1 sin conducta suicida pero con factores de riesgo y el grupo 0 sin conducta suicida y sin

factores de riesgo. Una vez calculados los puntos de corte e identificada la presencia o ausencia de los factores de riesgo y conducta suicida, se obtuvieron porcentajes por cada uno de ellos.

Etapa 3. Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado

Para conocer la eficacia en la disminución del estrés, los factores psicosociales de riesgo asociados al suicidio y el comportamiento de riesgo de suicidio, de los programas DBT-A-MX e IBM se realizaron comparaciones intra-grupo por medio de pruebas t de Student. De igual forma para evaluar el uso de habilidades DBT y Mindfulness en las intervenciones para conocer su uso.

Posteriormente, se calculó el tamaño del efecto para pruebas t dependientes a través del software de uso libre Psychometrica (Lenhard & Lenhard, 2016), utilizando la fórmula descrita por Dunlop et al. (1996) para calcular d de Cohen desde pruebas t para muestras relacionadas. Se utilizó esta fórmula, dado que presenta menor distorsión de los datos que otras para este tipo de análisis (Lenhard & Lenhard, 2016) y para ella se utilizaron los valores t de student, el número de la muestra y la correlación de variables (r). Cabe señalar que se consideraron los valores d Cohen $d = 0.2$ entendido como un efecto pequeño, $d = 0.5$ un efecto medio y $d = 0.8$ un efecto grande (Iraurgi, 2009).

Para evaluar y comparar la permanencia a los programas, se calculó el porcentaje con el total de participantes que se inscribieron e ingresaron a al menos a una sesión de las intervenciones y se compararon con el total estudiantes que terminaron en cada una de las intervenciones, además, se compararon porcentajes por turno de implementación.

Con base en el objetivo particular de evaluar los materiales, la implementación, satisfacción de los programas DBT-A-MX e IBM se obtuvieron porcentajes sobre los datos recogidos del cuestionario satisfacción del curso por cada uno de los programas y se compararon resultados inter-grupo.

Se realizaron análisis adicionales, para conocer el grado de integridad de las intervenciones, las trayectorias de los participantes a lo largo de la implementación. Para

evaluar la integridad de las intervenciones se efectuaron análisis de los datos recabados a través de las listas de cotejo de evaluación de la enseñanza de IBM y DBT. Se calcularon las medias de los puntajes otorgados por los evaluadores en cada indicador sesión a sesión (Sesión 1 Indicador 1+ Sesión 1 Indicador 2+.../n) y por cada indicador a lo largo de la intervención (Indicador 1 Sesión 1+ Indicador 1 Sesión 2+.../n).

Además, para conocer las trayectorias de los participantes en ambas intervenciones a lo largo de las mismas se analizaron los datos de la evaluación continua. Primeramente, se realizó un AFE a través de rotación varimax, se procedió con extracción de componentes principales y se excluyeron ítems bajo el criterio de peso factorial mayor 0.40, con lo que se obtuvo un total de seis factores que explicaron el 79.85% de la varianza. Seguido se recodificaron aquellos valores cuyos indicadores resultaron inversos, se procedió a calcular las medias de cada factor por semana y se trazaron las trayectorias individuales (ver Apéndice F).

Para analizar el grado y uso de las habilidades DBT y Mindfulness se realizaron correlaciones con las evaluaciones pretratamiento (O2) con el estadístico r de Pearson entre estas variables con los factores psicosociales de riesgo y el riesgo de suicidio evaluado. Posteriormente se realizó un modelo descriptivo de la correlación entre variables, con tales resultados. Seguido, se realizó un modelo de regresión lineal escalonado, atendiendo las correlaciones identificadas.

Etapas 4. Seguimientos

Para analizar los efectos de los programas en la disminución de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en los estudiantes universitarios al término de la intervención se realizó un análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA) sobre dichas variables. Adicionalmente sobre las habilidades DBT y Mindfulness, así como el riesgo de suicidio evaluado por cada instrumento.

Capítulo 6. Resultados

En el presente capítulo se exponen los resultados del estudio. La primera sección muestra los resultados obtenidos sobre la eficacia de los tratamientos implementados sobre la disminución del estrés, los factores de riesgo asociados al riesgo de suicidio y la disminución del comportamiento de riesgo suicida, al término de la intervención y seis meses posteriores al finalizada la intervención. Posteriormente se presentan las asociaciones dadas entre los factores de riesgo psicosociales de la conducta de riesgo suicida, el estrés, la conducta de riesgo suicida y la adquisición de habilidades DBT y de Mindfulness. Seguido, se describen las estimaciones de prevalencia de los factores de riesgo psicosociales asociados a la conducta de riesgo suicida en la población participante. Finalmente, muestra los resultados obtenidos sobre la permanencia de los programas y la calidad de los materiales, implementación, satisfacción y aceptación por parte de los usuarios y la evaluación de la integridad de las sesiones.

Cabe aclarar, que los resultados de la adaptación del DBT-WCCL pueden verse en un apartado denominado resultados adicionales y las trayectorias individuales de los participantes a lo largo de las sesiones pueden observarse en los apéndices para su consulta específica.

Eficacia de los programas

Los resultados obtenidos sobre la eficacia de los dos programas de TW (Habilidades DBT-A-MX e, IBM), tras su aplicación, mostraron sobre el estrés tamaños del efecto medio o nulo. IBM presentó un tamaño del efecto próximo a medio ($d=0.47$), en tanto que, el programa DBT-A-MX nulo ($d=-0.18$) al término de la intervención.

Sobre los factores psicosociales de riesgo, la implementación de ambos programas fueron eficaces en la disminución de los factores psicosociales de riesgo asociados al comportamiento de riesgo suicida, tal como se muestra en la Tabla 3 y 4. Destacan los efectos en la reducción de la depresión y la desregulación emocional, que en IBM fueron

moderados (depresión $d=0.67$, desregulación emocional $d=0.57$) y en DBT-A-MX fueron nulos y bajos (depresión $d=-0.18$, desregulación emocional $d=0.30$). Finalmente, en cuanto a la eficacia en la disminución del riesgo de suicidio se observó que ambos programas tuvieron un efecto bajo al término de la intervención (IBM $d=0.22$ y DBT-A-MX $d=0.28$).

Sobre el uso y adquisición de las habilidades DBT y Mindfulness se encontró variabilidad en su efectividad. Si bien las habilidades DBT incrementaron en ambos programas con tamaños del efecto grandes (IBM $d=0.82$, DBT-A-MX $d=0.88$). Mindfulness sólo incremento en la IBM, con un tamaño del efecto bajo ($d=0.29$).

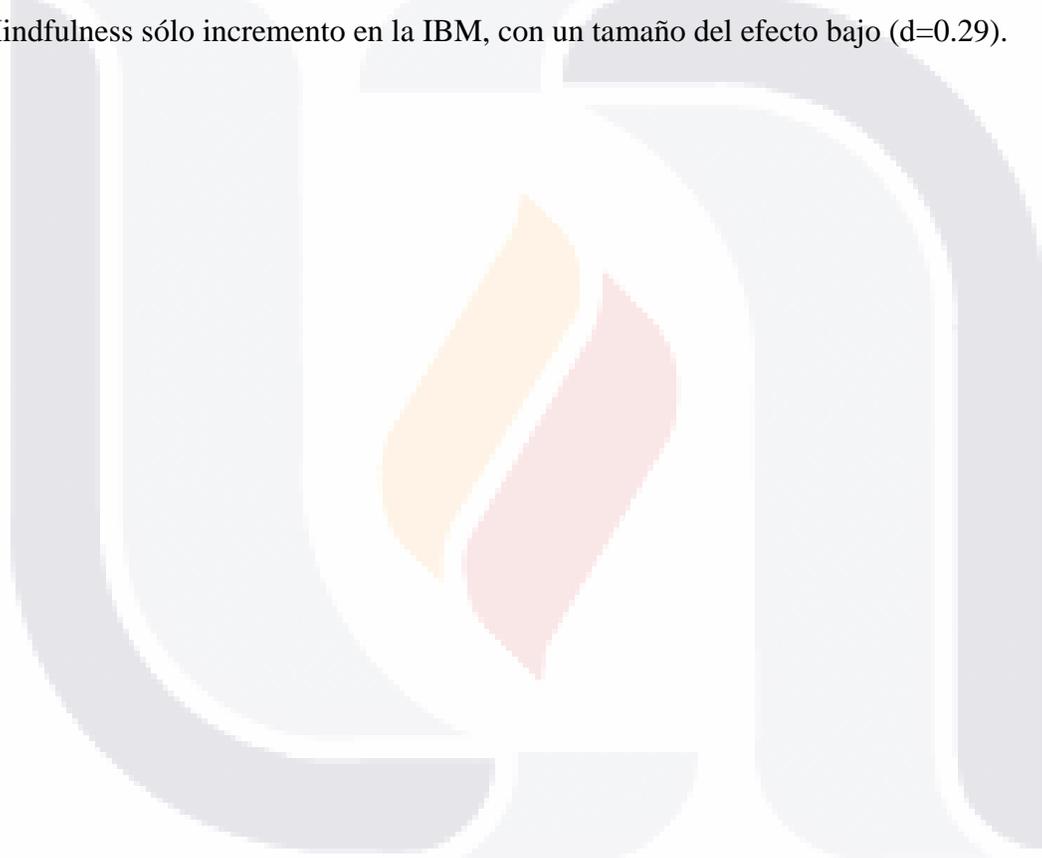


Tabla 3

Eficacia de DBT-A-MX sobre el estrés, los factores psicosociales de riesgo asociados al suicidio, comportamiento de riesgo de suicidio y uso de habilidades DBT y Mindfulness

Variable	O2		O3		t	p	r	d
	M	DE	M	DE				
Estrés	3.385	2.844	3.538	2.602	-0.262	0.437	0.702	-0.06
Depresión	2.154	2.375	2.538	1.898	-0.595	0.719	0.424	-0.18
Ansiedad	3.000	2.160	3.077	2.985	-0.132	0.952	0.711	-0.03
Desregulación Emocional	29.538	19.398	24.077	16.626	1.244	0.237	0.623	0.30*
Dificultad Consciencia	9.385	4.114	7.000	4.021	1.789	0.099	0.302	0.59**
Dificultad Claridad	4.769	4.003	4.231	3.320	0.578	0.573	0.594	0.14
No aceptación emocional	8.308	7.532	7.385	6.332	0.408	0.581	0.319	0.13
Dificultad metas	7.077	6.144	5.462	5.076	1.790	0.113	0.848	0.28*
Riesgo por Consumo	0.615	1.044	0.615	1.044	0.000	1.000	0.694	0.00
Afrontamiento Disfuncional	1.656	0.456	1.359	0.493	2.300	0.040	0.519	0.63**
Riesgo de Suicidio	0.308	0.630	0.154	0.376	1.000	0.317	0.487	0.28*
Atención Plena	3.85	1.38	3.89	1.22	-0.125	0.902	0.482	0.04
Habilidades DBT	1.940	0.412	2.333	0.473	-3.502	0.004	0.589	0.88+

Nota. O2= Observación 2, pretratamiento, O3= observación 3, M=media, DE= Desviación Estándar, t= t de student, postratamiento, r= correlación, d= d de Cohen para medias repetidas. *=tamaño del efecto pequeño, **=tamaño del efecto moderado, ***=tamaño del efecto grande. Se realizaron cálculos con participantes que completaron evaluaciones pre y post-tratamiento (n=27; IBM=14, DBT=13)

Tabla 4

Eficacia de IBM sobre el estrés, los factores psicosociales de riesgo asociados al suicidio, comportamiento de riesgo de suicidio y uso de habilidades DBT y Mindfulness

	O2		O3		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>d</i>
	M	DE	M	DE				
Estrés	4.214	2.190	3.214	2.225	1.803	0.097	0.558	0.45*
Depresión	5.286	3.583	3.000	2.987	4.412	0.002	0.841	0.67**
Ansiedad	2.857	1.610	3.143	1.916	-0.563	0.618	0.431	-0.16
Desregulación Emocional	31.714	17.495	22.357	14.648	2.767	0.016	0.703	0.57**
Dificultad Consciencia	9.786	3.641	7.857	4.074	1.690	0.115	0.392	0.50**
Dificultad Claridad	5.571	3.652	3.000	2.746	3.668	0.006	0.698	0.76**
No aceptación emocional	9.143	7.764	6.857	7.070	1.544	0.118	0.725	0.31*
Dificultad metas	7.214	4.726	4.643	4.181	2.981	0.016	0.744	0.57**
Riesgo por Consumo	0.571	1.604	0.357	0.929	0.763	0.461	0.782	0.14
Afrontamiento Disfuncional	1.595	0.488	1.362	0.471	1.689	0.115	0.420	0.49**
Riesgo de Suicidio	0.357	0.842	0.143	0.535	1.883	0.083	0.904	0.22*
Atención Plena	3.79	0.893	4.09	1.167	-0.951	0.359	0.368	-0.29*
Habilidades DBT	1.655	0.550	2.163	0.470	-2.404	0.032	-0.196	-0.82+

Nota. O2= Observación 2, pretratamiento, O3= observación 3, M=media, DE= Desviación Estándar, *t*= *t* de student, postratamiento, *r*= correlación, *d*= *d* de Cohen para medias repetidas. *= tamaño del efecto pequeño, **=tamaño del efecto moderado, += tamaño del efecto grande. Se realizaron cálculos con participantes que completaron evaluaciones pre y post-tratamiento (n=27; IBM=14, DBT=13).

La eficacia de las intervenciones puede visualizarse también a lo largo del tiempo, con base en los ANOVAS de medias repetidas. En este sentido, se encontró que los tamaños del efecto de las intervenciones, tras su implementación y los

seguimientos hasta los seis meses, fueron de grandes a moderados en la disminución del estrés y factores psicosociales, tal como se puede ver en la Tabla 5.

En la disminución del estrés la IBM presentó tamaños del efecto grandes ($p=0.131$; $\eta^2=0.14$; $\beta=0.47$), en tanto que el entrenamiento en habilidades DBT-A-MX tuvo tamaños del efecto moderados al paso del tiempo ($p=0.35$; $\eta^2=0.09$; $\beta=0.28$). En tanto que en los factores psicosociales de riesgo al paso del tiempo fueron grandes y moderados. Los ANOVAS en la IBM indicaron tamaños del efecto grandes al paso del tiempo en la disminución de: a) depresión ($p=0.034$; $\eta^2=0.21$; $\beta=0.69$); b) en la reducción de la desregulación emocional ($p=0.025$; $\eta^2=0.23$; $\beta=0.74$); c) en la reducción del afrontamiento disfuncional ($p=0.083$; $\eta^2=0.18$; $\beta=0.55$); d) en la disminución de la ansiedad al paso del tiempo ($p=0.133$; $\eta^2=0.14$; $\beta=0.47$). En tanto que la DBT-A-MX tuvo tamaños del efecto grandes en: a) la disminución de la desregulación emocional al paso del tiempo ($p=0.132$; $\eta^2=0.15$; $\beta=0.47$) y b) el afrontamiento disfuncional ($p=0.08$; $\eta^2=0.18$; $\beta=0.55$), pero no redujo la ansiedad, depresión y ningún tratamiento redujo el riesgo por consumo de sustancias.

Sobre el comportamiento de riesgo de suicidio las intervenciones al paso del tiempo tuvieron tamaños del efecto medios (IBM: $p=0.190$ $\eta^2=0.123$; $\beta=0.40$; DBT: $p=0.45$ $\eta^2=0.08$; $\beta=0.23$).

Respecto al uso de habilidades, se encontró que al paso de hasta seis meses, ambas intervenciones tuvieron tamaños del efecto grandes sobre el uso de habilidades DBT y pequeños en Mindfulness. La IBM presentó un tamaño del efecto grande en el uso de las habilidades DBT ($p=0.03$; $\eta^2=0.22$; $\beta=0.71$) al paso de hasta seis meses posteriores a la intervención; al igual que en el entrenamiento en DBT-A-MX ($p=0.00$; $\eta^2=0.30$; $\beta=0.87$). En tanto, que la capacidad de Mindfulness tuvo un tamaño del efecto pequeño al término de la intervención, esta magnitud se mantuvo al paso del tiempo en los participantes que tomaron la IBM ($p=0.80$; $\eta^2=0.03$; $\beta=0.11$). En tanto que en DBT-A-MX, tras la implementación del tratamiento no se detectó un efecto sobre la capacidad de estar presente, sin

embargo, al paso del tiempo se identificó un tamaño del efecto pequeño ($p=0.90$; $\eta^2=0.02$; $\beta=0.08$) como se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5

Tamaños del efecto al paso de hasta seis meses de finalizada la intervención

	IBM				DBT-A-MX			
	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	β	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	β
Estrés	2.00	0.13	0.14+	0.47	1.14	0.35	0.09**	0.28
Depresión	3.23	0.03	0.21+	0.69	1.08	0.37	0.09**	0.26
Ansiedad	1.99	0.13	0.14+	0.47	0.04	0.99	0.00	0.06
Desregulación Emocional	3.52	0.02	0.23+	0.74	2.01	0.13	0.15+	0.47
Dificultad Consciencia	1.06	0.38	0.08**	0.26	1.13	0.35	0.09**	0.28
Dificultad Claridad	3.12	0.04	0.21+	0.68	0.94	0.43	0.08**	0.23
No Aceptación	1.82	0.16	0.13**	0.43	1.85	0.16	0.14+	0.44
Dificultad Metas	2.29	0.10	0.16+	0.53	0.64	0.59	0.05**	0.17
Riesgo de Consumo	2.64	0.06	0.18+	0.60	1.69	0.19	0.13**	0.40
Afrontamiento Disfuncional	2.43	0.03	0.22+	0.73	2.43	0.08	0.18+	0.55
Riesgo de Suicidio	1.68	0.19	0.12**	0.40	0.90	0.45	0.08**	0.23
Atención Plena	0.34	0.80	0.03*	0.11	0.19	0.90	0.02*	0.08
Habilidades DBT	3.32	0.03	0.22+	0.71	4.82	0.07	0.30+	0.87

Nota. η^2 = etha parcial cuadrada, β = potencia observada, *F*= estadístico *F*. *= tamaño del efecto pequeño, **=tamaño del efecto moderado, += tamaño del efecto grande.

Adquisición de habilidades y su relación con las variables de estudio

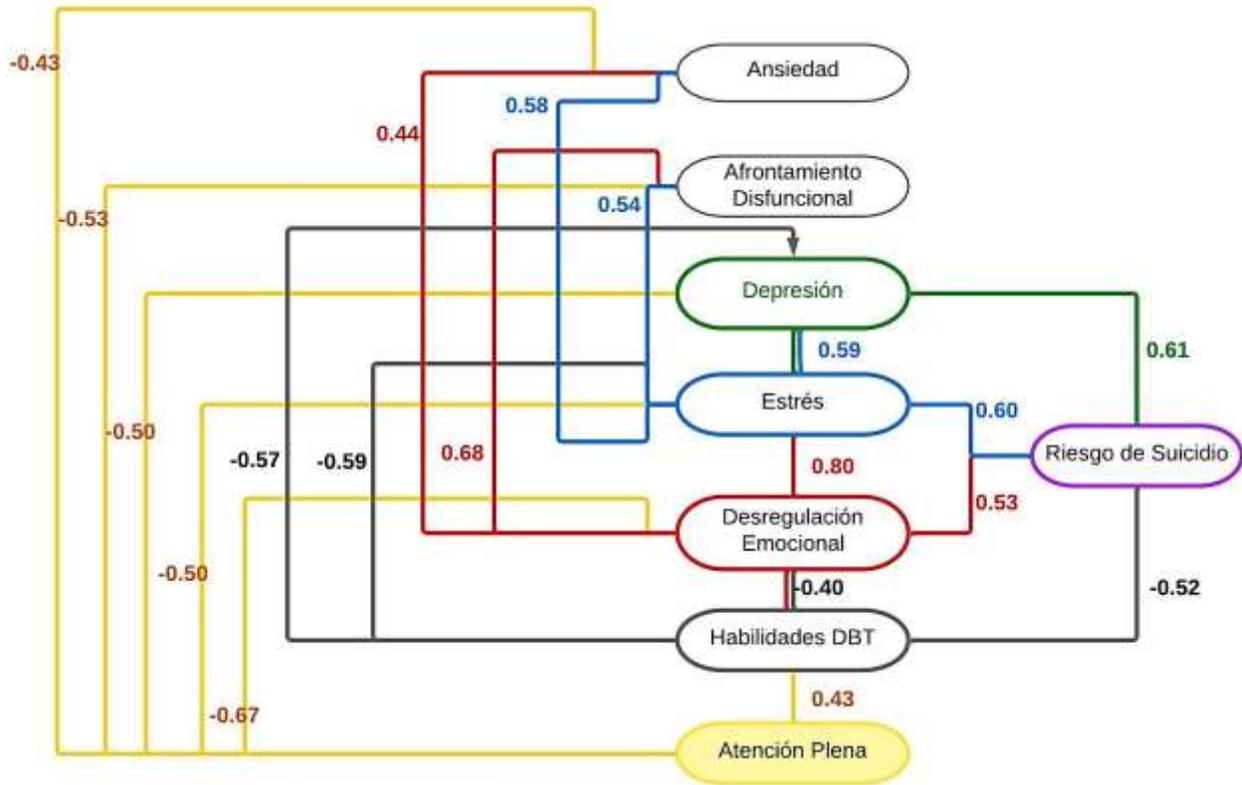
Las habilidades DBT y Atención Plena, como se mostró con anterioridad fueron adquiridas. En este sentido, para conocer el papel de las habilidades en los efectos de la intervención se realizó un modelo de correlaciones de las variables evaluadas (ver Figura 4) y un modelo exploratorio.

El modelo de correlación mostró que el riesgo de suicidio estuvo directamente asociado con la depresión, el estrés, la desregulación emocional y la ausencia o bajo uso de habilidades DBT. A su vez éstas variables se asociaron entre sí y se pueden visualizar en la Figura 4. La depresión correlacionó con el estrés ($r=0.59$) la desregulación emocional ($r=.69$) e inversamente con las habilidades DBT ($r=0.57$) y la Atención Plena ($r=-0.50$). El estrés correlacionó fuertemente con la desregulación emocional ($r=0.80$), con el afrontamiento disfuncional ($r=0.68$) y con la ansiedad ($r=0.58$), y en sentido inverso con las habilidades DBT ($r=-0.59$) y la Atención Plena ($r=-0.50$). La desregulación emocional correlacionó además de con el estrés y la depresión con la ansiedad, el afrontamiento disfuncional y las habilidades DBT.

Las habilidades DBT que correlacionaron inversamente con el riesgo de suicidio, mismo que, correlacionó en este sentido con la desregulación emocional y la depresión. En tanto que, la atención plena fue una variable que correlacionó inversamente con todas las variables psicosociales de riesgo, y el estrés ($r=-.50$), además, con la ansiedad ($r=-.43$) y el afrontamiento disfuncional ($r=-.53$).

Figura 4

Modelos de las habilidades DBT y Atención Plena sobre Factores psicosociales de riesgo y comportamiento de riesgo de suicidio



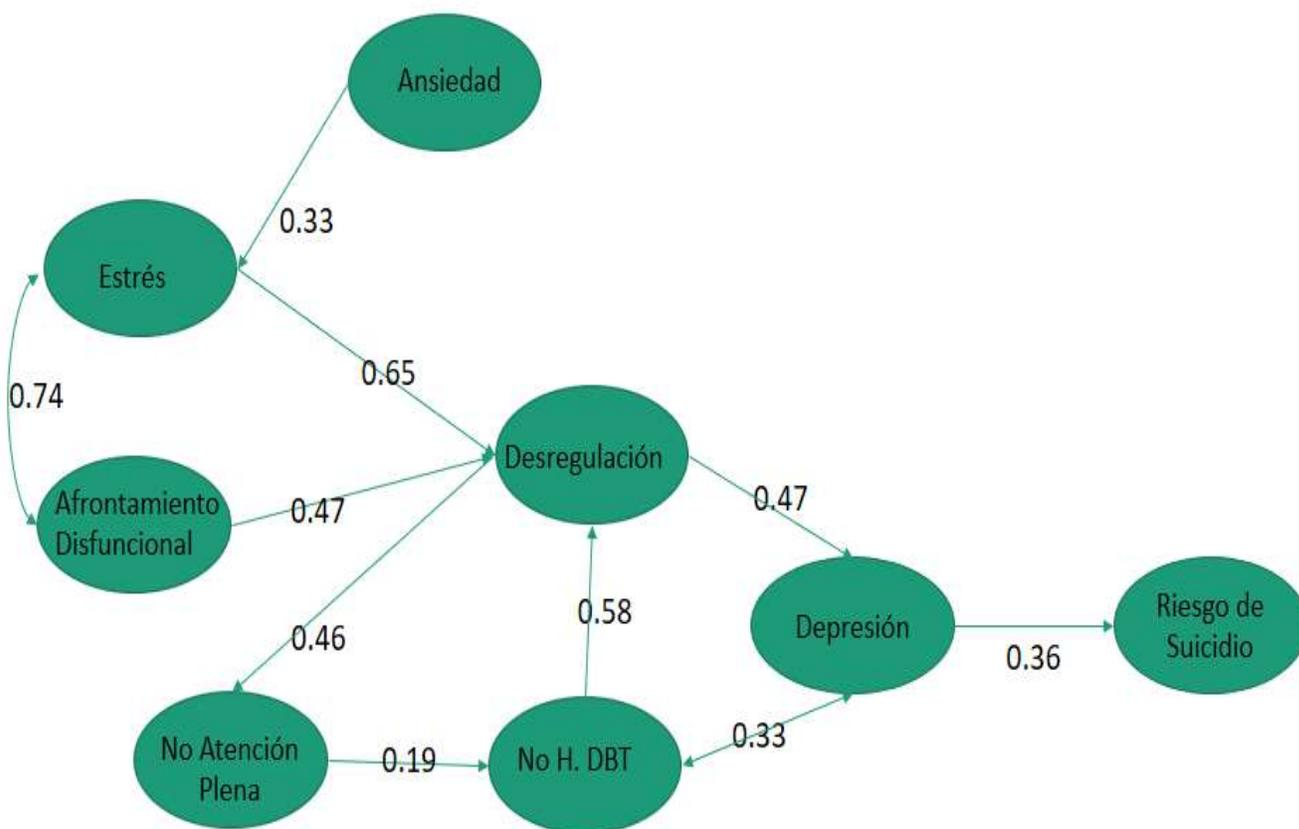
Nota. Los valores observados indican el valor de correlación con base en r de Pearson.

El modelo de regresión lineal mostró el papel de las habilidades DBT y mindfulness sobre los factores psicosociales de riesgo y la conducta de riesgo de suicidio. En el que cual se observó que la conducta de riesgo de suicidio se explicó en un 36% por la depresión, misma que se explicó en un 47% por la presencia de desregulación emocional y en un 32% por el bajo uso de habilidades DBT, que en conjunto incidieron en el 58% de la depresión. En tanto que la desregulación emocional estuvo explicada por el afrontamiento disfuncional en un 47% y por el estrés en un 65%, que en conjunto incidieron en la desregulación emocional en un 74%, además, la desregulación emocional explicó en un 46% la baja

atención plena., que explica en un 19% el bajo uso de habilidades DBT. A su vez el estrés fue influido por la presencia de ansiedad en un 33%, tal como se muestra en la Figura 5.

Figura 5

Modelos de las habilidades DBT y Atención Plena sobre Factores psicosociales de riesgo y comportamiento de riesgo de suicidio.



Nota. El modelo de regresión lineal contiene los valores de R cuadrática.

Prevalencia de factores psicosociales de riesgo asociados al suicidio (O1)

Para conocer la prevalencia de factores psicosociales de riesgo asociados al suicidio se realizó el tamizaje inicial. Se obtuvo la participación total de los programas educativos que conforman un centro académico de la institución participante, de los cuales, de 447 alumnos en lista, 12 rechazaron explícitamente participar, y 114 no participaron. Es decir,

que se tamizaron 321 de 447 alumnos en listas correspondiente al 72% del total de la población del primer semestre inscritos en la institución participante.

Características demográficas y académicas

En el tamizaje participaron estudiantes de pregrado de un rango de edad de 17 a 56 años, de los cuales la mayoría (el 56% respectivo a 181) tenían 18 años; 251 (78.2%) eran mujeres, 66 hombres (20.6%) y cuatro (1.2%) prefirieron no decir su sexo. La mayoría de los participantes (73%) residían en Aguascalientes, al momento del tamizaje, y el 13% en otro municipio de otro estado del país. Respecto a la conformación familiar se obtuvo que el 95% de los participantes reportaron eran solteros y habitan con uno o ambos padres.

Factores psicosociales asociados al riesgo de suicidio y conducta suicida

Respecto a los factores psicosociales de riesgo se identificaron como predominantes los riesgos en la salud mental (63%), apego inseguro (41%), las dificultades en el manejo de emociones (39%), y riesgos por el uso/abuso de sustancias adictivas (32%). Y en menor medida, pero no menos importantes, en un poco menos del 20% de los participantes, se identificó percepción de no pertenencia a un grupo, capacidad adquirida al suicidio, baja autoestima (18%) cuadros de posible depresión mayor (17%), ansiedad de moderada a severa (16%) y desesperanza (16.5%) [Tabla 6].

Sobre la presencia de conducta suicida se encontró que el 20% de los participantes alguna vez en la vida se hicieron daño con la intención de quitarse la vida, el 9% reportó tentativas suicidas con o sin la intención de morir durante el 2021, de los cuales ante la tentativa el 11% pensaron que era imposible morir, el 7% no sabía si viviría o moriría y el 0.9% estuvo seguro que moriría. Además, la ideación suicida se presentó en el 7.8% de los estudiantes (Tabla 6).

Tabla 6

Descriptivos y parámetros poblacionales de los factores de riesgo y conducta suicida tamizados

Factores de Riesgo	Media	Des. Estándar	Frecuencia	%					
RS	3.87	0.86	30	9.3%					
ID	0.80	1.99	25	7.8%					
RSM	6.37	4.10	201	62.6%					
DP	40.87	27.62	56	17.4%					
AS	12.74	10.06	51	15.9%					
HS	3.68	3.62	53	16.5%					
AE	28.50	7.36	59	18.4%					
ATE	27.49	7.30	126	39.3%					
CLE	24.81	8.07	73	22.7%					
RE	27.00	7.48	70	21.8%					
PNP	22.03	10.92	61	19.0%					
CAS	25.21	6.63	61	19.0%					
RC	1.02	2.22	102	31.8%	AI	3.19	0.85	113	41.4%
AI	3.19	0.85	113	41.4%					

Nota. RS= Riesgo de Suicidio, ID=Ideación Suicida, RSM=Riesgos de Salud Mental, DP= Depresión, As=Ansiedad, HS= desesperanza, AE= Baja autoestima, ATE= Dificultad en la atención emocional, CLE= Claridad Emocional, RE= Regulación Emocional, PNP=Percepción de no pertenencia, CAS= Capacidad adquirida al suicidio, RC= Riesgo en consumo de sustancias, AI= Apego inseguro.

Específicamente sobre el consumo de sustancias, se observó que entre el 8% y 15% de los estudiantes tienen un consumo constante de tabaco y alcohol respectivamente. En tanto que el 3.10% de los alumnos tienden a consumir casi todos los días tabaco, 1.60% alcohol y 1.20% de los jóvenes, marihuana (Tabla 7).

Tabla 7

Porcentajes de consumo de sustancias durante el último mes

Sustancia	Nunca	Pocas veces	Bastantes veces	Casi todos los días
Mariguana	90.30%	6.50%	1.90%	1.20%
Inhalables	98.80%	0.30%	0.30%	0.60%
Cocaína	98.10%	0.60%	0.60%	0.60%
Crack	99.10%	0.00%	0.30%	0.60%
Tachas	98.40%	0.30%	0.30%	0.90%
Alcohol	34%	49.50%	15%	1.60%
Tabaco	74.10%	14.30%	8.40%	3.10%
Otra sustancia	97.50%	0.30%	1.20%	0.90%

Aunado a los factores de riesgo y las conductas suicidas, se ordenaron en seis niveles de riesgo, de los cuales se encontró que siete (2.2%) de los participantes se encontraban con elevado nivel de riesgo de suicidio al presentar intentos de suicidio de alta letalidad y factores de riesgo (grupo de riesgo 5), 21 (6.5%) presentaron intentos de suicidio de bajo riesgo en conjunto con factores psicosociales de riesgo (grupo de riesgo 4), en dos (0.6%) se identificaron autolesiones en comorbilidad a la presencia de factores de riesgo (grupo de riesgo 3), ningún participante presentó conductas auto-lesivas sin factores de riesgo (grupo de riesgo 2), 273 (85%) sólo presentaban factores psicosociales de riesgo incluida la ideación suicida (grupo de riesgo 1), y 18 (5.6%) no presentaron ningún factor

de riesgo ni conductas suicidas. Cabe recordar, que los alumnos detectados en grupos de riesgo 5, 4 y 3 fueron referidos inmediatamente para evaluación y atención en la UAIP.

Es de resaltar que el 18.4% de los estudiantes reportaron haber sido diagnosticados con algún trastorno mental como ansiedad generalizada principalmente (10%), seguido de algún otro problema de salud mental (2%), depresión persistente (distimia) (2%), entre otros como depresión mayor, estrés postraumático y trastorno límite de la personalidad. Cabe decir que sólo el 14.3% de todos los participantes reportó estar bajo tratamiento psicológico y/o psiquiátrico.

Permanencia

La permanencia general a las intervenciones fue del 75% al comparar el total de alumnos que ingresaron al menos una sesión (36) con el total que finalizó (27). Al comparar ambos programas se encontró que en DBT-A-MX se obtuvo un 72%, mientras que en IBM fue del 78%. Específicamente, al comparar por turno de implementación, se encontró que los grupos vespertinos tuvieron mayor permanencia que los matutinos [Tabla 8].

Tabla 8

Frecuencias y porcentajes de permanencia por intervención y turno

	DBT-A-MX			IBM		
	n=20			n=22		
	Iniciaron el curso	Finalizaron	%	Iniciaron el curso	Finalizaron	%
Total	n=18	n=13	72%	n=18	n=14	78%
Matutino	9	4	44%	9	6	67%
Vespertino	9	9	100%	9	8	89%

En adición, se identificó un porcentaje de deserción de los participantes en los programas en dos sentidos. Por un lado, estudiantes que se inscribieron, pero no acudieron a ninguna sesión, lo cual correspondió al 14.29% de los participantes, y por otro lado, quienes tomaron al menos una sesión y dejaron de asistir, que correspondió al 25%. Al comparar entre los programas de intervención se encontró que el programa de IBM presentó menor grado de abandono. Dado que, en IBM sólo abandonó el 22% durante la intervención, a diferencia de DBT-A-MX en donde abandonó el 27.77%.

Materiales, implementación, satisfacción y aceptación de los programas

Sobre la evaluación de los materiales, implementación, satisfacción y aceptación de los programas DBT-A-MX e IBM resultaron satisfactorios, aceptables y de calidad para los participantes, además, fueron percibidos como favorables para la mejora personal. Dado que, el 89% de los participantes evaluaron la calidad de las intervenciones como excelente, el 93% de los participantes se sintieron muy satisfechos y el 96% seguramente recomendarían el curso a otros. Los materiales fueron valorados entre buenos (29.6%) y muy buenos (70.4%). Sobre la impartición, los temas y la claridad fueron valorados como muy buenos (92.6%, 81.5% respectivamente) y buenos (7.4%, 18.5% respectivamente). La implementación por parte de las facilitadoras fue percibida como muy buena, en el dominio de los temas por el 81.5% de los participantes. El tiempo para la implementación fue considerado adecuado (100%). Es decir que los materiales, la implementación y la satisfacción de los programas por parte de los estudiantes fue favorable.

Además, se recabo información sobre la percepción mejora con el curso, de lo cual se obtuvo que la mayoría consideró que el curso le ayudó a enfrentar o vivir mejor los problemas “mucho” (74.1%) y “algo” (25.9%), así como a mejorar su sentir, sus relaciones o su comportamiento (88.9%, le ayudó mucho y 11.1% le ayudó algo) y la mayoría de los estudiantes seguirían poniendo en práctica lo revisado en el curso (89%). Es decir, que ambas intervenciones fueron altamente valoradas en calidad, tanto de materiales, temáticas, como manejo por parte de los facilitadores, a su vez en ambas se encontró una autopercepción de mejora.

Al comparar la satisfacción de las intervenciones se encontró mejor grado de satisfacción por quienes tomaron el curso de IBM que DBT-A-MX. Específicamente el 100% de los participantes de IBM reportaron estar muy satisfechos con el curso, a diferencia de los participantes de DBT-A-MX en el cual el 85% se encontró muy satisfecho y un 15% moderadamente satisfecho. Así mismo el 100% de los participantes de IBM están seguros que recomendarían el curso, mientras que en DBT-A-MX sólo el 92% está seguro.

Al comparar los materiales, se encontró que estos fueron mejor valorados en DBT-A-MX (77% “muy buenos”) que IBM (64% “muy buenos”). Asimismo, en la implementación DBT-A-MX mostró mejores valoraciones que IBM en la calidad del curso (DBT “Excelente” por el 92%, mientras de IBM por el 86%) y la claridad de las sesiones (93% “muy buena” en DBT-A-MX y 72% “muy buena” en IBM).

Además, se encontró que el tiempo del curso para ambas intervenciones fueron valoradas como adecuadas al ser puntuadas como suficiente por todos los participantes. Las capacidades de los facilitadores fueron valoradas en dominio de los temas y claridad. Ante lo cual, en ambos programas, las facilitadoras fueron evaluadas con un dominio de “muy bueno” a “suficiente”; y la mayoría evaluó mejor a la facilitadora en IBM (85% califico “muy bueno” en IBM, frente al 77% de DBT). Sin embargo, respecto a la frecuencia con la que fue clara la facilitadora, fue mejor calificada DBT-A-MX, dado que el 100% de los participantes valoró que “casi siempre” fue clara, a diferencia de IBM en la que sólo el 64% consideró que “casi siempre” fue clara, lo cual puede hablar de dificultad para trasladar la comprensión de los temas en la IBM.

La supervisión de las actividades fue valorada entre “muy buena” y “buena” en ambas intervenciones y fue valorada en mayor medida como “muy buena” en IBM (79% muy buena) frente DBT con el 69%.

En ambas intervenciones, los participantes percibieron mejorías en sus sentimientos, relaciones, comportamientos y capacidad para enfrentar problemas. Específicamente IBM fue valorada en un rango mayor que DBT-A-MX por la mayoría de los alumnos. Dado que, el 100% en IBM consideró que la intervención le ayudo mucho a mejorar su sentir,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

relaciones o comportamiento, mientras que en DBT-A-MX el 77% lo consideró así, y el 23% que le ayudo algo. Respecto al enfrentamiento a los problemas y vivir mejor el 86% de los participantes de IBM consideró que le ayudo mucho, mientras que en DBT-A-MX lo considero así en un porcentaje menor (62%). En este sentido, se asume que los participantes de IBM parecen percibir una mejoría mayor que los de DBT-A-MX.

Respecto a la práctica de los temas y habilidades revisados en el curso, se identificó que el 100% de los participantes de DBT seguirían practicando las habilidades, mientras que en IBM el 21% (3 estudiantes) consideró que tal vez seguirían practicando.

En general las recomendaciones hacia las intervenciones fueron que se realizaran de manera presencial y se pudieran extender a más estudiantes.

Integridad en la implementación de las sesiones

En general las intervenciones fueron valoradas por los expertos con una calificación alta de integridad a los tratamientos. La IBM tuvo la mayoría de las sesiones calificadas con diez, sólo la sesión que aborda la comunicación no violenta fue valorada con un nivel más bajo, correspondiente a siete (Figura 6). En general, la implementación del programa fue integro a IBM, dado que los dominios evaluados fueron calificados en promedio en nueve, el único elemento a cuidar y que se valoró ligeramente menor fue el dominio 4, respectivo a la guía de la práctica, considerando el uso de lenguaje claro, preciso y espacioso (Figura 7). Lo hasta aquí señalado permite inferir la presencia de un nivel alto de integridad a IBM.

Figura 6

Grado de integridad IBM por sesión

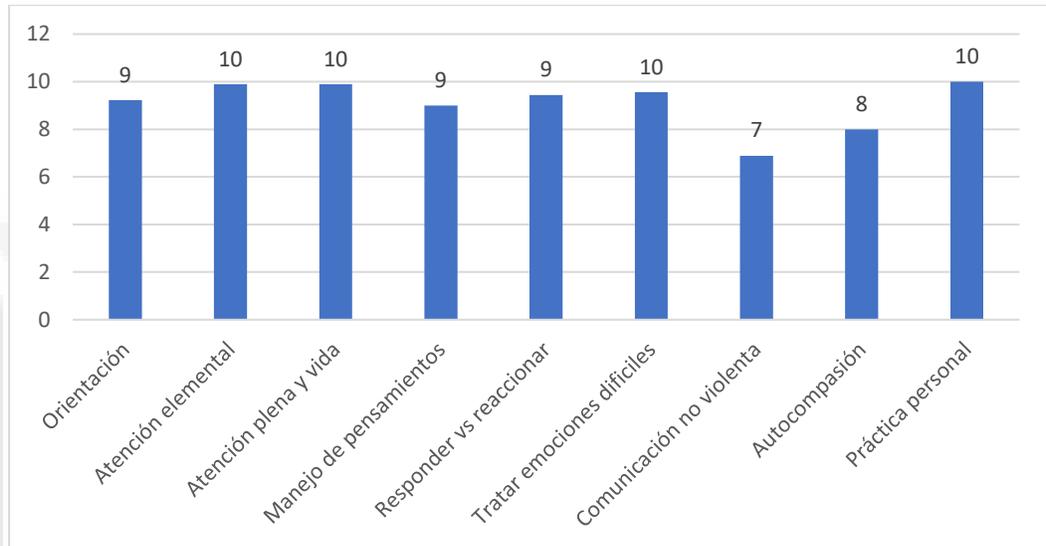
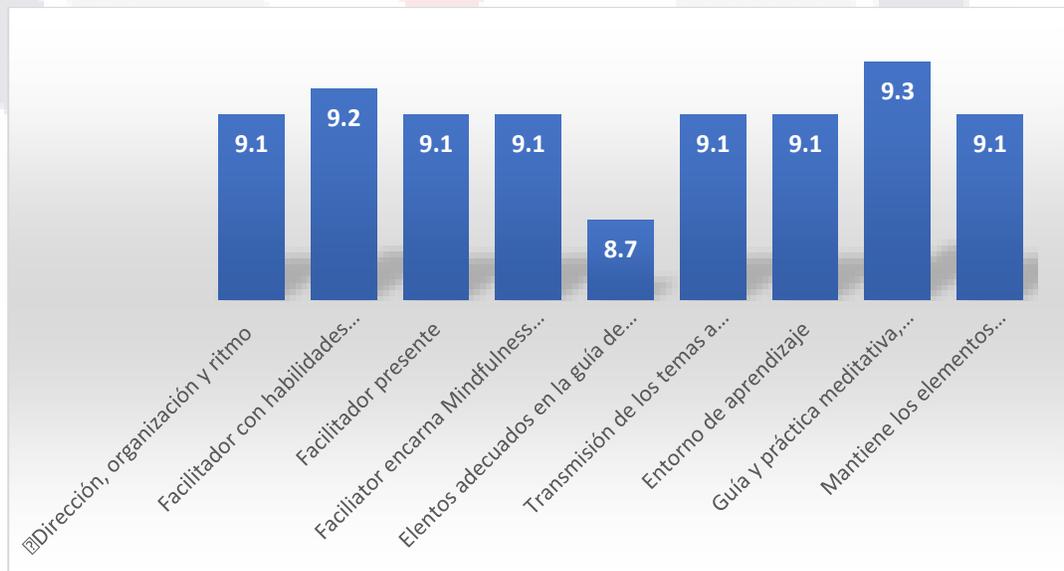


Figura 7

Grado de indicadores de la intervención IBM



La DBT-A-MX tuvo la mayoría de las sesiones calificadas con nueve, una con diez, y dos con un promedio total de ocho (Figura 8). En general, la implementación del programa fue íntegro a DBT-A, dado que la mayoría de los indicadores fueron valorados, en promedio, con calificaciones de diez y nueve, excepto la interacción dialéctica entre monitores, entendida como los roles del “chico bueno” y “chico malo” en la que uno se encarga de mantener la sesión hacia los objetivos y el monitor secundario de validar, dar ejemplos más específicos para la comprensión de todos los participantes, dado que fue valorado con una calificación promedio de cinco (Figura 9).

Figura 8

Grado de integridad DBT-A-MX por sesión

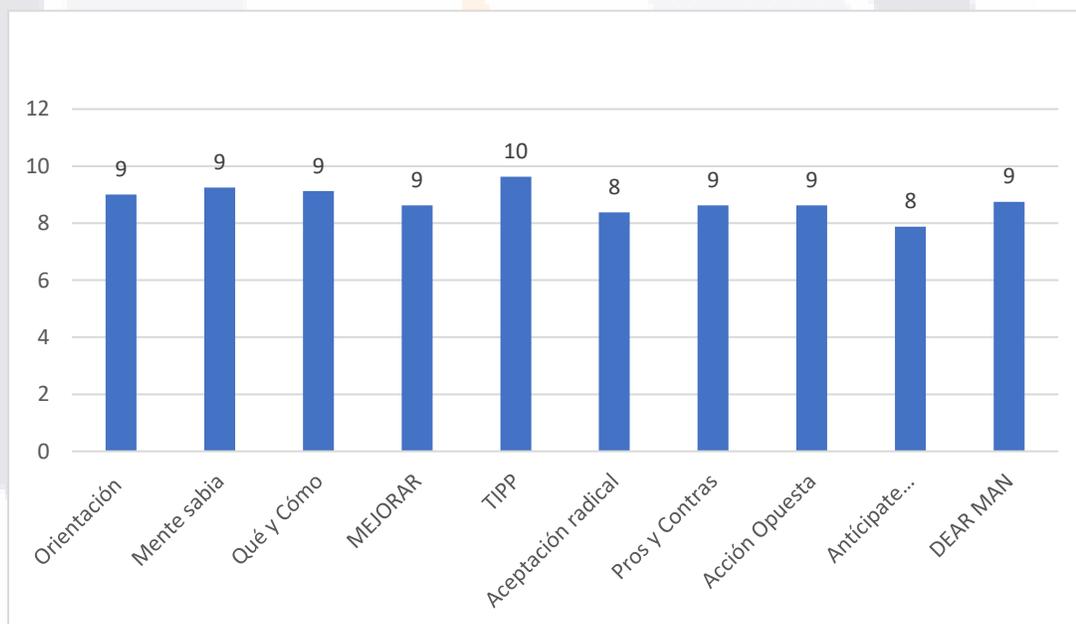
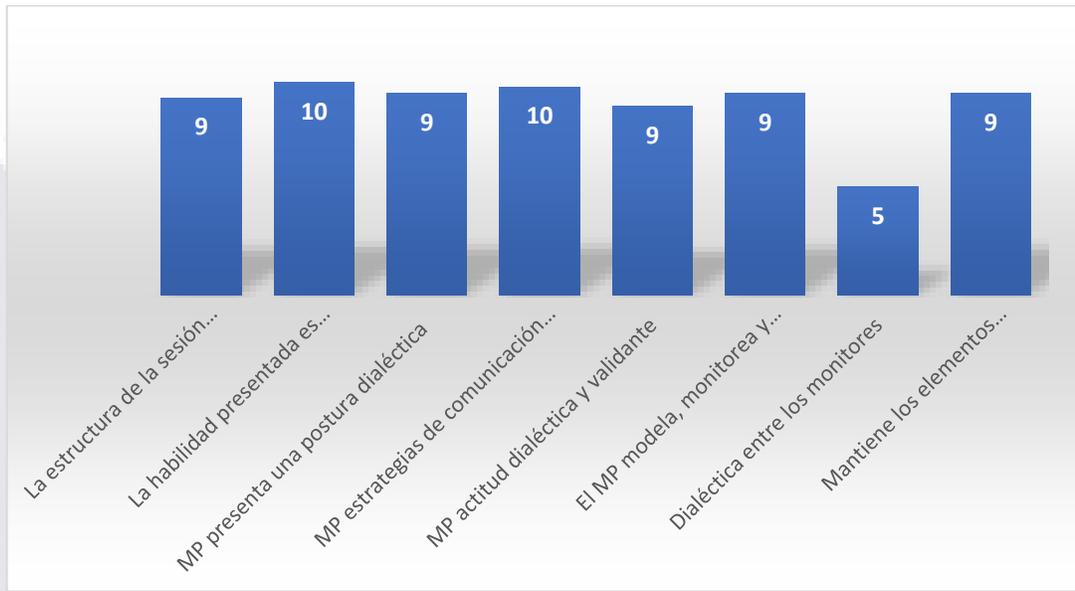


Figura 9

Grado de indicadores de la intervención DBT-A-MX



Resultados adicionales: Adaptación del DBT-WCCL

En el proceso de validación del instrumento DBT-WCCL se encontró en el AFE indicadores que sugirieron la realización del análisis como adecuado (Abad, et al., 2012). El índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0.93, el test de esfericidad de Bartlett mostró un $\chi^2(703) = 5641, p < 0.0.1$. Al realizar el análisis paralelo y el gráfico de sedimentación se encontró la existencia de tres factores. A continuación, se muestra la Tabla 9 con las cargas factoriales de los reactivos en función a los tres factores, omitiendo los pesos factoriales menores a 0.4 y que mostraron pesos similares en más de un factor.

Tabla 9

Cargas factoriales (λ) de los reactivos en la solución con 3 factores

Reactivos	Factor 1	Factor II	Factor III
DBT1	He negociado o establecido compromisos para conseguir algo positivo de una situación.		
DBT2	He sido consciente que, aunque una situación sea muy mala también tiene cosas buenas.		0.56
DBT4	He centrado mi atención en algo bueno para superar una situación difícil.		0.62
DBT6	Me he asegurado de que la manera de dirigirme hacia los demás no los aleje de mí.		0.40
DBT9	He intentado calmarme antes de actuar.		0.72
DBT10	0.92	He hablado con alguien sobre cómo me he sentido.	
DBT11	Me he mantenido firme y luchando por lo que quiero.		0.88
DBT13	Me he consentido con algo realmente agradable.		
DBT16	He considerado diferentes soluciones a mis problemas.		0.63
DBT18	He aceptado mis sentimientos muy intensos sin dejar que interfieran demasiado en otras cosas.		0.51
DBT19	Me he enfocado en las cosas buenas de mi vida.		0.83
DBT21	He buscado ver algo bonito o agradable para sentirme mejor.		0.47

DBT22	He cambiado algo de mi manera de ser para poder resolver mejor las situaciones.	
DBT23	Me he enfocado en los aspectos buenos de mi vida y he puesto menos atención a los pensamientos y sentimientos negativos.	0.70
DBT26	He tratado de distraerme activandome	0.56
DBT27	Me he dado cuenta de lo que tengo que hacer, así que me he esforzado más para que las cosas funcionen.	0.72
DBT29	Me he tranquilizado oliendo alguna fragancia agradable o algo placentero.	
DBT31	He escuchado o tocado música para relajarme.	
DBT33	He aceptado la mejor alternativa disponible, aunque no fuera exactamente lo que quería.	0.49
DBT34	He pensado que las cosas podrían estar peor.	0.81
DBT35	He distraído mi mente con otras cosas.	0.41
DBT36	He hablado con alguien que podría ayudarme a resolver el problema con algo específico.	0.94
DBT38	He tratado de no actuar de forma impulsiva o precipitada.	0.41
DBT39	He hecho algunos cambios para que las cosas se puedan solucionar.	
DBT40	Me he consentido haciendo cosas que me brindan sensaciones agradables (por ejemplo, tomar un baño de burbujas o recibir un abrazo).	0.42

DBT42	He pensado que estoy mucho mejor de lo que otros están.	0.57
DBT43	He hecho una sola cosa a la vez.	
DBT44	He hecho algo para sentir una emoción totalmente diferente a la que experimento (por ejemplo, ver una película cómica cuando me siento triste).	0.51
DBT47	He enfocado mi energía ayudando a otros.	
DBT49	Me he asegurado de cuidar mi cuerpo y mantenerme sano(a) para reducir mi sensibilidad emocional.	0.55
DBT50	He pensado en todo lo que he logrado hasta este momento.	0.66
DBT51	Me he asegurado de actuar de forma tal, que, a pesar de las circunstancias, he podido mantener el respeto hacia mi persona.	0.80
DBT53	He hecho un plan de acción y lo he seguido.	
DBT54	He hablado con alguien para resolver la situación.	0.93
DBT56	He intentado dar un paso atrás o retroceder y tratar de ver las cosas como son en realidad.	0.52
DBT57	Me he comparado con otros que son menos afortunados.	0.68
DBT58	He incrementado el número de cosas agradables en mi vida para tener una perspectiva más positiva.	0.47
DBT59	He tratado de no cerrarme las puertas y estar abierto a lo que venga.	0.74

Nota. se subrayan en gris los ítems con pesos factoriales menores a 0.40 ó que compartían pesos factoriales.

Tras la omisión de los reactivos 1, 13, 22,29,31, 39, 43, 47 y 53, se realizó nuevamente el AFE con los ítems restantes. El análisis paralelo sugirió dos factores que explicaron el 43% de la varianza (Tabla 10).

Tabla 10

Análisis paralelo basado en el análisis de rango mínimo de factores

Factor	Porcentaje real de Varianza	Media % de varianza	Percentil 95 de Varianza aleatoria	Eigenvalues	% varianza
1	38.5*	7	7.6	10.0	0.3
2	8.1*	6.6	7.1	2.2	0.1
3	6.2	6.3	6.6	1.7	0.1
4	5.3	6	6.3	1.5	0.1
5	4.4	5.7	6	1.2	0.0
6	3.8	5.5	5.7	1.0	0.0
7	3.3	5.2	5.4	0.9	0.0

Nota. **Número recomendado de dimensiones cuando se considera el percentil 95: 2, * Número recomendado de dimensiones cuando se considera la media: 3

Posteriormente, se estudiaron los pesos factoriales, significancia e índices de modificación en un AFC con la primera muestra del estudio. Los resultados señalaron un ajuste adecuado en la mayoría de los indicadores ($\chi^2 = 1003.179$, $gl = 376$, $p < 0.001$; CFI = 0.91, TLI = 0.90; RMSEA = 0.064, IC [0.06,0.07]. Sin embargo, los ítems DBT34, 38, 42, 56 y 57 presentaron pesos factoriales menores a 0.4, mismos que se eliminaron posteriormente (Tabla 11).

Tabla 11*Análisis factorial confirmatorio con la primera muestra*

	λ	S.E.	Est./S.E.	Dos Colas	Valor p
Factor 1					
DBT2	0.52	0.04	11.70		0.000
DBT4	0.60	0.04	16.48		0.000
DBT6	0.46	0.04	10.95		0.000
DBT9	0.55	0.04	14.80		0.000
DBT11	0.75	0.03	22.84		0.000
DBT16	0.68	0.03	20.35		0.000
DBT18	0.62	0.03	18.59		0.000
DBT19	0.80	0.02	33.64		0.000
DBT21	0.63	0.04	17.56		0.000
DBT23	0.71	0.03	24.06		0.000
DBT26	0.54	0.04	13.46		0.000
DBT27	0.73	0.03	23.76		0.000
DBT33	0.45	0.04	10.83		0.000
DBT34	0.11	0.05	2.16		0.031
DBT35	0.55	0.04	13.59		0.000
DBT38	0.37	0.04	8.37		0.000
DBT40	0.61	0.03	18.63		0.000
DBT42	0.31	0.05	6.77		0.000
DBT44	0.45	0.04	10.79		0.000
DBT49	0.56	0.04	15.06		0.000

	DBT50	0.68	0.03	22.43	0.000
	DBT51	0.60	0.04	15.86	0.000
	DBT56	0.39	0.04	9.02	0.000
	DBT57	0.20	0.05	4.10	0.000
	DBT58	0.72	0.03	24.88	0.000
	DBT59	0.70	0.03	21.67	0.000
<hr/>					
	Factor 2				
	DBT10	0.77	0.03	24.26	0.00
	DBT36	0.89	0.03	30.09	0.00
	DBT54	0.81	0.03	24.05	0.00
<hr/>					

El ajuste del modelo mejoró con 24 ítems, sin embargo, al considerar los índices de modificación (IM, entendido como la mejora en χ^2 que ocurriría si se libera el parámetro asociado a éste, se tomaron todos los $IM > 20$) y el cambio esperado en el parámetro, se obtuvo un modelo de 21 ítems (Tabla 12). El modelo de 24 ítems mostró el ítem 35 con una correlación con los errores de al menos cuatro ítems, el 21 ($r = .30$), el 26 ($r = .24$), el 40 ($r = .28$) y el 44 ($r = .20$), por lo cual se eliminó. El ajuste con 23 ítems (línea 2. DSS-23 ítems sin 35), el IM señaló que el ítem 44 mostró una correlación alta con los errores de los ítems 40 ($r = .29$), 9 ($r = -.24$) y 21 ($r = .26$) por lo que eliminó- Posteriormente, el ajuste mejoró en relación con el RMSEA (ver 3.DSS-22 ítems sin 35, 44). El análisis este modelo mostró que el ítem 2 con una correlación alta con los errores del ítem 4 ($r = .29$) y un $IM = 21.35$ por lo cual se eliminó. Seguido, el ajuste final del modelo final mejoró en el CFI (línea 4.DSS-21 ítems sin 35, 44 y 2) sin presentar IM superior a 20, por lo que el modelo final se quedó con 21 ítems.

Tabla 12

Índices de ajuste

Modelos					
	χ^2	<i>gl</i>	CFI	TLI	RMSEA [90% CI]
1.DSS-24 ítems	561.73*	251	.95	.95	.06 [.05, .06]
2.DSS-23 ítems sin 35	484.21*	229	.96	.95	.05 [.05, .06]
3.DSS-22 ítems sin 35, 44	415.28*	208	.97	.96	.05 [.04, .06]
4.DSS-21 ítems sin 35, 44 y 2	385.64*	188	.97	.96	.05 [.04, .06]

Nota. Estimación de mínimos cuadrados ponderados con media y varianza ajustada (WLSMV), máxima verosimilitud robusto (MLR), Chi-cuadrado (χ^2), raíz cuadrada media residual estandarizada (SRMR), índice de bondad de ajuste comparativo (CFI), índice de Tucker-Lewis (TLI), error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), y criterio de información de Akaike (AIC). * $p < .05$

Una vez obtenido el mejor modelo con el AFE se realizó un AFC y de comparación de modelos (ver tabla 13). En este caso se utilizó la otra mitad de la muestra para probar los modelos: 1) el modelo propuesto por los autores, 2) El modelo que surge del análisis factorial exploratorio, 3) el modelo final de 21 ítems con dos factores, 4) el modelo de 21 ítems unidimensional y finalmente 5) el modelo donde se elimina el factor 2 (18 ítems).

Tabla 13

Índices de ajuste

Modelos	WLSMV					MLR	
	χ^2	<i>gl</i>	SRMR	CFI	TLI	RMSEA [90% CI]	AIC
1. Modelo original	2146.822 *	665	.0687	.692	.675	.073	2298.822
2. Modelo del AFE	987.928*	374	.0632	.831	.817	.063	1109.928

3. 21 ítems y 2 factores	467.825*	188	.0502	.903	.892	.060	553.825
4. 21 ítems unidimensional	844.751*	189	.0721	.773	.748	.091	928.751
5. Modelo 18 ítems	389.191*	135	.0527	.889	.874	.067	461.191

Nota. estimación de mínimos cuadrados ponderados con media y varianza ajustada (WLSMV), máxima verosimilitud robusto (MLR), Chi-cuadrado (χ^2), raíz cuadrada media residual estandarizada (SRMR), índice de bondad de ajuste comparativo (CFI), índice de Tucker-Lewis (TLI), error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), y criterio de información de Akaike (AIC).



Capítulo 7. Discusión

En el presente capítulo se presentan algunas líneas hipotéticas sobre la eficacia de los tratamientos sobre el estrés, seguido del comportamiento de riesgo de suicidio, y los factores psicosociales de riesgo, así como del papel de las habilidades DBT y la Atención Plena sobre los factores psicosociales, además de la permanencia y las evaluaciones obtenidas en cada uno de los tratamientos. Cabe decir que, se van presentando a lo largo del capítulo lineamientos de mejora en cada intervención y finalmente se concretan limitaciones de la investigación y se presentan las conclusiones.

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la eficacia de dos programas de TW (Habilidades DBT-A-MX e, IBM) en la reducción del estrés y riesgos psicosociales asociados a la conducta suicida en estudiantes universitarios. Los resultados obtenidos sugieren que, las intervenciones implementadas fueron eficaces en la reducción de algunos riesgos psicosociales, aunque con tamaños del efecto medios y pequeños. Sobre el comportamiento de riesgo de suicidio, a partir del análisis intragrupo, los resultados de los tamaños del efecto fueron pequeños en ambas intervenciones. Por lo que respecta a la reducción del estrés, IBM reflejó tamaños del efecto bajos a medios, a diferencia de DBT-A-MX en el que no se identificó efectos sobre esta variable al término de la implementación.

Estrés

Primeramente, se pueden rescatar líneas de discusión sobre los efectos de las intervenciones sobre el estrés, del cual, como se ha señalado con anterioridad, al término de la intervención, el estrés sólo se redujo en los participantes que recibieron IBM y con un efecto próximo a medio ($d=0.45$). Estos resultados podrían sugerir la poca eficacia inmediata de los programas implementados para que los estudiantes universitarios afronten de mejor manera situaciones estresantes, especialmente en lo que respecta a DBT-A-MX ($d=-0.16$; $p=0.437$). No obstante, habría que ser cautelosos y considerar los posibles factores que pudieron estar involucrados en estos resultados. Hay que considerar el periodo

en el que se hizo la evaluación postratamiento (O3), el proceso de aprendizaje de habilidades, el grado en que las actividades implementadas y mecanismos de acción de los programas se relacionan con los mecanismos que subyacen al estrés.

De acuerdo con Fernández-Abascal et al. (2010), Lazarus y Folkman (1986), Stahl y Goldstein (2015) el estrés es una reacción fisiológica activada por un proceso de evaluación en donde el individuo percibe un evento amenazante y considera que sobrepasa sus recursos para afrontarlo. Como resultado se presentan reacciones orgánicas en las que incrementa la frecuencia cardiaca, se tiene una respiración superficial, incrementa la tensión muscular y otras que ocurren por la activación del sistema simpático. En este sentido, se observan dos componentes implicados en el estrés, el psicológico y fisiológico. El primero de ellos, caracterizado principalmente por la evaluación negativa de los eventos y el segundo, por reacciones corporales incluidos los afectos negativos.

En función al último componente mencionado del estrés, se ha encontrado que los resultados del efecto de las intervenciones en la reducción del estrés sugieren que la IBM favorece el manejo de las reacciones corporales vinculadas con el estrés en adición a las sensaciones de relajación que se posibilitan con la práctica (Moscoso & Lengacher, 2015). La IBM facilitó la reducción del estrés debido a que la práctica de Mindfulness favorece la consciencia corporal (Quezada-Berumen et al., 2014; Roca et al., 2021) y con ello la modificación de las reacciones corporales del estrés. Uno de los mecanismos de acción de Mindfulness consiste en dirigir la atención al cuerpo y sus sensaciones, entre ellas la respiración (Hözel et al., 2011), lo cual permite reconocer el estado corporal, estados de tensión o relajación, así como la cualidad de la respiración y al atenderla sin juicio en una postura receptiva se posibilita la modificación de las reacciones orgánicas. Por ejemplo, el individuo al estar bajo estrés puede tensar los puños, tensionar los músculos, presentar una respiración superficial (Stahl & Goldstein, 2015). La práctica de Mindfulness conlleva que la persona se dé cuenta de la postura de su cuerpo y relaje los músculos tensos, se dé cuenta de la respiración y se puedan transformar algunas reacciones orgánicas del estrés. A su vez la práctica de Mindfulness se ha asociado, en contraparte a las sensaciones de estrés, a una

respuesta percibida de relajación (consistente con estudios Moscoso & Lengacher, 2015), lo anterior modifica respuestas y percepción del estrés.

Las IBM favorecen la disminución del distrés (afecto negativo) en relación con la mejora en la consciencia de reacciones ante éste y a su vez permite un incremento en la percepción de la capacidad autogestiva. Los estilos de vida y las reacciones ante los eventos de la cotidianidad pueden llevar al agotamiento (Selye, 1956 en Kabat-Zinn, 2020) sin que las personas se percaten. Estas reacciones involucran las actitudes y creencias negativas sobre los sucesos, que dificultan responder efectivamente y con tranquilidad ante los eventos difíciles. Tomar perspectiva, y atender las reacciones de pensamiento, emocionales y de acciones permite identificar con mayor claridad las situaciones e influir en consecuencia sin reaccionar bajo hábitos automáticos y así reducir el nivel de estrés global, capaz de generar una sensación de dominio; e incrementar la percepción de capacidad autogestiva, disminuir la impotencia y la vulnerabilidad ante los eventos (Kabat-Zinn, 2020).

En línea con lo la disminución del distrés, se sabe que, la práctica de Mindfulness y las IBM reducen los afectos negativos e incrementan los afectos positivos (Du et al., 2019; Wang et al., 2016; Zhu et al., 2019). Mindfulness puede incrementar la capacidad de generar emociones positivas y las IBM pueden favorecer la diferencia entre experimentar en mayor o menor medida emociones negativas o distrés en estudiantes universitarios (Rosenzweig et al., 2003).

Aunado a lo anterior, cabe decir que, las IBM designan una sesión para psicoeducar sobre el estrés, su función, sus características y reconocer reacciones ante éste, lo cual, también, podría favorecer los resultados favorables obtenidos en el presente estudio (Domitrovich et al., 2017; Martín et al., 2015).

Sin embargo, no se obtuvieron tamaños del efecto grandes al termino de la intervención. Ante lo cual, cabe resaltar que, cuando se realizó la evaluación post-tratamiento, los estudiantes se encontraban en periodo de evaluación parcial, a diferencia de cuando se hizo la evaluación pre-tratamiento. Es decir, que los efectos identificados en la

implementación de los tratamientos muestran un posible sesgo sobre sus efectos postratamiento; empero, los resultados en IBM sugieren que a pesar de que los participantes se encontraron en un periodo de evaluación la IBM podría tener un impacto, aunque próximo a medio, favorable en el manejo de estrés. Es decir, que, los resultados del tamaño del efecto de la IBM sobre el estrés, a pesar del periodo de evaluación postratamiento, permiten inferir que la implementación de programas IBM en formato online podrían ser una vía favorable para el manejo del estrés en estudiantes universitarios; consistente con lo reportado en otros estudios, incluidas aplicaciones móviles (Huberty et al., 2019; Lyzwinski et al., 2019).

Respecto al entrenamiento en habilidades DBT-A-MX sobre la reducción del estrés postratamiento, los resultados mostraron un tamaño del efecto nulo en la reducción de éste, al finalizar la intervención. Sin embargo, los resultados deben tomarse con cautela. Los resultados pueden ser explicados por las características del programa y el proceso de adquisición de habilidades. Sobre las características del programa se identificó que las habilidades de Atención Plena en DBT-A-MX se orientaron principalmente a la enseñanza de cada uno de los componentes de las habilidades Qué y Cómo, es decir, los ejercicios se orientaron a que los participantes comprendieran y practicaran qué es observar, describir, participar, no emitir juicios, hacer una cosa a la vez y la efectividad, y poco se dirigió a un trabajo directo sobre la experiencia privada, lo cual puede dificultar que los participantes se den cuenta de sus procesos privados emocionales y de pensamiento y puedan modificar las reacciones corporales derivadas del estrés en un tiempo breve y requieran, entonces, de mayor práctica.

Continuando en la revisión de las características del programa y atendiendo al manejo de estrés desde un abordaje cognitivo, la implementación de las habilidades de regulación emocional como la verificación de hechos, solución de problemas y anticipáte, que podrían trabajar sobre la interpretación de los eventos y reducir la percepción de recursos insuficientes ante amenazas, fueron presentados en la penúltima sesión y se integraron en una sola, lo cual, reduce la posibilidad de aprender a re-evaluar los eventos

estresantes del medio, ante lo cual, se requeriría incrementar su práctica para su adquisición (Langan-Fox et al. 2002; Swales & Dunkley, 2020).

Además, al revisar las habilidades presentadas y considerando el estrés como la presencia de afecto negativo, sería necesario añadir habilidades que favorezcan la frecuencia de experiencias afectivas positivas que se contrapongan al afecto negativo experimentado por el estrés. Sin embargo, se requerirían más estudios para conocer si esta sugerencia podría favorecer en mayor medida y/o a mayor velocidad los efectos de la DBT-A-MX sobre el estrés.

Ahora bien, lo mencionado anteriormente hace alusión a la eficacia de las intervenciones al término de éstas, mostrando efectos bajos o nulos y algunas líneas de mejora. Empero, los resultados de los seguimientos posteriores a los dos y seis meses de finalizado el tratamiento mostraron en IBM un tamaño del efecto grande y en DBT-A-MX un tamaño medio sobre la disminución del estrés. Resultados que permiten inferir que las implementaciones de los programas resultaron favorables en la disminución del estrés al paso del tiempo, y que pueden ser de utilidad aún en periodos de evaluaciones académicas del fin de semestre. Específicamente en DBT-A-MX se puede inferir que estos efectos al paso del tiempo se pueden deber al proceso de aprendizaje de habilidades, que requieren de tiempo y práctica para su adquisición (Langan-Fox et al., 2002).

Hasta este punto se ha dicho que las intervenciones, aunque en principio mostraron tamaños del efecto bajos o nulo, se considera que pueden ser eficaces para la reducción del estrés, en estudiantes universitarios, específicamente IBM que mostró tamaños del efecto mayores y más inmediatos que DBT-A-MX, pero ante los cuales se requieren hacer mejoras y más estudios para generalizar resultados, así como corroborar las sugerencias dadas en las líneas previas.

Riesgo de suicidio

En lo que respecta a la eficacia al término de la implementación de los tratamientos sobre el comportamiento de riesgo de suicidio, se encontró que, ambas intervenciones tuvieron un tamaño del efecto bajo. Este resultado puede ser explicado al considerar que los

participantes al momento de ingresar a los tratamientos se encontraban en un nivel de riesgo nulo o bajo (considerando intentos previos y la letalidad, que los llevó a categorizarse en el grupo 0 ó 1 de riesgo), como se mencionó con anterioridad en el procedimiento. Además, los resultados de sentirse una carga para los demás, desear morir y pensar en suicidarse, pueden estar mediados por el comportamiento de los otros factores psicosociales de riesgo asociados, como la desesperanza, entre otras variables ante las cuales se pudo no tener incidencia con las intervenciones.

Factores psicosociales asociados al riesgo de suicidio

Respecto a la eficacia de los tratamientos sobre los factores psicosociales asociados al riesgo suicida, los resultados sugieren que, las intervenciones implementadas fueron eficaces en la reducción de algunos de ellos, con diferentes tamaños del efecto. Sin embargo, se observó que los programas, no tuvieron efectos en la disminución de la ansiedad, ni del consumo de sustancias, en ambas intervenciones al término de su aplicación.

Depresión

La sintomatología depresiva es un factor psicosocial de riesgo fuertemente asociado a la conducta suicida en adolescentes hidrocálidos (Hermosillo-de-la-Torre et al., 2021) y los resultados del presente estudio sugieren que la IBM redujo la depresión en los participantes tras su implementación a diferencia del entrenamiento en habilidades DBT-A-MX en donde no se encontró reducción en dicha variable. En principio hay que indicar y considerar que los participantes que tomaron IBM presentaron sintomatología depresiva leve y moderada a diferencia de los participantes que tomaron DBT-A-MX que no presentaron sintomatología depresiva previo al tratamiento, sin embargo, este dato no hace determinante los resultados obtenidos sobre la eficacia de las intervenciones sobre este factor.

Los resultados de la IBM pueden ser explicados porque Mindfulness (como práctica y rasgo) se contraponen a la sintomatología depresiva como la rumia, el afecto negativo y el sesgo atencional hacia eventos negativos (Sánchez & Vázquez, 2012, Moscoso

et al., 2017). La rumia es un patrón conductual presente en las personas con depresión que la perpetúa y la favorece (Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema et al., 2008). Y se ha identificado que Mindfulness correlaciona negativamente con la rumia (Brown & Ryan, 2003), su práctica conlleva a focalizar y redireccionar la atención a la experiencia presente libre de juicios, a redireccionar la atención a un objetivo ante pensamientos enfocados en el pasado y en el futuro u otros pensamientos autorreferenciales (que interfieren con la instrucción dada y conllevan que la persona ejercite la atención ejecutiva) redirigiendo la atención al objetivo previamente indicado (Hözel et al., 2011), lo cual favorece la disminución de la rumia y el afecto negativo (Arch & Craske, 2005; Moscoso, 2018; Sánchez & Vázquez, 2012) que puede asociarse a la depresión.

Otro síntoma de la depresión al que se contrapone la práctica de Mindfulness es el afecto negativo y la dificultad que se tiene para experimentar afectos positivos (Heller, 2009; Simón, 2007). Varias investigaciones señalan que Mindfulness correlaciona positivamente con el afecto positivo y contrarresta los afectos negativos (An et al., 2022; Du et al., 2019; Catalino & Fredrickson, 2011). A nivel del sistema nervioso central se identificó, que quienes practican Mindfulness, tienen mayor activación prefrontal izquierda, que se relaciona con los afectos positivos (Davidson et al., 2003; Simón, 2007). Estos afectos, favorecen el sesgo atencional hacia experiencias positivas en lugar de las experiencias negativas (Garland et al., 2011 en Moscoso & Lengacher, 2017). Además, la práctica beneficia la apertura a la experiencia, incrementando el interés por los estímulos ambientales (Baer, 2006) a través de una actitud de mente de principiante, libre de juicios.

Es decir, que los mecanismos de acción de las IBM y los efectos de Mindfulness favorecen la reducción de la depresión; su implementación juega un papel preventivo en la sintomatología depresiva e incremento de la resiliencia. Mindfulness se ha asociado con el incremento en la capacidad para tolerar el malestar (An et al., 2022), mismo que disminuye el riesgo de experimentar sintomatología depresiva (Cadieux et al., 2021; Lass & Winer, 2020).

En tanto que, el tamaño del efecto de la DBT-A-MX sobre la sintomatología depresiva, al término de la intervención, dejó entrever la nula efectividad para reducirla

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

(Huerta-Hernández et al., 2021; Long et al., 2011). En este sentido, hay que considerar las habilidades enseñadas en el presente estudio, las intervenciones que han mostrado ser efectivas en la reducción de la depresión como: Mindfulness y la activación conductual, así como las características conductuales de la depresión y sus posibles implicaciones ante un grupo de entrenamiento en habilidades. Los resultados de diversos estudios permiten inferir que la práctica de Mindfulness y su generalización puede ser central en la reducción de la depresión (Harley et al., 2008; Long et al., 2011; Webb et al., 2016). Harley et al. (2008) implementó entrenamiento en habilidades DBT con pacientes deprimidos resistentes al tratamiento farmacológico, además de las habilidades DBT añadió prácticas de MBCT (la uva pasa y la práctica de los 3 minutos, entre otros), terapia individual (que posiblemente ayudo a generalizar las habilidades) que conllevó la reducción de la depresión. Por su parte, Southward et al. (2021) señaló que ante estados depresivos las personas utilizan más habilidades de Mindfulness, posiblemente porque implican menor esfuerzo motor y cognitivo. Adicionalmente, se ha identificado que, a diferencia de la reestructuración cognitiva, la flexibilidad psicológica y el entrenamiento en habilidades DBT, la activación conductual reduce la sintomatología depresiva principalmente (Webb et al., 2016).

Para facilitar la reducción de la depresión a través del entrenamiento en habilidades DBT-A-MX se recomienda fortalecer la práctica de Mindfulness con prácticas provenientes de MBSR (Arch & Craske, 2006; Harley et al., 2008) y no sólo explicar habilidades qué y cómo; además, añadir habilidades para construir maestría (“build mastery”), acumular experiencias positivas en corto y largo plazo (ACCUMULATING Positive Experiences in the short and Long Term) que están orientadas a crear experiencias positivas y a dirigir la conducta hacia valores (ABC PLEASE), es decir, activación conductual que puede conllevar un efecto que contrarreste los afectos negativos vinculados con la sintomatología depresiva en mayor magnitud.

Con base en lo anterior, se considera que la implementación de IBM puede fungir como intervención preventiva y correctiva para la sintomatología depresiva y así aportar en la prevención del riesgo de suicidio en estudiantes universitarios, como se identificó en el presente estudio, favorecer la reducción de la brecha de salud mental e incidir sobre uno de

los principales problemas de salud mental en los estudiantes universitarios (Auerbach et al., 2018). En tanto que la DBT-A-MX requiere de ajustes para disminuir la sintomatología depresiva.

Cabe decir, que se señalan sugerencias para mejorar la eficacia de la DBT-A-MX que también requieren ser estudiadas en futuras investigaciones del DBT-A-MX y que los resultados aquí presentados son sólo una muestra de la eficacia de las intervenciones y no generalizables debido a determinadas limitaciones del estudio, que se mencionarán más adelante.

Desregulación emocional

Respecto a la desregulación emocional los resultados encontrados sugieren que ambos tratamientos la impactan en su disminución. Los resultados tras implementar IBM, indican una mejoría en cada una de las dimensiones de la desregulación emocional (la claridad emocional; el alcance de metas, es decir, que los afectos negativos no interfieren con la realización de actividades; la consciencia emocional; y en menor medida en la aceptación emocional). Estos resultados podrían estar explicados por la capacidad autorregulatoria de la práctica de Mindfulness.

La práctica de mindfulness con la atención sostenida y ejecutiva en dirección al cuerpo favorece la no reacción, debido a que el individuo permanece en la experiencia emocional (exposición), sin juzgarla ni tratar de modificarla (reevaluación) y en adición se invita a aceptar la experiencia emocional que se experimenta. Lo anterior, permite al individuo mayor claridad y conocimiento de la experiencia emocional y da la oportunidad de inhibir o debilitar comportamientos previos ante reacciones emocionales; la aceptación emocional, permite mayor claridad de la experiencia interna y disminuye emociones secundarias derivadas del rechazo a las emociones primarias (Cole et al., 1994; Hayes et al. 1999). Los procesos señalados facilitan la regulación emocional (Coffrey et al., 2010; Chambers et al., 2009; Hözel, 2011). Además, no reaccionar emocionalmente ante los eventos, genera sensación de autogestión y empoderamiento (Dvořáková et al., 2017; Kabat-Zinn, 2020).

En lo que refiere a la DBT-A-MX sobre la desregulación emocional, los resultados indican la reducción de este factor, y sus componentes como la consciencia emocional ($d=0.59$, media) y el alcance de metas ($d=0.28$, baja). En adición, los resultados indican incremento en los estilos de afrontamiento adaptativos DBT, es decir habilidades DBT, y disminución en los disfuncionales. Lo anterior, permite inferir que tras la intervención los participantes presentaron mayor atención a sus emociones y adquirieron habilidades que pueden favorecer el alcance de sus metas aún ante la excitación emocional. Lo cual puede ser explicado por los objetivos propios del entrenamiento completo en habilidades.

Linehan (2003) señala que el tratamiento pretende que los consultantes conozcan nuevos comportamientos, alcancen comportamientos efectivos y no actúen con base en el impulso, discurso que se encuentra a lo largo de la implementación del entrenamiento en habilidades DBT, que puede favorecer la direccionalidad de la atención hacia los estados emocionales y el uso de habilidades funcionales para el alcance de metas. A lo largo de las sesiones se enseñan habilidades que requieren que los participantes presten atención a sus emociones, conductas e impulsos (p. ej. Acción Opuesta, implica identificar qué emoción se está sintiendo y el impulso que la acompaña para modificarlo si reaccionar en función a éstos aleja al individuo de sus metas; TIPP, invita al participante a identificar la emoción y su intensidad y disminuirla a través del ejercicio intenso, relajación pausada, etc. para evitar empeorar su situación; entre otras) y utilicen habilidades para regular las emociones y alcanzar sus metas o conductas favorables (ver Gil-Díaz, 2020; Rathus & Miller, 2015; Linehan, 2003). Los resultados de la implementación DBT-A-MX como tratamiento universal y selectivo con estudiantes universitarios permite fortalecer la evidencia de que el entrenamiento en habilidades DBT cumple su objetivo incluso en participantes de muestras no clínicas, como se ha identificado en otros estudios en México a nivel de educación superior (Huerta-Hernández et al., 2021; Gil-Díaz, 2020).

Estos resultados, sugieren disminución del riesgo suicida, al considerar que la desregulación emocional y los estilos de afrontamiento disfuncionales pueden potencializar el riesgo de autolesiones y con ello de suicidio (Bautista et al., 2022; Tureki et al., 2019). Sin embargo, para favorecer en mayor medida la disminución del riesgo suicida a través de

DBT-A-MX, haría falta trabajar con habilidades que reduzcan sintomatología depresiva, la cual está fuertemente asociada al riesgo (Bautista et al., 2022; Hermsillo-de-la-Torre, et al., 2021).

Los resultados encontrados en la implementación del entrenamiento en habilidades DBT-A-MX en la reducción de la desregulación es concordante con el estudio implementado por Gil-Díaz, en estudiantes del centro-occidente del país (2021). Sin embargo, el resultado del presente estudio en relación al tamaño del efecto difiere (en el presente estudio $d=0.30$ y en el estudio de Gil-Díaz $d=0.80$) esto puede estar relacionado, como se mencionó anterioridad, por el periodo en el que se realizó la evaluación del presente estudio, la forma en que se trabajaron las habilidades de atención plena, el formato de trabajo y el contexto de confinamiento derivado de la pandemia del covid-19 que favoreció el incremento de estresores en los universitarios (Robles-Mendoza et al., 2021; Suarez-Rojas & Calvo., 2020) y el trabajo en un formato online.

Gil-Díaz trabajo actividades de atención plena a lo largo de las intervenciones a manera de meditación, lo cual pudo favorecer en mayor medida el tamaño del efecto, además hay que considerar las diferencias del formato en el que la presente investigación se realizó, que puede limitar la interacción monitores con los consultantes y la atención de los participantes en el contenido de la sesión, así como las características de los participantes del presente estudio, pertenecientes a un perfil académico más amplio.

Ansiedad

La implementación de las intervenciones sobre la ansiedad, entendida como sobreactivación fisiológica, sugieren que las intervenciones no impactaron sobre ésta. Sin embargo, hay que considerar el periodo en el que se realizó la intervención postratamiento, los indicadores evaluados asociados a la ansiedad y la implementación de los tratamientos.

Los resultados para ambos tratamientos pueden ser explicados por el periodo en el que se realizó la evaluación postratamiento (O3) la cual correspondió a evaluaciones parciales, periodo asociado a la presencia de ansiedad en estudiantes universitarios (Polo-Herrera et al. 2022). El tiempo de evaluaciones en estudiantes universitarios conlleva sobreactivación

orgánica, valoraciones anticipadas, perjudiciales o repetitivas sobre sus calificaciones, se sienten amenazados ante evaluaciones sobre sus aptitudes y conocimiento en el que el aspecto central es el posible mal rendimiento (Torrano et al., 2017) lo cual conllevaría a resultados que dificultan una visualización específica sobre los efectos del tratamiento sobre la ansiedad en DBT-A-MX e IBM.

Respecto al entrenamiento en habilidades DBT-A-MX, los resultados sugieren que la forma en que se implementó la intervención no fue suficiente para reducir activación fisiológica asociada a la ansiedad ni al término de la intervención ni al paso del tiempo, a pesar de que, el entrenamiento cuenta con habilidades que podría facilitar el manejo de la ansiedad. Al revisar la implementación de las sesiones de habilidades DBT, se identificó que acción opuesta (con base en Linehan 2020 fue originada para el manejo de la ansiedad en otros tratamientos), se presentó a los estudiantes de manera breve, careció de moldeamiento y especificación de su uso ante posibles escenarios experimentados por los estudiantes. La habilidad de verificación de hechos, que podría ayudar en la reelaboración cognitiva del evento amenazante, se revisó de manera breve en la implementación de las sesiones y en conjunto con las habilidades de solución de problemas y anticipa limitando, posiblemente, la comprensión y uso de estas habilidades ante la ansiedad, dado que éstas se conjuntaron y se presentaron en la penúltima sesión. Otra habilidad de utilidad para el manejo de la activación fisiológica, a considerar, es la respiración pausada y la relajación progresiva de la habilidad TIPP para sobrevivir a las crisis, sin embargo, éstas se presentan como una habilidad para regular la emoción ante crisis y no como una estrategia útil para el manejo de ansiedad. Limitando así, el uso de las habilidades para el manejo de la ansiedad o disminución de la activación fisiológica percibida.

Cabe mencionar que ninguno de los protocolos de intervención abordó el manejo de la ansiedad ante los exámenes (periodo en el que se realizaron evaluaciones postratamiento y al paso de los dos meses), ni presentaron psicoeducación sobre este tema, lo cual pudo dificultar el uso de habilidades específicas o concretas para esta condición particular que con frecuencia pueden experimentar los estudiantes.

Otro elemento a considerar son los indicadores de ansiedad evaluados, que hacen alusión a la activación fisiológica por miedo y que pueden a su vez entenderse como capacidad de hacer consciencia. Los ítems del instrumento evalúan consciencia en la resequead de la boca, consciencia en la dificultad para respirar, miedo, etc. indicadores que, dentro del contexto de la IBM, por ejemplo, puede asociarse a la consciencia corporal y ser interpretado de tal modo, es decir, que con la práctica de mindfulness puede favorecer la consciencia corporal y con ello dar cuenta de los indicadores evaluados. El instrumento no hace alusión al componente cognitivo de amenaza, ante lo cual, cabe el cuestionamiento si podrían encontrarse otro tipo de resultados, si se hubiese evaluado aspectos cognitivos de la ansiedad, por ejemplo, se desconoce con precisión si se favoreció la defusión cognitiva o no, si ante las experiencias podrían realizar reevaluaciones cognitivas respecto al evento interpretado como amenazante.

Riesgo por consumo de sustancias

Los resultados sugieren que las intervenciones no tuvieron efecto sobre el riesgo por consumo de sustancias. Hay que considerar que al inicio del tratamiento la minoría de los estudiantes (3/14 y 4/13) reportaron riesgos por consumo de sustancias en ambas intervenciones, razón por la cual pueden identificarse poco o nulo efecto. Sin embargo, estas condiciones no determinan los resultados poco efectivos de las intervenciones sobre el consumo de sustancias y sus riesgos. Y pueden ser explicados a la luz de la conducta de consumo, las características de las intervenciones, y el contexto cultural que rodea al consumo de sustancias.

El consumo de sustancias tiene funciones conductuales, por un lado, puede cumplir la función social de pertenencia al grupo y ser una vía de socialización (Armendáriz-García et al., 2014); por otro lado, el consumo abusivo es considerado como una conducta desadaptativa para regular emociones negativas como ira, vergüenza, culpa, tristeza, etc. (Linehan, 1993). En este sentido, al observar los resultados de las intervenciones, se puede inferir que, al disminuir la desregulación emocional, afrontamiento disfuncional e incrementar los estilos de afrontamiento funcionales el consumo de sustancias riesgoso disminuiría, sin embargo, los resultados no van en tal dirección.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Esto puede explicarse al considerar que, si bien, las intervenciones favorecieron factores que se han asociado al riesgo de consumo abusivo de sustancias, no necesariamente puede percibirse el consumo de sustancias como una problemática o conducta sobre la cual realizar cambios, y ésta puede ser preferida al percibirla como una estrategia más eficiente para regular emociones o afrontar problemáticas, debido a que *per se* resulta reforzante de manera inmediata a nivel orgánico (García-Hernández, 2013; Sanz, 2019) y genera una reacción inmediata (Murphy & Mackillop, 2012) a diferencia del uso de otras estrategias de regulación emocional y afrontamiento.

Considerando los efectos orgánicos del consumo de sustancias la intervención para modificar este comportamiento de riesgo puede resultar de alta complejidad, debido a que, el consumo abusivo puede generar resistencia y ante el cual el organismo puede requerir dosis cada vez mayores para experimentar algún efecto para regular emociones (García-Hernández, 2013). Resultados, que pueden no ser fácilmente percibidos por la sociedad, por las discusiones sobre la legalización de sustancias, como la mariguana, que favorecen la percepción menos riesgosa del consumo (Villatoro et al., 2015).

Adicionalmente, la función social del consumo implica modelados que propician el consumo y posibilita el consumo riesgoso. Los universitarios, que tienen modelos pares, tienen mayor permisividad y mayor consumo de riesgo, que los que no lo tienen estos modelos y tienen menor permisividad.

Con base en lo anterior y los resultados obtenidos, se puede entender, que reducir el consumo riesgoso de sustancias, no sólo depende de la regulación de emociones y estrategias de afrontamiento, sino que, además, requiere de un programa específico, que se dirija a atender la conducta riesgosa de consumo de sustancias directamente, asimismo establecer un plan de recaída.

En esta dirección, es comprensible que, debido a que las intervenciones no tienen un módulo o sesión específica para abordar esta problemática, no se encuentre disminución en este factor. A diferencia de los programas en DBT y en IBM que están orientados a atender comportamiento de consumo que resultan eficaces en la reducción de consumo y la

prevenición de recaídas (Salsman, 2020). Por ende, se sugiere añadir a las intervenciones estrategias terapéuticas utilizadas en DBT-SUD y Prevención de Recaídas Basadas en Mindfulness (MBRP). En DBT-A-MX podría añadirse el análisis en cadena para mostrar los desencadenantes y los efectos negativos a largo plazo, sustituir la conducta por una conducta adaptativa con base en las habilidades enseñadas. Además de motivar al cambio y mantener la validación, quemar puentes de consumo, entre otras estrategias de DBT-SUD (Dimeff & Linehan, 2008; MacMein et al., 2007). En tanto que, para IBM, seguir fomentando la consciencia, abordar y psicoeducar sobre el consumo de sustancias. Sin embargo, en caso, de que el consumo sea grave, se recomendaría referir al alumno a atención indicada y/o establecer sesiones específicas para mover al compromiso de cambio conductual y brindar estrategias específicas.

Otro aspecto que considerar en los efectos de las intervenciones es la gravedad del consumo, en el cual, se identifica una limitante en el presente estudio, debido a que se desconoce el tiempo, frecuencia y sustancia que consumen los participantes y con ello, la resistencia generada, lo cual, dificultaría la disminución de los riesgos por el consumo de sustancias.

Al revisar los tamaños del efecto al paso de los dos y seis meses de finalizada las intervenciones, éstas muestran tamaños del efecto de grandes a moderado, tendientes a incrementar, especialmente en IBM. Sugiriendo, que las intervenciones no lograron incidir en la disminución del riesgo por consumo de sustancias, una de las principales problemáticas en salud mental que experimentan los estudiantes en México y el mundo (Auerbach et al., 2018).

Habilidades DBT y afrontamiento disfuncional

La implementación de las intervenciones impactó en las estrategias de afrontamiento utilizados por los estudiantes. La IBM tuvo un efecto medio en la reducción del afrontamiento disfuncional, además incrementó el uso de estrategias de afrontamiento funcional, es decir, de habilidades DBT, presentando tamaños del efecto grandes. En IBM estos resultados pueden ser explicados debido a que este tipo de intervenciones posibilitan

la ejecución de conductas para manejar de manera más adaptativa las situaciones estresantes y con ello disminuir el estrés, además, incluyen una sesión de psicoeducación sobre comunicación no violenta, lo cual provee de estrategias adaptativas de comunicación. Las IBM dirigen al participante a observar, libre de juicios o evaluaciones, sus patrones de reacción ante las experiencias, desde sensaciones corporales, pensamientos, impulsos, hasta estímulos del medio externo; lo cual puede favorecer la claridad de las situaciones y reacciones e influir, en consecuencia, en ellas sin reaccionar bajo hábitos automáticos (Kabat-Zinn, 2020) y facilitar, así, respuestas más adaptativas a las demandas del medio.

Las prácticas de Mindfulness permiten la regulación emocional (que por sí misma ya podría considerarse una forma de afrontamiento) como se mencionó anteriormente, posibilitando la disminución del estrés y con ello respuestas más adaptativas. Estas prácticas y el desarrollo de Mindfulness se asocian al incremento y ejecución de estrategias de afrontamiento como la reevaluación positiva y la planificación, entre otras estrategias adaptativas que a su vez favorecen la resiliencia en estudiantes universitarios (de la Fuente et al., 2018; Pardo & González, 2019; Pidgeon & Pickett, 2017).

Respecto a DBT-A-MX el afrontamiento disfuncional disminuyó, e incremento el uso de habilidades DBT. Los resultados pueden estar explicados por las características del entrenamiento en habilidades, que se dirigen al desarrollo de estrategias adaptativas para afrontar situaciones emocionalmente difíciles orientadas a la regulación de emociones, principalmente, (Linehan, 1993; 2003) y que pueden facilitar a su vez, la percepción de autoeficacia en el manejo de la respuesta emocional y la conducta. El monitor primario presentó, a lo largo de las sesiones, habilidades para regular emociones y conductas, lo cual favoreció el conocimiento de mayores estrategias de afrontamiento para hacer frente a situaciones emocionales difíciles. En consistencia con otros estudios realizados (Gil-Díaz, 2020).

Los resultados obtenidos en los cuales se identifica un aumento de estrategias de afrontamiento funcional y una disminución del disfuncional, no significa que los estilos disfuncionales se hayan extinguido, sino, que los participantes están fortaleciendo o adquiriendo estrategias más adaptativas para hacer frente a las dificultades y se requiere

seguirlas fortaleciendo para favorecer su consolidación y disminuir la probabilidad de conductas desadaptativas. Por ende y por los resultados encontrados sobre los efectos de las intervenciones en el mantenimiento de las habilidades se considera implementar sesiones de refuerzo para fortalecer la práctica. Adicionalmente, considerando que en el proceso de adquisición de habilidades, la fase inicial de aprendizaje conlleva que, la ejecución correcta de la habilidad esté propensa a errores (Langan-Fox et al., 2002), se sugiere implementar, como en DBT estándar (Linehan, 2003), el componente de coaching, el cual está orientado a moldear la ejecución ante los eventos cotidianos del consultante, lo cual facilitaría la ejecución correcta y funcional de las habilidades DBT e incluso de la capacidad de Mindfulness.

Cabe decir, que, los resultados muestran un incremento en los tamaños de los efectos en la disminución de algunos factores psicosociales de riesgo (IBM en la disminución de la depresión, la desregulación emocional, afrontamiento disfuncional, con tamaños del efecto de medios a grandes. En tanto que en DBT-A-MX en la desregulación emocional y el afrontamiento disfuncional con tamaños del efecto grandes al paso de seis meses de finalizada la intervención) y comportamiento de riesgo suicida (de bajos a medios), y un incremento en las habilidades DBT (grandes) y de Mindfulness. Los resultados, en relación con los procesos de adquisición de habilidades (Langan Fox et al., 2002) sugieren que las habilidades se pueden consolidar al paso del tiempo, posiblemente, debido a la presencia del conocimiento y práctica de elementos de las habilidades conocidas durante el tratamiento, lo cual puede conllevar a la disminución de los factores psicosociales evaluados (excepto en ansiedad y riesgo por consumo de sustancias) y comportamiento de riesgo suicida.

Al comparar los tamaños del efecto en ambos tratamientos se encontró que, IBM tuvo impacto en mayor número de factores psicosociales de riesgo que el entrenamiento en habilidades DBT-A-MX. Estos resultados pueden explicarse a la luz de la didáctica en la implementación de éstos. La IBM implicó un trabajo directo con la experiencia y práctica durante la intervención, es decir, durante las sesiones se ejecuta la meditación y se aborda a través de la indagación y plenaria, la experiencia. A diferencia de la implementación en el

protocolo DBT-A-MX, en el que se instruyó sobre los momentos en los cuales se puede utilizar la habilidad y cómo realizar la actividad sin embargo no se otorgó una asesoría específica y constante del uso de habilidades ante el contexto específico de los participantes. Sin embargo, esta limitante en DBT-A-MX no demeritó la disminución de factores psicosociales de riesgo.

Los resultados de adquisición de habilidades DBT indican que las intervenciones tuvieron grandes efectos en el incremento de uso de éstas. Sin embargo, no así para la capacidad de estar presente, debido a que se identificó un efecto pequeño y en este sentido caben preguntas sobre ¿Qué barreras y en qué medida éstas inciden en la práctica de Mindfulness formal e informal?

Ambos programas, además de demostrar eficacia en la disminución de algunos factores psicosociales de riesgo, tuvieron una alta permanencia mayor al 70% y fueron satisfactorios, aceptados y bien valorados por los participantes. Lo que permite inferir que, la implementación online de los programas DBT-A-MX e IBM pueden ser una vía prometedora para la prevención de riesgos psicosociales debido, no sólo a la reducción de factores psicosociales de riesgo sino a la aceptación y permanencia de por parte de los participantes en los programas.

Permanencia, evaluación y satisfacción con los programas

Sin embargo, hay que considerar que, la aceptación y satisfacción de las intervenciones fue evaluada únicamente por los participantes que finalizaron los tratamientos, lo cual permite inferir que los programas estaban siendo de ayuda y bien recibidos por los participantes, empero, para tener una evaluación con menor sesgo sobre la implementación, calidad y aceptación de los tratamientos haría falta conocer las evaluaciones por parte de los participantes que no terminaron el curso y con ello enriquecer la calidad, materiales e implementación de los mismos.

Es de resaltar que dadas las circunstancias epidemiológicas de la pandemia por covid-19, los tratamientos se ofertaron principalmente en un formato online y recibieron una buena valoración y aceptación, y en este contexto resultaron favorables; sin embargo,

se sugiere seguir investigando y comparar preferencias y eficacia entre los programas online o presenciales, debido a que algunas investigaciones sobre barreras sugieren que los estudiantes prefieren servicios de atención presencial que online (Paz-Pérez et al., 2022).

La permanencia mayor al 70% en ambos tratamientos, se puede explicar al considerar los factores de refuerzo que los propios programas podían generar por sus efectos, por el formato online y la disminución de barreras y por los aspectos académico-administrativos. En función de los programas, los estudiantes podrían haber estado notando un mejoría o resultados, además de estar interesados en los temas que podrían dar respuesta a necesidades particulares. El formato online y la promoción del curso ofertado para estrategias de manejo de emociones y estrés, y ser un curso de formación humanista, podría haber disminuido barreras, como el estigma y el costo de transporte. Es de resaltar que hubo deserción cuando las clases universitarias comenzaron a implementarse de manera híbrida (mitad del grupo en presencial y mitad online), es decir, que, por una parte, la permanencia en los programas se vio afectada por los cambios en la dinámica de las actividades académicas y por otra parte, por otras barreras posibles, que se sugieren explorar.

Además, la dinámica grupal podría haber favorecido la permanencia, porque en ambas intervenciones se trabajó con las formas de comunicación validante y aceptación, estrategias, que explícitamente son expuestas para favorecer la adherencia de los pacientes, al menos en DBT (Linehan, 1993) y que ha mostrado adherencia a otro tipo de tratamientos de salud (Reyes-Cortes, 2019). Al considerar aspectos académico-administrativos, la permanencia también se pudo facilitar, por los incentivos (créditos) ofrecidos que favorecen el proceso de titulación. Es decir, que la permanencia y satisfacción fue favorable y fue influida por múltiples variables de índole propias a los tratamientos y/o administrativas.

Papel de las habilidades DBT y Atención Plena

Respecto al papel que tienen las habilidades DBT y la Atención Plena en la disminución del comportamiento de riesgo de suicidio y los factores psicosociales asociados, se encontró que las habilidades DBT tienen un papel moderador en la

disminución del riesgo de suicidio, al incidir sobre la depresión y la desregulación emocional. En tanto que la capacidad de estar presente se ve influenciada por la desregulación emocional en un 46% de probabilidad, y con ello la dificultad en un 20% aproximado de dificultad para poder utilizar habilidades DBT.

Es de rescatar que, en el modelo exploratorio se encontró que la depresión fue un factor psicosocial de riesgo asociado directamente al comportamiento de riesgo de suicidio (similar a lo que otros estudios han reportado (Hermosillo-de-la-Torre et al., 2021) que en este caso corresponde a sentirse una carga para los demás, desear estar muerto y pensar suicidarse. Los participantes con depresión tenían en un 36% la probabilidad de presentar comportamientos de riesgo de suicidio. Porcentaje pequeño, empero que permite suponer, por un lado, que hay otros factores psicosociales de riesgo que no fueron evaluados y que inciden sobre el riesgo de suicidio, y por otro lado, este porcentaje bajo puede ser explicado por las características de los participantes, quienes no se encontraban en niveles elevados de riesgo de suicidio y presentaban pocos o nulos factores psicosociales de riesgo.

A su vez, la probabilidad de experimentar depresión fue explicada por la desregulación emocional en un 47% que aunado al bajo uso de habilidades DBT puede incrementar la probabilidad hasta un 60% aproximadamente, es decir que, contar con pocas habilidades DBT puede dificultar la capacidad para regular emociones (Linehan, 1993) y a su vez dificultar la capacidad para incrementar el afecto positivo (depresión) y que incidir en la disminución de la desregulación emocional y facilitar el aprendizaje y uso de habilidades DBT puede disminuir la posibilidad de experimentar depresión y por ende, disminuir la probabilidad de comportamiento de riesgo suicida.

Hasta este punto se puede inferir que el incremento de habilidades DBT y Atención plena disminuye la desregulación emocional (Linehan et al., 2017) y la depresión y con ello el riesgo de suicidio en los estudiantes que participaron en el estudio. Sin embargo, se requieren de estudios confirmatorios del modelo y una muestra poblacional mayor.

Lineamientos de mejora

Ahora bien, con base en los resultados expuestos y lo señalado en este capítulo se pueden especificar, recopilar y concretar algunos lineamientos de mejora en los programas de intervención aplicados. Entre ellos añadir alguna sesión para brindar el uso de habilidades para manejar el estrés y la ansiedad ante los exámenes. Añadir una sesión o intervención específica para sensibilizar, analizar y prevenir conductas riesgosas por consumo de sustancias y en este sentido se podrían generar estrategias de intervención en función al Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (Martínez-Martínez et al. 2008) y/o introducir, como se mencionó con anterioridad, estrategias de los programas de las IBM y DBT orientados al trabajo en consumo de sustancias. Adicionalmente, se sugiere agregar en DBT-A-MX un espacio específico a realizar análisis en cadena en la ejecución de las habilidades por parte de los participantes y/o añadir un espacio de orientación para que los estudiantes puedan generalizar las habilidades con mayor facilidad (coaching telefónico), además de habilidades que se orienten a la activación conductual y practica meditativa.

En IBM, se identificó que se requiere fortalecer la práctica fuera de sesión al termino del curso, utilizar un lenguaje más comprensible para los alumnos en función de sus experiencias. Cabe decir que, a pesar de contar con una sesión de compromiso para continuar practicando los estudiantes refieren que la dinámica académica diaria y sobrecarga de actividades les dificulta continuar con la práctica formal, pero ha habido momentos que han decidido retomar. En este sentido puede ayudar, fortalecer el compromiso en la sesión final y brindar a los estudiantes un estímulo que pueda servir de recordatorio para retomar la práctica constante.

Limitaciones

El presente estudio tiene varias limitaciones, entre ellas, el total de participantes y con ello la generalización de los datos, en la evaluación de los factores de riesgo, además, posibles sesgos ante la implementación por los periodos de evaluación. El total de participantes en cada brazo del ensayo clínico que restringe la generalización y el grado de

certeza de los resultados, debido a que no se puede considerar como un número representativo de estudiantes universitarios. La prevalencia de sintomatología depresiva en el grupo de IBM frente al de DBT-A-MX al inicio del tratamiento que puede sesgar los resultados, si se quisiera comparar IBM frente a DBT-A-MX en este factor psicosocial.

Además, del sesgo anteriormente señalado, se identifican otros debidos al momento de evaluación postratamiento y seguimiento (dos meses), dado que, los estudiantes ya se encontraban en periodos de evaluación parcial y final, lo cual dificultó vislumbrar con claridad la eficacia de los tratamientos tras su implementación, lo cual, aunque es difícil de cuidar porque en algunas instituciones educativas, los estudiantes suelen estar en periodos de evaluación en diferentes momentos o de manera constante, se sugiere cuidar para próximos estudios y así obtener información más precisa sobre la eficacia de las intervenciones. Sin embargo, a pesar de esta limitante, los resultados permiten visualizar efectos de las intervenciones ante periodos que suelen generar desregulación emocional en los estudiantes.

Otra limitante, fueron los instrumentos de evaluación utilizados, entre ellos el uso del DASS-21 para evaluar ansiedad, el ASQ para evaluar el comportamiento de riesgo suicida y el uso de MAAS. El DASS-21 define la ansiedad como la activación fisiológica, por ende, se omiten indicadores cognitivos sobre los cuales posiblemente podría haber incidido las intervenciones y que con base en Fernández-Abascal (2010), la ansiedad requiere de la percepción de amenazas futuras para considerarse como tal. Además, al revisar los indicadores de ansiedad en el instrumento se identificó redacción de los ítems orientados a hacer consciencia de la resequedad de la boca, de las palpitaciones de corazón, etc. que dentro del contexto de intervención pueden hacer alusión más a una capacidad de Atención Plena que de activación fisiológica, por ende, para próximos estudios se sugiere utilizar otro instrumento para evaluar ansiedad.

Respecto al uso del MAAS evalúa la capacidad de estar presente, sin embargo, para incrementar y precisar el conocimiento del impacto de la IBM sobre el resto de los factores psicosociales de riesgo, podría ser recomendable utilizar otros instrumentos que evalúen no sólo la capacidad de estar presente, sino también otros componentes que pueden suscitar las

IBM como la autocompasión, la defusión cognitiva y la consciencia corporal, para tener un conocimiento más amplio sobre los efectos de la IBM sobre las variables evaluadas. Debido a que se piensa que los resultados de las IBM sobre la disminución de los factores psicosociales de riesgo también están influidos por los otros procesos que promueven las IBM.

Asimismo, se identifica como limitante en relación con la efectividad de los tratamientos y el modelo de comportamiento de riesgo de suicidio, debido a que se utilizó un instrumento limitado ante la amplia gama de conductas que pueden asociarse al comportamiento suicida y que no fueron evaluadas con el instrumento ASQ. Este instrumento sólo evalúa el deseo de morir en las últimas semanas, pensar suicidarse y sentirse una carga para la familia, y el comportamiento de suicidio puede ir acompañado no sólo de la ideación, sino también de conductas autolesivas e intentos, que no fueron valorados a través de este instrumento. Por ende, se sugeriría para futuras investigaciones utilizar instrumentos más robustos para la evaluación del comportamiento riesgoso de suicidio.

Respecto al papel que tienen las habilidades DBT y de Atención Plena sobre los factores psicosociales de riesgo y el comportamiento de riesgo de suicidio, sólo se trabajó con un modelo exploratorio, por lo que se requerirá proceder para próximas investigaciones hacia un modelo confirmatorio, para tener mayor certeza del papel de las habilidades DBT y Atención Plena sobre los factores ya señalados.

Conclusiones

Finalmente, con base en lo expuesto en el presente estudio se puede concluir que el entrenamiento en habilidades DBT-A-MX e IBM pueden ser programas de intervención eficaces para disminuir factores psicosociales de riesgo de suicidio en estudiantes universitarios del centro-occidente del país, con efectos pequeños y moderados, duraderos y de mejoría al paso de hasta seis meses, además de ser aceptados y satisfactorios para los estudiantes y con una alta permanencia al contar con apoyo institucional e incentivos académicos y con ello favorecer la disminución de la brecha de salud mental.

Sin embargo, se requieren de más estudios para generalizar los resultados y fortalecer la evaluación de la eficacia de estos tratamientos en los contextos mexicanos universitarios, debido a las limitaciones ya señaladas de la presente investigación.



Referencias

- Abad, F. J., Olea, J., Ponsoda, J., & García, C. (2011). Medición en ciencias sociales y de la salud. *Síntesis*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=552272>
- Agid, O., Kohn, Y., & Lerer, B. (2000). Environmental stress and psychiatric illness. *Biomedicine & pharmacotherapy = Biomedecine & pharmacotherapie*, 54(3), 135–141. [https://doi.org/10.1016/S0753-3322\(00\)89046-0](https://doi.org/10.1016/S0753-3322(00)89046-0)
- Alfonso Águila, B., Calcines Castillo, M., Monteagudo de la Guardia, R. & Nieves Achon, Z. (2015). Estrés académico. *Edumecentro*, 163-178. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-738437>
- Alirezaee, F., Mardani Hamooleh, M., Seyedfatemi, N., Ghaljeh, M., & Haghani, S. H. (2021). Effects of Self-compassion Training on the Positive and Negative Emotions of Nursing Students: A Quasi-experimental Study. *Iran Journal of Nursing*, 34(132), 21-32. https://ijn.iums.ac.ir/browse.php?a_id=3485&sid=1&slc_lang=en
- Amanvermez, Y., Rahmadiana, M., Karyotaki, E., de Wit, L., Ebert, D. D., Kessler, R. C., & Cuijpers, P. (2020). Stress management interventions for college students: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, e12342.
- An, A., Hoang, H., Trang, L., Vo, Q., Tran, L., Le, T. Le, A., McCormick, A. Du, K., Williams, N., Mackellar, G., Nguyen, E. Luong, T., Nguyen, V., & Ha, H. (2022). Investigating the effect of Mindfulness-Based Stress Reduction on stress level and brain activity of college students. *IBRO Neuroscience Reports*. <https://doi.org/10.1016/j.ibneur.2022.05.004>
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour research and therapy*, 44(12),

1849-1858.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796705002743>

Armendáriz García, N. A., Alonso Castillo, M. M., Alonso Castillo, B. A., López Cisneros, M. A., Rodríguez Puente, L. A., & Méndez Ruiz, M. D. (2014). La familia y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Ciencia y enfermería*, 20(3), 109-118. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000300010>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2017). Ethical Principles of Psychologist and Code of Conduct <https://www.apa.org/ethics/code/#807>

Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.

Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., Kessler, R. C., & WHO WMH-ICS Collaborators (2018, September 13). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and Distribution of Mental Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000362>

Baer, R. (2017). *Técnicas de tratamiento basadas en Mindfulness*. España: Deseclée de Brower.

Bautista Hernández, G., Vera Noriega, J. Á., Machado Moreno, F. A., & Rodríguez Carvajal, C. K. (2022). Depresión, desregulación emocional y estrategias de afrontamiento en adolescentes con conductas de autolesión. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(1), 137-150. <https://doi.org/10.14718/acp.2022.25.1.10>

Beck, A.T., Kovacs, M., & Wiessman, M. (1979). Assessment of suicidal intent: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352.

- Benetti, C., & Kambouropoulos, N. (2006). Affect-regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 41(2), 341–352. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.01.015>
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 386-395.
- Benjet, C., Gutiérrez-García, R. A., Abrego-Ramírez, A., Borges, G., Covarrubias-Díaz, A., Durán, M. D. S. González-González, R., Hermsillo-de la Torre, A.E., Martínez-Martínez, K. I., Medina-Mora, M. E., Mejía-Zarazúa, H., Pérez-Tarango, G., Zavala-Bebena, M.A. & Mortier, P. (2019). Psychopathology and self-harm among incoming first-year students in six Mexican universities. *Salud publica de Mexico*, 61, 16-26.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... & Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Boggiano, J.P. & Gagliosi, P. (2018). Terapia Dialéctico Conductual: Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional. Tres Olas.
- Bonilla-Silva, K. & Padilla, Y. (2015). Estudio piloto de un modelo grupal de meditación de atención plena (Mindfulness) de manejo de la ansiedad para estudiantes universitarios en Puerto Rico. *Revista puertorriqueña de psicología*, 6(1),72-87.
- Brandsma, R. (2018). *La guía para la enseñanza del Mindfulness*. Deseclée de Brouwer.
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Klekens, G. Auerbach, R.P. Cuijpers, P., Demyrrenaere, K., & Kessler, R. C. (2018). Mental Health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *Journal of affective disorders*. 225, 97-103. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28802728/>

- Cadieux, M. È., Leblanc, M., Bourgeois, C., & Vézina-Gagnon, P. (2021). Le rôle de la tolérance à la détresse émotionnelle dans le développement du trouble de dépression majeure chez les étudiants universitaires. *Journal sur l'identité, les relations interpersonnelles et les relations intergroupes*.14. https://www.jiriri.ca/wp-content/uploads/2021/05/V14_A8.pdf
- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Rev Salud Pública*, 10 (5), pp. 831-839
- Catalino, L. I., & Fredrickson, B. L. (2011). A Tuesday in the life of a flourisher: the role of positive emotional reactivity in optimal mental health. *Emotion*, 11(4), 938. <https://psycnet.apa.org/buy/2011-18271-008>
- Cavicchioli, M., Movalli, M., Vassena, G., Ramella, P., Prudenziati, F., & Maffei, C. (2019). The therapeutic role of emotion regulation and coping strategies during a stand-alone DBT Skills training program for alcohol use disorder and concurrent substance use disorders. *Addictive behaviors*, 98, (106035). <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106035>
- Crane, R., Soulsby, J., Kuyken, W., Mark, J., Williams, G., Eames, C., Bartley, T., Cooper, L., Evans, A., & Fennell, M. (2016). Teaching Evaluation Criteria of Mindfulness-Based Interventions from Bangor, Exeter and Oxford Universities (Nirakara, Trad.).
- Cebolla, A. & Campos, D. (2016). Enseñar mindfulness: contextos de instrucción y pedagogía. *Revista de psicoterapia*, 27(103), 103-118. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i103.107>
- Chesin, M. S., & Jeglic, E. L. (2022). Mindfulness, and specifically compassion, buffers the relationship between hopelessness and suicide ideation in college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 36(1), 49-63. <https://doi.org/10.1080/87568225.2020.1753612>
- Cheung, G.W., & Rensvold, R.B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 9,233-255.

Chugani, C., Wyatt, K., & Ritcher, R. (2020). Dialectical behavior therapy in college counseling centers. In J. Bedics. *The Handbook of Dialectical Behavior Therapy* (vol. pp. 257-273). Academic Press.

Collaborative for Academic Social and Emotional Learning. (2017). CASEL: Competencias del aprendizaje social y emocional (SEL) www.casel.org

Conley, C. S., Durlak, J. A., & Dickson, D. A. (2013). An evaluative review of outcome research on universal mental health promotion and prevention programs for higher education students. *Journal of American college health*, 61(5), 286–301. <https://doi.org/10.1080/07448481.2013.802237>

Cuamba, N. & Zazueta, N.A., (2020) Salud mental, habilidades de afrontamiento y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Psicumex*, 10(2), 71-94. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v10i2.351>

Cuevas-Toro, A.M., Díaz-Batanero, C., Delgado-Rico, E., & Vélez-Toral, M., (2017). Incorporación del mindfulness en el aula: un estudio piloto con estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*. 16(4). <https://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-4.imae>

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A. Bonus, K. & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 564-570. doi: 10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3

De la Fuente, J., Mañas, I., Franco, C., Cangas, A. J., & Soriano, E. (2018). Differential effect of level of self-regulation and mindfulness training on coping strategies used by university students. *International journal of environmental research and public health*, 15(10), 2230. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102230>

Dietz, P., Reichel, J. L., Edelmann, D., Werner, A. M., Tibubos, A. N., Schäfer, M., Simon, P., Letzel, S. & Pfirrmann, D. (2020). A systematic umbrella review on the epidemiology of modifiable health influencing factors and on health promoting

interventions among university students. *Frontiers in Public Health*, 8, 137.

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00137/full>

Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction science & clinical practice*, 4(2), 39–47.

<https://doi.org/10.1151/ascp084239>

Domitrovich, C. Durlak, J., Staley, K., & Weissberg, R., (2017). Social-Emotional Competence: An Essential Factor for Promoting Positive Adjustment and Reducing Risk in School Children. *Child Development*, 88(2)408-416. [doi: 10.1111/cdev.12739](https://doi.org/10.1111/cdev.12739).

Downs, M. F., & Eisenberg, D. (2012). Help seeking and treatment use among suicidal college students. *Journal of American College Health*, 60, 104–114.

<https://doi.org/10.1080/07448481.2011.619611>

Du, J., An, Y., Ding, X., Zhang, Q., & Xu, W. (2019). State mindfulness and positive emotions in daily life: An upward spiral process. *Personality and Individual Differences*, 141, 57-61. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.11.037>

Dvořáková, K., Kishida, M., Li, J., Elavsky, S., Broderick, P. C., Agrusti, M. R., & Greenberg, M. T. (2017). Promoting healthy transition to college through mindfulness training with first-year college students: Pilot randomized controlled trial. *Journal of American College Health*, 65(4), 259-267.

Ebert, D. D., Mortier, P., Kahlke, F., Bruffaerts, R., Baumeister, H., Auerbach, R. P., Alonso, J., Vilagut, G., Martínez, K. I., Lochner, C., Cuijpers, P., Kuechler, A. M., Green, J., Hasking, P., Lapsley, C., Sampson, N. A., Kessler, R. C., & WHO World Mental Health-International College Student Initiative collaborators (2019). Barriers of mental health treatment utilization among first-year college students: First cross-national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *International journal of methods in psychiatric research*, 28(2), e1782.

<https://doi.org/10.1002/mpr.1782>

- Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical care research and review : MCRR*, 66(5), 522–541. <https://doi.org/10.1177/1077558709335173>
- Eisenberg, D., Golberstein, E., & Gollust, S. E. (2007). Help-seeking and access to mental health care in a university student population. *Medical care*, 45(7), 594–601. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31803bb4c1>
- Eisenberg, D., Hunt, J., & Speer, N. (2012). Help seeking for mental health on college campuses: Review of evidence and next steps for research and practice. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(4), 222–232. <https://doi.org/10.3109/10673229.2012.712839>
- Eremenco, S. L., Cella, D., & Arnold, B. J. (2005). A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. *Evaluation and the Health Professions*, 28(1), 212-232. <https://doi.org/10.1177/0163278705275342>
- Fernández-Abascal, E. G., Rodríguez, B. G., Sánchez, M. P. J., Díaz, M. D. M., & Sánchez, F. J. D. (2010). *Psicología de la emoción*. Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Flynn, D. Joyce, M., Wehrauch, M., Corcoran, P., Gallaghr, E. O’Sullivan, C., & Hurley, P. (2017). Dialectical Behaviour Therapy – Skills Training for Emotional Problem Solving for Adolescents (DBT STEPS-A): Pilot Implementation in an Irish Context.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Galante, J., Dufour, G., Vainre, M., Wagner, A. P., Stochl, J., Benton, A., Lathia, N., Howarth, E., & Jones, P. B. (2018). A mindfulness-based intervention to increase resilience to stress in university students (the Mindful Student Study): a pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet. Public health*, 3(2), e72–e81. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30231-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30231-1)

- Galatzer-Levy, I. R., Burton, C. L., & Bonanno, G. A. (2012). Coping flexibility, potentially traumatic life events, and resilience: A prospective study of college student adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 31*(6), 542–567. <https://doi.org/10.1521/jscp.2012.31.6.542>
- Gil-Díaz, M. E. (2020). Efectividad de un grupo de entrenamiento en Habilidades basado en DBT-A para la disminución de factores de riesgo suicida en la conducta suicida (Tesis Doctoral).
- Greeson, J. M., Juberg, M. K., Maytan, M., James, K., & Rogers, H. (2014). A randomized controlled trial of Koru: A mindfulness program for college students and other emerging adults. *Journal of American College Health, 62*(4), 222-233. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.887571>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology, 2*(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. & Black, W. (1999). *Análisis multivariante*. Prentice Hall.
- Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacobo, M., & Fava, M. (2008). Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *The Journal of nervous and mental disease, 196*(2), 136-143. <http://doi.10.1097/NMD.0b013e318162aa3f>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Heller, A. S., Johnstone, T., Shackman, A., & Davidson, R. (2009). Reduced capacity to sustain positive emotion in major depression reflects diminished maintenance of fronto-striatal brain activation. *Proceedings of the National Academy of Science, 106*, 22445-22450. <https://doi.org/10.1073/pnas.0910651106>

- Hermosillo-de la Torre, A. E., Méndez-Sánchez, C. & González-Betanzos, F. (2020). Evidencias de validez factorial de la Escala de desesperanza de Beck en español con muestras clínicas y no clínicas. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(2), 159-169. <https://doi.org/10.14718/acp.2020.23.2.7>
- Hermosillo-de-la -Torre, A.E. & Gil-Diaz M.E. (2019). Taller de iniciación en el uso e implementación del módulo en habilidades DBT y el programa DBT-A-MX. Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Hermosillo-de-la-Torre, A. E., Martínez, K. I. M., & Valdés-García, K. P. (2022). The Scope of Training Programs in Stress Management Skills and the Promotion of Mental Health in University Students (El alcance de los programas de formación en habilidades del manejo del estrés y la promoción de la salud mental en estudiantes universitarios). *Clinical Psychology: Science and Practice*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/cps0000051>
- Hermosillo-de-la-Torre, A.E., Arteaga-de-Luna, S.M., Acevedo-Rojas, D.L., Juárez-Loya, A., Jiménez-Tapia, J.A., Pedroza-Cabrera, F.J.; González-Forteza, C., Cano, M., & Wagner, F.A. (2021). Psychosocial Correlates of Suicidal Behavior among Adolescents under Confinement Due to the COVID-19 Pandemic in Aguascalientes, Mexico: A Cross-Sectional Population Survey. *Environmental Research and Public Health*. 18(9), 4977. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094977>
- Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27(3), 115-124. <https://doi.org/10.1016/j.clysa2016.09.002>
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 6(6), 537–559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>

- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30(2), 179–185.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equations Modeling*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Huang, P. H. (2017). Asymptotics of AIC, BIC, and RMSEA for Model Selection in Structural Equation Modeling. *Psychometrika*, 82(2), 407–426. doi:10.1007/s11336-017-9572-y
- Huberty, J., Green, J., Glissmann, C., Larkey, L., Puzia, M., & Lee, C. (2019). Efficacy of the Mindfulness Meditation Mobile App "Calm" to Reduce Stress Among College Students: Randomized Controlled Trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(6), e14273. <https://doi.org/10.2196/14273>
- Huerta-Hernández, J.N., Reyes Ortega, M.A., Sotelo González, C.E., Gil-Díaz, M.E., Lima Téllez, Z., Gutiérrez Cardona, C.R. & Barrientos García, M.T. (2021). Evaluación de la efectividad del programa DBT STEPS-A en estudiantes universitarios mexicanos. *Psicología y Salud*, 31(1), 103-112. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2680>.
- Ibrahim, A., Kelly, S., Adams, C., & Glazebrook., C. (2012). A systemativ review of students of depression prevalence in university students. *Journal of psychiatric research*. 47(2013) 391-400. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>
- International Test Commission. (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests*. www.InTestCom.org
- Irarrázaval, L. (2010). Psicoterapia Basada en Mindfulness: un antiguo método para una nueva psicoterapia. *Psiquiatría Universitaria*. 6(4)465-471.
- Iraugi, I. (2009). Evaluación de resultados clínicos (II): Las medias de la significación clínica o los tamaños del efecto. *Norte de Salud Mental* (34) 94-110.

<https://www.researchgate.net/publication/267779074> Evaluacion de resultados clinicos II Las medidas de la significacion clinica o los tamanos del efecto

- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), 67-77. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100005&lng=es&lng=es.
- Jones, D. R., Lehman, B. J., Noriega, A., & Dinnel, D. L. (2019). The effects of a short-term mindfulness meditation intervention on coping flexibility. *Anxiety, stress, and coping*, 32(4), 347–361. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1596672>
- Jordi, A., Mortier, P., Auerbach, R., Brufaelts, R., Vilagut, G., Cuijpers, P., n Demyttenaere, K., Ebert, D., Ennis, E., Gutiérrez-García, R.A., Green, J., Hasking, P., Loncher, C., Nock, M., Pinder-Amaker, S., Sampson, N., Zaslavsky, A., Kessler, R., & WHO-ICS collaborators. (2018). Severe role impairment associated with mental disorders: Results of the WHO World Mental Health Surveys International College Student Project. *Deression and Anxiety*. 1-13. <http://doi10.1002/da.22778>
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis*. Kairós
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness para principiantes*. Kairós
- Kabat-Zinn, J. (2018). *Vivir con plenitud las crisis*. Kairós
- Keng, S.L., Smoski, M. J., Robins, C. J., Ekblad, A. G., & Brantley, J. G. (2012). Mechanisms of change in mindfulness-based stress reduction: Self-compassion and mindfulness as mediators of intervention outcomes. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26(3), 270–280. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.26.3.270>

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Lacasa, F. & Muela, A. (2014). Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-T. *Psicopatología. Salud Mental* 24, 83-93.
- Langan-Fox, J., Armstrong, K., Balvin, N. & Anglim, J. (2002). Process in skill acquisition: Motivation, interruptions, memory, affective states, and metacognition. *Australian Psychologist*, 37(2), 104-117. <https://doi.org/10.1080/00050060210001706746>
- Langer, Á. I., Ulloa, V. G., Cangas, A. J., Rojas, G. & Krause, M. (2015). Mindfulness-based interventions in secondary education: a qualitative systematic review. *Estudios de Psicología*, 36(3), 533-570. <https://doi.org/10.1080/02109395.2015.1078553>
- Lass, A. N., & Winer, E. S. (2020). Distress tolerance and symptoms of depression: A review and integration of literatures. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(3), e12336. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12336>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Ed. Martínez-Roca.
- Lebares, C. C., Guvva, E. V., Olaru, M., Sugrue, L. P., Staffaroni, A. M., Delucchi, K. L., Kramer, J. H., Ascher, N. L. & Harris, H. W. (2019). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Training in Surgery: Additional Analysis of the Mindful Surgeon Pilot Randomized Clinical Trial. *JAMA network open*, 2(5), e194108. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.4108>
- Lenhard, W. & Lenhard, A. (2016). Berechnung von Effektstärken. Abgerufen unter: <https://www.psychometrica.de/effektstaerke.html>. Psychometrica. DOI: 10.13140/RG.2.2.17823.92329

LeViness, P., Bershad, C., & Gorman, K. (2017). *Survey on the utilization of student Health Services*. American College Health Association.

Lin, T.-J., Ko, H.-C., Wu, J. Y.-W., Oei, T. P., Lane, H.-Y. & Chen, C.H. (2018). The effectiveness of dialectical behavior therapy skills training group vs. cognitive therapy group on reducing depression and suicide attempts for borderline personality disorder in Taiwan. *Archives of Suicide Research*, 23(1), 82-99.

<https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1436104>

Linehan, M. (1983). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press.

Linehan, M. (2003). *Manual de los tratamientos de los trastornos de personalidad límite*. Paidós.

Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings.

Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3). <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>

Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2021). Not positive definite correlation matrices in exploratory item factor analysis: Causes, consequences and a proposed solution. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 28(1), 138-147. <http://doi.org/10.1080/10705511.2020.1735393>

Lothes J. & Mochrie, K. (2017). The "what" and "hows" of mindfulness: Using DBT's mindfulness skills to reduce test anxiety. *Building Healthy Academic Communities Journal*, 1(2), 10-20.

Lothes, J., Mochrie, K., Wilson, M., & Hakan, R. (2021). The effect of DBT-informed mindfulness skills (what and how skills) and mindfulness-based stress reduction

practices on test anxiety in college students: A mixed design study. *Current Psychology*, 40(6), 2764-2777. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00207-y>

Lyzwinski, L. N., Caffery, L., Bambling, M., & Edirippulige, S. (2019). The Mindfulness App Trial for Weight, Weight-Related Behaviors, and Stress in University Students: Randomized Controlled Trial. *JMIR mHealth and Health*, 7(4), e12210. <https://doi.org/10.2196/12210>

Ma, Y., & Siu, A. F. Y. (2020). Dispositional mindfulness and mental health in Hong Kong college students: The mediating roles of decentering and self-acceptance. *Australian Journal of Psychology*, 72(2), 156-164. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12269>

Mak, W. W., Chio, F. H., Chan, A. T., Lui, W. W., & Wu, E. K. (2017). The Efficacy of Internet-Based Mindfulness Training and Cognitive-Behavioral Training With Telephone Support in the Enhancement of Mental Health Among College Students and Young Working Adults: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 19(3), e84. <https://doi.org/10.2196/jmir.6737>

Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40(1), 26-34. <https://pavlov.psyciencia.com/2012/11/La-tercera-ola-de-terapias-de-conducta.pdf>

Marín, M., Robles, R., González-Forteza, C. & Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*. 35, 521- 526. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000600010yscript=sci_abstractytlng=pt

Mariño, M. C., González-Forteza, C., Andrade, P., & Medina-Mora, M. E. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental*, 21, 27-36. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/690#:~:text

=El%20POSIT%20es%20un%20instrumento,%2C%20nivel%20educativo%2C%20inter%2C%A9s%20vocacional%2C

- Martín, Y. D., Fernández, E. O., Cifuentes, A.D., & Estrada, Y. C. (2015). Intervención psicoeducativa para disminuir el estrés académico en estudiantes de primer año de Medicina. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 40 (5).
http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/65/pdf_5
- Martínez Martínez, K. I., Salazar Garza, M. L., Pedroza Cabrera, F. J., Ruiz Torres, G. M., & Ayala Velázquez, H. E. (2008). Resultados preliminares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud mental*, 31(2), 119-127.
- McConville, J., McAleer, R., & Hahne, A. (2017). Mindfulness Training for Health Profession Students-The Effect of Mindfulness Training on Psychological Well-Being, Learning and Clinical Performance of Health Professional Students: A Systematic Review of Randomized and Non-randomized Controlled Trials. *Explore*. 13(1), 26–45. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.10.002>
- McGorry, P. D., Purcell, R., Goldstone, S., & Amminger, G. P. (2011). Age of onset and timing of treatment for mental and substance use disorders: implications for preventive intervention strategies and models of care. *Current opinion in psychiatry*, 24(4), 301-306. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283477a09>
- McMain, Sayrs, Dimeff & Linehan (2007). Dialectical Behavior Therapy for Individuals with Borderline Personality Disorder and Substance Dependence. En Dimeff, L. A., Koerner, K., & Linehan, M. (Eds.) *Dialectical behavior in clinical practice: Applications across disorders and settings* (pp. 145-173). Guilford Press.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Muñoz, C. L., Benjet, C., Jaimes, J. B., Bautista, C. F., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, R., & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta

Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud mental*, 26(4), 1-16.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=17215>

Moscoso MS. (2018). Mindfulness, autorregulación emocional y reducción de estrés: ¿ciencia o ficción?. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*. 10(2):101-121. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85385>

Moscoso, M. S., & Lengacher, C. A. (2017). El rol de mindfulness en la regulación emocional de la depresión. *Mindfulness & Compassion*, 2(2), 64-70.
<https://doi.org/10.1016/j.mincom.2017.08.002>

Muhomba, M., Chugani, C. D., Uliaszek, A. A., & Kannan, D. (2017). Distress tolerance skills for college students: A pilot investigation of a brief DBT group skills training program. *Journal of College Student Psychotherapy*, 31(3), 247-256.
<https://doi.org/10.1080/87568225.2017.1294469>

Murphy, C., & MacKillop, J. (2012). Living in the here and now: interrelationships between impulsivity, mindfulness, and alcohol misuse. *Psychopharmacology* 219, 527–536 <https://doi.org/10.1007/s00213-011-2573-0>

Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., Vitaliano, P. P., Lynch, T. R., & Linehan, M. M. (2010). The dialectical behavior therapy ways of coping checklist: development and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology*, 66(6), 563–582.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20685>

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 569.
<https://psycnet.apa.org/buy/1992-12870-001>

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.
<https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2004). Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Organización Mundial de la salud.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Organización Mundial de la Salud para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas, *Salud Mental*; 21(1): 27-36.

Pardo, C. & González-Cabanach, R. (2019). El impacto de un programa de meditación Mindfulness sobre las estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios. .5. 51-61

Pidgeon, A. M., & Pickett, L. (2017). Examining the differences between university students' levels of resilience on mindfulness, psychological distress and coping strategies. *European Scientific Journal*, 13(12), 103-113. <https://doi.org/10.19044/esj.2017.v13n12p%25p>

Pistorello, J., Fruzzetti, A. E., MacLane, C., Gallop, R., & Iverson, K. M. (2012). Dialectical behavior therapy (DBT) applied to college students: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 982–994. <https://doi.org/10.1037/a0029096>

Polo-Herrera, S., Castaño-Gutiérrez, A., Julio-Palacio, L., Barros, A., Montañez-Romero, M., & Orozco-Santander, M. (2022). Relación entre la ansiedad y estilos de afrontamientos ante los exámenes en estudiantes de psicología. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(2), 484-504.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i2.1903

Proyecto Universitario para Alumnos Saludables [PUERTAS]. (2020).

- Quezada-Berumen, L. D. C., González Ramírez, M. T., Cebolla Marti, A., & Soler Ribaudi, J. (2014). Body awareness and mindfulness: Validation of the Spanish version of the Scale of Body Connection.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A Self Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1 (3), 385-401.
- Rathus, J. H. & Miller, A. L. (2015). *DBT Skills Manual for Adolescents*. The Guilford Press
- Reyes-Cortes, M. D. (2019). Estrategias de validación emocional, repertorio conductual indispensable en el apoyo del duelo. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 27(1), 42-45.
- Richaud, M.C. (2005). Desarrollos del análisis factorial para el estudio de ítem dicotómicos y ordinales. *Revista Interdisciplinaria*, 22(2), 237-251.
- Robles Mendoza, A. L., Junco Supa, J. E., & Martínez Pérez, V. M. (2021). Conflictos familiares y económicos en universitarios en confinamiento social por COVID-19. *Revista CuidArte*, 10(19).
<https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2021.10.19.78045>
- Romo, L., Nann, S., Scanferla, E., Esteban, J., Riazuelo, H., & Kern, L. (2019) La santé des étudiants à l'université comme déterminant de la réussite académique. *Revue québécoise de psychologie*. 40(2). 187-202. <https://doi.org/10.7202/1065909ar>
- Rosenzweig, S., Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C., & Hojat, M. (2003). Mindfulness-based stress reduction lowers psychological distress in medical students. *Teaching and Learning in Medicine*, 15(2), 88–92. https://doi.org/10.1207/S15328015TLM1502_03
- Safer, D. L., Robinson, A. H., & Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy

adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior therapy*, 41(1), 106–120. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.01.006>

Salsman, N. L. (2020). Dialectical behavior therapy for individuals with substance use problems: theoretical adaptations and empirical evidence. *The Handbook of Dialectical Behavior Therapy*, 141-174.

Sánchez, Á., & Vázquez, C. (2012). Sesgos de atención Selectiva como factor de mantenimiento y Vulnerabilidad a la Depresión: Una Revisión Crítica. *Terapia psicológica*, 30(3), 103-117. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300010>

Sanz, P. S. J. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(85), 4984-4992. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.003>

Silva-Gutiérrez, B. N., & De la Cruz-Guzmán, U. O. (2017). Autopercepción del estado de salud mental en estudiantes universitarios y propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General (GHQ28). *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*, 4(8), 1-26. <https://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/view/676>

Silva-Ramos, M. F., López-Cocotle, J. J. & Meza-Zamora, M. E. (2019). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Investigación y Ciencia*. 28(79), 75-83. <https://www.redalyc.org/journal/674/67462875008/html/>

Simón, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de psicoterapia*, 17(66-67), 5-30. https://www.researchgate.net/profile/Vicente-Simon/publication/268395842_Mindfulness_y_neurobiologia/links/548144730cf22525dcb609a3/Mindfulness-y-neurobiologia.pdf

Slavich, G. M., & Auerbach, R. P. (2018). Stress and its sequelae: Depression, suicide, inflammation, and physical illness. Sussman, S. y Arnett, J. J. (2014). Emerging adulthood: developmental period facilitative of the addictions. *Evaluation y the health professions*, 37(2), 147-155.

Sociedad Mexicana de Psicología (2007), Código ético del psicólogo. Editorial Trillas.

Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J., Cebolla, A., Soriano, J., Álvarez, E., & Pérez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MASS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40, 18-25. <http://hdl.handle.net/10234/67740>

Southward, M. W., Eberle, J. W., & Neacsiu, A. D. (2022). Multilevel associations of daily skill use and effectiveness with anxiety, depression, and stress in a transdiagnostic sample undergoing dialectical behavior therapy skills training. *Cognitive behaviour therapy*, 51(2), 114-129. <https://doi.org/10.1080/16506073.2021.1907614>

Stahl, B., & Goldstein, E. (2015). *Mindfulness para reducir el estrés: una guía práctica*. Editorial Kairós.

Torrano, R., Ortigosa-Quiles, J. M., Riquelme-Marín, A., & López-Pina, J. A. (2017). Evaluación de la ansiedad ante los exámenes en estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria. *Revista de Psicología clínica con niños y adolescentes*, 4(2), 103-110. <https://www.redalyc.org/pdf/4771/477152556002.pdf>

Van Dijk, S., Jeffrey, J., & 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>

Verweij, H., van Ravesteijn, H., van Hooff, M., Lagro-Janssen, A., & Speckens, A. (2018). Mindfulness-Based Stress Reduction for Residents: A Randomized Controlled Trial. *Journal of general internal medicine*, 33(4), 429–436. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4249-x>

Villatoro, J., Oliva, N., Mujica, R., Fregoso, D., Bustos, M., & Medina-Mora, M. E. (2015). Panorama Actual del consumo de sustancias en estudiantes de la Ciudad de México. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*,

Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal, Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones.

- Wang, Y., Xu, W., & Luo, F. (2016). Emotional resilience mediates the relationship between mindfulness and emotion. *Psychological Reports, 118*(3), 725–736. <https://doi.org/10.1177/2F0033294116649707>
- Webb, C. A., Beard, C., Kertz, S. J., Hsu, K. J., & Björngvinsson, T. (2016). Differential role of CBT skills, DBT skills and psychological flexibility in predicting depressive versus anxiety symptom improvement. *Behaviour research and therapy, 81*, 12-20. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.03.006>
- Zivin, K., Eisenberg, D., Gollust, S. E., & Golberstein, E. (2009). *Persistence of mental health problems and needs in a college student population. Journal of Affective Disorders, 117*(3), 180–185. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.01.001>

Apéndices



Apéndice A. Autorización comité de bioética



Asunto: Respuesta por Comité de Bioética

**LIC. STEPHANIA MONSERRAT ARTEAGA DE LUNA
MAESTRANTE EN INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGIA
P R E S E N T E .**

Informo a Usted, que de acuerdo a la reunión sostenida con el Comité Institucional de Bioética donde fueron aprobados los aspectos éticos científicos del protocolo de Investigación titulado **"Eficacia de IDBT-AMX e IBM para la reducción de riesgos psicosociales y la prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes en contextos escolares"**.

Sin otro particular, provecho la oportunidad para enviarle un atento y cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
"SE LUMEN PROFERRE "
Aguascalientes, Ags., 29 de octubre de 2021



DRA. PAULINA ANDRADE LOZANO
PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE BIOÉTICA

Apéndice B. Consentimientos informados

DBT-WCCL

El Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma de Aguascalientes y de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, como parte de las actividades académicas y de investigación desarrolladas en la Maestría en Investigación en Psicología, están llevando a cabo un estudio para adaptar y validar un instrumento psicométrico conocido por sus siglas en inglés DBT-WCCL que mide las distintas formas en que los adolescentes y jóvenes hacen frente a situaciones y/o eventos de la vida. Dicho estudio se realiza como parte de las actividades de formación en investigación de la Lic. Stephania Montserrat Arteaga de Luna bajo la tutoría de la Dra. Alicia Edith Hermosillo de la Torre y la formación del Lic. Oscar Ferreyra Rodríguez bajo la tutoría de la Dra. Fabiola González Betanzos y la Dra. María de Lourdes Vargas Garduño.

Este instrumento fue desarrollado y probado para jóvenes en el extranjero, por lo que se requiere ajustar a jóvenes y adolescentes mexicanos a fin de asegurar que sus resultados sean válidos y confiables. Para poder hacerlo necesitamos de tu ayuda y colaboración, la cual consiste en contestar de forma honesta a las preguntas que a continuación se presentan.

Es importante resaltar que tu participación es anónima, voluntaria y requiere un tiempo muy breve, no mayor a 25 minutos para responderlo en su totalidad. Los datos que nos proporcionen serán utilizados por el equipo de investigación para analizar la consistencia y validez del instrumento, serán manejados con total confidencialidad y estarán resguardados bajo los más estrictos lineamientos éticos. Cabe decir que, podrás ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición al uso de tus datos presentando tu solicitud a e.juventud.ags@gmail.com

Si al estar contestando la prueba deseas no seguir participando, puedes abandonar la tarea en el momento que quieras. Contestar las preguntas que se presentan no genera ningún malestar ni incomodidad; no obstante, si fuera el caso que tú llegaras a experimentarlo, puedes contactar de inmediato al siguiente correo electrónico e.juventud.ags@gmail.com para solicitar una orientación sin costo.

Tu participación es muy importante. No hay respuestas buenas o malas, correctas o incorrectas, pues expresan tu forma de ver y vivir la vida. Te pedimos que contestes con sinceridad y honestidad. Con tu participación nos ayudas a contar con más y mejores instrumentos para conocer las mejores formas de apoyar a adolescentes y jóvenes como tú.

Si das tu consentimiento para participar en este estudio bajo las condiciones arriba señaladas manifiéstalo dando clic sobre la opción SI. En caso contrario, da clic sobre la opción NO y cierra la aplicación.

¡Muchas gracias por tu participación!

Consentimiento Informado Tamizaje (01)

VARIABLES PSICOSOCIALES IMPLICADAS EN EL DESARROLLO DEL BIENESTAR EMOCIONAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES DE AGUASCALIENTES (VIDA-J)

El Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma de Aguascalientes a través de la Maestría en Investigación en Psicología, está llevando a cabo un estudio para conocer los riesgos psicosociales de salud mental que viven actualmente los jóvenes y adolescentes de la institución en la que estudias con el propósito de implementar y evaluar programas eficaces para favorecer la salud mental de los estudiantes. Dicho estudio se realiza como parte de las actividades de formación de la Lic. Stephania Montserrat Arteaga de Luna bajo la tutoría de la Dra. Alicia Edith Hermosillo de la Torre.

Para poder realizar el estudio, necesitamos de tu ayuda y colaboración, la cual consiste en contestar la siguiente encuesta, en la que se presentan algunas formas de actuar, sentir y pensar de los adolescentes y jóvenes y que puedes estar viviendo.

Es importante resaltar que tu participación es voluntaria y que los datos que nos proporcionas serán utilizados con fines de investigación por el equipo de trabajo, para conocer los riesgos psicosociales en salud mental que viven los adolescentes y jóvenes de la institución en la que estudias. Los datos, serán manejados con total confidencialidad y estarán regidos y resguardados bajo los más estrictos lineamientos éticos, es decir, solamente si tu bienestar y salud se ven comprometidos, se informará a las autoridades escolares bajo los lineamientos profesionales más estrictos y el secreto profesional requerido. Si al estar contestando la prueba deseas no seguir participando, puedes cerrar la aplicación en el momento que así lo quieras.

Cabe decir que, podrás ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición al uso de tus datos presentando tu solicitud a e.juventud.ags@gmail.com

Puede ocurrir que experimentes alguna incomodidad al momento de estar leyendo las diferentes situaciones que se te muestren, esto es normal; aun así, si necesitas hablar con alguien del equipo de forma individual puedes contactarnos a través del correo electrónico e.juventud.ags@gmail.com para solicitar una orientación sin costo.

Tu participación es muy importante y en ésta no hay respuestas buenas o malas, correctas o incorrectas, pues expresan tu forma de ver y vivir la vida. Te pedimos que contestes con sinceridad y honestidad, pues con tu participación nos ayudas a encontrar mejores formas de apoyar a adolescentes y jóvenes como tú, sobre todo en las circunstancias actuales de la pandemia.

¡Muchas gracias por su participación!

Consentimiento Informado Registro al Ensayo Clínico

CONSENTIMIENTO INFORMADO (IMPORTANTE LEER)

El Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma de Aguascalientes a través de la Maestría en Investigación en Psicología, está llevando a cabo un estudio para evaluar la eficacia de talleres educativos orientados a favorecer el manejo de emociones y del estrés en los adolescentes y jóvenes en la institución en la que estudias. Dicho proyecto se realiza como parte de las actividades de formación de la Lic. Stephania Montserrat Arteaga de Luna bajo la tutoría de la Dra. Alicia Edith Hermosillo de la Torre.

Para poder realizar el estudio, necesitamos de tu ayuda y colaboración, la cual consiste en asistir semanalmente al curso CRECER el cual es un taller en el que se enseñarán habilidades dirigidas al manejo de emociones y del estrés. El taller consiste en participar en un grupo de máximo 15 miembros, tomando hasta 12 sesiones de 2 a 2.5 horas cada una durante tres meses del semestre, aproximadamente. Una vez inscrito podrás ser asignado(a) a tomar el curso en el periodo febrero-mayo del 2022 o el segundo semestre del año 2022. Además, se pedirá tu participación en algunas sesiones más para contestar breves cuestionarios online antes y después del curso y al paso de 2 y 6 meses aproximadamente.

El curso será dado por personal capacitado y supervisado, por lo que es posible que las sesiones se videograben para monitorear a los formadores. Cabe decir que el taller será presencial y puede migrar a formato virtual con base en las condiciones de pandemia.

Para poder tomar el curso y dada la contingencia sanitaria que estamos viviendo a nivel mundial, se requiere que atiendas estrictamente las medidas sanitarias, como lo es el uso correcto del cubrebocas, cubriendo nariz y boca, la toma de temperatura, la sana distancia y el uso de gel antibacterial. A su vez reconocer y notificar la presencia de alguno de los síntomas asociados al COVID-19 como dolor o picazón de garganta, ronquera, dolor de cabeza o fiebre y en caso de presentarlos avisar la ausencia presencial a la sesión con anticipación a los facilitadores del curso, para cuidarte a ti y cuidarnos todos.

Es importante resaltar que los datos que nos proporciones serán utilizados con fines de investigación, para conocer qué tan eficaz es el taller para los adolescentes y jóvenes de la institución en la que estudias. Los datos, serán manejados con total confidencialidad y estarán regidos y resguardados bajo los más estrictos lineamientos éticos.

Durante el taller es probable que experimentes malestar y/o incomodidad, sin embargo, si éste se presenta, se sabe que disminuye con la práctica de las habilidades a revisar y puedes contar con los facilitadores para solicitar su asistencia u orientación, además, puedes contactar al investigador en formación para cualquier duda, aclaración u orientación en este sentido y sobre el estudio al correo electrónico e.juventud.ags@gmail.com Participar en el estudio puede favorecer el manejo del estrés y emociones y además te brindará créditos de formación humanista.

Tu participación es voluntaria por lo que, en cualquier momento podrás abandonar el estudio si deseas no continuar, sólo necesitarías informar al facilitador y al responsable de la investigación al correo electrónico e.juventud.ags@gmail.com mismos que necesitarán informar tu baja del estudio a las autoridades Institucionales con el más estricto cuidado ético. Cabe decir que, podrás ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición al uso de tus datos presentando tu solicitud al mismo correo electrónico.

Tu participación nos permitirá identificar estrategias y talleres psicoeducativos y de formación que propicien el bienestar de los universitarios como tú. Recuerda que con tu participación encontramos mejores formas de apoyar a los estudiantes en su sano desarrollo.

Si deseas participar y das tu consentimiento para participar en este curso y estudio bajo las condiciones arriba señaladas manifiéstalo completando lo siguiente

Apéndice C. Muestra del manual facilitador IBM de Palouse

INTRODUCCIÓN

El presente manual es el desarrollo de un protocolo de intervención informado en el programa MBSR desarrollado por Jon Kabat-Zinn y el programa online Palouse desarrollado por Dave Potter (que puede consultarse en <https://palousemindfulness.com/es/>). El protocolo se ha diseñado con fines de investigación, para implementar y evaluar su eficacia como intervención basada en Atención Plena en población adolescente y joven hidrocálida escolarizada que se encuentra en la transición de los estudios de bachillerato a los universitarios (5to semestre de bachillerato y 1er año de estudios universitarios) y que presentan algunos indicadores de sintomatología ansiosa, depresiva, desesperanza, desregulación emocional, consumo de sustancias, pero sin riesgo inminente de suicidio.

El protocolo está pensado para su implementación con grupos no mayores a 15 estudiantes, y la modalidad de aplicación puede variar por la contingencia sanitaria, es decir, que puede desarrollarse de manera presencial, online o híbrida.

Con base en las fuentes consultadas, el protocolo que se presenta cuenta con 9 sesiones de trabajo, en las cuales se podrá encontrar los objetivos de cada una de las sesiones, instrucciones para los facilitadores y diálogos o contenido a expresar en cada una de las sesiones, además puede encontrar material de trabajo para los participantes; ejercicios prácticos a implementar y sus respectivos espacios de indagación, plenaria y retroalimentación. Asimismo, encontrará indicaciones sobre las actividades semanales que dejarán de práctica, y la propuesta sobre el cierre de las sesiones.

Las sesiones se consideran de una duración de 2 a 2.5 horas, las prácticas semanales (tareas) se consideran con una duración de 15 a 30 minutos.

El uso del presente manual requiere la capacitación sobre el protocolo y la práctica constante y previa de los facilitadores.

Apéndice D. Muestra de Hojas de trabajo para los participantes en IBM

HOJA 5

Calendario de eventos placenteros

En el siguiente apartado escribe las experiencias agradables a las que prestaste atención esta semana y las sensaciones que trajo a tu cuerpo, emociones y pensamientos que acompañaron a este evento.

Nombre: _____ Fecha: _____

CALENDARIO DE EVENTOS PLACENTEROS			
¿Cuál fue la situación?	¿Cómo se sintió tu cuerpo, detalladamente, durante esta experiencia?	¿Qué estados de ánimo, emociones y pensamientos acompañaron a este evento?	¿Qué pensamientos, sensaciones y emociones tienes AHORA mientras escribes este registro?
<p><i>EJEMPLO:</i> Estaba yendo rumbo a la escuela, en el camino observe el cielo nublado</p>	<p>Se dibujó una sonrisa en mi rostro, y se soltó la tensión de mis hombros.</p>	<p>Alegría y agradecimiento "qué bello día" "sólo hay un día para vivir" "es agradable salir y poder ver el cielo nublado"</p>	<p>Me alegro de haberlo notado u disfrutar ese momento. Se dibuja una sonrisa en mi rostro y me siento nuevamente agradecida.</p>

(Adaptado de Paloutz, s.f.)



<p>S</p>	<p>Stop, detente. Inspecciona tu cabeza, cuerpo y emociones</p>	<p>¿Cuál es mi experiencia en este momento? PENSAMIENTOS SENTIMIENTOS SENSACIONES</p>
<p>T</p>	<p>Toma un respiro</p>	<p>Dirigiendo tu atención a la respiración, amablemente, y nota como una respiración sigue a la otra.</p>
<p>O</p>	<p>Observa y expande tu consciencia.</p>	<p>Nota tu cuerpo como un todo, tu postura, tu expresión facial, y expande tu atención a lo que está pasando a tu alrededor, olores, sonidos, etc.</p>
<p>P</p>	<p>Procede a nuevas posibilidades</p>	<p>Continua Percibe las cosas como son en este momento, con curiosidad, abierto, dispuesto.</p>

(Adaptado de Palouse, s.f.)

Apéndice E. Auto-registros



REGISTRO SEMANAL



A continuación se presentan una serie de experiencias, califica del 0 al 10 (0=nada y 10= el máximo) como te experimentaste en los siguientes aspectos durante cada día

ID:
Nombre:
Fecha:

	Ju	Vi	Sa	Do	Lu	Ma	Mie
Bienestar							
Estrés							
Miedo							
Enojo							
Alegría							
Tristeza							
Impulsividad							

Odio a mi mismo(a)							
Satisfacción con mis relaciones sociales							
Satisfacción con mis relaciones familiares							
Manejo efectivo de emociones perturbadoras							
Solución efectiva de problemas cotidianos							
Capacidad para estar en el presente							
Dificultad para manejar crisis emocionales							
Deseo incontrolable de hacerte daño							
Deseo incontrolable de morir							
Deseo incontrolable de consumir drogas							
Deseo de dejar de asistir al curso							
Creer que puedo regular mis emociones							
Creer que puedo regular mis acciones							
Creer que puedo regular mis pensamientos							

A continuación cuéntanos tu experiencia con las prácticas semanales y califica del 0 al

10 (0=nada y 10= el máximo) donde corresponda.

Habilidades practicadas en la semana							
	Ju	Vi	Sa	Do	Lu	Ma	Mie
Facilidad para implementarlas							
Resultados positivos tras implementarlas							
Qué pensamientos, emociones y sensaciones emergieron durante la práctica							
Cómo te sentiste luego de practicar							

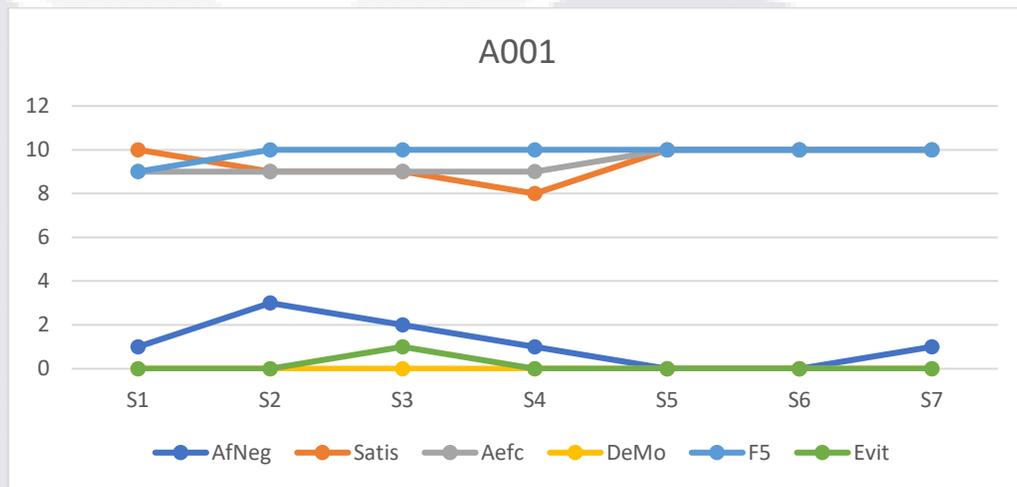
Nota. Para los participantes de IBM en la última sección, respectiva a la práctica, se pregunta por la practica formal realizada, en lugar de la habilidad practicada, se preguntó por el tiempo dedicado a la práctica formal diaria y los resultados positivos tras practicar.

Apéndice F. Trayectorias individuales

En el presente apartado podrán visualizarse las trayectorias de los factores de afecto negativo, satisfacción, autoeficacia, deseo de morir, evitación y semanas de intervención posteriores al pretratamiento o de orientación (sesión 1).

Figura F1

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A001



Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

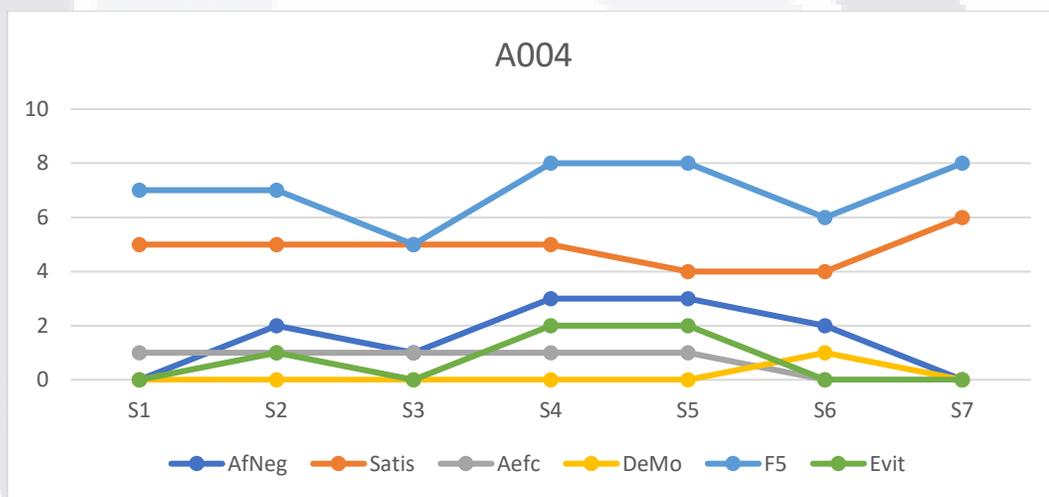
A001 presentó en el tamizaje inicial riesgo de salud mental y de consumo de sustancias. Durante la intervención los factores negativos se mantuvieron en niveles bajos o nulos y fueron decremantando, es decir, el afecto negativo presentó un incremento en la s2 y posteriormente fue disminuyendo, hasta no presentarse en las s5 y s6. La evitación se presentó en las s3 únicamente. No hubo deseo de morir y/o autolesión. Los factores positivos, se mantuvieron elevados e incrementaron principalmente. La satisfacción se mantuvo elevada con algunos decrementos en las semanas iniciales e intermedias (s2, 3, y 4) sin embargo, vuelve a sus valores máximos en el resto de las sesiones finales. La autoeficacia incremento ligeramente a partir de la s5 a su máximo puntaje y el factor 5 incremento ligeramente desde la s2 y se mantuvo en su máximo nivel. Fue evidente que tras la implementación de la sesión “manejo de emociones difíciles” (s5) se obtuvieron

mejores resultados en la disminución del afecto negativo, evitación e incrementos en la satisfacción y autoeficacia.

Es decir que para esta participante la intervención fue útil para incrementar niveles de autoeficacia y disminución de afectos negativos y evitación.

Figura F2

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A004



Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

A004 presentó en el tamizaje inicial historial de intentos de suicidio y/o autolesión alguna vez en la vida, riesgo en salud mental y riesgo de consumo.

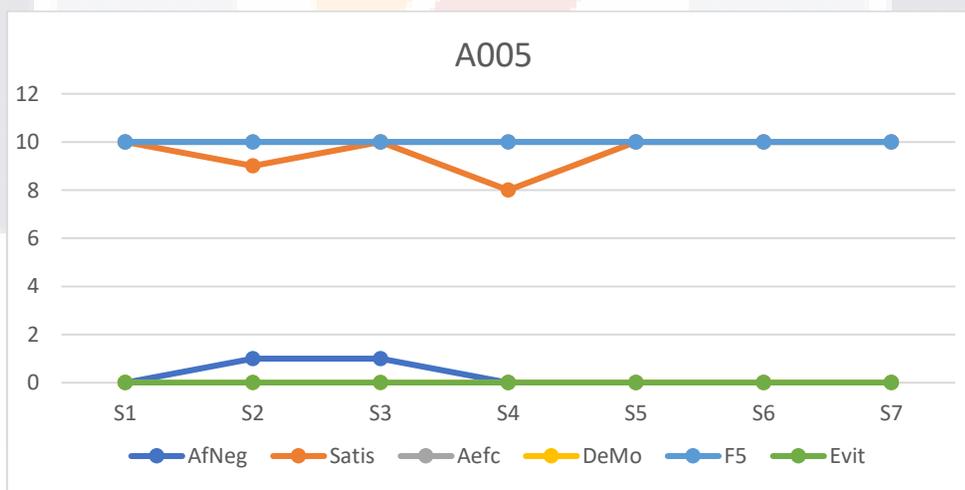
A lo largo de la intervención el afecto negativo se mantuvo en grados bajos (de 0 a 3) y tendió a incrementar a lo largo de las sesiones, específicamente, las puntuaciones más elevadas se presentaron en las semanas intermedias (s4 y s5) posteriormente volvió a descender, en la última semana fue nulo. La evitación se mantuvo en niveles bajos y nulos, sin embargo, en las semanas intermedias mencionadas (s5 y s6) y no se presentó en la s1, s3, s6 y s7. Sólo se registró deseo de morir y/o autolesión en la s6 con un grado bajo (1). La

satisfacción se mantuvo intermedia, pero disminuyó en la s5 y s6 e incrementó incluso por encima de los niveles iniciales en la posterior a la sesión 8 (sesión a la cual no acudió). La autoeficacia se mantuvo en puntajes bajos e incluso no se identificó autoeficacia en las últimas dos semanas (s6 y s7). El factor 5 osciló en dos disminuciones y tres incrementos a lo largo de la sesión.

Es decir que, considerando una historia de tentativa suicida, y la serie de factores de riesgo reportados en el tamizaje inicial en la participante, a pesar del incremento de factores negativos como el afecto negativo y la evitación al mantenerse bajos durante la intervención y sólo presentarse el deseo de morir y/o autolesionarse principalmente en sólo una semana se consideró que la intervención facilitó la prevención de riesgos psicosociales. Sin embargo, si se requeriría fortalecer a la participante en la autoeficacia dado que ésta no se pudo incrementar o fortalecer durante la intervención, según lo apuntan los gráficos.

Figura F3

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A005



Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

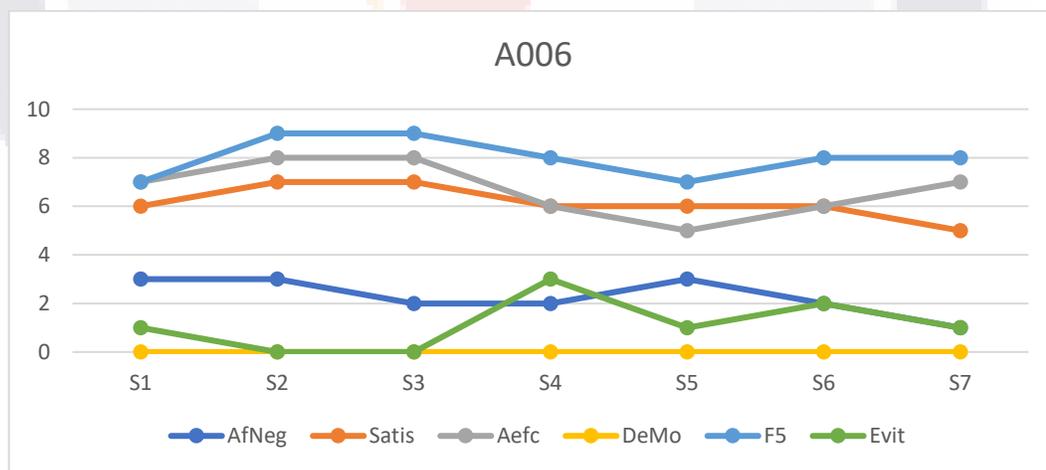
A005 presentó en el tamizaje inicial historia de tentativa suicida o autolesión, riesgo en la salud mental, depresión, desesperanza, dificultad en la atención, claridad, y regulación emocional, percepción de no pertenencia y apego inseguro.

Durante la intervención, el afecto negativo sólo se presentó en las semanas iniciales (s2 y s3) con puntuaciones muy bajas (1), no se encontró evitación ni deseo de morir y/o autolesionarse a lo largo de las sesiones. La satisfacción se mantuvo en el máximo nivel la mayor parte de la intervención, a excepción de las s2 y s4 que disminuyó a 9 y 8 respectivamente. La autoeficacia se mantuvo a lo máximo, igualmente el factor 5.

Es decir que considerando una historia de tentativa suicida, y la serie de factores de riesgo reportados en el tamizaje inicial, los bajos y nulos niveles en los factores negativos y los elevados niveles que se mantienen durante la intervención de factores positivos se considera que la intervención favoreció la prevención de riesgos psicosociales en el participante.

Figura F4

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A006



Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

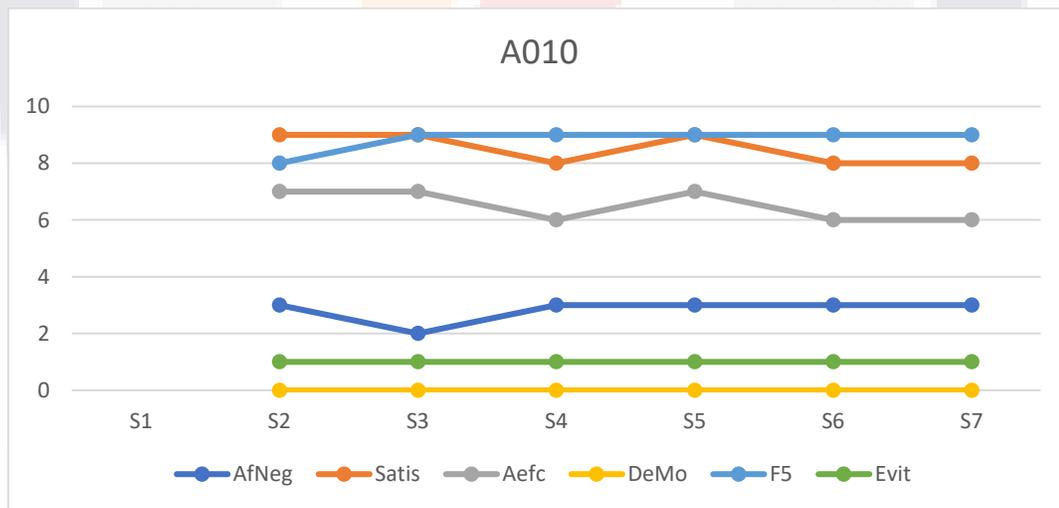
A006 presentó en el tamizaje inicial riesgo en la salud mental y dificultad en la atención emocional.

Durante la intervención los factores negativos se mantuvieron en niveles bajos. El afecto negativo se mantuvo en niveles bajos, y tendió a disminuir a lo largo de las sesiones. La evitación, aunque con niveles bajos, incrementó posterior a las sesiones intermedias (sesión 5 en adelante), específicamente en la s4 se identificó un incremento notorio (de 0 a 3). No se reportó deseo de morir y/o autolesión

La satisfacción se identificó inicialmente con un ligero incremento y posteriormente a partir de la sesión de “responder vs reaccionar” se mantuvo nuevamente en los niveles iniciales y decrementó tras la penúltima sesión (s7). La autoeficacia disminuyó las primeras sesiones y evidentemente posterior a la sesión “reaccionar vs responder”, después volvió a incrementar en la sesión de “comunicación”, sin embargo, no retomó su nivel inicial. El factor 5 incrementó las primeras sesiones y comenzó a disminuir a partir de la s4 pero volvió a incrementar posteriormente incluso por encima de los valores iniciales.

Figura F5

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A010



Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

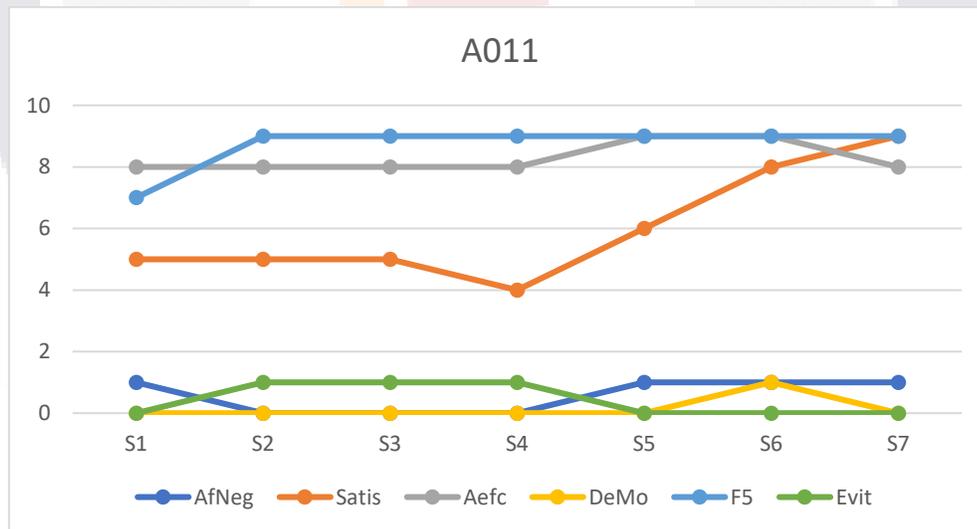
A010 presento en el tamizaje inicial historia de tentativa de suicidio y/o autolesión. Riesgo en la salud mental, dificultad en la atención y claridad emocional, capacidad

adquirida al suicidio, riesgo en el consumo de sustancias con consumo de marihuana, tabaco y alcohol.

Durante la intervención los factores negativos se mantuvieron en niveles bajos y nulos. El afecto negativo se mantuvo a lo largo de las sesiones con puntuaciones bajas (3), excepto en s2 donde disminuyó ligeramente. No la evitación se mantuvo con niveles muy bajos (1) y no se presentó deseo de morir y/o autolesión a lo largo del tratamiento. Respecto a los factores positivos se identifica una tendencia a mantenerse o incrementar. Es decir, que en el participante los niveles de los factores negativos se mantuvieron con la intervención sin incrementos. La autoeficacia presenta aumentos y disminución en concordancia con la satisfacción, pero los niveles de autoeficacia son más bajos. En ambas, predominantemente se observan que en las primeras semanas se mantienen elevadas y disminuyen en las últimas semanas (s6 ys7). En tanto que el factor 5 incremento y se mantuvo en el máximo nivel a lo largo de todo el tratamiento.

Figura F6

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A011



Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

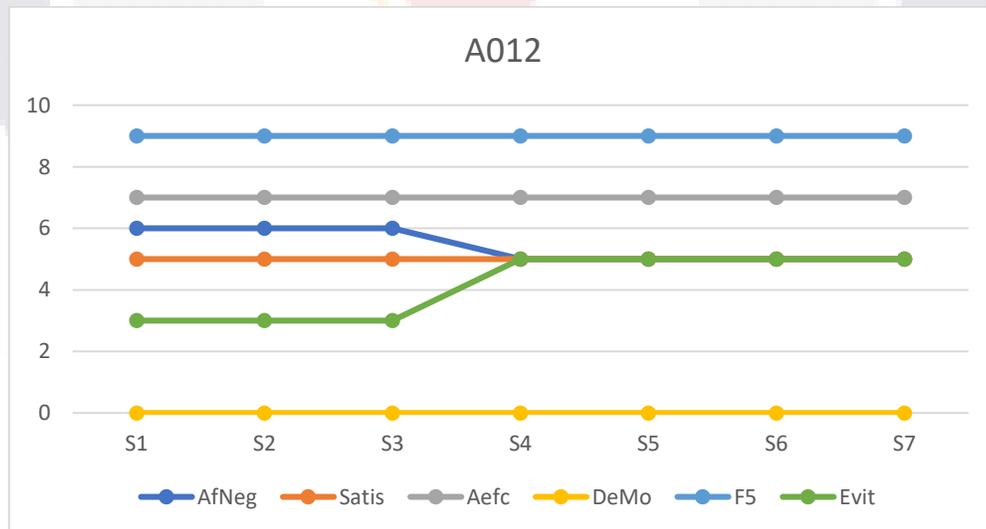
A011 presentó en el tamizaje inicial ningún factor de riesgo, perteneció al grupo 0.

Durante la intervención el afecto negativo se mantuvo muy bajo o nulo, la evitación igualmente se mantuvo muy baja y apareció el deseo de morir y/o autolesión muy bajo en la s6 únicamente. En las semanas iniciales e intermedias conforme hubo evitación no se presentó afecto negativo, posterior a la sesión del manejo de emociones difíciles se identifica un incremento muy bajo en el afecto negativo, la evitación desapareció, hablando posiblemente de una aceptación y consciencia de las emociones negativas.

La satisfacción después de una disminución incrementa de niveles medios bajos hasta el máximo grado posterior a la sesión del manejo de emociones difíciles (s5). La autoeficacia se mantuvo elevada e incrementó en el mismo periodo señalado en la satisfacción. El factor 5 incrementó a posterior a la s2 (después de la sesión de “atención elemental”) y se mantuvo en niveles elevados. Es decir, que durante la intervención hubo mejoras en la satisfacción, la autoeficacia y el factor 5.

Figura F7

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A012



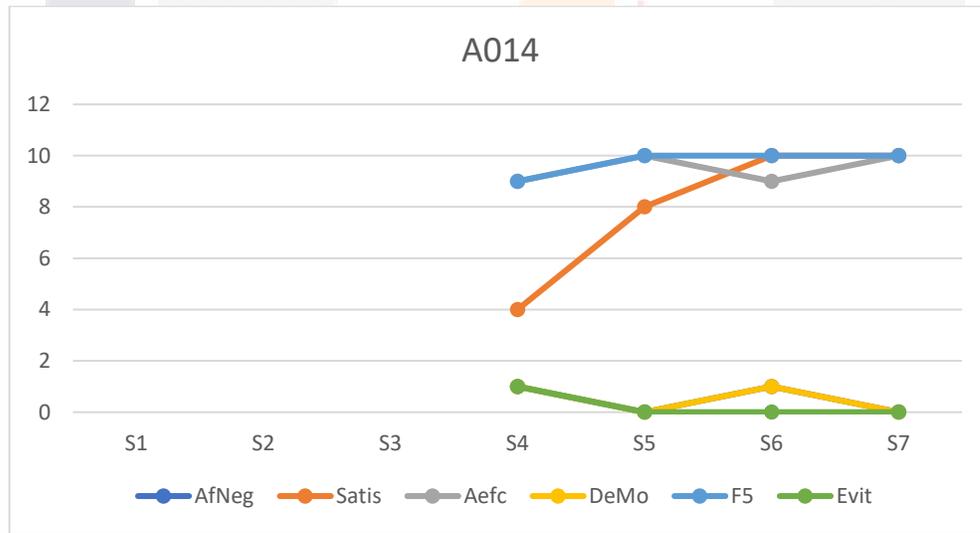
Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

A0012 presentó riesgos en la salud mental, desesperanza y apego inseguro.

Durante la intervención el afecto negativo se mantuvo en niveles medios a lo largo del tratamiento, con una ligera disminución a partir de s4 (después de la sesión “responder vs reaccionar”). La evitación incrementó en las semanas intermedias de niveles bajos a medios. No se presentó deseo de morir y/o autolesión. Los factores como autoeficacia, satisfacción y el factor 5 se mantuvieron estables, la satisfacción se mantuvo con niveles medios, la autoeficacia con niveles medio-alto (7) y el factor 5 se mantuvo elevado (9).

Figura F8

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A014



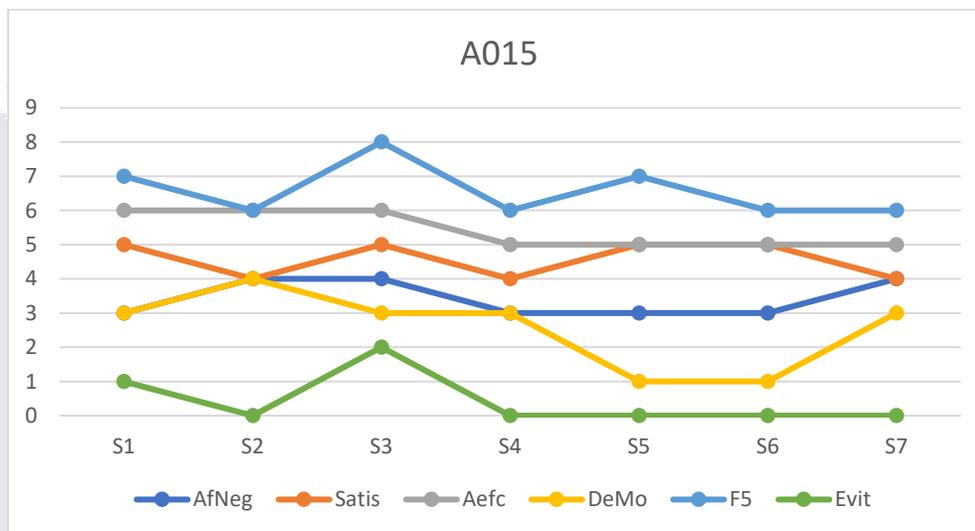
Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

No se contó con todos los registros de A014, sin embargo, se identificó que el afecto negativo se presentó en dos ocasiones con niveles muy bajos (1), la evitación sólo en una. Y el deseo de morir apareció en una vez en las semanas registradas con niveles muy bajos (1 en la s6). La satisfacción tendió a incrementar, la autoeficacia se mantuvo en las

sesiones intermedias y finales en sus máximos niveles, y el factor 5 incremento ligeramente.

Figura F9

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A015



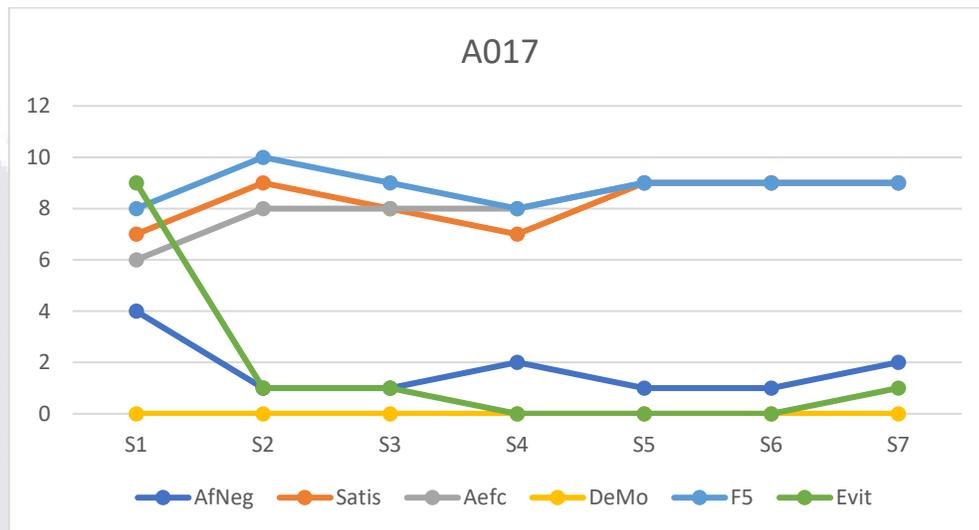
Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

A015 presentó en el tamizaje tentativa de suicidio y/o autolesión, riesgo en salud mental, dificultad en la atención emocional, percepción de no pertenencia y apego inseguro.

Durante la intervención el afecto negativo disminuyó, así como la evitación que dejó de presentarse en s2 y a partir de la s4. El deseo de morir y/o autolesionarse se mantuvo a lo largo de las sesiones, pero con algunas disminuciones posterior a la sesión de manejo de emociones difíciles, aunque volvió a su nivel inicial posterior a la penúltima sesión. La satisfacción principalmente se mantuvo en sus niveles iniciales medios y presenta algunos ligeros decrementos (s2 y s4). Autoeficacia presentó niveles medios y al paso de las sesiones disminuyó ligeramente (s4), el factor 5 tendió a mantenerse y disminuir ligeramente en algunas semanas.

Figura F10

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A017



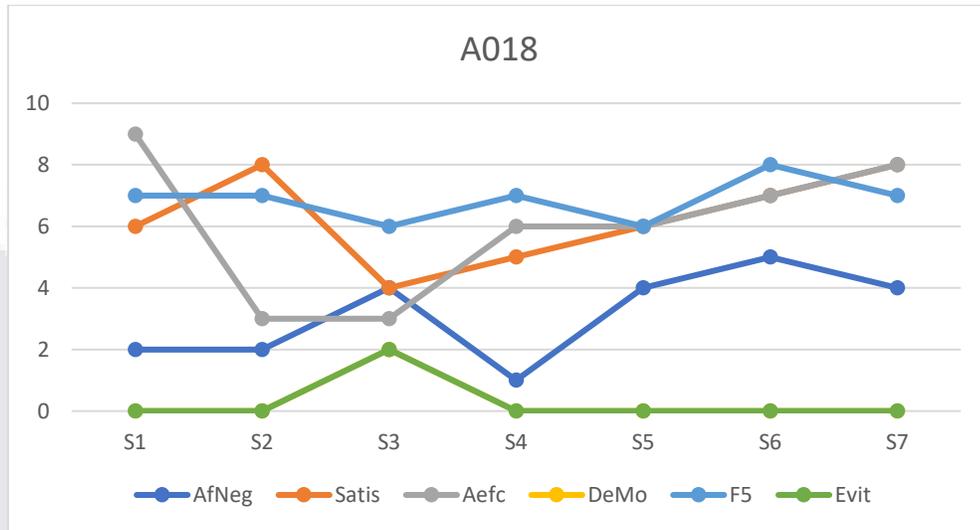
Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

A017 presentó en el tamizaje historial de tentativa suicida y/o autolesión, dificultad en la claridad emocional, riesgo de consumo, reportó consumo de alcohol, marihuana. Y apego inseguro.

Durante la intervención el afecto negativo inicialmente se reportó en niveles medios, disminuyó a partir de la s2 a niveles muy bajos y bajos (1 y 2). La evitación disminuyó de niveles elevados a niveles muy bajos a partir de la s2, incluso en las sesiones intermedias y finales ya no se reportó. No se presentó deseo de morir y/o autolesión. La satisfacción principalmente se mantuvo en incremento y elevada. La autoeficacia incrementó de niveles medios a elevados y el factor 5 aumentó.

Figura F11

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A018



Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

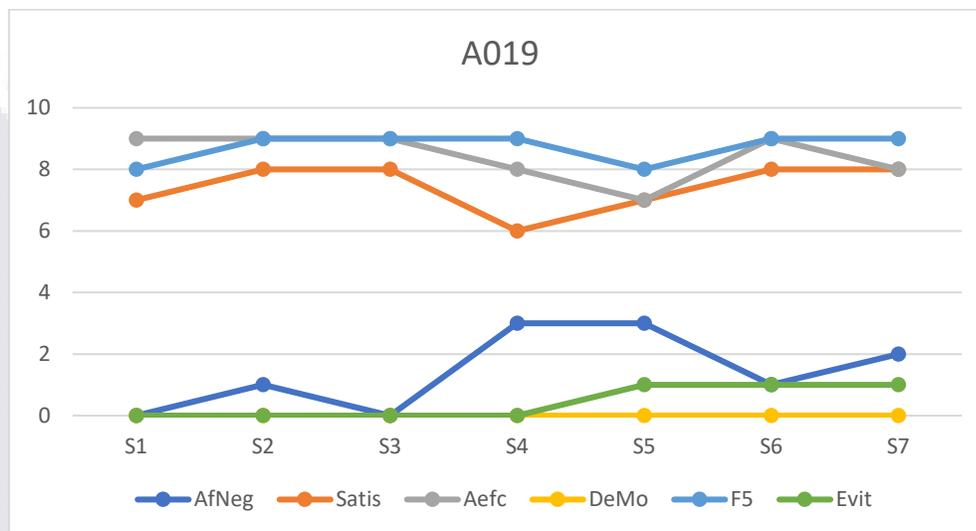
A018 en el tamizaje presentó riesgo en salud mental, percepción de no pertenencia, consumo frecuente de alcohol en el último mes.

Durante la intervención el afecto negativo incrementó de niveles bajos a medios, es de resaltar que tras la sesión de manejo de emociones difíciles se ve un decremento evidente en el afecto negativo, sin embargo, a partir de las siguientes sesiones la intensidad incrementó a niveles medios. La evitación y el deseo de morir y/o autolesión sólo se presentaron en una de las sesiones iniciales con un nivel bajo y posteriormente no se presentaron en esa misma semana la satisfacción disminuyó evidentemente de niveles altos a medios (8 a 4) y con el paso de las sesiones la satisfacción se fue recuperando en incremento a su nivel, superando incluso el nivel tras la primera sesión. La autoeficacia se vio gravemente disminuida a partir de la s2 de niveles altos a bajos, tras la implementación de la sesión de manejo de emociones difíciles incrementó de niveles bajos a medios y

tendió a aumentar en el resto de las sesiones. El factor 5, se mantuvo en niveles altos y tendió a incrementar, especialmente posterior a la sesión de comunicación no violenta.

Figura F12

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A019



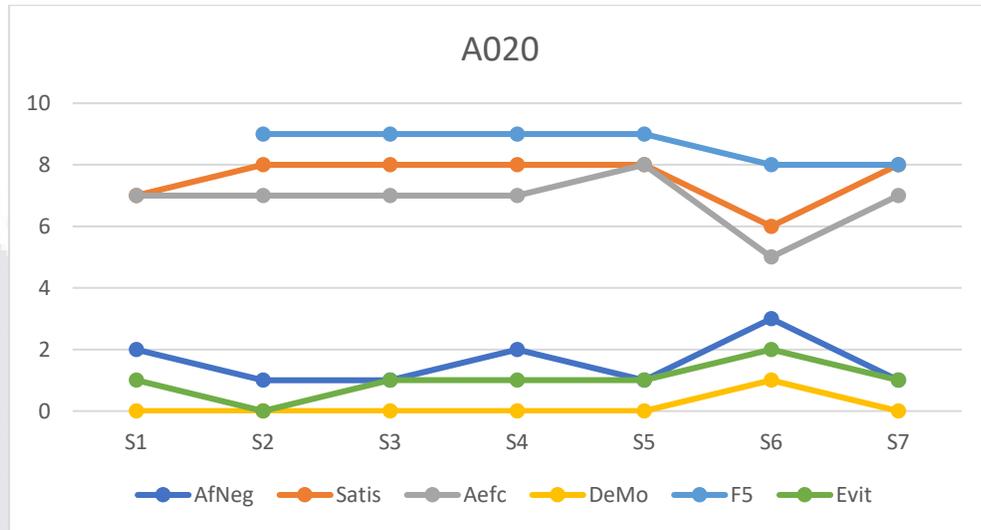
Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

En el tamizaje inicial A019 presentó riesgo en salud mental y apego inseguro.

Durante la intervención los factores negativos se mantuvieron entre nulos y bajos. La afectividad negativa incremento evidentemente a partir de la s4 (sesión responder vs reaccionar), se mantuvo una semana más y posteriormente disminuyó. La evitación apareció, aunque con puntajes muy bajos (1) en las sesiones intermedias y finales y no se presentó deseo de morir y/o autolesión. La satisfacción incremento ligeramente y tuvo un decremento en la s4. La autoeficacia se mantuvo en niveles altos, sin embargo, tras la sesión de manejo de emociones difíciles disminuyo evidentemente a diferencia de otras semanas, sin embargo, fue incrementando nuevamente. El factor 5 se mantuvo principalmente elevado y estático excepto con una ligera disminución en la s5.

Figura F13

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A020



Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

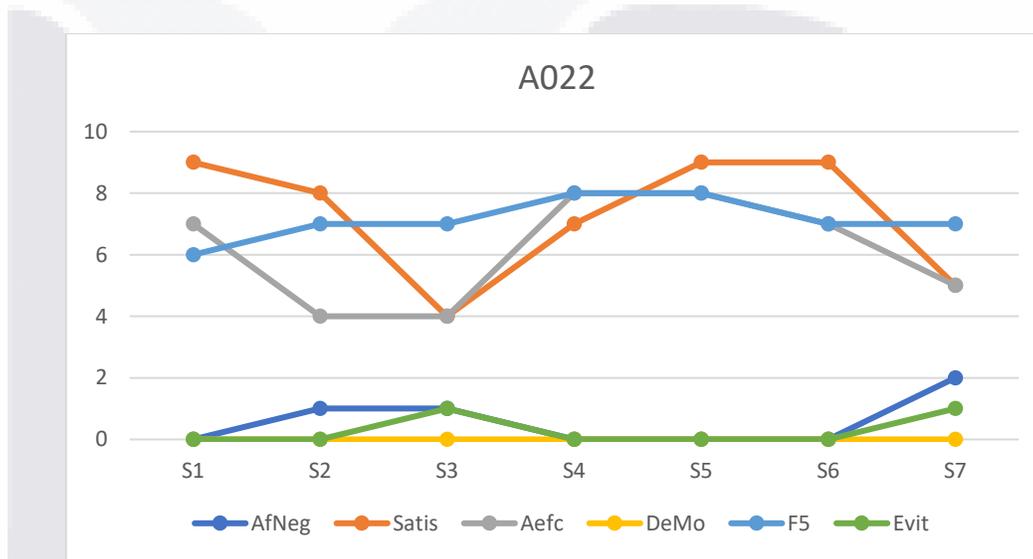
En el tamizaje inicial A020 presento factores de riesgo como riesgo en la salud mental, dificultades en la atención emocional, en la regulación emocional.

A lo largo de las sesiones el afecto negativo se mantuvo en valoraciones no mayores a 3 y principalmente disminuyó ligeramente de valoraciones de 2 a 1 excepto para la s6 en donde se observa un ligero incremento a diferencia del nivel inicial. La evitación se mantuvo principalmente en niveles bajos (1) con un ligero incremento sólo en la s6 y posteriormente vuelve a disminuir. No se presentó deseo de morir o autolesionarse excepto en la s6 con una intensidad baja (1). Los factores de valencia negativa o de riesgo, se presentaron con niveles bajos, no mayores a 3. La satisfacción incremento ligeramente en la s2 y se mantuvo elevada (de 7 a 8) y sólo presentó una disminución evidente para la s6 (de 8 a 6). La autoeficacia se mantuvo principalmente elevada, tuvo un ligero incremento para la s5 y un decremento evidente en la s6. El Factor 5 tiende a mantuvo con elevados puntajes y disminuyó en la última semana. Se identifica a partir de la s6 posterior a la

sesión de comunicación una afectación en la participante al incrementar sus factores negativos, incluso presentarse deseo de morir y/o autolesión, y disminución en los factores positivos como la satisfacción y la autoeficacia. Sin embargo, hubo una mejoría posteriormente.

Figura F14

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención IBM en A022.



Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

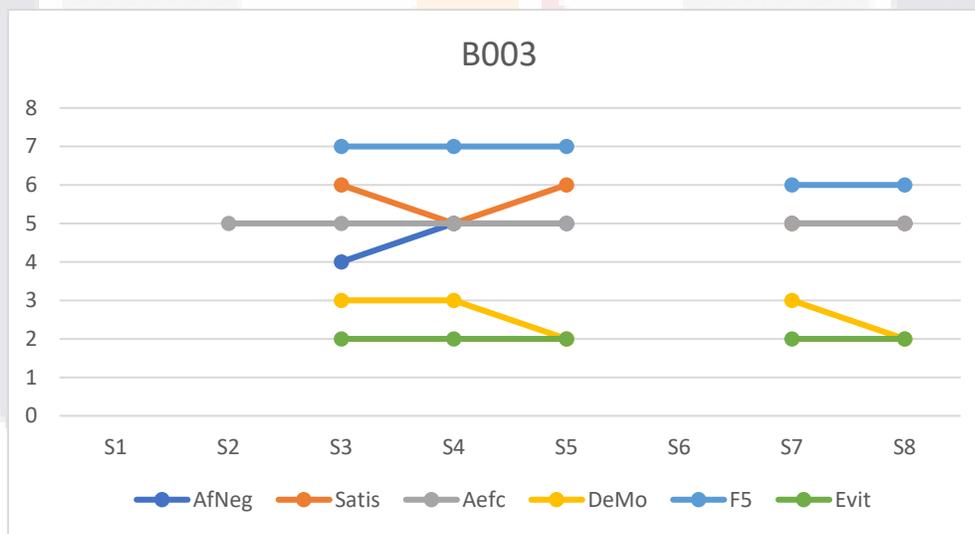
A022 en el tamizaje inicial presentó riesgo en la salud mental, en el consumo de sustancias principalmente de marihuana y tabaco, además de apego inseguro.

Durante la intervención los factores negativos (afecto negativo, deseo de morir y evitación) se mantuvieron con puntuaciones muy bajas (0 a 2) y tendientes a decrementar. El afecto negativo se mantuvo bajo y solo se presentó en la s2, 3 y en la penúltima semana. Y se observó relación entre el incremento del afecto negativo y la disminución de la satisfacción. La evitación sólo en dos semanas (s3 y s7) con puntuaciones muy bajas (1). En tanto que no se presentó deseo de morir ni autolesión a lo largo del tratamiento.

Los factores de protección se mantuvieron oscilando en puntuaciones altas en la mayoría del tratamiento, sin embargo, para las s2, s3 tienen un decremento evidente. La satisfacción tendió a disminuir de 9 (que fue la puntuación inicial) a 4 para la s3, posteriormente volvió a ir incrementando hasta recuperar la puntuación inicial. mantenerse y decrementar nuevamente, sin embargo, el último decremento fue ligeramente menor al presentado en la s3. La autoeficacia oscilo en incrementos y decrementos evidentes a lo largo del tratamiento especialmente para la s3 se observó una disminución de 3 puntos. En tanto que el Factor 5 tendió a mantenerse con elevados puntajes entre 8 y 7 a lo largo de la intervención.

Figura F15

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B003



Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

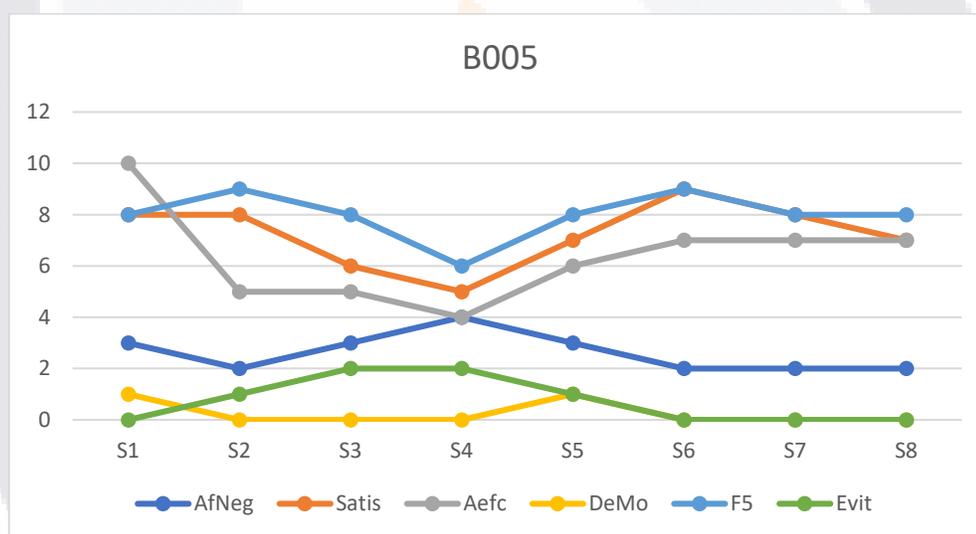
B003 presentó en el tamizaje inicial historia de intento o autolesión con riesgo en la salud mental y consumo de sustancias.

Durante la intervención no presentó todos sus registros lo que hizo difícil determinar el movimiento de los factores, sin embargo, se identificó una tendencia de éstos

a mantenerse. El afecto negativo se mantuvo en niveles medios a lo largo de las sesiones con valoraciones de 4 y 5. La evitación también tendió a mantenerse estable, en tanto que el deseo de morir o autolesionarse parece decrementó ligeramente en la s5 y s8. La satisfacción se mantuvo a lo largo de las sesiones reportadas excepto en la s4 en la que ligeramente disminuyo. La autoeficacia se mantuvo con puntajes medios. El factor 5 disminuyo en las últimas semanas.

Figura F16

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B005



Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

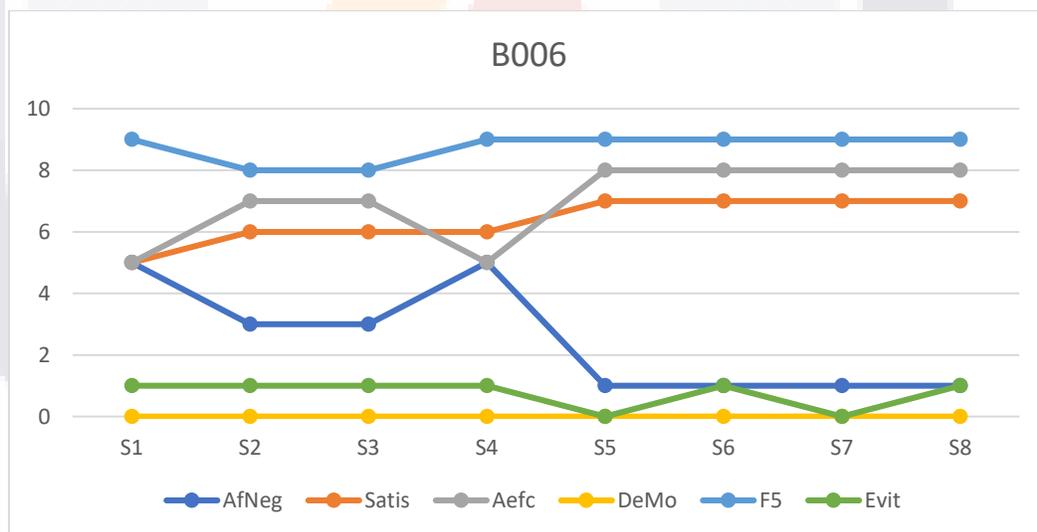
B005 presento en el tamizaje inicial riesgo en la salud mental, en el consumo de sustancias, y en la capacidad adquirida al suicidio.

Durante la intervención el afecto negativo incremento; se presentó en niveles bajos con tendencias a incrementar en las sesiones iniciales e intermedias, específicamente en la s4 tras la revisión de habilidades TIPP, posteriormente disminuyo gradualmente y se mantuvo bajo. Asimismo, la evitación tendió a incrementar en las s2, 3 y 4 y

posteriormente decrementó hasta no presentarse en las semanas finales. Se presentó deseo de morir y/o autolesionarse en dos semanas de la intervención, en la semana posterior a la sesión 1, y la sesión 5 correspondiente a aceptación de la realidad. La satisfacción disminuyó en las sesiones intermedias de niveles altos a medios, sin embargo, posterior a la sesión 5 de aceptación de la realidad tendió a incrementar alcanzando niveles altos y nuevamente disminuyó ligeramente. La autoeficacia disminuyó a lo largo de las primeras sesiones de intervención y posteriormente a partir de las s5 de aceptación de la realidad tendió a incrementar sin embargo no se recuperó el nivel inicial. El Factor 5 en las sesiones intermedias se observó tendiente a disminuir y volvió a incrementar para la s5.

Figura F17

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B006



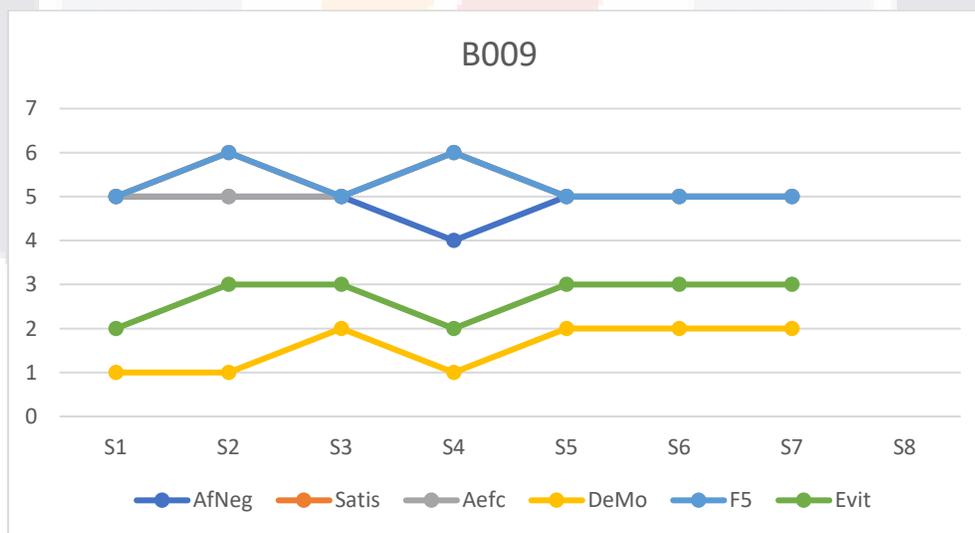
Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

B006 en el tamizaje inicial presentó riesgo en la salud mental, percepción de no pertenencia y apego inseguro.

Durante la intervención el afecto negativo comenzó con puntajes medios y fue decreciendo a lo largo del tratamiento como puede observarse en la Figura (21) oscilo de puntajes de 5 a 1, especialmente se notó una disminución evidente a partir de la s5 de aceptación de la realidad. La evitación se mantuvo muy baja con valoraciones de 1 y en dos de las sesiones una intermedia y una final se encontró nula. Cabe resaltar que no se presentó deseo de morir y/o autolesión a lo largo de la intervención. La percepción de satisfacción incrementó a lo largo del tratamiento de puntuaciones medias a moderadamente altas (de 5 a 7). Además de la autoeficacia, que también incrementó, de 5 a 8 a lo largo de las sesiones, a excepción de la s4 en donde se observó un decremento notorio de 7 a 5. En tanto que el Factor 5 disminuyó ligeramente en las s2 y s3 pero para la s4 incremento nuevamente llegando a la puntuación inicial y se mantuvo a lo largo del tratamiento.

Figura F18

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B009

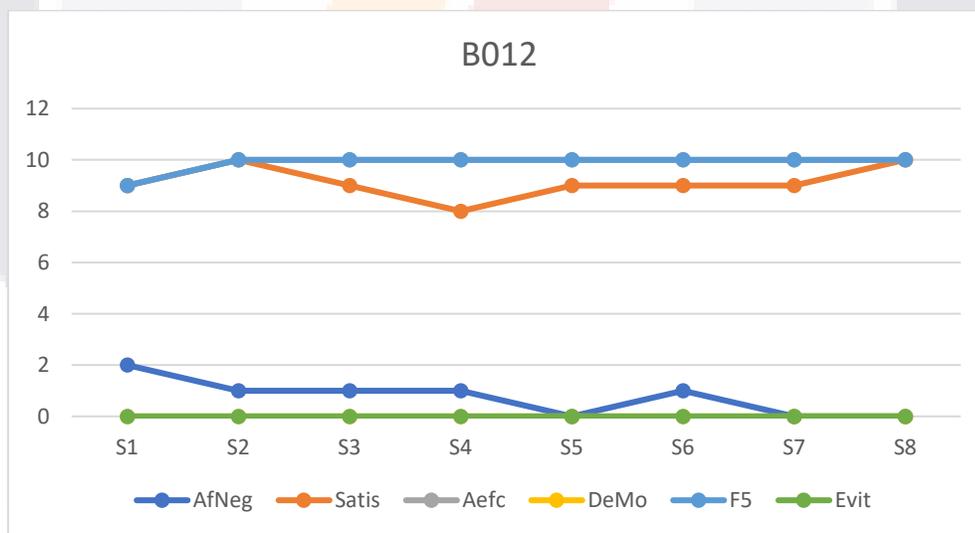


Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

B009 presentó en el tamizaje inicial riesgo en salud mental y riesgo de consumo. Durante la intervención el afecto negativo se mantuvo en niveles medios (5) a lo largo del tratamiento, sin embargo, disminuyó ligeramente tras la habilidad TIPP. La evitación se mantuvo en niveles bajos entre 2 y 3. El deseo de morir o/y autolesionarse incremento a lo largo de la intervención, aunque los niveles se mantuvieron bajos (1 y 2). Los factores positivos como la satisfacción y la autoeficacia se mantuvieron en niveles medios. La satisfacción principalmente se mantuvo oscilante entre niveles medios de 5 y 6. La autoeficacia incremento ligeramente a partir de la s4 y volvió a sus niveles el resto de la intervención (5). El factor 5 oscilo, pero se mantuvo en puntuaciones medias (5 y 6). Nótese que al disminuir la satisfacción incrementa el deseo de morir.

Figura F19

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B012



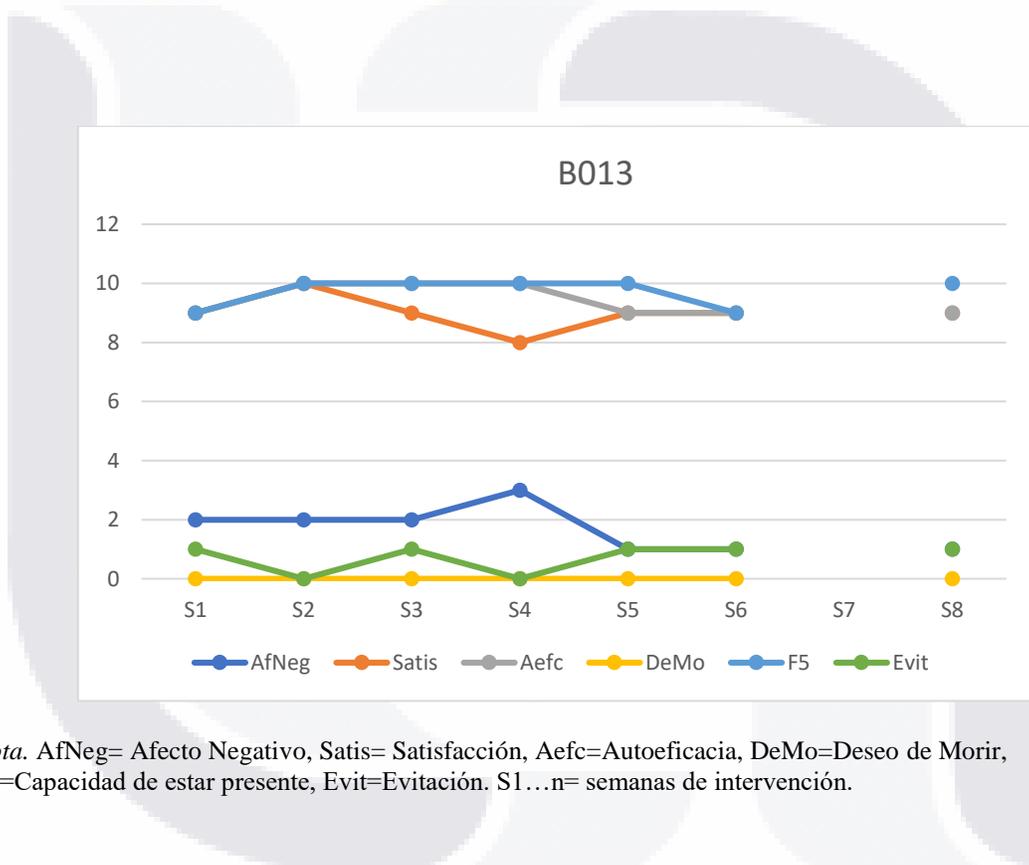
Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

En el tamizaje inicial B012 presento riesgo por consumo y apego inseguro. A lo largo de las semanas de intervención el afecto negativo disminuyo, no se presentó

evitación, ni deseos de morir y/o autolesionarse. La satisfacción se mantuvo oscilante en niveles altos (8 a 10). La autoeficacia en la s1 se presentó alta e incremento a partir de la s2 tras la sesión de atención plena habilidades qué y cómo, y se mantuvo en el resto de la intervención.

Figura F20

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B013



Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

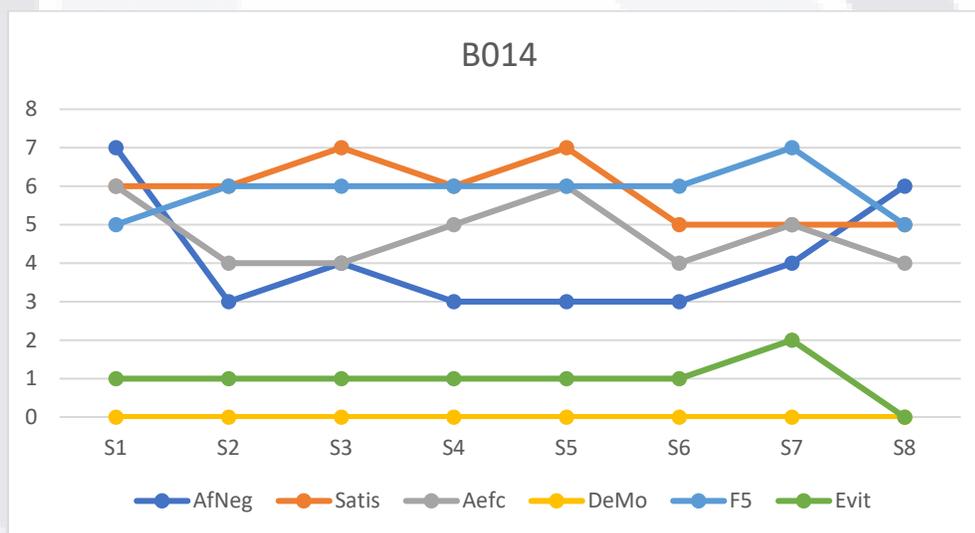
B013 presentó en el tamizaje inicial riesgo de salud mental, de consumo por alcohol y apego inseguro.

A lo largo de la intervención el afecto negativo se mantuvo en puntuaciones bajas, tuvo un ligero incremento para s4, tras la revisión de habilidades TIPP; posteriormente decremento y se mantuvo en puntuaciones muy bajas (1). La evitación se presentó en algunas semanas de la intervención con puntajes muy bajos (1), sin embargo, para las

últimas sesiones a partir de la s5 se mantuvo en 1, al igual que el afecto negativo. No se presentó deseo de morir y/o autolesión. La satisfacción incremento en la s2 tras la revisión de habilidades de atención plena qué y cómo, y disminuyo tras la revisión de habilidades TIPP. Sin embargo, se mantuvo en puntuaciones altas en un rango de 10 a 8. La autoeficacia se mantuvo alta y en las primeras sesiones incremento de 8 a 10, tuvo un ligero decremento a partir de la s5 y se mantuvo en niveles altos de 9, igual que el nivel inicial. El Factor 5 se mantuvo en los máximos niveles oscilando entre 10 y 9.

Figura F21

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B014



Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

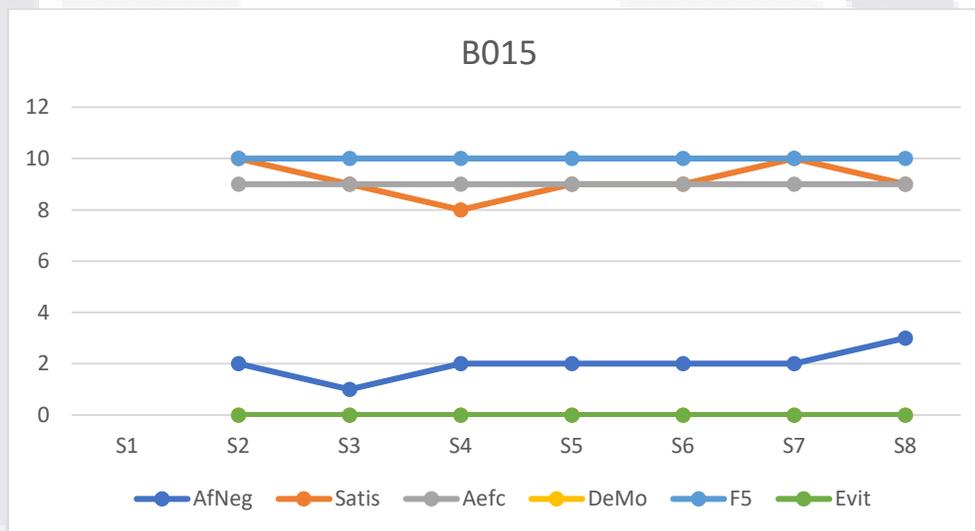
B014 en el tamizaje inicial presentó riesgo en la salud mental, depresión, ansiedad, desesperanza, dificultad en la atención emocional, percepción de no pertenencia y apego inseguro.

Durante la intervención el afecto negativo tuvo una disminución relevante de niveles altos a medios y bajos a partir de la s2 donde se registró un decremento de 7 a 3, y las puntuaciones se mantuvieron por debajo del puntaje inicial de la s1, sin embargo, se

nota un incremento a partir de las sesiones de regulación emocional (s7 y s8). A su vez la evitación se mantuvo estable y muy baja (1) con un ligero incremento en la s7 y un decremento a nulo en la s8. No se presentó deseo de morir y/o autolesionarse. La satisfacción incrementó en dos semanas y tuvo un decremento que se mantuvo a lo largo de las últimas tres semanas de la intervención. La autoeficacia se mantuvo en niveles medios y bajos (de un rango de 6 a 4). El Factor 5 se mantuvo en un nivel medio a lo largo de las sesiones con un ligero a un incremento en la s7 y disminución a la s8.

Figura F22

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B015



Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

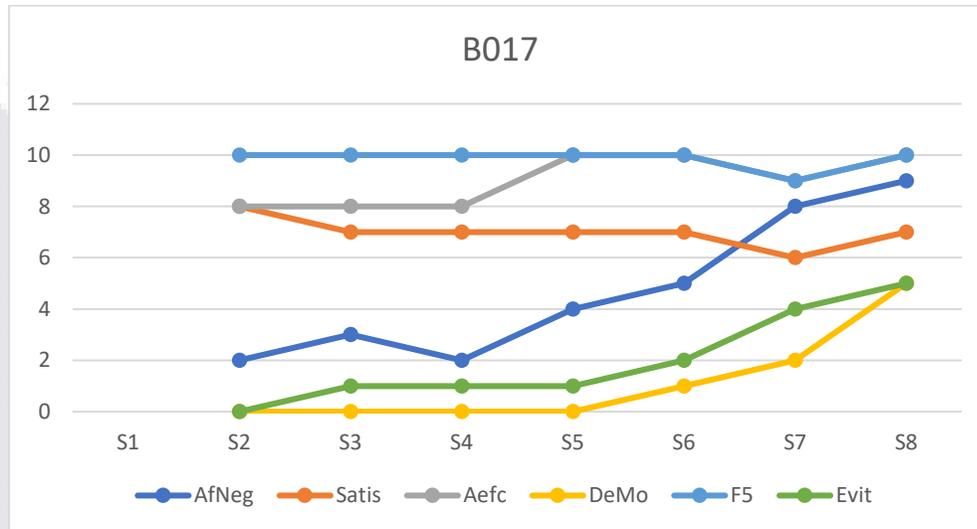
B015 presentó en el tamizaje inicial riesgo en salud mental y percepción de no pertenencia.

En el transcurso de la intervención el afecto negativo se mantuvo en niveles bajos y constantes, específicamente en s3 y s8 disminuyó e incremento respectivamente. No se presentó evitación ni deseo de morir y/o autolesión. La satisfacción se mostró oscilante entre los niveles máximos (10 a 8) tendió a disminuir en las sesiones iniciales y

posteriormente volvió a incrementar. La autoeficacia se mantuvo elevada y estable, asimismo el factor 5.

Figura F23

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B017



Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

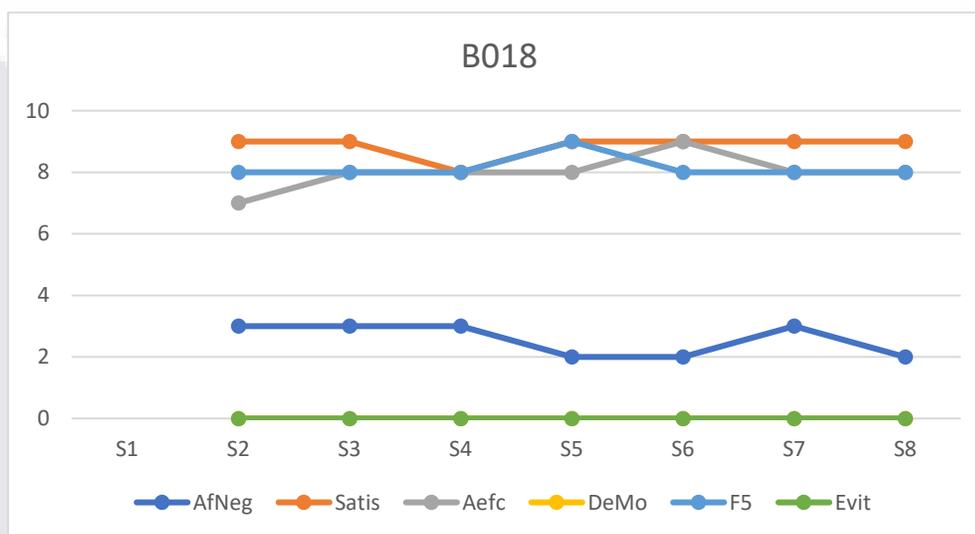
B017 en el tamizaje inicial presentó riesgo por consumo de sustancias y dificultad en la atención emocional.

A lo largo de la intervención el afecto negativo, la evitación y el deseo de morir y/o autolesionarse incrementó. Específicamente el afecto negativo partió de niveles bajos a elevados. Los factores anteriormente señalados incrementan a partir de la s5 (aceptación de la realidad). Es de señalar que la evitación incrementó más que el deseo de morir y fue en incremento a partir de la s6 (tras la revisión de pros y contras). La satisfacción inició en puntuaciones elevadas (8) y se mantuvo la mayor parte del tiempo en niveles de 7 con una ligera disminución en una de las sesiones finales (s7: anticipa, revisión de hechos...) mientras que la autoeficacia se incrementó a partir de la s5. Y el factor 5 se mantuvo en las

puntuaciones más altas excepto en la s7 cuando disminuyo ligeramente. Por lo que en este participante la intervención parece no haber ayudado a regular los riesgos, sino que se vieron incrementados, aunque facilitó a la percepción de autoeficacia.

Figura F24

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B018



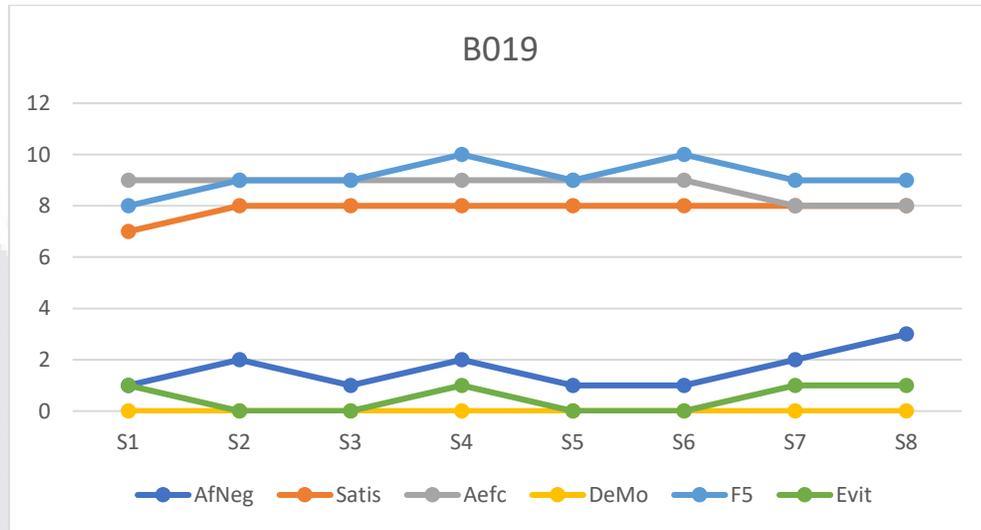
Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

B018 presentó en el tamizaje inicial capacidad adquirida al suicidio y apego inseguro.

A lo largo de las sesiones el afecto negativo se mantuvo en niveles bajos y estable y a partir de la s5 decrementó ligeramente. La evitación y el deseo de morir o autolesionarse no se presentaron. La satisfacción se mantuvo elevada y constante en la mayoría de las sesiones, excepto en la s4 donde decremento ligeramente. La autoeficacia incremento a partir de la s3 y el Factor 5 se mantuvo en puntuaciones elevadas, con un ligero incremento en la s5 (tras revisar aceptación de la realidad). Es decir, que la intervención tuvo efectos favorables en el incremento de la autoeficacia, y evito el incremento o aparición de los factores de riesgo como evitación y deseo de morir.

Figura F25

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B019



Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

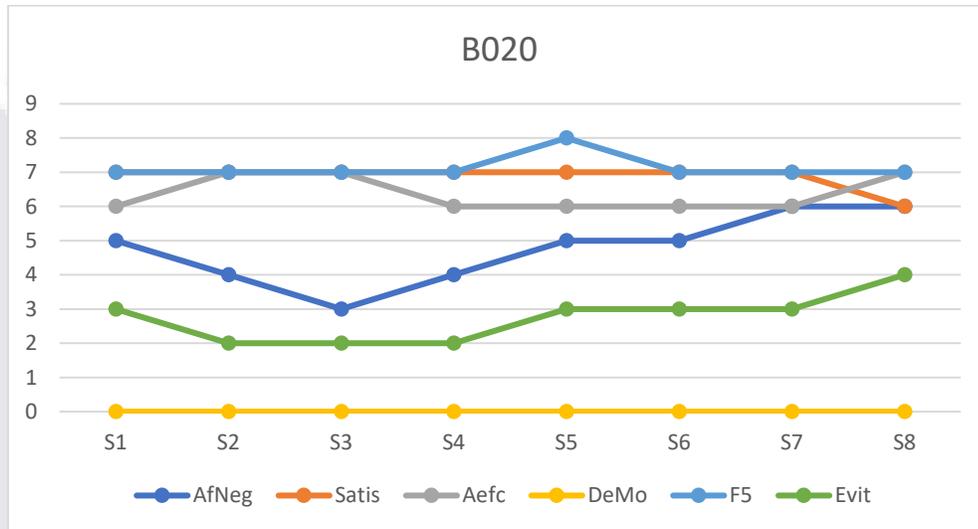
B019 presentó en el tamizaje inicial historia de intento o autolesión, riesgo en la salud mental y apego inseguro.

Y a lo largo de la intervención el afecto negativo se mantuvo oscilante en incrementos y decrementos ligeros, con puntuaciones bajas en un rango de 1 a 2, principalmente, con un incremento ligero posterior a la sesión “anticípate, revisión de hechos y solución de problemas”. La evitación se presentó en algunas semanas al inicio, a la mitad y en las últimas sesiones, mientras que el deseo de morir y/o autolesionarse no se presentó. La satisfacción se mantuvo en puntajes elevados, la mayor parte de la intervención a partir de la s2 (tras la implementación de “habilidades qué y cómo”), la autoeficacia se mantuvo elevada y tuvo un ligero decremento en las últimas dos semanas. El factor 5 se mantuvo como uno de los factores más elevados y tendiente e incremento en dos sesiones ligeramente. Es decir, que la intervención tuvo efectos favorables en el incremento de la satisfacción, la autoeficacia (aunque posiblemente en las últimas

habilidades hayan sido más difíciles de adquirir y/o el afecto negativo haya sido mayor) y evito el incremento o aparición de deseo de morir.

Figura F26

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B020



Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

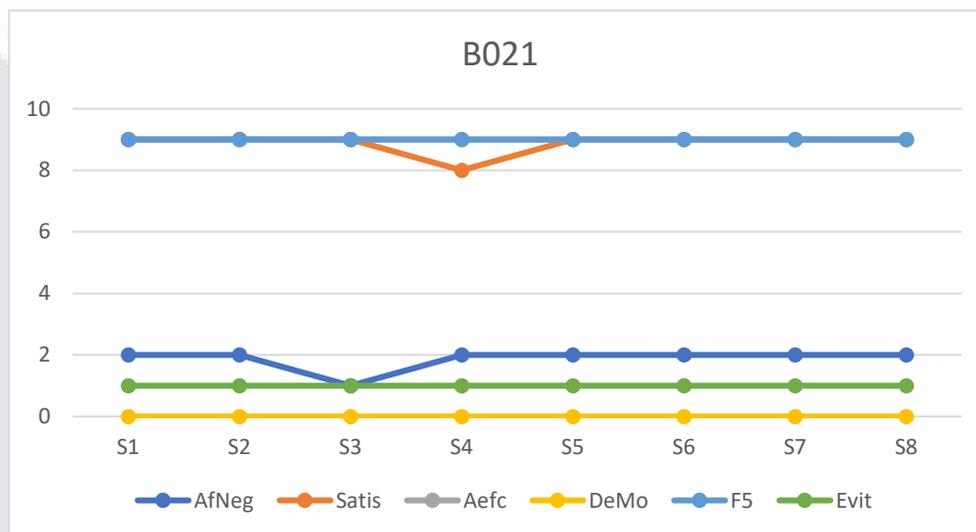
B020 en el tamizaje inicial presentó apego inseguro, riesgo en salud mental y riesgo en consumo.

Durante la intervención tuvo decrementos e incrementos en el afecto negativo, el cual tendió a disminuir en las primeras sesiones de niveles medios a bajos, sin embargo, en las últimas sesiones tendió a incrementar a niveles medios (6). La evitación se mantuvo baja en las semanas iniciales, e incrementó a partir de la s5, en la penúltima semana incrementa más allá del grado inicial (de 3 a 4), sin embargo, se mantuvo en niveles bajos. No se presenta deseo de morir y/o autolesión. La satisfacción se mantiene constante en puntajes elevados (7), empero para la última semana ésta decremента ligeramente a niveles medios. El factor 5 tendió a mantenerse en nivel 7 con un ligero incremento en s5. Es decir

que la intervención a principio disminuyo factores de riesgo e incrementó la autoeficacia, sin embargo, para la mitad, los factores como afecto negativo y evitación, aunque en niveles bajos, incrementaron.

Figura F27

Trayectoria de factores a lo largo de la intervención DBT-A-MX en B021.



Nota. AfNeg= Afecto Negativo, Satis= Satisfacción, Aefc=Autoeficacia, DeMo=Deseo de Morir, F5=Capacidad de estar presente, Evit=Evitación. S1...n= semanas de intervención.

B021 presentó en el tamizaje inicial baja autoestima y dificultad en la atención emocional. Durante la intervención el afecto negativo se mantuvo en puntuaciones bajas, y tuvo un ligero decremento en la s3 (tras la implementación de la sesión “Mejorar”). La evitación se mantuvo en puntajes bajos sin oscilación alguna. No se presentó deseo de morir y/o autolesión. Mientras que la satisfacción se mantuvo en un grado elevado (9) la mayor parte de la intervención a excepción de una ligera disminución durante la s4 (8). La autoeficacia se mantuvo constante y elevada (9) al igual que el factor 5. Es decir, que durante la intervención los factores se mantuvieron estables y no se presentó deseos de morir y/o autolesión previendo riesgos.

Apéndice G. Cuestionario de satisfacción del curso

Nos interesa saber cómo mejorar el curso, para ello te pedimos contestar algunas preguntas. Nos interesa conocer tu verdadera opinión sea positiva o negativa. No hay respuestas correctas o incorrectas, tus respuestas se mantendrán confidenciales.

1. Nombre *

2. CLAVE *

1524-A1

1524-A2

1525-B1

1525-B2

SECCIÓN 1: EVALUACIÓN DEL CURSO

3. Las hojas de trabajo, presentaciones y otros materiales fueron... *

MALOS

REGULARES

BUENOS

MUY BUENO

4. En general, los temas que se abordaron en el curso fueron *

MALOS

REGULARES

BUENOS

MUY BUENOS

5. En general, la claridad con la que se impartieron los temas fue... *

- MALA
- REGULAR
- BUENA
- MUY BUENA

6. En general, el tiempo empleado para el curso fue... *

- INSUFICIENTE
- SUFICIENTE
- EXCESIVO

7. La facilitadora mostró dominio sobre los temas *

- POCO
- SUFICIENTE
- BUENO
- MUY BUENO

8. La facilitadora utilizó un lenguaje claro, adecuado y sencillo *

- CASI NUNCA
- ALGUNAS VECES
- LA MAYORÍA DE LAS VECES
- CASI SIEMPRE

9. Qué te pareció la supervisión de las actividades *

- MALA
- REGULAR
- BUENA
- MUY BUENA

SECCIÓN 2

10. El curso que has tomado, te ha ayudado a enfrentarte o vivir mejor los problemas *

- SÍ, ME AYUDO MUCHOSÍ,
- ME AYUDO ALGO
- NO, REALMENTE NO ME AYUDO
- NO, PARECÍA PONER LAS COSAS PEOR

11. Lo revisado en el curso, te ha permitido mejorar tu sentir, tus relaciones o tu comportamiento *

- SÍ, ME AYUDO MUCHO
- SÍ, ME AYUDO ALGO NO,
- RELAMENTE NO ME AYUDO
- NO, PARECÍA PONER LAS COSAS PEOR

12. Considerando la utilidad de los temas ¿seguirías poniendo en práctica lo
*revisado en el curso?

- SÍ, COMPLETAMENTE
- TAL VEZ
- NO, PARA NADA

13. ¿Cómo evaluarías la calidad del curso que has recibido? *

- EXCELENTE
- BUENA
- REGULAR
- MALA

14. En general ¿Qué tan satisfecho estás con el curso? *

- MUY SATISFECHO
- MODERADAMENTE SATISFECHO
- ALGO INSATISFECHO
- MUY INSATISFECHO

15. Recomendarías el curso a otros *

- NO, PARA NADA.
- TAL VEZ NO
- TAL VEZ SÍ
- SÍ, SEGURAMENTE

SECCIÓN 3

16. ¿Qué fue lo que menos te gustó del curso? *

17. ¿Qué fue lo que más te gustó del curso? *

18. Si has llegado al final de curso ¿Qué te motivo a mantenerte? *

19. Escribe alguna(s) sugerencia para mejorar el curso *

Apéndice H. Lista de Cotejo integridad IBM

INTEGRIDAD SESIONES IBM

Estimado(a) Experto(a) agradecemos el tiempo que se toma para ayudarnos a incrementar el conocimiento en la disciplina psicológica y los tratamientos basados en la evidencia.

A continuación, podrá revisar una serie de indicadores a revisar dentro de las sesiones asignadas, por favor apóyenos calificándolas con base en una escala del 0 al 10, donde, 0=nulo y 10= el máximo.

1. NOMBRE DEL EXPERTO(A)
 2. TIEMPO CON EXPERIENCIA EN IBM *
- MENOS DE 1 AÑO
 - 1 A 2 AÑOS
 - 3 A 5 AÑOS
 - MÁS DE 5 AÑOS
3. SESIÓN QUE EVALÚO *
- SESIÓN 1. ORIENTACIÓN
 - SESIÓN 2. ATENCIÓN ELEMENTAL
 - SESIÓN 3. ATENCIÓN PLENA Y VIDA
 - SESIÓN 4. MANEJO DE PENSAMIENTOS
 - SESIÓN 5. RESPONDER VS REACCIONAR
 - SESIÓN 6. TRATAR EMOCIONES DIFICILES
 - SESIÓN 7. COMUNICACIÓN NO VIOLENTA
 - SESIÓN 8. AUTOCOMPASIÓN



SESIÓN 9. DESARROLLO DE LA PRÁCTICA PERSONAL TRAS EL PROGRAMA

4. Dominio 1. El facilitador dirige la práctica e indaga en las experiencias de los participantes, mantiene un ritmo y una organización durante la implementación

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Dominio 2. El facilitador presenta habilidades relacionales como la autenticidad, *la conexión, la aceptación, la curiosidad y el respeto y parafrasea

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Dominio 3. El facilitador encarna Mindfulness mostrándose presente *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Dominio 3. El facilitador encarna Mindfulness mostrando las 7 actitudes de *Mindfulness

Sin Juicios, paciente, con mente de principiante, confianza, sin forzar, aceptando y soltando

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Dominio 4. Guía de la práctica. El facilitador dirige las prácticas de mindfulness *con los elementos adecuados a tener en cuenta al guiar cada práctica (con un lenguaje claro, preciso, espaciosidad, etc.)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Dominio 5. Indagación y enseñanza: El facilitador transmite los temas del curso *mediante la indagación y la enseñanza didáctica.

P. ej. Apoya a los participantes para que perciban y describan los elementos de su experiencia y la interacción entre ellos. Transmite los temas a través de una variedad de estrategias de enseñanza (metáforas, cuentos, indagación, ejercicios, etc.)...

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Dominio 6. El facilitador sostiene el entorno de aprendizaje en grupo (límites, *confidencialidad, ambiente para explorar y arriesgarse, donde se conecta con la experiencia universal).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Las sesiones contienen: guía y práctica meditativa, indagación, y enseñanza *didáctica.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. En su opinión la sesión mantiene los elementos necesarios de integridad con *programas IBM

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Nos interesa conocer más precisamente su opinión el grado de integridad, compártanos sus razones.

14. Sus comentarios son importantes. En este apartado puede añadir algún comentario sobre la implementación de la sesión evaluada

AGRADECEMOS SU VALIOSO
TIEMPO, ESFUERZO Y
DEDICACIÓN PARA EVALUAR
CADA UNA DE LAS SESIONES
ASIGNADAS

Informado en Crane et al. (2016). Criterios de evaluación de la Enseñanza de Intervenciones Basadas en Mindfulness de las Universidades de Bangor, Exeter y Oxford.

Apéndice I. Lista de Cotejo integridad DBT

INTEGRIDAD SESIONES DBT-A-MX v1

Estimado(a) Experta(o) agradecemos el tiempo que se toma para ayudarnos a incrementar el conocimiento en la disciplina psicológica y los tratamientos basados en la evidencia.

A continuación, podrá revisar una serie de indicadores a revisar dentro de las sesiones asignadas, por favor apóyenos calificándolas con base en una escala del 0 al 10, donde, 0=nulo y 10= el máximo.

1. NOMBRE DEL EXPERTO *

2. CUÁL SESIÓN ESTÁ EVALUANDO *

SESIÓN 1 ORIENTACIÓN SESIÓN

SESIÓN 2 MENTE SABIA SABIA

SESIÓN 3 HABILIDADES QUÉ Y CÓMO

SESIÓN 4 MEJORAR

SESIÓN 5 TIPP

SESIÓN 6 ACEPTACIÓN RADICAL

SESIÓN 7 PROS Y CONTRAS

SESIÓN 8 ACCIÓN OPUESTA

SESIÓN 9 ANTICIPATE, REV DE HECHOS, SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

SESIÓN 10 DEAR MAN

3. La estructura de la sesión es consistente con la del entrenamiento en habilidades *DBT

P. ej. Ejercicio de Mindfulness, Revisión de tarea, Missing Links, Aplicación de una nueva habilidad, Asignación de tarea y Cierre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. La habilidad presentada es correcta y consistente con las habilidades DBT *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. El monitor primario presenta una postura dialéctica *

P. ej. Transita entre la aceptación y el cambio

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. El monitor primario usa estrategias de comunicación y solución de problemas *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. El monitor primario muestra una actitud dialéctica y validante *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. El monitor primario modela, monitorea y retroalimenta el uso de la habilidad,
*incluida la valoración de obstáculos.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Se observa la dialéctica entre los monitores (chico bueno y chico malo) *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. En su opinión la sesión mantiene los elementos necesarios de integridad con el *entrenamiento en habilidades DBT

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. 9. Nos interesa conocer más precisamente su opinión el grado de integridad,
*compártanos sus razones.

12. 10. Sus comentarios son importantes. En este apartado puede añadir algún comentario sobre la implementación de la sesión evaluada

AGRADECEMOS SU VALIOSO TIEMPO, ESFUERZO Y DEDICACIÓN PARA EVALUAR CADA UNA DE LAS SESIONES ASIGNADAS