



Centro de Ciencias Sociales y Humanidades

Departamento de Psicología

Tesis

**Ensayo clínico para evaluar la eficacia del programa DBT-MXAU en la
reducción del riesgo de suicidio en adolescentes del estado de Aguascalientes**

Presenta

José Octavio Prado Ramos

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EN
PSICOLOGÍA**

Tutora

Dra. Alicia Edith Hermosillo de la Torre

Co-tutora

Dra. Paulina Arenas Landgrave

Asesora

Dra. Verónica Reyes Pérez

Aguascalientes, Ags, a 9 de mayo de 2025

CARTA DE VOTO APROBATORIO
COMITÉ TUTORAL

Mtra. María Zapopan Tejeda Caldera
DECANO (A) DEL CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

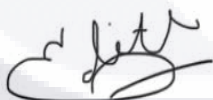
PRESENTE

Por medio del presente como **Miembros del Comité Tutorial** designado del estudiante **JOSÉ OCTAVIO PRADO RAMOS** con ID **234920** quien realizó el trabajo de tesis titulado: **ENSAYO CLÍNICO PARA EVALUAR LA EFICACIA DEL PROGRAMA DBT-MXAU EN LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES**, 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 el pueda proceder a imprimirlo 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.

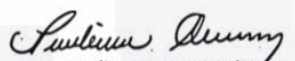
ATENTAMENTE

"Se Lumen Proferre"

Aguascalientes, Ags., a 28 de mayo de 2025.



Dra. Alicia Edith Hermosillo de la Torre
Tutora de tesis



Dra. Paulina Arenas Landgrabe
Co-Tutora de tesis



Dra. Veronica Reyes Pérez
Asesora de tesis

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

Elaborado por: Depto. Apoyo al Posgrado.
Revisado por: Depto. Control Escolar/Depto. Gestión de Calidad.
Aprobado por: Depto. Control Escolar/ Depto. Apoyo al Posgrado.

Código: DO-SEE-FO-16
Actualización: 00
Emisión: 17/05/10

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

Fecha de dictaminación dd/mm/aaaa: 05/06/2025

NOMBRE: José Octavio Prado Ramos

ID 234920

PROGRAMA: Maestría en Investigación en Psicología

LGAC (del posgrado): Comportamientos saludables y adictivos

TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis () Trabajo Práctico

TÍTULO: Ensayo clínico para evaluar la eficacia del programa DBT-MXAU en la reducción del riesgo de suicidio en adolescentes del estado de Aguascalientes

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado):

El desarrollo del programa DBT-MXAU tuvo un impacto social relevante al ofrecer una intervención psicológica basada en evidencia, adaptada culturalmente al contexto mexicano, para atender el riesgo suicida en adolescentes. Su implementación no solo permitió intervenir tempranamente en conductas de alto riesgo, sino que también fortaleció la capacidad técnica de profesionales de salud mental, promovió la sensibilización comunitaria en torno a la salud emocional juvenil y generó evidencia local que puede sustentar futuras políticas públicas en prevención del suicidio adolescente.

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 las LGAC 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 antiplagio)
<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, predoctoral, etc)
SI				Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados 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 ☒ X
No ☐

Elaboró:

* NOMBRE Y FIRMA DEL CONSEJERO SEGÚN LA LGAC DE ADSCRIPCIÓN:

FIRMAS

Angela Vicio M.
Dra. Ma. de los Ángeles Vicio Muro

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO TÉCNICO:

Dr. Miguel Ángel Sahagún Padilla
Dr. Miguel Ángel Sahagún Padilla

* En caso de conflicto de intereses, firmará un revisor miembro del NAB de la LGAC correspondiente distinto al tutor o miembro del comité tutorial, asignado por el Decano

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

Dr. Alfredo López Ferreira
Dr. Alfredo López Ferreira

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

Mtra. María Zapopan Tejeda Caldera
Mtra. María Zapopan Tejeda Caldera

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 y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

Acta Universitaria

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO

Acta Universitaria

Interdisciplinary Scientific Journal

ISSN Online 2007-9603

Envíos

Tareas 1

Envíos

Mi lista 1Archivos 2

Ayuda

Mis envíos asignados

4683Prado Ramos

Sintomatología ansiosa en adolescentes escolarizados de Aguascalientes: Prevalencia y diferencias por sexo.

Envío

Nuevo envío

Platform & workflow by OJS / PKP

Ilse Paulina Narváez Rosillo

para mí

inglés → español

Mostrar versión original

José Octavio Prado Ramos:

Gracias por enviarnos su manuscrito "Sintomatología ansiosa en adolescentes escolarizados de Aguascalientes: Prevalencia y diferencias por sexo." Acta Universitaria. Gracias al sistema de gestión de revistas online que podremos seguir su progreso a través del proceso editorial identificándose en el sitio web de la revista:

URL del manuscrito: <https://www.actauniversitaria.ugto.mx/index.php/acta/authorDashboard/submission/4683>

Nombre de usuario/o: jose_prado

Si tiene alguna pregunta no dude en contactar con nosotros/as. Gracias por tener en cuenta esta revista para difundir su trabajo.

Ilse Paulina Narváez Rosillo

mié, 11 jun, 5:01 p.m. (hace 19 horas)

☆

😊

↩

⋮

Agradecimientos

Agradezco a la Secretaría de Ciencias, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) y a la Universidad Autónoma de Aguascalientes (UAA) por el apoyo brindado a través de la beca que me permitió culminar satisfactoriamente este posgrado.

De igual forma, agradezco a la Fundación Líderes de Altura A.C. por su valioso respaldo para la realización de este proyecto, así como por su constante compromiso con el desarrollo de estrategias de prevención y promoción de la salud mental en adolescentes del estado de Aguascalientes.

Agradezco también a las autoridades educativas de la escuela secundaria por su apertura, disposición y colaboración para la implementación del proyecto. De manera especial, extendiendo mi gratitud a las y los adolescentes que participaron en esta investigación, por su confianza, compromiso y valiosa aportación a lo largo del proceso. Sin ellos, esto no hubiera sido posible.

Quiero agradecer a mi comité por su paciencia y acompañamiento: a la Dra. Verónica Reyes Pérez, quien con sus observaciones, retroalimentación y su invaluable apoyo hizo posible este trabajo; a la Dra. Paulina Arenas Langrave, quien, siendo una gran profesional y, sobre todo, una maravillosa persona, resolvió cada duda y cuestionamiento, y me orientó a ser un mejor profesional. De igual manera, quiero agradecer profundamente a mi tutora, la Dra. Alicia Edith Hermosillo de la Torre, por su apoyo y comprensión ante la adversidad en este camino de altas y bajas. Toda guía que combina firmeza y calidez deja huella. Gracias por caminar conmigo con ambas.

Además, agradezco a Pablo, quien estuvo codo a codo acompañándome cada tarde en la secundaria. También agradezco a los miembros del Laboratorio de Regulación Emocional y Prevención del Suicidio, y a los miembros de la Clínica de Atención al Riesgo de Suicidio.

Profundamente agradezco a Toño y Leo, por su consejo sincero, su amistad leal y ese apoyo incondicional que sostuvo cada paso de este camino. Gracias por estar, siempre.

Agradezco a mis padres y a mi hermano por su paciencia, sus consejos y su incansable esfuerzo. Gracias por enseñarme, con su ejemplo, a luchar por mis sueños.

Este proyecto no habría llegado a término sin el apoyo y aliento de muchas personas que, aunque no puedan ser nombradas una por una, han dejado una huella significativa en este camino. A todas ellas, les expreso mi más profundo agradecimiento por haber sido parte de esta etapa y por hacer posible que hoy este trabajo vea la luz.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mis padres y a mi hermano, por ser mi raíz y mi refugio. Gracias por su amor inquebrantable, su paciencia en los días difíciles y por creer en mí incluso cuando yo dudaba. Este logro también es suyo.

*A ti, Azul, que llegaste como luz en medio del caos. Gracias por recordarme quién soy cuando me perdí, por estar cuando todo se caía. por ser impulso y un lugar seguro.
Esta tesis también es tuya, porque está hecha con la paciencia y la fe con la que me acompañaste en los días más oscuros.
Gracias por ser mi persona.*

“Incluso con miedo, decidimos avanzar. Y en el camino, encontramos esperanza.”

Índice General

Resumen.....	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7
Capítulo 1. Salud mental en la Adolescencia.....	9
Principales retos de la salud mental en la adolescencia.....	10
Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio.....	12
Capítulo 2: Panorama Epidemiológico del Suicidio Adolescente.....	15
Suicidio Adolescente y COVID-19.....	15
Suicidio adolescente en Latinoamérica.....	17
Suicidio adolescente en México.....	18
La Regulación Emocional, Desregulación Emocional y su Relación con la Conducta Suicida en Adolescentes.	22
Comportamiento suicida en adolescentes.....	26
Capítulo 3. Habilidades Dialectico Conductuales para Adolescentes.....	28
Fundamentos de la Terapia Dialéctico Conductual y la evidencia de la adaptación para población adolescente DBT-A.....	30
Implementación y eficacia de DBT-A.....	32
Capítulo 4. Planteamiento del Problema.....	36
Objetivos Particulares.....	37
Hipótesis.....	38
Variables.....	38
Capítulo 5. Método.....	40
Diseño.....	40
Participantes.....	40
Materiales e instrumentos.....	43
Procedimiento.....	46
Aspectos Éticos.....	58
Capítulo 6. Resultados.....	62
Capítulo 7. Discusión.....	84
Contexto sociodemografico.....	85
Impacto general del programa DBT-MXAU 2.0.....	86
La violencia y negligencia como experiencias adversas del desarrollo.....	92
Sensibilidad al trauma y brechas de género en adolescentes.....	93
Lineamientos de mejora.....	95
Limitaciones del estudio.....	97
Conclusiones.....	99
Referencias.....	101

Anexos.....113

Anexo A. Oficio de aprobación por parte del comité de bioética.....114

Anexo B. Consentimiento informado para padres o tutores legales..... 115

Anexo C. Asentimiento de participación..... 116

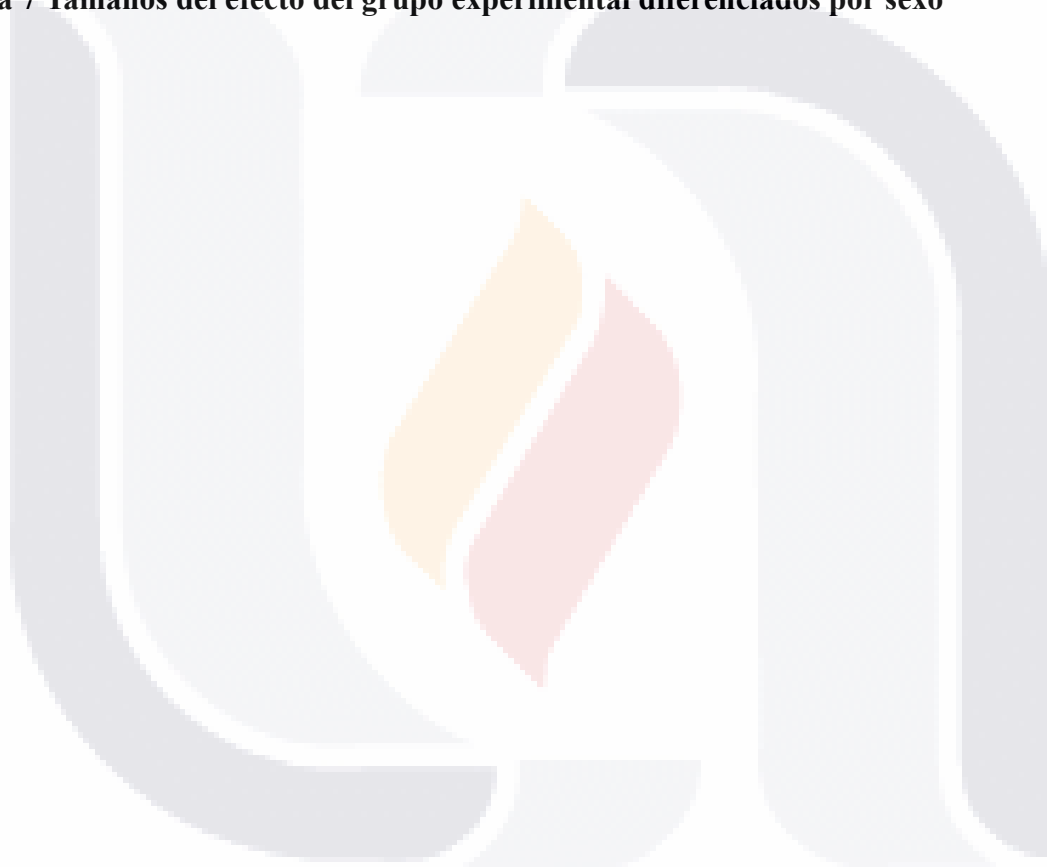
Anexo D. Cuaderno de Trabajo DBT MXAU 2.0.....117

Anexo E. Manual del facilitador118



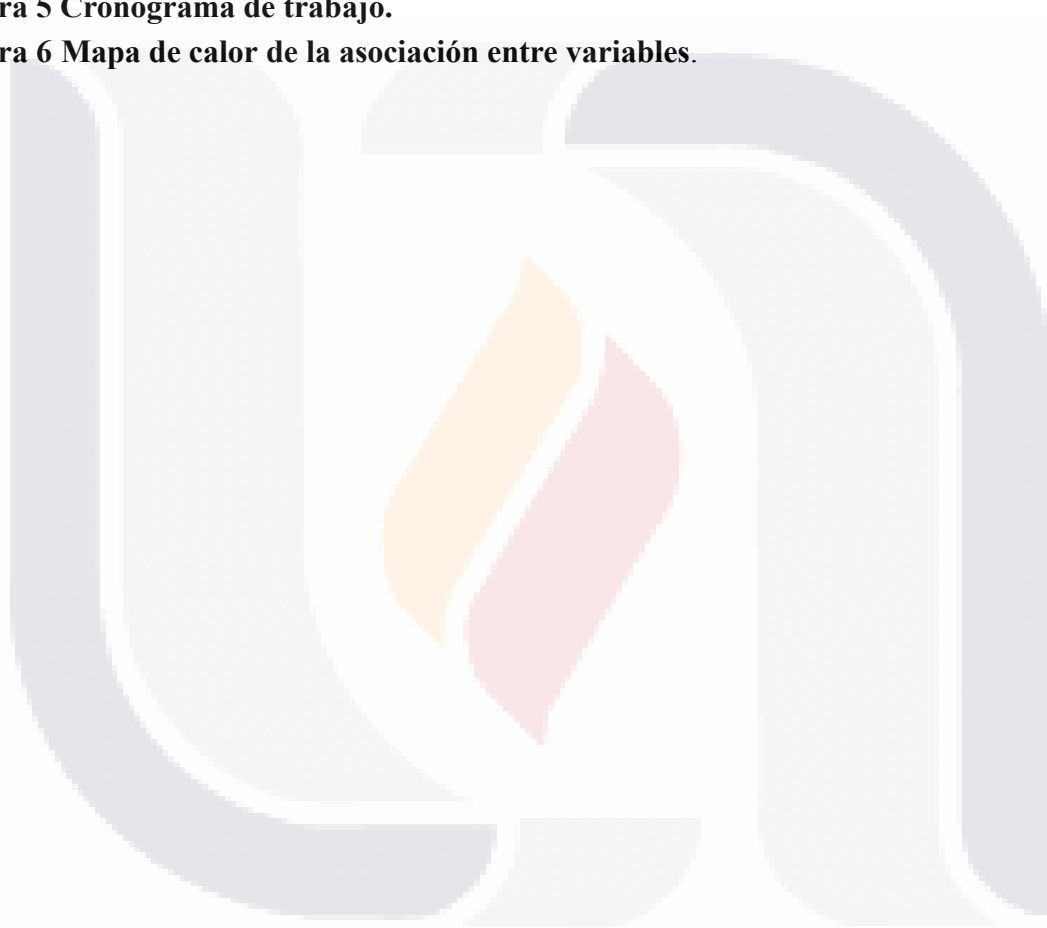
Índice de tablas

Tabla 1 Módulos del progrma DBT-MXAU 2.0	53
Tabla 2 Contenidos específicos por módulo del programa DBT-MXAU 2.0	54
Tabla 3 Estructura general de cada sesión del programa DBT-MXAU 2.0	56
Tabla 4 Criterios de normalidad.	63
Tabla 5 Resultados descriptivos pre y post intervención en variables psicológicas por grupo (experimental y control) y sexo	66
Tabla 6 Tamaños del efecto del grupo experimental y control (pre y post intervención).	71
Tabla 7 Tamaños del efecto del grupo experimental diferenciados por sexo	77



Índice de figuras

Figura 1	Digrama Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio.	13
Figura 2	Modelo explicativo de la Desregulación emocional.	25
Figura 3	Diseño del estudio.	40
Figura 4	Diagrama de participantes.	42
Figura 5	Cronograma de trabajo.	50
Figura 6	Mapa de calor de la asociación entre variables.	83



Resumen

En México, las tasas de suicidio en adolescentes han aumentado de una forma alarmante en los últimos años, lo que ha impulsado el desarrollo de intervenciones basadas en evidencia para abordar esta problemática. Las Terapias de Tercera Generación, como lo es la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) en específico su componente del grupo de entrenamiento en habilidades, han demostrado ser efectivo a nivel internacional en la disminución de factores de riesgo asociados a la conducta suicida, como la desregulación emocional y la ideación suicida. Sin embargo, en el contexto mexicano, la investigación sobre la implementación de estos programas sigue siendo limitada. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la eficacia del programa DBT-MXAU 2.0, diseñado para adolescentes mexicanos en contextos escolares urbanos, en la reducción de factores de riesgo psicosocial relacionados con la conducta suicida. Se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado, en el que los participantes fueron asignados a un grupo de intervención o a un grupo control. Los resultados mostraron que el grupo experimental presentó una disminución en la ideación suicida, con una reducción de $M = 6.53$ a $M = 3.24$ en mujeres ($d = .52$) y de $M = 3.00$ a $M = 2.56$ en hombres ($d = .24$), mientras que el grupo control no presentó cambios relevantes. También se observaron mejoras en el uso de habilidades DBT (de $M = 14.64$ a $M = 15.64$; $d = .44$), en autocontrol (de $M = 12.45$ a $M = 13.82$; $d = .33$) y en la recuperación del equilibrio emocional (de $M = 7.34$ a $M = 7.91$; $d = .52$). Estas mejoras no se replicaron en el grupo control. Aunque no todas las variables alcanzaron significación estadística, los tamaños del efecto indican cambios clínicamente relevantes en dimensiones clave. En conjunto, los hallazgos respaldan la eficacia del programa DBT-MXAU 2.0 como una intervención breve, preventiva y culturalmente adaptada para adolescentes en entornos escolares vulnerables.

Palabras clave: Suicidio adolescente, Terapia Dialéctica Conductual, DBT-MXAU 2.0, Factores psicosociales de riesgo, Intervención escolar.

Abstract

Suicide rates among adolescents have increased alarmingly in recent years in Mexico, prompting the development of evidence-based interventions to address this critical issue. Third-wave therapies, such as Dialectical Behavior Therapy (DBT), specifically its skills training group component, have demonstrated international effectiveness in reducing risk factors associated with suicidal behavior, such as emotional dysregulation and suicidal ideation. However, in the Mexican context, research on the implementation of such programs remains limited. The present study aimed to evaluate the effectiveness of the DBT-MXAU 2.0 program designed for Mexican adolescents in urban school settings, in reducing psychosocial risk factors related to suicidal behavior. A randomized clinical trial was conducted in which participants were assigned to either an intervention or a control group. Results showed that the experimental group experienced a decrease in suicidal ideation, with a reduction from $M = 6.53$ to $M = 3.24$ in females ($d = .52$) and from $M = 3.00$ to $M = 2.56$ in males ($d = .24$), while no relevant changes were observed in the control group. Improvements were also found in DBT skills use (from $M = 14.64$ to $M = 15.64$; $d = .44$), in self-control (from $M = 12.45$ to $M = 13.82$; $d = .33$), and in emotional balance recovery (from $M = 7.34$ to $M = 7.91$; $d = .52$). These improvements were not replicated in the control group. Although not all variables reached statistical significance, the effect sizes suggest clinically meaningful changes in key dimensions. Overall, the findings support the effectiveness of the DBT-MXAU 2.0 program as a brief, preventive, and culturally adapted intervention for adolescents in vulnerable school settings.

Keywords: Adolescent Suicide, Dialectical Behavior Therapy, DBT-MXAU 2.0, Psychosocial Risk Factors, School-based Intervention.

Introducción

El suicidio adolescente es una problemática de salud pública que se posiciona como una de las principales causas de muerte entre los jóvenes a nivel global. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021a), es la cuarta causa de muerte en personas de 15 a 19 años, y en México, las tasas presentadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) han mostrado un aumento sostenido, alcanzando 5.4 por cada 100,000 habitantes en 2018 (INEGI, 2020). Diversos factores, como la desregulación emocional, la baja autoestima, la impulsividad y la falta de redes de apoyo efectivas, han sido identificados como principales predictores de la conducta suicida (Adrian et al., 2019; Orth et al., 2012).

El contexto escolar, por su alcance y accesibilidad, es clave para la implementación de programas preventivos que fortalezcan las habilidades emocionales y sociales de los adolescentes. Sin embargo, las presiones académicas, el bullying y las dinámicas de exclusión social incrementan el riesgo en esta población (Gini & Espelage, 2014). A pesar de la magnitud del problema, la oferta de intervenciones preventivas basadas en evidencia es limitada en México, dejando un vacío importante en la atención temprana de factores de riesgo psicosocial asociados al suicidio.

En este marco, el programa DBT-MXAU 2.0 se posiciona como una intervención innovadora y adaptada culturalmente para adolescentes mexicanos en contextos escolares urbanos. Basado en los principios de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), este programa busca fortalecer habilidades de regulación emocional, tolerancia al malestar, atención plena y efectividad interpersonal, adaptándolas a las necesidades específicas de los adolescentes en situación de vulnerabilidad. Su enfoque preventivo responde a la necesidad de intervenir tempranamente en factores de riesgo psicosocial asociados al comportamiento suicida, brindando herramientas prácticas que promuevan un desarrollo emocional saludable.

El presente estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia del programa DBT-MXAU 2.0 en la reducción del riesgo de suicidio y en la mejora de habilidades socioemocionales en adolescentes de escuelas públicas del estado de Aguascalientes. Este esfuerzo no solo busca generar evidencia empírica sobre la efectividad del programa, sino también contribuir al diseño de estrategias escalables y culturalmente pertinentes para su implementación en sistemas educativos mexicanos.

El documento se estructura en siete capítulos. En el Capítulo 1, se describe la salud mental en la adolescencia, destacando la importancia de las habilidades socioemocionales como un factor clave para la prevención de riesgos. El Capítulo 2 presenta un análisis del panorama epidemiológico del suicidio adolescente, identificando los desafíos específicos en el contexto mexicano. En el Capítulo 3, se exploran los programas específicos en el desarrollo de habilidades DBT para población adolescente, incluyendo su fundamentación teórica, sus componentes y su potencial para abordar factores de riesgo en adolescentes.

El Capítulo 4 desarrolla el planteamiento del problema, justificando la necesidad de evaluar la eficacia del programa en contextos escolares. El Capítulo 5 describe el diseño del ensayo clínico, los participantes, los instrumentos de evaluación y el procedimiento de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

implementación. En el Capítulo 6, se presentan los resultados obtenidos, analizando el impacto del programa en variables clave como la regulación emocional y la ideación suicida. Finalmente, el Capítulo 7 discute los hallazgos, proponiendo recomendaciones para futuras investigaciones y explorando el impacto potencial del programa en la promoción de la salud mental en adolescentes.

A través de este estudio, se espera aportar evidencia robusta sobre la eficacia del DBT-MXAU 2.0 y establecer las bases para su aplicación en el ámbito educativo mexicano, contribuyendo a mitigar los riesgos asociados al suicidio adolescente y promoviendo un entorno escolar más saludable y protector.



Capítulo 1. Salud mental en la Adolescencia

La adolescencia es un período crítico del desarrollo humano, generalmente comprendido entre los 12 y 18 años, aunque las definiciones pueden variar. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021a), este período abarca desde los 10 hasta los 19 años y se caracteriza por ser una fase de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta. La National Academies of Sciences (2019) divide la adolescencia en cuatro períodos: adolescencia temprana (10 a 12 años), adolescencia media (13 a 15 años), adolescencia tardía (16 a 18 años) y adultez joven (19 a 25 años), basándose en transiciones construidas socialmente, como la transición de la escuela primaria a la secundaria. En esta etapa del ciclo vital, los individuos atraviesan una serie de transformaciones significativas a nivel físico, emocional y social. Los cambios hormonales que acompañan la pubertad son responsables de muchas de las alteraciones físicas visibles, como el crecimiento rápido y el desarrollo de las características sexuales secundarias. Paralelamente, el cerebro adolescente también se encuentra en una fase de desarrollo intensivo, particularmente en áreas relacionadas con la toma de decisiones, la regulación emocional y la planificación a largo plazo. Estos cambios neurobiológicos son cruciales para el desarrollo de habilidades cognitivas y emocionales que serán esenciales en la vida adulta.

Además de los cambios biológicos, la adolescencia es un tiempo de formación de la identidad personal y la búsqueda de autonomía. Los adolescentes comienzan a cuestionar las creencias y valores transmitidos por sus familias y a experimentar con diferentes roles y comportamientos para establecer su propia identidad. Este proceso de autoexploración puede generar conflictos tanto internos como externos, y los jóvenes pueden sentirse divididos entre la necesidad de independencia y la dependencia de sus cuidadores. La búsqueda de identidad puede llevar a los adolescentes a adoptar nuevas formas de vestir, hablar y comportarse, muchas veces influenciados por sus pares y los medios de comunicación.

A su vez está es una etapa en la que las relaciones sociales se vuelven extremadamente importantes. Las amistades y las relaciones románticas emergentes desempeñan un papel crucial en la vida de los adolescentes, proporcionándoles un sentido de pertenencia y apoyo. Sin embargo, estas relaciones también pueden ser una fuente de estrés y ansiedad. La presión de los pares, el bullying y el deseo de aceptación social son factores que pueden afectar significativamente la salud mental de los adolescentes. La influencia de las redes sociales ha amplificado estos problemas, haciendo que los adolescentes se sientan constantemente observados y juzgados. En este contexto de transformación y vulnerabilidad, los adolescentes pueden ser particularmente susceptibles a problemas de salud mental, incluyendo la depresión, la ansiedad y el riesgo de suicidio. La OMS (2021a) destaca que la mayoría de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años, subrayando la importancia de los programas de prevención basados en evidencia, así como la necesidad de servicios de apoyo y protocolos claros ante la detección de riesgo suicida. Es fundamental entender las dinámicas de esta etapa para poder ofrecer apoyo y desarrollar intervenciones efectivas.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Dicha etapa también está caracterizada por múltiples cambios, no solo corporales, sino también biológicos, psicológicos y sociales, muchos de estos generando cierta confusión y conflicto. Este periodo es crucial para la adquisición de competencias socioemocionales que permitirán a los adolescentes manejar sus emociones, establecer relaciones saludables y tomar decisiones responsables. La educación y el apoyo emocional durante esta etapa pueden tener un impacto duradero en su bienestar mental y emocional. Dado que es un periodo de cambio rápido y a menudo tumultuoso, los adolescentes necesitan entornos de apoyo tanto en el hogar como en la escuela. Los padres, educadores y profesionales de la salud deben estar atentos a los signos de problemas emocionales y conductuales, y deben estar preparados para intervenir de manera adecuada. La creación de un entorno seguro y de apoyo, así como la implementación de programas educativos sobre salud mental, son esenciales para ayudar a los adolescentes a navegar esta etapa crítica de sus vidas

En resumen, la adolescencia es una etapa compleja y multifacética del desarrollo humano que requiere una comprensión y un apoyo cuidadoso. La interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales durante este período puede tener implicaciones significativas para el bienestar y el desarrollo futuro de los adolescentes. La implementación de intervenciones preventivas y programas de apoyo es crucial para ayudar a los jóvenes a superar los desafíos de la adolescencia y a desarrollar una base sólida para la vida adulta.

Principales retos de la salud mental en la adolescencia

Como se ha mencionado la adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo humano, caracterizada por una serie de transformaciones físicas, emocionales, cognitivas y sociales que influyen significativamente en la salud mental. En este período, los adolescentes comienzan a forjar su identidad, enfrentando retos relacionados con la autonomía, las relaciones interpersonales y la adaptación a entornos académicos y sociales. Sin embargo, esta fase también puede ser una etapa de vulnerabilidad emocional, ya que los jóvenes pueden estar expuestos a diversas situaciones estresantes que afectan su bienestar psicológico. Los trastornos mentales en la adolescencia son prevalentes y pueden manifestarse de múltiples formas, incluidos trastornos de ansiedad, depresión, abuso de sustancias, trastornos alimentarios y problemas relacionados con el suicidio (Patel et al., 2020). Estos problemas no solo impactan la vida del adolescente, sino que también pueden tener consecuencias duraderas en su desarrollo, lo que hace necesario abordar los retos de salud mental desde una perspectiva integral y preventiva.

Al hablar de trastornos mentales encontramos que uno de los más comunes en la adolescencia es la depresión, que afecta a una proporción considerable de jóvenes. La depresión en los adolescentes se caracteriza por síntomas como tristeza persistente, pérdida de interés en actividades previamente placenteras, fatiga, dificultades para concentrarse y pensamientos negativos acerca de sí mismos o su futuro (Kessler et al., 2019). Este trastorno tiene un impacto profundo en la vida de los adolescentes, ya que interfiere con su rendimiento académico, sus relaciones sociales y su capacidad para disfrutar de la vida cotidiana. Además, la depresión se asocia con un mayor riesgo de suicidio. Diversas investigaciones han encontrado que los adolescentes con depresión grave tienen una probabilidad mucho mayor de tener pensamientos suicidas o de intentar acabar con su vida

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

(Turecki & Brent, 2016). La prevalencia de la depresión entre los jóvenes ha aumentado en las últimas décadas, con estudios que indican que cerca del 20% de los adolescentes pueden experimentar algún episodio depresivo antes de llegar a la adultez (Patel et al., 2020).

Así mismo encontramos que la ansiedad es otra condición de salud mental que más prevalece entre los adolescentes es la ansiedad, que incluye una variedad de trastornos como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de pánico. Los adolescentes con trastornos de ansiedad experimentan un miedo intenso y persistente que interfiere con su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas, como asistir a la escuela o participar en actividades sociales (Murray et al., 2020). La ansiedad en los adolescentes tiene un origen multifactorial, como presiones académicas, dificultades familiares o la incertidumbre acerca del futuro. En muchos casos, la ansiedad se combina con la depresión, lo que genera una situación de mayor complejidad. La atención adecuada de la ansiedad y los distintos padecimientos de salud mental en los adolescentes es crucial para evitar complicaciones como el aislamiento social, el bajo rendimiento escolar y la disminución de la autoestima.

En la actualidad el consumo de sustancias es otro desafío importante para la salud mental de los adolescentes. Durante esta etapa, los jóvenes son particularmente vulnerables a la presión social y a la experimentación con sustancias como el alcohol, el tabaco y las drogas recreativas. El consumo de estas sustancias no solo afecta la salud física de los adolescentes, sino que también está estrechamente relacionado con el deterioro de la salud mental. El abuso de sustancias puede ser tanto una causa como una consecuencia de problemas emocionales como la ansiedad y la depresión. Muchos adolescentes recurren al consumo de sustancias como una forma de afrontamiento a sus emociones como la búsqueda de aliviar distintas emociones que resultan displacenteras (McHugh et al., 2022). Este comportamiento, sin embargo, puede derivar en agravar los problemas de salud mental y compromete el bienestar general del joven.

Los trastornos alimentarios representan otro reto significativo en la salud mental de los adolescentes. Los trastornos como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón se han vuelto más prevalentes en los últimos años, en parte debido a la presión social y los ideales de belleza impuestos por los medios de comunicación y las redes sociales. Investigaciones mencionan que las condiciones de vida actual denotan que los adolescentes se ven bombardeados por imágenes de cuerpos "perfectos" y, como resultado, desarrollan una preocupación obsesiva por su peso y figura corporal. Esta preocupación puede llevar a conductas extremas como la restricción alimentaria, el ejercicio excesivo o los episodios de atracones seguidos de purgas (Smink et al., 2019). Los trastornos alimentarios no solo afectan la salud física de los adolescentes, sino que también están vinculados a trastornos emocionales graves, como la depresión y la ansiedad. Además, el estigma asociado con estos trastornos puede dificultar que los jóvenes busquen la ayuda que necesitan.

El acoso escolar, tanto en su forma tradicional como en su evolución como ciberacoso, es otro factor de riesgo significativo para la salud mental de los adolescentes. Los jóvenes que son víctimas de acoso escolar experimentan un alto nivel de angustia emocional, que puede manifestarse como ansiedad, depresión y aislamiento social. El ciberacoso, en particular, ha ganado prominencia en la era digital y puede ser aún más

perjudicial que el acoso físico debido a su naturaleza persistente y omnipresente. Los adolescentes que sufren de acoso escolar o ciberacoso tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos de salud mental graves, incluidos trastornos de ansiedad, depresión e incluso pensamientos suicidas (Smith et al., 2021).

Además, la pandemia de COVID-19 ha exacerbado muchos de estos problemas de salud mental en la adolescencia. El aislamiento social, el cierre de escuelas, la pérdida de seres queridos y la incertidumbre económica han incrementado los niveles de ansiedad y depresión en los jóvenes, como lo ha señalado la OMS (2021b). Las restricciones impuestas por la pandemia también afectaron el acceso a servicios de salud mental, lo que dificultó que muchos adolescentes recibieran el apoyo adecuado. La crisis sanitaria mundial puso de manifiesto la necesidad urgente de mejorar los servicios de salud mental para los adolescentes, especialmente en tiempos de crisis.

Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio

El Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio (MODORIS) surge como una herramienta integral y flexible para coordinar los servicios de salud en la prevención y atención del comportamiento suicida, con un enfoque comunitario e intersectorial. Su implementación en el ámbito escolar se justifica como una estrategia clave para abordar el suicidio en adolescentes, ya que permite estructurar y organizar la atención desde la identificación temprana de riesgos hasta la intervención especializada, adaptándose a las necesidades específicas de este grupo poblacional.

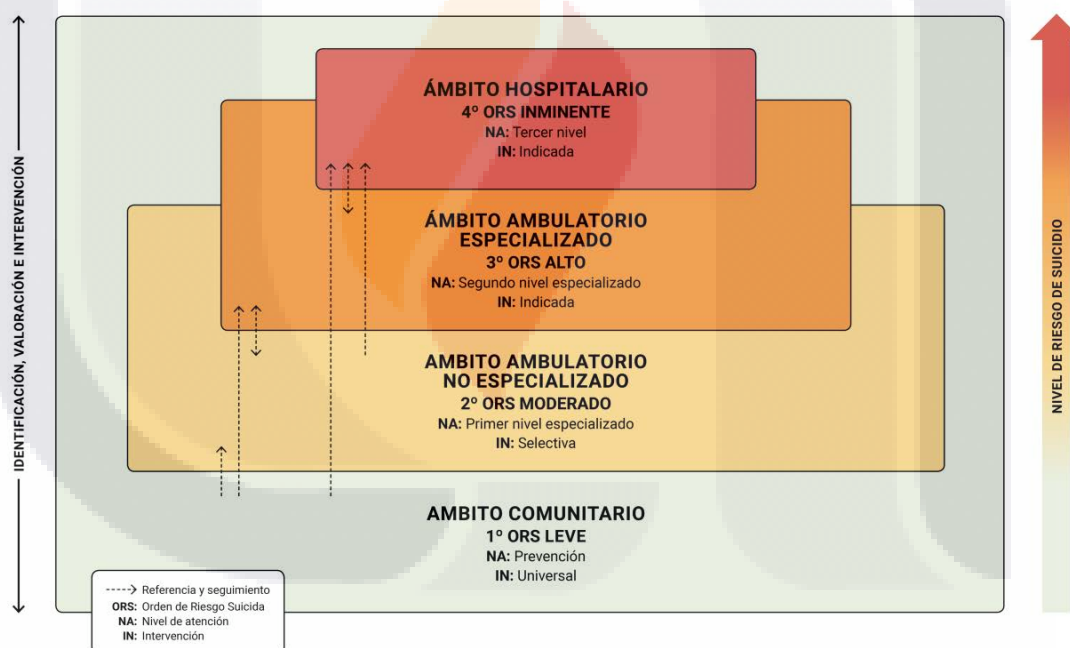
El MODORIS clasifica los factores de riesgo en agudos, crónicos y de protección, lo que facilita la identificación y evaluación del riesgo suicida en diferentes contextos, incluyendo el escolar. En el caso de los adolescentes, factores como la depresión, la ansiedad, el acoso escolar, el consumo de sustancias y la falta de redes de apoyo pueden ser identificados como riesgos crónicos, mientras que situaciones como conflictos familiares o eventos traumáticos recientes pueden considerarse riesgos agudos. Por otro lado, los factores de protección, como el apoyo social, la resiliencia y la participación en actividades extracurriculares, pueden ser promovidos desde el entorno escolar para contrarrestar estos riesgos.

El modelo establece cuatro órdenes de riesgo suicida (ORS), que van desde el riesgo leve hasta el riesgo inminente, lo que permite una atención escalonada y organizada. En el contexto escolar, esto se traduce en la capacitación de docentes, personal educativo y actores comunitarios para detectar señales de alerta tempranas, como cambios en el comportamiento, aislamiento social, expresiones de desesperanza o ideación suicida. Además, el MODORIS promueve la creación de protocolos de actuación que incluyen la activación de redes de apoyo, la referencia a servicios especializados y el seguimiento continuo de los casos identificados.

En el primer orden de riesgo (leve), las intervenciones pueden ser universales y realizadas dentro del ámbito escolar y comunitario. Esto incluye la promoción de factores protectores, como actividades deportivas, culturales y recreativas, así como la psicoeducación para estudiantes, familias y personal escolar. En el segundo orden de riesgo (moderado), se requiere una intervención más específica, con la participación de personal de salud no especializado pero capacitado en la identificación y manejo del riesgo suicida, utilizando herramientas como las guías GI-mhGAP 2.0. En el tercer orden de riesgo (alto), se necesita la intervención de profesionales especializados en salud mental, como psicólogos y psiquiatras, para realizar un tratamiento integral basado en evidencia, como la terapia cognitivo-conductual o la terapia dialéctica conductual (DBT). Finalmente, en el cuarto orden de riesgo (inminente), se requiere una atención de urgencia, con la activación de servicios de emergencia y la posible hospitalización para garantizar la seguridad del adolescente. dichos órdenes se presentan en la figura 1.

Figura 1

Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio.



Nota. Tomado de Arenas Landgrave, P., Hermosillo de la Torre, A. E., Vázquez García, A., Reyes Ortega, M. A., Arenas Castañeda, P. E., Tejadilla Orozco, D. I., Espinosa Méndez, P., Molina López, A., Molina Pizarro, C. A., & Malo Serrano, H. M. (2023). Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio: articulando los servicios de salud en México. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, 5, 1-12. <https://doi.org/10.62364/cneip.5.2023.178>

La implementación del MODORIS en el ámbito escolar también implica la formación de actores clave, como docentes, orientadores escolares y personal de salud, en la identificación y gestión de casos de riesgo suicida. Esto se alinea con el enfoque de Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que busca fortalecer las capacidades de los actores comunitarios y no especializados para abordar problemas de salud mental de manera efectiva.

Además, el MODORIS promueve la articulación intersectorial entre los servicios de salud, las escuelas y las organizaciones comunitarias, lo que facilita una referencia eficiente y oportuna de los casos identificados. Esto es particularmente importante en el contexto escolar, donde la detección temprana y la referencia adecuada pueden marcar la diferencia entre la prevención y la tragedia.

En conclusión, el MODORIS ofrece un marco sólido para la prevención del suicidio en adolescentes escolarizados, al integrar la identificación temprana de riesgos, la promoción de factores protectores y la vinculación con servicios especializados. Su implementación en el ámbito escolar no solo contribuiría a reducir las tasas de suicidio, sino también a fortalecer la salud mental y el bienestar de los adolescentes, cumpliendo así con los objetivos del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS) y las recomendaciones de la Nueva Agenda para la Salud Mental en las Américas. Este modelo representa una estrategia innovadora y efectiva para abordar el comportamiento suicida desde un enfoque integral y comunitario, adaptado a las necesidades específicas de los adolescentes en el entorno escolar.

Capítulo 2: Panorama Epidemiológico del Suicidio Adolescente

El suicidio en adolescentes es una crisis de salud pública significativa a nivel mundial y, de forma particular, en la región de las Américas. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021c) estima que cada año, alrededor de 700,000 personas mueren por suicidio, y muchas de estas muertes corresponden a personas jóvenes. Entre las principales causas de muerte en adolescentes de entre 15 y 19 años, el suicidio ocupa el cuarto lugar, seguido de los accidentes de tráfico, la violencia interpersonal y algunas enfermedades infecciosas. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) reporta que, en las Américas, la prevalencia del suicidio ha aumentado en los últimos años, destacándose en ciertos grupos etarios y regiones con factores de riesgo elevados.

A nivel mundial, la tasa de suicidio en adolescentes ha mostrado una tendencia preocupante, especialmente en áreas con acceso limitado a servicios de salud mental. En la región de las Américas, la PAHO reporta un incremento en la tasa de suicidio en jóvenes durante las últimas dos décadas, en contraposición a la tendencia global de reducción del 36% en la mortalidad por suicidio en otros grupos de edad (PAHO, 2023). En las Américas, esta tendencia alcanzó un aumento del 17% en adolescentes de 15 a 24 años. Los países de Latinoamérica, como México, Brasil y Estados Unidos, enfrentan altos índices de suicidio juvenil, con marcadas disparidades según factores como el acceso a servicios de salud mental, la desigualdad socioeconómica y los contextos de violencia

La PAHO (2021) también señala que el suicidio en adolescentes en la región de las Américas es el resultado de una interacción compleja entre factores psicológicos y ambientales. Estos incluyen la violencia comunitaria, el bullying, el abuso de sustancias, la discriminación y la exposición a redes sociales. Los datos sugieren que muchos jóvenes de esta región enfrentan situaciones de alta vulnerabilidad que incrementan su riesgo de suicidio y autolesión. En ciertos países, el suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes, una tendencia que preocupa a nivel mundial debido a las limitadas políticas de prevención y tratamiento que puedan cubrir las necesidades de esta población.

Suicidio Adolescente y COVID-19

El suicidio en adolescentes constituye un desafío crítico para la salud pública global. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), este fenómeno ocupa el tercer lugar entre las principales causas de muerte en personas de entre 15 y 29 años, resaltando la importancia de implementar estrategias de prevención específicas para este grupo etario (OMS, 2021c). La adolescencia es un período marcado por significativos cambios biológicos, emocionales y sociales que pueden influir en la aparición de problemas de salud mental y conductas de riesgo.

La llegada de la pandemia de COVID-19 trajo consigo alteraciones drásticas en la vida cotidiana de las personas, con un impacto particular en los jóvenes. El cierre de escuelas, la suspensión de actividades sociales y el confinamiento prolongado

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

contribuyeron a incrementar el aislamiento social, así como a exacerbar sentimientos de ansiedad y depresión. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia por sus siglas en inglés UNICEF, estas condiciones, si no son detectadas y tratadas oportunamente, pueden derivar en intentos de suicidio o en conductas autolesivas (UNICEF, 2021).

Un análisis realizado por UNICEF en 2023 reveló que los adolescentes fueron especialmente afectados durante la pandemia, con un aumento sustancial en la prevalencia de síntomas relacionados con trastornos de salud mental, como la ansiedad y la depresión. Estos problemas suelen verse intensificados por la pérdida de contacto con redes de apoyo como amigos, maestros y actividades extracurriculares que tradicionalmente sirven como mecanismos de protección emocional (UNICEF, 2023).

En México, el impacto del suicidio en adolescentes es motivo de creciente preocupación. Datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021a) indican que en 2018 se registraron más de 6,700 suicidios, lo que equivale a una tasa de 5.4 por cada 100,000 habitantes. En el caso de adolescentes y jóvenes, este fenómeno presenta una tendencia ascendente en la última década. Además, factores como la violencia intrafamiliar, las dificultades económicas y la inseguridad han sido agravados por las condiciones impuestas por la pandemia, aumentando la vulnerabilidad de esta población.

El contexto de la pandemia creó un entorno propicio para que varios factores de riesgo convergieran. La OMS (2023) señala que las circunstancias derivadas del COVID-19, como el duelo por la pérdida de seres queridos, el miedo al contagio y las restricciones prolongadas, profundizaron las desigualdades preexistentes, haciendo que ciertos grupos, como los adolescentes en contextos de pobreza o marginación, enfrentaran desafíos adicionales. Este entorno de estrés crónico y cambio constante no solo afectó la salud mental de los jóvenes, sino que también limitó el acceso a servicios de salud y apoyo emocional, esenciales para prevenir desenlaces fatales.

La complejidad del suicidio adolescente requiere un enfoque integral que considere tanto los factores sociales y económicos como las características individuales. Es crucial garantizar que los jóvenes tengan acceso a recursos de salud mental que sean efectivos y culturalmente pertinentes. En este sentido, organismos como la OPS han subrayado la importancia de implementar estrategias comunitarias que fortalezcan las redes de apoyo en las familias, escuelas y comunidades, reduciendo así los riesgos asociados con el aislamiento y la desesperanza (OPS, 2021).

En un panorama postpandemia, resulta imprescindible redoblar esfuerzos para prevenir el suicidio en adolescentes. Esto implica no solo la detección temprana de señales de alerta y el fortalecimiento de servicios de atención psicológica, sino también el desarrollo de políticas públicas que prioricen el bienestar emocional de los jóvenes. En particular, la implementación de programas educativos y de intervención que promuevan habilidades para la vida, como la gestión del estrés y la resolución de problemas, puede ser una herramienta valiosa para equipar a los adolescentes con los recursos necesarios para enfrentar adversidades.

La colaboración entre instituciones gubernamentales, organizaciones internacionales y comunidades locales desempeña un papel esencial en la prevención del suicidio. Las

investigaciones más recientes destacan que las estrategias de prevención más exitosas son aquellas que se adaptan a las necesidades culturales y sociales específicas de las poblaciones objetivo (UNICEF, 2023; OMS, 2024). Asimismo, el fortalecimiento de las capacidades de los sistemas educativos y sanitarios para identificar y responder a los riesgos relacionados con la salud mental en adolescentes será determinante en los próximos años.

Suicidio adolescente en Latinoamérica.

Siguiendo con la contextualización de la problemática en América latina, el suicidio adolescente representa una de las principales causas de mortalidad en jóvenes de entre 15 y 24 años en América Latina, consolidándose como un problema de salud pública de gran magnitud. A lo largo de las últimas décadas, las tasas de suicidio han mostrado un aumento sostenido, particularmente en los países en desarrollo. Según datos recientes, la incidencia de esta conducta en adolescentes ha crecido en un 17% durante los últimos 20 años, reflejando no solo un incremento preocupante, sino también la necesidad de una intervención urgente (Ávila, Moreno, y Guacho, 2023).

América Latina presenta una considerable heterogeneidad en las tasas de suicidio, determinadas en gran medida por factores socioeconómicos, culturales y de acceso a servicios de salud mental. Países como Guyana y Surinam reportan las tasas más altas de la región, con 40.3 y 25.4 por cada 100,000 habitantes, respectivamente, mientras que naciones como Perú (2.8) y Colombia (3.9) presentan cifras notablemente inferiores (Banco Mundial, 2020). Las tasas intermedias, como las de Bolivia (18.56) y Cuba (14.5), subrayan la complejidad del fenómeno y la influencia de factores locales en su expresión. Por ejemplo, Guyana y Surinam, a pesar de ser países pequeños, enfrentan desafíos únicos relacionados con el acceso a servicios de salud y el impacto de las desigualdades económicas. Por su parte, México y Argentina, con tasas de 5.3 y 8.4, respectivamente, ilustran contextos de riesgo moderado, aunque igualmente preocupantes.

Diversos factores psicológicos, sociales y económicos contribuyen al riesgo de suicidio en adolescentes. Entre los más destacados se encuentran la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias, condiciones altamente prevalentes en esta población. Otros elementos de riesgo incluyen problemas sentimentales, trastornos alimenticios, bipolaridad y la presencia de enfermedades o discapacidades crónicas. A nivel macro, las disparidades socioeconómicas también influyen significativamente en las tasas de suicidio. Las condiciones de pobreza, el acceso limitado a servicios de salud mental y las dinámicas familiares disfuncionales son determinantes cruciales que aumentan la vulnerabilidad de los adolescentes (Ávila et al., 2023).

El suicidio adolescente trasciende lo individual, generando un impacto profundo en las familias, las comunidades y los sistemas de salud. Los intentos de suicidio, además de representar un indicador crítico de riesgo, imponen una carga adicional en términos de recursos médicos y apoyo psicológico. Las secuelas de estos intentos pueden variar desde consecuencias físicas leves hasta discapacidades permanentes, lo que agrava la problemática. Adicionalmente, las pérdidas humanas asociadas al suicidio afectan el tejido social, rompiendo redes de apoyo y dejando huellas psicológicas en los entornos cercanos. Desde una perspectiva económica, los costos indirectos relacionados con la atención

médica y la disminución de la productividad contribuyen a una carga significativa para los sistemas de salud en América Latina.

El panorama del suicidio adolescente en América Latina revela una problemática compleja y multifacética que requiere atención inmediata. Las cifras reflejan un incremento sostenido en la incidencia, especialmente en adolescentes y jóvenes, lo que resalta la urgencia de implementar políticas y programas enfocados en la prevención y el tratamiento de los factores de riesgo. Aunque la región enfrenta desafíos significativos, el reconocimiento del suicidio como un problema prioritario puede ser un punto de partida para generar estrategias de intervención efectivas. Es imperativo que los esfuerzos de prevención se integren en políticas de salud mental inclusivas y culturalmente sensibles, considerando la diversidad y las necesidades específicas de los adolescentes en diferentes contextos.

Suicidio adolescente en México

En datos específicos del suicidio en adolescentes en México, esta situación constituye una problemática de salud pública de alta relevancia, donde las estadísticas recientes evidencian su creciente magnitud. En 2023, se reportaron 8,837 suicidios en el país, con una clara predominancia en hombres, quienes representaron el 81.1% de los casos, frente al 18.9% de las mujeres (INEGI, 2024). Aunque estos datos abarcan a todas las edades, un 65.6% de los suicidios se concentró en personas menores de 40 años, destacando a los adolescentes como un grupo particularmente afectado.

La tasa nacional de suicidio se ubicó en 6.8 por cada 100,000 habitantes, con marcadas diferencias de género: 11.4 para hombres y 2.5 para mujeres, evidenciando una sobremortalidad masculina en la que se registran más de cuatro suicidios de hombres por cada uno de mujeres. Sin embargo, al focalizarse en los grupos de edad adolescente, los rangos de 10 a 14 años y de 15 a 19 años presentan tasas alarmantes que indican una creciente vulnerabilidad. El análisis del lugar donde ocurren estos eventos muestra que el 66.6% de los suicidios se llevan a cabo en viviendas particulares, lo que sugiere que el entorno familiar juega un rol central en las dinámicas de riesgo. Este porcentaje es más elevado en mujeres, con un 73.0%, en comparación con el 65.1% en hombres, lo que podría estar vinculado a factores como el aislamiento social, dinámicas familiares conflictivas o violencia intrafamiliar, particularmente en el caso de las adolescentes (INEGI, 2024).

Este panorama epidemiológico resalta la necesidad de continuar profundizando en el análisis de los factores asociados al suicidio adolescente y de visibilizar su impacto social y emocional. Entender las cifras como un reflejo de dinámicas socioculturales y estructurales más amplias es crucial para contextualizar esta problemática en el marco de la salud mental pública en México.

Riesgo de suicidio

El riesgo de suicidio en adolescentes continúa siendo una preocupación creciente a nivel global, destacando su complejidad y la diversidad de factores que lo influyen. Entre los años 2000 y 2019, las cifras mundiales reflejaron una reducción del 36% en las tasas de suicidio; sin embargo, en la Región de las Américas, las tasas aumentaron un preocupante

17% durante el mismo periodo (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2021). En México, esta tendencia ascendente también se ha evidenciado. En el año 2000, la tasa de suicidio era de 3.86 por cada 100,000 habitantes, mientras que en 2023 alcanzó los 5.3 por cada 100,000 habitantes (Organización Panamericana de la Salud [PAHO], 2023; Banco Mundial, 2020). Este incremento resalta la urgencia de abordar esta problemática mediante estrategias de prevención y atención focalizadas en los factores de riesgo presentes en la población adolescente.

El tercer informe regional sobre la mortalidad por suicidio, publicado en marzo de 2021, indicó que este problema sigue siendo una prioridad de salud pública en la Región de las Américas. En 2020, en México se registraron 7,896 fallecimientos por lesiones autoinfligidas intencionales, con mayor frecuencia en hombres (81.7%) y en el grupo de edad entre 10 y 29 años (29%). Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021b), al hablar de población joven entre 15 y 29 años, la tasa es de 10.4 decesos por cada 100,000 habitantes. En cuanto a la tasa de suicidio de niñas, niños y adolescentes de 10 a 17 años, para el año 2021 se registró en 3.6 por cada 100,000 habitantes (INEGI, 2022). Esto resalta la importancia de atender la salud mental de niños y adolescentes como una prioridad de acción.

Comprendiendo esto entendemos que el suicidio resulta de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, clínicos, sociales y ambientales. Entre los factores biológicos que contribuyen al riesgo de suicidio se encuentran la genética y la neurobiología. Turecki (2019). El riesgo de suicidio es una condición de naturaleza compleja, influenciada por una interacción de factores biológicos, psicológicos, clínicos, sociales y ambientales. Entre los factores biológicos se incluyen la genética; entre los psicológicos, los rasgos de personalidad; y entre los clínicos, las enfermedades psiquiátricas y/o crónicas. Los factores sociales y ambientales también juegan un papel crucial. Debido a esta multifactorialidad, determinar el riesgo de suicidio de un individuo representa un gran desafío.

Para comprender mejor el riesgo de suicidio y la influencia de la interacción de diversos factores, Turecki (2019) propone un modelo biopsicosocial que ofrece una visión integral de los distintos elementos que pueden contribuir a dicho riesgo. Este modelo explica cómo los factores socioeconómicos, demográficos y ambientales interactúan con los factores distales, de desarrollo y proximales. Factores externos o sociales, combinados con factores individuales como la genética, antecedentes familiares, historia de abuso, consumo de sustancias, problemas clínicos incluyendo psicopatologías y la desregulación emocional, incrementan la vulnerabilidad al riesgo de suicidio.

La interacción de estos factores puede llevar a un estado emocional deprimido o desregulado, desinhibición conductual, desesperanza y la sensación de estar atrapado, lo cual se asocia directamente con la ideación suicida, los intentos de suicidio y, eventualmente, la muerte por suicidio. El modelo biopsicosocial de Turecki subraya la

importancia de considerar un enfoque integral para la evaluación y prevención del riesgo de suicidio, destacando la necesidad de intervenciones que aborden estos múltiples factores de manera simultánea.

Además, el desarrollo del cerebro durante la adolescencia, especialmente en áreas relacionadas con la regulación emocional y el control de impulsos, puede influir en la predisposición al comportamiento suicida. Los factores psicológicos incluyen rasgos de personalidad como la impulsividad, la agresividad y la baja autoestima. Las experiencias traumáticas, como el abuso físico o sexual, también juegan un papel significativo. Los adolescentes que han sido víctimas de abuso o que han vivido eventos traumáticos tienen un riesgo mayor de desarrollar pensamientos y comportamientos suicidas. La desesperanza, la percepción de que no hay salida a los problemas, y la falta de habilidades de afrontamiento efectivas son aspectos críticos que aumentan este riesgo.

En términos de factores clínicos, las enfermedades psiquiátricas como la depresión, el trastorno bipolar, los trastornos de ansiedad y los trastornos de conducta son altamente prevalentes entre los adolescentes que intentan suicidarse. Las enfermedades crónicas y el dolor físico también pueden contribuir, especialmente cuando afectan la calidad de vida y la funcionalidad del individuo. El consumo de sustancias, como el alcohol y las drogas, exacerba estos riesgos al disminuir las inhibiciones y aumentar la impulsividad. Los factores sociales y ambientales también son cruciales en la ecuación del riesgo de suicidio. La dinámica familiar, incluyendo la presencia de violencia doméstica, el divorcio de los padres o la falta de apoyo emocional puede crear un entorno desfavorable para el adolescente. El entorno escolar, caracterizado por el bullying, la presión académica y la falta de inclusión, también puede ser un factor desencadenante. La comunidad y el contexto socioeconómico en el que vive el adolescente pueden influir significativamente, con entornos de alta pobreza y violencia que aumentan el riesgo. (OMS, 2021c)

La DBT explica las conductas suicidas como conductas poco efectivas, derivadas de la desregulación emocional, donde la persona recurre a estas como estrategia de solución de problemas, provenientes de factores biológicos y ambientales, donde el mismo ambiente puede imposibilitar que la persona utilice las habilidades con las que ya cuenta o no permite la adquisición de nuevas habilidades (Linehan, 1993a; Rathus & Miller, 2002; Rathus & Miller, 2015). Encontramos diferentes investigaciones que han utilizado la DBT, donde los resultados de estas reportan efectividad en cuanto la reducción de comportamientos propios de la desregulación emocional, conducta suicida y aumento en distintas áreas como lo son la autoestima, habilidades interpersonales y manejo emocional, (Fleischhaker et al. 2011; Goldstein et al., 2007; Katz, et al., 2004; Rathus & Miller, 2002; Sunseri, 2004). La teoría biosocial de Linehan (1993a) emerge como una herramienta crucial para comprender el fenómeno del suicidio, al abordar la interacción compleja entre factores biológicos y ambientales en la génesis de este comportamiento extremo. Según esta teoría, el riesgo de

suicidio se encuentra intrincadamente ligado a una predisposición biológica hacia la desregulación emocional, combinada con un entorno invalidante. En esencia, algunos individuos poseen una mayor sensibilidad emocional de base, lo que se traduce en una experiencia emocional más intensa y prolongada ante situaciones estresantes.

Esta alta reactividad emocional puede, en sí misma, predisponer a respuestas extremas frente a las adversidades. Sin embargo, el entorno en el que estos individuos se desenvuelven juega un papel igualmente crucial. Un entorno invalidante, caracterizado por la falta de reconocimiento o aceptación de las experiencias emocionales del individuo, puede exacerbar significativamente la desregulación emocional. En este contexto, los adolescentes pueden verse inmersos en un ciclo pernicioso donde sus percepciones y emociones son sistemáticamente cuestionadas o ignoradas, lo que socava su capacidad para gestionar de manera efectiva su mundo interno.

La combinación de una alta sensibilidad emocional y la ausencia de validación puede llevar a la adopción de comportamientos disfuncionales como los intentos de suicidio como mecanismos para lidiar con el abrumador dolor emocional. Este marco teórico no solo ofrece una comprensión más profunda de los factores subyacentes al riesgo de suicidio en la adolescencia, sino que también sugiere implicaciones significativas para la prevención e intervención. Al reconocer la interacción compleja entre la biología y el entorno, se abren nuevas posibilidades para el desarrollo de estrategias de apoyo más efectivas y personalizadas, que aborden tanto los aspectos internos como externos que influyen en el bienestar emocional de los adolescentes.

En este contexto multifactorial, la identificación y la intervención temprana son un desafío, pero también subrayan la importancia de un enfoque multifacético en la prevención. Esto incluye la implementación de programas de prevención basados en evidencia, servicios de apoyo, y protocolos claros ante la detección de riesgo suicida. La colaboración entre escuelas, familias y comunidades es fundamental para crear un sistema de apoyo integral. Las escuelas pueden trabajar con organizaciones comunitarias y profesionales de la salud mental para proporcionar recursos adicionales y apoyo a los estudiantes en riesgo. Además, involucrar a los padres y cuidadores en la educación y la prevención del suicidio puede fortalecer las redes de apoyo y garantizar un enfoque cohesivo. La prevención del suicidio en adolescentes requiere una combinación de estrategias que aborden los múltiples factores de riesgo. Programas educativos en las escuelas que enseñen habilidades de afrontamiento, la identificación de señales de advertencia y la reducción del estigma asociado a la salud mental pueden ser efectivos. También es esencial ofrecer servicios de asesoramiento y apoyo accesibles para los adolescentes, así como campañas de concienciación pública que promuevan la importancia de la salud mental.

Entendiendo esto podemos ver la muerte por suicidio como una muerte prematura prevenible. Esta es una tragedia que no afecta solo a un individuo sino a un gran número de personas, incluidos familiares, amigos y la comunidad a la que este pertenecía. Aunque el suicidio no es una enfermedad es un problema de gran relevancia para la salud pública. Los avances en el estudio de los factores involucrados en el riesgo de suicidio han permitido tener una imagen más completa del comportamiento suicida y la vez permitir el desarrollo de programas de evaluación, intervención y prevención de la muerte por suicidio.

La Regulación Emocional, Desregulación Emocional y su Relación con la Conducta Suicida en Adolescentes.

Regulación emocional

La regulación emocional se define como el conjunto de procesos intrapersonales que permiten a las personas modificar, mantener o modular sus respuestas emocionales, tanto en intensidad como en duración, con el propósito de adaptarse de manera flexible a las demandas del entorno (Gross, 1998). Estos procesos pueden ser automáticos o deliberados, y abarcan una amplia gama de estrategias cognitivas, conductuales y fisiológicas que influyen en cómo se experimentan y expresan las emociones.

Durante la adolescencia, esta capacidad adquiere particular relevancia debido a los profundos cambios neurobiológicos, psicológicos y sociales característicos de esta etapa. Se ha evidenciado que la dificultad para regular adecuadamente las emociones se asocia con una mayor vulnerabilidad al desarrollo de diversos problemas de salud mental, tales como ansiedad, depresión, impulsividad, agresividad, conductas autolesivas y, de forma alarmante, riesgo suicida (Hinks et al., 2020). La inestabilidad emocional, combinada con una limitada capacidad para gestionar el malestar, puede llevar a los adolescentes a emplear estrategias desadaptativas que perpetúan el sufrimiento y aumentan la probabilidad de consecuencias graves.

Desde un enfoque funcional, la regulación emocional no implica la supresión de las emociones, sino su gestión adecuada para promover la adaptación (Thompson, 1994). En este sentido, las estrategias adaptativas, como la reevaluación cognitiva, el enfoque en soluciones, la aceptación o el establecimiento de metas, se asocian con un mayor bienestar psicológico y un mejor desempeño social. Por el contrario, las estrategias desadaptativas, tales como la rumiación, la autoculpa o la evitación emocional, se han vinculado con mayores niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, así como con ideación suicida (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010).

En el contexto mexicano, investigaciones recientes han comenzado a explorar el papel de la regulación emocional en la salud mental de la población infantojuvenil. Por ejemplo, Reyes Pérez et al. (2024) encontraron que el uso frecuente de estrategias desadaptativas, como la rumiación o la autocrítica, en niños y niñas de nivel primaria, se correlaciona significativamente con síntomas de ansiedad por separación, obsesiones y afecto depresivo. Estos hallazgos resaltan la necesidad de desarrollar programas

preventivos dirigidos al fortalecimiento de habilidades emocionales desde edades tempranas, especialmente en contextos escolares.

Ante este panorama, se han diseñado diversas intervenciones basadas en evidencia que incorporan el entrenamiento en regulación emocional como un componente central. Entre ellas destacan los enfoques derivados de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), el Mindfulness aplicado a la educación y la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Programas como DBT STEPS-A (Mazza et al., 2016), adaptados específicamente para su implementación en escuelas secundarias, han demostrado eficacia en la reducción de síntomas ansiosos, conductas impulsivas y factores de riesgo suicida. Estos enfoques parten de la premisa de que fortalecer la capacidad de autorregulación emocional no solo mejora la resiliencia, sino que actúa como un factor protector frente a conductas de riesgo y promueve el bienestar integral de los adolescentes (Linehan, 2015).

Desregulación emocional

Para definir la desregulación emocional, nos encontramos con una de las definiciones más aceptadas en relación con el paradigma conductual, que busca describir la desregulación emocional (DE) es la propuesta por Marsha Linehan en 1993a, caracterizando la DE como una inhabilidad para modificar o modular las claves, experiencia, acciones, respuestas verbales y no verbales relacionadas con la emoción, cuando esto es necesario e incluso se intenta seriamente. Gratz y Romer (2004) conceptualizan la DE no solo como la inhabilidad para modular la actividad emocional, sino que también incluyen dimensiones como la falta de conciencia, comprensión y aceptación de las emociones, así mismo la dificultad para controlar comportamientos impulsivos asociados a emociones displacenteras y la incapacidad para utilizar estrategias apropiadas para la regulación emocional mientras se está experimentando el malestar emocional.

La Desregulación Emocional es el corazón del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y los criterios expuestos en el DSM utilizados para este diagnóstico pueden explicarse con base en esta premisa. Las dificultades evidenciadas en los aspectos emocionales, contextos y situaciones hacen que diferentes autores concuerden con esta conclusión de la DE como eje primario del TLP (Linehan, Bohus & Lynch, 2007; Crowell et al., 2019; Carpenter & Trull, 2013; Boggiano & Gagliesi, 2018) estas dificultades emocionales incluyen una alta intensidad emocional y un lento retorno a la línea basal. El surgimiento de los patrones conductuales característicos del TLP han sido considerados como una dificultad del control de impulsos. Sin embargo, al abordarlos desde la teoría del aprendizaje, se ha demostrado que estas conductas tienen la función de regular las emociones intensas, por lo tanto, estos comportamientos se mantienen en el tiempo como refuerzo negativo y como consecuencia aumenta la probabilidad de que estas conductas se presenten ante situaciones similares, con el riesgo de un aumento de frecuencia y de intensidad, generando cada vez una mayor exposición al daño.

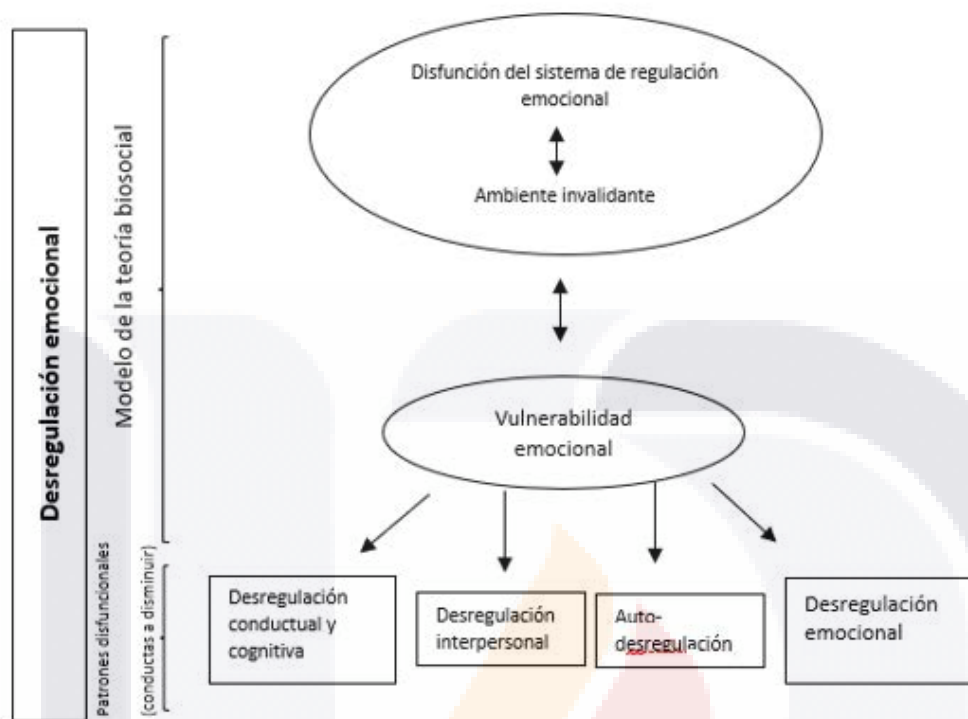
Ante la presencia de emociones de alta intensidad, en muchas ocasiones la persona con DE presenta una desregulación cognitiva (Boggiano & Gagliesi, 2018), que implica

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

dificultades para desviar la atención de claves emocionales, una rigidez cognitiva, pensamiento dicotómico e incluso interpretaciones paranoides de la realidad ante la presencia de niveles altos de estrés, estas son características que se encuentran en individuos con TLP (Goodstein, 1982; Linehan, 1993b). En el mismo sentido una autoimagen inestable, dificultad para organizar acciones orientadas a metas cuando se experimenta malestar psicológico, poca predictibilidad en su comportamiento, este mismo siendo influenciado por el estado emocional como características de desregulación del *Self*, son otras de las conductas que pueden presentar los individuos con problemas de regulación emocional (Gratz & Roemer 2004; Boggiano & Gagliesi, 2018).

Linehan en 2015 identificó que gran parte de las personas que presentan DE muestran a su vez desregulación conductual, que se encuentra en amplia medida en los individuos diagnosticados con TLP, esto se puede notar ante la presencia de diversas conductas de riesgo como lo pueden ser el consumo de sustancias, autolesiones, conductas sexuales de riesgo, intento de suicidio, entre otras, que en primer instante suelen resultar eficaces para la reducción del malestar emocional, sin embargo, a largo plazo esto interfiere con las metas de vida de la persona y evita el aprendizaje de conductas asertivas para la resolución de situaciones que resultan aversivas para la persona. De igual manera con el fin de brindar al profesional una forma de organizar de manera más clara el amplio espectro de conductas implicadas en la desregulación, Linehan (1993a) planteó la clasificación de patrones comportamentales en distintos clústeres (emocional, cognitiva, conductual, *del self* e interpersonal) como se explica en la figura 2.

Figura 2
Modelo explicativo de la Desregulación Emocional



Comportamiento suicida en adolescentes.

Durante los últimos años el suicidio se ha convertido en un problema de salud pública, llevado a los gobiernos e instituciones de salud a prestar mayor atención a la salud mental de la población (OMS, 2019). Por lo tanto, el suicidio se ha convertido en un tema de estudio para distintas disciplinas brindando un amplio abanico que permite comprender los distintos factores implicados y los diversos componentes que lo originan. En cuanto al suicidio en México, ocurrieron 6 mil 710 suicidios en el 2018, con una tasa de 5.4 suicidios por cada 100 mil habitantes, sin embargo, es de particular preocupación el incremento continuo (16%) que se ha mantenido en la tasa de incidencia entre la población durante los últimos diez años, del 2010 al 2013 pasó de 4.3 a 5.0 y del 2013 al 2019 aumentó de 5.0 a 5.7 (INEGI, 2020). Estas cifras hablan de un aumento progresivo en torno a las muertes por suicidio, en México se identificó que la tercera causa de muertes en el grupo de edad de 10 a 17 años se debe a lesiones auto inflingidas.

La presencia de conductas suicidas se genera de manera escalar y multifactorial determinada por la interacción de diversos factores del desarrollo de la persona (psicológico, biológico, sociocultural, ambiental) factores que pueden causar en la persona un intenso malestar emocional (Cuesta-Reve, 2017; Mosqueda, 2016; Echeburúa, 2015). La adolescencia es una etapa del desarrollo que implica múltiples cambios en la persona, tanto biológicos como socioculturales, estos cambios pueden generar estrés y cierta inestabilidad emocional que se puede ver incrementados ante la presión de múltiples factores como lo son situaciones familiares, escolares y la falta de experiencia en habilidades que permitan entender estas situaciones y por ende tener un mal manejo de las mismas (Saha & Saleem, 2014) la adolescencia es una etapa en la que el desarrollo de habilidades de regulación emocional es fundamental; distintas investigaciones muestran cómo aquellos adolescentes que cuentan con estas son más competentes socialmente y presentan niveles más altos de comportamiento prosocial que establece relaciones interpersonales de mayor calidad (Denham et al., 2003, Spinard et al., 2006)

Por medio de diversas investigaciones (González-Forteza., et al 2002; Bridge et al, 2014; Zhao & Zhang, 2015; Dillillo., et al 2015; Korczak, 2015; Franklin., et al, 2016; Tan, Xia & Reece, 2016, Park & Lee, 2018), se han identificado variables en relación con la conducta suicida como lo son: la sintomatología depresiva, consumo de sustancias, violencia intrafamiliar, acoso escolar, supresión de la orientación sexual, exposición a comportamientos suicidas por parte de terceros, etc. Lai y Shek en 2010 identificaron factores de riesgo asociados al sentimiento de desesperanza, la mala comunicación con los padres específicamente la relación negativa que existe entre la comunicación madre hijo y la presencia de la ideación suicida. Así mismo se ha encontrado que el suicidio en la adolescencia ocurre debido a factores tanto internos como externos, identificados como factores estresores de tipo psicosocial, de igual manera la relación entre prácticas parentales deficientes en relación con la baja autoestima y depresión que se pueden tornar en ideación suicida e intento suicida (Shah & Saleem, 2014).

En cuanto a las diferencias de género en relación con factores de riesgo encontramos investigaciones como la de Park., et al (2005) que encontraron que predictores

de ideación suicida en hombres fueron la satisfacción con la vida, depresión, y deficiente comunicación familiar, en cuanto a las mujeres se encontró que coincidió en cuanto a la depresión y la satisfacción de vida, siendo diferente solo la mención del consumo de tabaco. En torno a esto se reportó que de estos factores para mujeres el predictor más fuerte fue la depresión, en comparación con los hombres donde el predictor más fuerte fue la satisfacción con la vida.

Bridge et al, (2014) señalan la sintomatología depresiva y la presencia de conductas o intentos de suicidio, como dos factores de riesgo con gran conexión sobre los cuales es necesario intervenir, pues se considera que mientras no existan intervenciones eficaces, es fundamental el uso de herramientas que permitan medir estos factores de riesgo, por lo tanto sugieren el uso de estrategias de tamizaje adecuadas para reconocer a las personas con un alto nivel de riesgo, haciendo posible su canalización para que reciban la atención especializada. Investigaciones como la de Dilli, Dallar y Cakir, (2010) indican que factores asociados con la conducta suicida en la adolescencia, son la presencia de conflictos con los padres y estresores psicosociales como los problemas escolares, una ruptura amorosa o discusiones con los amigos. Se resaltó la poca habilidad presente en el adolescente con intentos suicidas para poder lidiar con la resolución de problemas.

Como se puede observar los comportamientos suicidas tienen su origen en diversos factores tanto individuales como contextuales con una fuerte interrelación, que pueden ser de diversos tipos por ende es necesario el desarrollo de programas de calidad, desarrollados para reducir estos factores, y que propicien un aumento en el desarrollo de factores de protección, y en la adquisición de habilidades socioemocionales que ayuden a la disminución y prevención de la conducta suicida, y de igual manera en el decremento de diversos factores de riesgo.

Capítulo 3. Habilidades Dialectico Conductuales para Adolescentes.

La Terapia Dialéctico Conductual (DBT, por sus siglas en inglés) es un enfoque terapéutico basado en evidencia, el cual fue desarrollado a principios de la década de los 90 por la doctora Marsha Linehan; Inicialmente esta intervención estaba dirigida a personas adultas diagnosticadas con Trastorno Límite de Personalidad (TLP) y que a su vez presentaban un alto riesgo de suicidio (Linehan, 1993a; Lungo & Linehan, 2016). DBT está fundamenta en la integración de elementos de modificación conductual, aunado a principios de aceptación y mindfulness, organizados dentro de un panorama dialéctico que proporciona un marco terapéutico sólido para abordar las complejas necesidades de los consultantes que enfrentan diferentes condiciones de salud mental (Linehan, 2015). Como se mencionó con anterioridad originalmente fue diseñada para tratar a adultos con comportamientos autolesivos y suicidas, sin embargo, la evidencia reciente muestra que este enfoque terapéutico ha demostrado ser beneficioso no solo para individuos diagnosticados con trastorno límite de la personalidad (TLP), sino también para distintos trastornos mentales, como el trastorno depresivo mayor, la ansiedad, los trastornos de la alimentación y el comportamiento suicida. El presente capítulo pretende revisar y analizar objetivamente la evidencia científica de la efectividad del grupo de entrenamiento en habilidades DBT en especial las adaptaciones para población adolescente, cuando se utilizan de manera independiente al tratamiento completo.

La adolescencia es un periodo crítico caracterizado por transiciones biológicas, emocionales y sociales que incrementan la vulnerabilidad a trastornos mentales y conductas de riesgo, incluidas las conductas suicidas (Arnett, 2023). A su vez está es una etapa en la que las relaciones sociales se vuelven extremadamente importantes. Las amistades y las relaciones románticas emergentes desempeñan un papel crucial en la vida de los adolescentes, proporcionándoles un sentido de pertenencia y apoyo. Sin embargo, estas relaciones también pueden ser una fuente de estrés y ansiedad. La presión de los pares, el bullying y el deseo de aceptación social son factores que pueden afectar significativamente la salud mental de los adolescentes. La influencia de las redes sociales ha amplificado estos problemas, haciendo que los adolescentes se sientan constantemente observados y juzgados. En este contexto de transformación y vulnerabilidad, los adolescentes pueden ser particularmente susceptibles a problemas de salud mental, incluyendo la depresión, la ansiedad y el riesgo de suicidio.

La OMS (2021b) destaca que la mayoría de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años, subrayando la importancia de los programas de prevención basados en evidencia, así como la necesidad de servicios de apoyo y protocolos claros ante la detección de riesgo suicida. Es fundamental entender las dinámicas de esta etapa para poder ofrecer apoyo y desarrollar intervenciones efectivas. En resumen, la adolescencia es una etapa

compleja y multifacética del desarrollo humano que requiere una comprensión y un apoyo cuidadoso. La interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales durante este período puede tener implicaciones significativas para el bienestar y el desarrollo futuro de los adolescentes. La implementación de intervenciones preventivas y programas de apoyo es crucial para ayudar a los jóvenes a superar los desafíos de la adolescencia y a desarrollar una base sólida para la vida adulta. En los últimos años, el aumento de las tasas de suicidio en la adolescencia ha generado una preocupación significativa a nivel global y ha marcado la amplia necesidad de intervenciones psicológicas que muestren ser efectivas y que sean específicas para esta etapa del desarrollo (OMS, 2021a).

Dicho esto, encontramos que la adaptación de DBT para adolescentes (DBT-A) como un enfoque sólido para atender a las necesidades propias de esta etapa del desarrollo, DBT-A ha sido una adaptación centrada en abordar las demandas actuales de la adolescencia, pues esta adaptación incorpora adecuaciones en los módulos de habilidades y en la estructura del tratamiento que atienden los desafíos y características propias de esta etapa del ciclo vital (Miller, Rathus, & Linehan, 2007). Entre estas modificaciones se incluyen la incorporación de la familia agregando el módulo titulado “camino del medio” y además encontramos adecuaciones las cuales también contemplan el contexto escolar en el proceso terapéutico, así como la adaptación de los contenidos y la metodología de enseñanza de las habilidades con la intención de hacerlas más accesibles y comprensibles para los adolescentes (Miller et al., 2007).

Al hablar sobre la eficacia del tratamiento DBT encontramos que su versión estándar ha sido ampliamente investigado y validado para distintas poblaciones, estas investigaciones han mostrado que el uso del grupo de entrenamiento en habilidades como intervenciones independientes ha mostrado ser efectivo y resulta una opción viable y atractiva para distintas poblaciones que presentan conductas de riesgo, pero que no pueden o no desean participar en un tratamiento integral (Neacsiu, et al., 2014; Valentine et al., 2015). Ante esta información, es importante, examinar críticamente la efectividad de estas habilidades, así como su impacto en la promoción del bienestar emocional entre la población adolescentes.

La adaptación propuesta para adolescentes se diferencia del enfoque estándar en distintos puntos clave, pues se adapta tanto el lenguaje como contenido gráfico de los materiales y la estructura de las sesiones para atender a las particularidades de los adolescentes. Una de las modificaciones más significativas es la integración del contexto familiar en el tratamiento. Los adolescentes, a diferencia de los adultos, dependen en gran medida de sus familias y entornos educativos, lo que hace que la intervención en estos sistemas deba contemplarse para el éxito terapéutico (Miller et al., 2007). El enfoque familiar en DBT-A incluye la enseñanza de habilidades a los padres con el módulo “camino

del medio”, esto con el objetivo de mejorar la interacción y dinámica familiar con el fin de apoyar el cambio conductual en el adolescente.

El trabajar con temas específicos de las demandas propias del desarrollo como la identidad, la autonomía y las relaciones interpersonales logra una mayor adherencia de los tratamientos y sentimiento de pertenencia (Miller et al., 2007), esto logra que la adaptación y la tropicalización de los módulos de habilidades adquieran mayor relevancia y sean más comprensibles. Un ejemplo de esto es el módulo de "Efectividad Interpersonal" el cual se adapta para abordar los desafíos específicos que enfrentan los adolescentes en sus relaciones con pares y figuras de autoridad (Rathus & Miller, 2015). Estas adaptaciones no solo buscan mejorar la competencia social de los adolescentes, sino también reducir los conflictos interpersonales que pueden contribuir a la desregulación emocional y las conductas de riesgo.

A medida que avanza el tiempo y se realizan distintas investigaciones sobre DBT-A, se ha encontrado evidencia que comprueba su eficacia en la reducción de conductas autolesivas, incluyendo la conducta suicida, sin embargo, es importante destacar que gran parte de esta evidencia se ha centrado en la implementación del tratamiento completo de DBT-A, dejando un vacío en la comprensión del impacto del grupo de entrenamiento en habilidades como tratamiento independiente. Aunado a esto la importancia de la diseminación de intervenciones de calidad, dado que no todos los adolescentes tienen acceso a tratamientos prolongados, dado los altos costes de estas intervenciones; comprender cómo y en qué medida las habilidades de forma independiente pueden ser efectivas es de suma importancia para expandir el alcance y la accesibilidad de las intervenciones basadas en evidencia científica.

Antes de continuar es importante comprender los fundamentos teóricos y epistemológicos de la DBT, así como las adaptaciones específicas que han sido implementadas para su aplicación con población adolescentes. De igual forma la literatura científica que respalda la efectividad de las habilidades de DBT en diferentes contextos, y poblaciones, como discutir las barreras y desafíos asociados a la implementación de la adaptación DBT-A.

Fundamentos de la Terapia Dialéctico Conductual y la evidencia de la adaptación para población adolescente DBT-A

La Terapia Dialéctica Conductual es una intervención basada en evidencia científica que se fundamenta bajo una concepción teórico-epistemológica que busca integrar principios dialécticos del budismo Zen en interacción con conceptos de la ciencia conductual. Sostiene que el cambio terapéutico ocurre bajo una interacción dialéctica que media la integración entre la aceptación y el cambio, estos dos procesos que, aunque aparentemente opuestos, resultan necesarios para la modificación de comportamientos que ante el contexto de la persona resultan desadaptativos y a la vez para la regulación

emocional (Linehan, 1993a). Este enfoque se basa en la premisa de que las dificultades emocionales surgen de la interacción entre predisposiciones biológicas y ambiente que invalidan las experiencias emocionales de la persona. La dialéctica, en este contexto, se refiere a la capacidad de equilibrar estos dos procesos, promoviendo la aceptación de las experiencias mientras se busca activamente la generación de habilidades que promueven el cambio (Linehan, 1993a).

Dentro de la DBT el modelo biosocial propone que la desregulación emocional es resultado de la interacción entre las vulnerabilidades biológicas y entornos invalidantes. En el caso de los adolescentes, quienes atraviesan períodos de desarrollo caracterizados por cambios hormonales y demandas sociales que ante la hipersensibilidad pueden percibirse como un estresor, esta interacción puede ser particularmente perjudicial para la persona (Linehan, 1993a).

La DBT se caracteriza por su enfoque multicomponente, el cual incluye varios elementos clave:

Terapia Individual: Componente en el cual el terapeuta trabaja directamente con el consultante para abordar problemas específicos, utilizando técnicas de intervención para promover la regulación emocional efectiva y disminuir aquellas conductas problema para el consultante.

Grupo de Entrenamiento en Habilidades: Los consultantes participan en sesiones grupales donde aprenden y practican habilidades clave como mindfulness, tolerancia al malestar, regulación emocional, efectividad interpersonal y en el caso de DBT-A, el camino del medio. Este componente proporciona un entorno de apoyo para la adquisición, generalización y refuerzo de estas habilidades.

Coaching Telefónico: Este componente ofrece soporte continuo, permitiendo a los consultantes recibir orientación y apoyo en tiempo real cuando enfrentan situaciones de crisis. El coaching telefónico es fundamental para aplicar las habilidades aprendidas buscando la generalización al contexto de la vida cotidiana.

Equipo de Consultoría: El equipo de consultoría está compuesto por profesionales que se reúnen regularmente para discutir casos, coordinar estrategias y asegurar la consistencia del tratamiento. Este enfoque colaborativo es crucial para la implementación efectiva de la DBT.

La eficacia de DBT-A ha sido respaldada por diversos estudios que demuestran su efectividad en la regulación emocional, la reducción de comportamientos autolesivos y la disminución de la ideación suicida en adolescentes. La implementación de DBT-A en diferentes contextos, como clínicas, escuelas y entornos comunitarios, ha mostrado

resultados positivos y destaca la adaptabilidad de la terapia a diversas circunstancias y recursos disponibles (Neacsiu et al., 2014; Valentine et al., 2015).

En contextos con recursos limitados, la evidencia sugiere que el entrenamiento en habilidades DBT puede ser efectivo incluso cuando se utiliza de forma independiente al tratamiento completo. Estudios han mostrado que los grupos de entrenamiento en habilidades DBT mantienen una alta eficacia y bajas tasas de abandono, subrayando su utilidad en entornos con restricciones económicas y de especialistas (Linehan et al., 2015; Goldstein et al., 2015).

En el contexto iberoamericano, la adaptación de DBT-A ha demostrado ser efectiva en países como España y México, donde se ha observado una mejora en la regulación emocional y una reducción de la ideación suicida y los comportamientos autolesivos en adolescentes (Gasol et al., 2022). Estos resultados reflejan la capacidad de la DBT-A para adaptarse a diferentes contextos culturales y socioeconómicos, resaltando la importancia de continuar con la investigación y adaptación de estas intervenciones para maximizar su impacto y accesibilidad (Hermosillo-de-la-Torre et al., 2019).

Implementación y eficacia de DBT-A

Como se ha mencionado la Terapia Dialéctica Conductual para Adolescentes (DBT-A) ha demostrado su efectividad en una amplia variedad de condiciones psicológicas y contextos terapéuticos. Su enfoque integral combina técnicas de modificación conductual, mindfulness y habilidades de regulación emocional, lo que permite abordar de manera efectiva las complejas necesidades de los adolescentes que presentan trastornos mentales como el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), ideación suicida, autolesiones, entre otras condiciones. El componente de entrenamiento en habilidades grupales, amplía el alcance terapéutico al facilitar un entorno de apoyo social donde los adolescentes pueden adquirir habilidades adaptativas y desarrollar un sentido de pertenencia y comunidad, elementos cruciales para su recuperación y bienestar a largo plazo (Telch et al., 2000; Dimeff et al., 2000; Federici et al., 2012; Lenz et al., 2014; Wisniewski & Ben-Porath, 2015).

La efectividad de DBT ha sido respaldada en entornos escolares, ambulatorios e intrahospitalarios. Uno de los primeros estudios en adaptar la DBT para adolescentes fue realizado por Rathus y Miller (2002), quienes observaron la eficacia de esta intervención en comparación con el tratamiento psicoanalítico que fungía como TAU en un grupo de adolescentes hospitalizados con características relacionadas al TLP y con la presencia de conductas suicidas. Dicho estudio mostró que el grupo el cual recibió el tratamiento DBT-A no solo redujo significativamente el número de reingresos hospitalarios, sino que también experimentó una disminución en la ideación suicida y en los síntomas específicos del TLP, destacando un aumento notable en la adherencia terapéutica (62% en comparación con el 40% del tratamiento habitual). Estos hallazgos subrayan la importancia de la DBT-A en la reducción de conductas que amenazan la vida y en la mejora de la regulación emocional en adolescentes con necesidades clínicas complejas.

Un estudio posterior realizado por Katz et al. (2004) comparó la efectividad de una intervención informada en DBT (iDBT) en contraste con un entrenamiento psicodinámico para adolescentes hospitalizados con ideación e intentos de suicidio. Los resultados indicaron que el grupo de iDBT, que recibía sesiones diarias de entrenamiento en habilidades y terapia individual, redujo significativamente los incidentes conductuales en comparación con el tratamiento psicodinámico. A pesar de las limitaciones, como la no asignación aleatoria y la falta de control sobre el tratamiento farmacológico, este estudio refuerza la utilidad de la DBT en la gestión de conductas de alto riesgo en entornos hospitalarios.

En un contexto más reciente, Mehlum et al. (2014) evaluaron un programa de entrenamiento en habilidades DBT de 20 semanas en adolescentes con síntomas de TLP. Este estudio, incluyó sesiones semanales de entrenamiento en habilidades multifamiliares y terapia individual, y demostró mejoras significativas en la regulación emocional, así como una reducción en conductas autolesivas e ideación suicida. Estos resultados son consistentes con el estudio de Mehlum et al. (2019), que examinó la efectividad de DBT en adolescentes con comportamientos autolesivos en Noruega. Los participantes de este estudio recibieron sesiones semanales de 120 minutos de entrenamiento en habilidades multifamiliares durante 20 semanas, mostrando una disminución significativa en los episodios de autolesiones y en las hospitalizaciones relacionadas con conductas suicidas durante y después del tratamiento. Estos estudios confirman la eficacia de la DBT-A en la mejora de la regulación emocional y la reducción de conductas de alto riesgo en adolescentes.

Las habilidades de DBT han demostrado ser efectivas incluso cuando se aplican de manera independiente al tratamiento completo, especialmente en contextos con recursos limitados. Neacsiu et al. (2014) y Valentine et al. (2015) reportaron que los programas de entrenamiento en habilidades DBT en solitario son efectivos en la reducción de sintomatología relacionada con trastornos de salud mental y problemas de conducta. En contextos comunitarios y de salud pública, estos programas han reducido la prevalencia de conductas suicidas y mejorado la regulación emocional y habilidades socioemocionales en adolescentes (Linehan et al., 2015). Una revisión sistemática realizada por Valentine et al. (2015) corrobora estos hallazgos y resalta la importancia del entrenamiento en habilidades DBT como tratamiento independiente, señalando su costo-efectividad y su aplicabilidad en diversas poblaciones, incluyendo aquellas con bulimia nerviosa, discapacidades intelectuales, trastorno por déficit de atención, consumo de sustancias y autolesiones no suicidas (Cook & Gorraiz, 2016; Goldstein et al., 2015).

Las adaptaciones culturales de DBT-A en contextos iberoamericanos, aunque limitadas, han mostrado resultados prometedores. En México, Ramírez et al. (2018) implementaron un programa de 16 semanas de entrenamiento en habilidades DBT en una clínica de salud mental en la Ciudad de México, observando una disminución significativa en los síntomas depresivos y autolesivos en adolescentes. Hermosillo-de-la-Torre et al. (2019) desarrollaron un programa informado en DBT para la prevención del suicidio en jóvenes de Aguascalientes, beneficiando a 674 personas. Este estudio, aunque no evaluó la aplicación individual del grupo de entrenamiento en habilidades, evidenció mejoras en la regulación emocional y conductual en adolescentes.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Gil Díaz (2020) evaluó la efectividad de un grupo de habilidades basado en DBT-A, utilizando una versión breve de 10 sesiones, en adolescentes escolarizados. Este estudio se realizó mediante un diseño clínico aleatorizado con mediciones pre y postintervención, involucrando a 63 participantes. Los resultados mostraron mejoras significativas en la disforia, los tipos de pensamiento asociados a la escala de depresión CESD-R, la autoestima y el manejo emocional. Además, se observó un incremento en el uso de habilidades adaptativas y una disminución en el afrontamiento disfuncional, con tamaños del efecto pequeños a moderados. Aunque el formato breve mostró eficacia para abordar factores de riesgo psicosociales, su impacto en la reducción directa de conductas suicidas fue limitado, lo que sugiere la necesidad de intervenciones más extensas o complementarias.

Huerta-Hernández et al. (2021) analizaron el impacto del programa DBT STEPS-A, una adaptación de la DBT diseñada específicamente para entornos educativos, en estudiantes universitarios de Puebla. Este programa mostró mejoras significativas en los niveles de ansiedad, depresión y regulación emocional, particularmente en aquellos grupos que participaron en una combinación de DBT STEPS-A con actividades de educación socioemocional estándar (TAU). Los resultados sugieren que este enfoque combinado puede potenciar la efectividad del DBT STEPS-A como estrategia de prevención universal en contextos escolares.

Arteaga de Luna (2022) llevó a cabo un ensayo clínico factorial longitudinal para evaluar la eficacia de dos intervenciones basadas en terapias de tercera generación: una adaptación mexicana de la Terapia Dialéctica Conductual para Adolescentes (DBT-A-MX) y las Intervenciones Basadas en Mindfulness (IBM). El estudio, realizado con estudiantes universitarios, se enfocó en la reducción de factores psicosociales relacionados con el suicidio, como la desesperanza y la autolesión. Aunque la DBT-A-MX no mostró resultados inmediatos en la disminución del estrés, presentó efectos moderados en la mejora de la desregulación emocional y el afrontamiento disfuncional a lo largo del tiempo. Por otro lado, las IBM obtuvieron tamaños del efecto pequeños a moderados en la reducción de la depresión, el estrés y la desregulación emocional, con un impacto más pronunciado a los seis meses de seguimiento. Este estudio subraya la eficacia de ambas intervenciones en la prevención del riesgo suicida y destaca la relevancia de implementar estrategias culturalmente adaptadas para el contexto mexicano.

En otro estudio, Hermosillo-de-la-Torre et al. (2023) investigaron el efecto de un tratamiento informado en DBT en preadolescentes, mostrando mejoras significativas en la sintomatología depresiva y la regulación emocional, así como en la relación con los padres. Este estudio, además, evaluó el mantenimiento de estas mejoras a lo largo del tiempo, demostrando que los beneficios se mantenían hasta 24 meses después de la intervención inicial. Sin embargo, también se identificaron áreas de oportunidad para el refuerzo y práctica continua de habilidades.

Aunque la evidencia respalda la efectividad de DBT-A en diversos contextos, existen vacíos en la literatura sobre el impacto del entrenamiento en habilidades como tratamiento independiente. Además, las adaptaciones culturales en contextos iberoamericanos enfrentan desafíos significativos, como la escasez de recursos especializados, la falta de formación adecuada para terapeutas, y las barreras socioeconómicas que dificultan el acceso a tratamientos intensivos de larga duración. Estos

factores subrayan la necesidad de desarrollar intervenciones más accesibles y adaptadas a las realidades locales, así como de fomentar investigaciones que evalúen la efectividad de DBT-A en diferentes contextos socioculturales.

La falta de estudios longitudinales que sigan a los participantes durante varios años después de la intervención inicial también es un área crítica que necesita atención. Los estudios disponibles sugieren que los efectos positivos de DBT-A pueden mantenerse a largo plazo, pero se requiere más investigación para comprender mejor los factores que contribuyen al éxito continuado del tratamiento. Asimismo, la escasez de investigaciones que analicen la eficacia de DBT-A en poblaciones diversas y con diferentes problemáticas de salud mental limita nuestra comprensión sobre cómo adaptar y personalizar el tratamiento para maximizar su efectividad.

La DBT-A ha mostrado ser una intervención efectiva y versátil para adolescentes con conductas suicidas y problemas de regulación emocional, tanto en su formato completo como en el entrenamiento en habilidades aplicado de manera independiente. Sin embargo, es fundamental continuar explorando las barreras que enfrentan los adolescentes y sus familias al acceder a DBT-A, especialmente en contextos con recursos limitados. Futuros estudios deben centrarse en la evaluación de la eficacia de estas intervenciones en diferentes poblaciones y entornos culturales, así como en el desarrollo de programas adaptados que consideren las necesidades y características específicas de los adolescentes en contextos iberoamericanos y otras regiones subrepresentadas en la literatura.

De igual manera, sería beneficioso para la comunidad científica, clínica y educativa contar con investigaciones que examinen este tipo de propuestas para contextos comunitarios y escolares, en donde los desafíos para acceder a tratamientos especializados son mayores. Este tipo de investigaciones podrían ayudar a diseñar intervenciones más accesibles y sostenibles, que no solo se centren en la reducción de síntomas, sino también en la promoción del bienestar y el desarrollo íntegro no solo de adolescentes en riesgo. Siguiendo esta línea, el desarrollo y evaluación de programas culturalmente adaptados, factibles de implementar en instituciones educativas públicas, representa una oportunidad significativa de innovación social. La confiabilidad del modelo propuesto se respalda en su estructura modular, el uso de materiales didácticos accesibles y la posibilidad de ser facilitado por personal capacitado no clínico, lo cual favorece su replicación. Asimismo, su sostenibilidad se ve fortalecida por la creación de recursos estructurados y su pertinencia contextual, que permite que el programa continúe operando más allá del periodo de investigación. Esta propuesta no solo responde a una necesidad urgente en salud mental, sino que también posee un potencial de escalabilidad hacia políticas públicas orientadas a la prevención del suicidio y la promoción del bienestar emocional en el ámbito escolar. Finalmente, su impacto podría extenderse a políticas educativas al integrar el desarrollo de habilidades socioemocionales en los programas escolares, fortaleciendo la transferencia social del conocimiento psicológico hacia entornos aplicados y socialmente relevantes.

Capítulo 4. Planteamiento del Problema.

Como se ha conceptualizado a lo largo de los capítulos anteriores el suicidio en adolescentes es una problemática de salud pública que ha tomado relevancia por su alarmante incremento a nivel global y nacional. En México, las tasas de suicidio en adolescentes han mostrado un aumento constante en las últimas décadas, destacándose como una de las principales causas de muerte en este grupo etario. Diversos estudios, tanto internacionales como nacionales, han señalado que la conducta suicida está estrechamente relacionada con la falta de estrategias efectivas de regulación emocional, la baja autoestima, la impulsividad y una red de apoyo insuficiente (González-Forteza et al., 2002; Chávez-Hernández et al., 2015; Hermosillo-de-la-Torre et al., 2021).

A pesar de la creciente necesidad de implementar intervenciones basadas en evidencia científica, los programas de prevención de conductas suicidas dirigidos a adolescentes en contextos escolares son limitados en México. Esta carencia de intervenciones probadas genera un vacío importante en la atención temprana de factores de riesgo psicosocial asociados al suicidio. Los datos muestran que los adolescentes son particularmente vulnerables a la desregulación emocional y al desarrollo de conductas de riesgo, lo que subraya la importancia de contar con programas eficaces y accesibles que puedan implementarse en contextos escolares y brindar soporte a esta población en riesgo.

Como se ha revisado en capítulos anteriores una intervención que ha demostrado ser eficaz en la regulación emocional y la reducción de conductas suicidas es la Terapia Dialéctica Conductual para Adolescentes (DBT-A). Esta terapia, adaptada de la DBT desarrollada por Marsha Linehan (1993a), ha mostrado resultados favorables en diversas investigaciones en poblaciones con problemas de desregulación emocional, tanto en adolescentes como en adultos, y su implementación ha sido replicada en diferentes contextos. En México, estudios recientes han comenzado a explorar la aplicación del Grupo de Entrenamiento en Habilidades (GEH) de la DBT en adolescentes, señalando su potencial para la prevención de conductas suicidas y la mejora en la regulación emocional (Gil-Díaz, 2020; Arteaga-de-Luna, 2022).

Sin embargo, una de las principales limitaciones que se observan en la revisión de la literatura científica es la falta de estudios rigurosos que evalúen la efectividad de estos programas en contextos escolares en México. La mayoría de los estudios se han enfocado en poblaciones clínicas o en contextos urbanos con mayor acceso a recursos, dejando un vacío significativo en la atención de adolescentes en situación de riesgo en el ámbito educativo. La importancia de la intervención temprana es crucial para reducir los factores de riesgo asociados al suicidio en adolescentes, y la evidencia existente subraya la necesidad de evaluar programas adaptados al contexto sociocultural de la población escolar mexicana.

Con base en lo anterior, surgen interrogantes sobre la pertinencia, eficacia y alcance del programa DBT-MXAU 2.0 al ser implementado en adolescentes mexicanos escolarizados que viven en contextos urbanos marcados por condiciones de vulnerabilidad. Resulta fundamental indagar en qué medida esta intervención, puede contribuir a la prevención del comportamiento suicida en esta población. A partir de ello, se plantea la siguiente pregunta central de investigación, junto con subpreguntas que permiten evaluar el impacto del programa de forma integral

¿En qué medida el programa de habilidades DBT-MXAU 2.0 es eficaz para reducir el riesgo de suicidio en adolescentes mexicanos en situación de vulnerabilidad social?

¿Qué cambios se observan en la ideación suicida y otros indicadores de riesgo suicida tras la implementación del programa?

¿Qué impacto tiene el programa en el fortalecimiento de habilidades de regulación emocional en los adolescentes participantes?

¿Cuál es el tamaño del efecto del programa en variables psicosociales asociadas al riesgo suicida, como síntomas depresivos, desesperanza e impulsividad?

Para responder a estas interrogantes, este estudio busca evaluar la eficacia del programa DBT MXAU 2.0 en la reducción del riesgo de suicidio en adolescentes del estado de Aguascalientes, de esta manera contribuyendo al conocimiento sobre el impacto de programas basados en evidencia en contextos educativos en México.

Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo principal evaluar la eficacia del programa de entrenamiento en habilidades DBT, adaptado para adolescentes mexicanos en contextos escolares (DBT-MXAU 2.0), y conocer su impacto en la reducción del riesgo suicida en adolescentes de 12 a 15 años. Se espera que el tratamiento, basado en el aprendizaje de habilidades socioemocionales, sea eficaz en la disminución de los factores de riesgo asociados al suicidio.

Objetivos Particulares

Identificar los factores psicosociales y emocionales que se asocian con el riesgo de suicidio en adolescentes de 12 a 15 años en escuelas urbanas de la ciudad de Aguascalientes.

Medir el impacto del programa DBT-MXAU en la reducción de conductas suicidas y factores de riesgo emocionales en adolescentes, evaluando su eficacia.

Explorar la relación entre el aprendizaje de habilidades emocionales y de afrontamiento del programa DBT y su influencia en la disminución de conductas de riesgo y mejora en la regulación emocional.

Formular recomendaciones para optimizar el protocolo del programa DBT-MXAU, tomando en cuenta los resultados obtenidos y las necesidades específicas de la población adolescente mexicana.

Hipótesis

El estudio mostrará que el programa DBT-MXAU será eficaz para la reducción de: a) conductas de riesgo suicida; b) factores psicosociales asociados al suicidio, con tamaños del efecto de medianos a grandes (valores de d de Cohen entre .5 y .8). Asimismo, se espera encontrar una relación mediadora entre el aprendizaje de habilidades DBT y la reducción de los factores de riesgo psicosociales asociados al comportamiento suicida.

La hipótesis nula de la investigación es que el programa DBT-MXAU no reducirá las conductas de riesgo suicida ni los factores de riesgo psicosociales, o incluso incrementará el comportamiento suicida en adolescentes de la ciudad de Aguascalientes.

Variables

Variable Independiente (VI). DBT-MXAU 2.0 Protocolo de habilidades emocionales basado en DBT adaptado para adolescentes mexicanos escolarizados en contextos urbanos (DBT-MXAU 2.0). Este protocolo fue desarrollado específicamente para este estudio considerando las características de la población de adolescentes escolarizados en contextos urbanos de México. La evaluación del protocolo se realizará mediante los datos obtenidos en las fases de pretest y postest, permitiendo comparar los cambios generados por la intervención.

Variables Dependientes (VD). A continuación, se presentan las variables dependientes utilizadas para este estudio.

Regulación Emocional (CERQ-K). Se refiere a la capacidad de los individuos para gestionar y responder a sus emociones de manera efectiva. Incluye estrategias como la reevaluación positiva, la autculpa y la rumiación, que afectan cómo se enfrentan a situaciones emocionales. (Reyes-Pérez et al., 2021).

Sintomatología Depresiva (CESD-R). Evalúa la presencia y severidad de síntomas relacionados con la depresión, tales como tristeza, pérdida de interés, fatiga y cambios en el apetito. Se basa en la autoevaluación de los individuos sobre su estado emocional en un periodo reciente. (Radloff, 1977; González-Forteza et al., 2008).

Ideación Suicida (IDR). Mide la frecuencia y la intensidad de pensamientos relacionados con el suicidio. Esto incluye la consideración de autolesionarse o terminar con la vida, lo cual es crucial para identificar riesgos en la salud mental de los adolescentes. (González-Forteza et al., 1998).

Tentativas Suicidas (CCS). Se refiere a la evaluación de intentos previos de suicidio, proporcionando información sobre la historia de conductas suicidas en los

adolescentes, lo que puede ser un indicador de problemas emocionales graves. (González-Forteza et al., 2009).

Autoestima (Escala de Rosenberg). Mide la percepción que tiene una persona sobre su propio valor y autoestima. Incluye aspectos como la autoconfianza y la satisfacción con uno mismo, que son fundamentales para el bienestar psicológico. (Rosenberg, 1965).

Habilidades Socio-Emocionales (EHSE-DBT). Evalúa las competencias que permiten a los individuos manejar sus emociones y relaciones interpersonales de manera efectiva. Esto incluye habilidades como la empatía, la comunicación y la resolución de conflictos. (Acevedo-Rojas, 2021).

Ansiedad (SCAS). Mide la presencia y la intensidad de síntomas de ansiedad, que pueden incluir preocupaciones excesivas, nerviosismo y síntomas físicos asociados a la ansiedad. Es importante para entender el impacto de la ansiedad en la vida diaria de los adolescentes. (Hernández-Guzmán et al., 2003).

Consumo de Sustancias. Evalúa el uso de sustancias como alcohol, tabaco y drogas, así como la frecuencia y la cantidad de consumo. Esto es relevante para identificar comportamientos de riesgo que pueden afectar la salud física y mental. (González-Forteza et al., 1998).

Violencia (EVA). Mide la exposición a situaciones de violencia, ya sea como víctima o perpetrador. Esto incluye violencia física, emocional y psicológica, y es crucial para entender el entorno en el que se desenvuelven los adolescentes. (Calderón-Méndez, 2017).

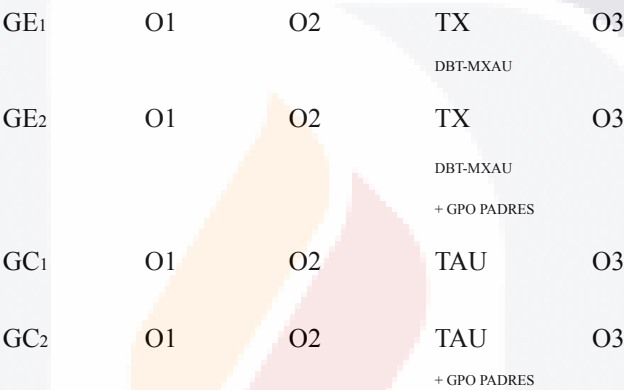
Recursos Psicológicos (EGRP). Evalúa los recursos emocionales y de apoyo que tiene un individuo, como la capacidad de establecer relaciones positivas y el acceso a redes de apoyo social. Esto es fundamental para el bienestar emocional y la resiliencia. (Rivera-Heredia & Pérez-Padilla, 2012).

Capítulo 5. Método

Diseño

Con el fin de lograr los objetivos planteados, se desarrolló un ensayo clínico longitudinal, unicéntrico, con un solo grupo de intervención y seguimiento, basado en asignación aleatoria dentro del contexto escolar. (Lazcano-Ponce et al., 2004), dicho diseño se muestra en la figura 3. Ante esto se procedió con un estudio experimental de 5 fases.

Figura 3
Diseño del estudio.



Nota. O1 refiere a la observación inicial de tamizaje para el estudio, O2 corresponde a la observación pre-tratamiento, mientras que O3 corresponde a la observación post-tratamiento.

Participantes

En la fase inicial del estudio, se realizó un tamizaje voluntario con un total de 295 estudiantes de primer año de secundaria, provenientes de ambos turnos. La edad promedio de los participantes fue de 12.6 años. Tras este tamizaje, 131 adolescentes, inscritos en segundo grado de secundaria y con una edad promedio de 13 años, fueron seleccionados para la evaluación pre-intervención. De estos, 72 eran mujeres, 58 eran hombres, y un participante prefirió no revelar su identidad de género. Es importante destacar que todos los estudiantes seleccionados pertenecían al turno vespertino de la escuela.

Los criterios de inclusión para la participación en este estudio fueron los siguientes: los estudiantes debían ser alumnos activos de la escuela secundaria participante en el momento de la intervención, contar con el consentimiento informado de sus padres o tutores legales debido a su condición de menores de edad, y proporcionar su propio asentimiento informado, garantizando que comprenden la naturaleza del estudio y aceptaron participar de manera voluntaria.

Se establecieron también criterios de exclusión, que consistían en el rechazo voluntario a participar por parte de los estudiantes o la falta de consentimiento de los padres o tutores para su participación. Esto permitió asegurar el cumplimiento de los estándares éticos requeridos para la investigación con población adolescente.

Dado que se trataba de una escuela pública con grupos previamente establecidos, la asignación aleatoria no se aplicó a los estudiantes de manera individual. En su lugar, los grupos escolares existentes fueron asignados aleatoriamente a los diferentes tratamientos.

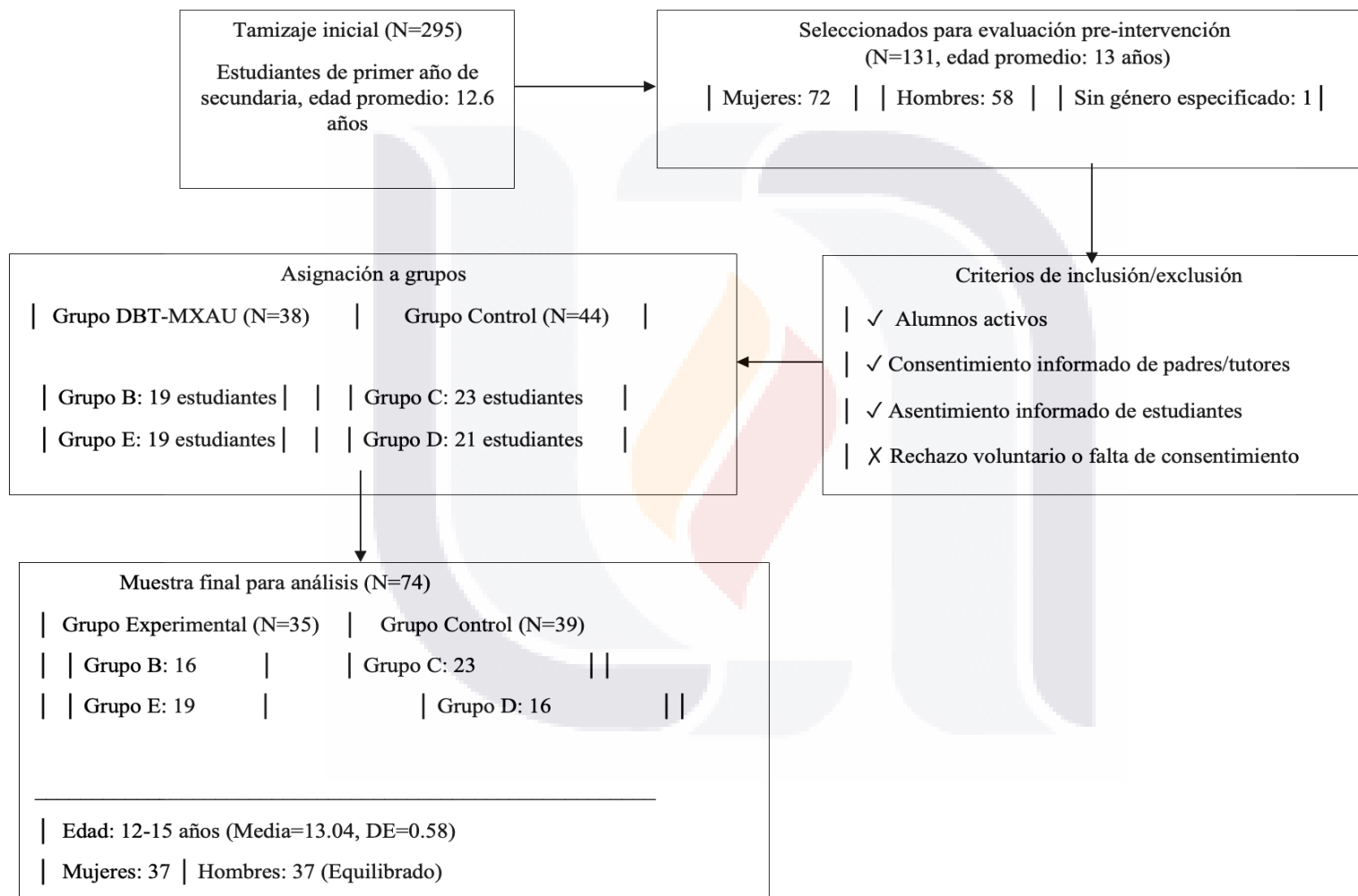
De los 131 participantes, 82 estudiantes fueron asignados a la fase de intervención, distribuidos de la siguiente manera:

- **Grupo de Entrenamiento DBT-MXAU:**
 - Grupo B: 19 estudiantes
 - Grupo E: 19 estudiantes
- **Grupo Control:**
 - Grupo C: 23 estudiantes
 - Grupo D: 21 estudiantes

Para el análisis de datos, se contempló una muestra final de 74 estudiantes. De estos, 35 pertenecían al grupo experimental (Grupo B: 16; Grupo E: 19) y 39 al grupo control (Grupo C: 23; Grupo D: 16). La distribución por sexo fue equitativa, con 37 mujeres y 37 hombres. La edad de los participantes incluidos en este análisis osciló entre los 12 y 15 años, con una media de 13.04 años (D.E. = 0.58). Aunque no se aplicó un seguimiento longitudinal posterior, durante el periodo de intervención se implementaron mecanismos de detección y canalización en caso de riesgo agudo.

La asignación aleatoria de los grupos a los tratamientos garantiza una distribución equitativa, fortaleciendo la validez interna del estudio al minimizar posibles sesgos derivados de la asignación. Dicha distribución se puede observar en la figura 4.

Figura 4
Diagrama de participantes.



Materiales e instrumentos

Batería de evaluación. Se utilizó la Batería de Factores Psicosociales de Protección y de Riesgo asociados a la Conducta Suicida en Preadolescentes y Adolescentes: FICVIDA (Hermosillo-de la Torre et al., 2017), la cual fue modificada para evaluar a adolescentes. Este conjunto de instrumentos psicométricos evalúa características sociodemográficas, regulación emocional, sintomatología depresiva, ideación suicida, intentos de suicidio, autoestima, uso de habilidades DBT, sintomatología ansiosa, consumo de sustancias, violencia, y recursos afectivos. A continuación, se presentan los instrumentos que la componen.

Cuestionario de Regulación Cognitiva de las Emociones para Niños (CERQ-K).

Para este estudio se utilizó la versión validada para población mexicana por Reyes-Pérez et al. (2021). La escala consta de 19 ítems con formato Likert de cinco puntos (1 = casi nunca, hasta 5 = casi siempre), distribuidos en cinco subdimensiones: autoculpa, rumiación, reenfocarse en los planes, reevaluación positiva y culpar a otros. La escala presenta una buena confiabilidad (alfa de Cronbach = .82).

Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CESD-R). Esta versión revisada de la CESD-R fue creada para medir los síntomas de depresión en relación con el constructo de episodio depresivo mayor del DSM-IV. Consta de 35 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos en las últimas dos semanas, con cinco opciones de respuesta: 0 días, 1-2 días, 3-5 días, 5-7 días, y 8-14 días. La escala tiene una alta fiabilidad (alfa de Cronbach = .85) y fue adaptada a México por González-Forteza et al. (2008).

Escala de Ideación Suicida de Roberts. Evalúa la presencia de ideación suicida en las últimas dos semanas mediante 3 ítems tipo Likert de cinco puntos que van de “0 días” a “8 a 14 días”, con un índice de fiabilidad Alfa = .96 (Roberts, 1980).

Cédula de Conductas Suicidas. Desarrollada por González-Forteza et al. (2005) para la evaluación de intentos de suicidio. Contiene 4 ítems que incluyen preguntas sobre la intención del intento de suicidio y su letalidad cognitiva, con respuestas en escala dicotómica y Likert.

Escala de Autoestima de Rosenberg. Adaptada para población mexicana por González-Forteza et al. (2001). Consta de 10 ítems que evalúan la autoestima, utilizando una escala Likert de cuatro puntos (1 = totalmente de acuerdo, hasta 4 = totalmente en desacuerdo). La escala presenta una fiabilidad adecuada (alfa de Cronbach = .79).

Escala de Habilidades Socio-Emocionales-DBT. Esta escala incluye 37 ítems que evalúan el nivel de adquisición de habilidades DBT en cuatro dimensiones: atención plena, regulación emocional, tolerancia al malestar y efectividad interpersonal. Presenta un índice Alfa = .87 (Acevedo-Rojas, 2021).

Escala para Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). Validada para población mexicana por Hernández-Guzmán et al. (2003), consta de 32 ítems con una escala Likert de

cuatro puntos (0 = nunca, 1 = a veces, 2 = muchas veces, y 3 = siempre). La escala tiene un índice de fiabilidad Alfa = .88 y se compone de seis factores: ataque de pánico/agorafobia ($\alpha = .81$), ansiedad de separación ($\alpha = .74$), fobia social ($\alpha = .71$), miedo al daño físico ($\alpha = .75$), trastorno obsesivo-compulsivo ($\alpha = .77$) y ansiedad generalizada ($\alpha = .72$).

Escala de Violencia Hacia los Adolescentes. Desarrollada y validada por Calderón Méndez (2017) de la Universidad César Vallejo, Perú. Consta de 30 ítems distribuidos en 4 dimensiones para identificar los tipos de violencia que experimentan los adolescentes (física, psicológica, sexual o negligencia), con una escala Likert de cuatro puntos: "Nunca", "Casi nunca", "Siempre", "Casi siempre". La escala presenta un coeficiente alfa de Cronbach global de .94.

Consumo de Sustancias. Se incluyeron siete preguntas desarrolladas para indagar sobre el consumo de sustancias en los últimos 3 meses, con una escala dicotómica (sí/no) y una escala Likert de cuatro puntos ("nunca" a "5 o más veces").

Escala de Recursos Psicológicos. Evalúa los recursos psicológicos del adolescente mediante una escala Likert de cuatro puntos ("casi siempre" a "casi nunca"), con un índice de confiabilidad alfa de Cronbach = .87. Para este estudio, se utilizará solo la sección de recursos afectivos, compuesta por 18 ítems, divididos en subdimensiones como autocontrol ($\alpha = .70$), manejo de la tristeza ($\alpha = .71$), manejo del enojo ($\alpha = .71$) y recuperación del equilibrio ($\alpha = .63$) (Rivera-Heredia & Pérez-Padilla, 2012).

Consentimiento informado para padres o tutores legales (Anexo B). Este documento de consentimiento informado está dirigido a los padres, madres o tutores legales de los estudiantes participantes en un estudio realizado por el Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, como parte de la Maestría en Investigación en Psicología. El objetivo del estudio es aplicar y evaluar la efectividad de talleres educativos orientados al manejo de emociones, reducción de riesgos psicosociales y el incremento de competencias socioemocionales en adolescentes. El documento explica de manera clara y accesible la importancia de la participación de los estudiantes y sus tutores en el estudio, destacando que dicha participación es completamente voluntaria y que los participantes pueden retirarse del estudio en cualquier momento. Además, se menciona que las sesiones serán videograbadas únicamente con fines educativos y de investigación, asegurando que el material no será divulgado y que los datos proporcionados serán tratados de forma confidencial, salvaguardando la privacidad de los participantes. Asimismo, el documento informa sobre los derechos de los participantes, tales como el acceso, rectificación, cancelación y oposición al uso de los datos, así como la posibilidad de solicitar los resultados del estudio a través de un correo electrónico. Finalmente, se pide a los padres o tutores que, si están de acuerdo con la participación de su hijo o familiar en el estudio, completen la parte final del formulario, proporcionando su nombre, firma, y otros datos relevantes.

Asentimiento de participación (Anexo C). Este documento está dirigido a los estudiantes participantes en un estudio llevado a cabo por la Universidad Autónoma de Aguascalientes, cuyo objetivo es evaluar la efectividad de talleres enfocados en el manejo de las emociones en adolescentes. El documento explica que la participación es completamente voluntaria, permitiendo a los estudiantes retirarse del estudio en cualquier

momento. Se informa a los participantes que las sesiones serán videograbadas para fines de investigación, asegurando la confidencialidad de los datos proporcionados. Asimismo, se solicita a los estudiantes completar y firmar el documento si aceptan participar en el estudio.

Cuaderno de trabajo DBT-MXAU 2.0 (Portada, Anexo D). El Cuaderno de trabajo DBT-MXAU 2.0 es un manual diseñado para la enseñanza y práctica de habilidades socioemocionales basadas en la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), adaptadas para adolescentes mexicanos en condiciones de vulnerabilidad. Esta segunda edición se desarrolla a partir de los fundamentos propuestos por Linehan (2014) en el modelo original de DBT, y las adaptaciones específicas para adolescentes y preadolescentes, realizadas por Rathus y Miller (2015) y Perepletchikova (2018), respectivamente. elaborado por el Laboratorio de Regulación Emocional y Prevención del Suicidio (REPS), de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, en colaboración con Líderes de Altura A.C. Su propósito principal es ofrecer una herramienta accesible, estandarizada y adaptada al contexto cultural mexicano, orientada a la prevención de conductas suicidas y la reducción de riesgos psicosociales en adolescentes escolarizados de nivel medio. El cuaderno se distribuye de manera gratuita, como parte de un programa educativo y preventivo dirigido a jóvenes en zonas urbanas que, por sus condiciones económicas o sociales, no tienen acceso a tratamientos psicológicos especializados. El material consta de 113 páginas y está compuesto por módulos didácticos con un enfoque práctico, que incluyen contenido gráfico y un lenguaje adaptado a la realidad cultural de los adolescentes mexicanos. La segunda edición incorpora un módulo adicional, enfocado en incrementar la percepción de riesgo asociado al consumo de sustancias, basado en los hallazgos de Arteaga-de-Luna (2022). El Cuaderno de trabajo DBT-MXAU 2.0 fue distribuido de manera impresa a los participantes del programa, siendo utilizado exclusivamente con fines educativos, de investigación y prevención, dentro del marco de los sistemas de salud pública del Estado. Este manual es una contribución significativa al desarrollo de herramientas efectivas para la prevención del suicidio juvenil en México, promoviendo intervenciones basadas en evidencia que se ajustan a las necesidades de poblaciones vulnerables.

Manual de Entrenadores DBT-MXAU (Portada, Anexo E). El Manual de Entrenadores DBT-MXAU es una herramienta de guía para la implementación del programa de habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), adaptado específicamente para adolescentes mexicanos en contextos escolares urbanos, con un enfoque preventivo y dirigido a poblaciones en condiciones de alta vulnerabilidad social. Esta adaptación se basa en los contenidos propuestos por Linehan (2014), Rathus y Miller (2015), Mazza y Mazza (2018) y Perepletchikova (2018), con un proceso riguroso de ajuste cultural y lingüístico para asegurar su pertinencia en el contexto mexicano.

El manual fue desarrollado en el marco de los trabajos del Laboratorio de Regulación Emocional y Prevención del Suicidio (REPS), adscrito al Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, y en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), con el financiamiento del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología (CONAHCyT). Su finalidad es contribuir al avance del conocimiento científico en torno a intervenciones preventivas basadas en evidencia para

adolescentes, y ofrecer una alternativa eficaz para la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio en escenarios donde el acceso a estos tratamientos es limitado.

Este manual ofrece una visión sintetizada de los fundamentos teóricos de la DBT y sus habilidades, así como lineamientos específicos para la enseñanza de estas habilidades en contextos escolares. Además, provee notas didácticas y directrices prácticas para facilitar su aplicación en adolescentes, siendo un recurso valioso para entrenadores y facilitadores que trabajan con jóvenes en condiciones de riesgo psicosocial. El Manual de Entrenadores DBT-MXAU se complementa con el Cuaderno de trabajo DBT-MXAU 2.0 diseñado para los adolescentes, permitiendo a los entrenadores una comprensión más profunda de cada una de las habilidades incluidas en el programa. Este enfoque integral no solo asegura una intervención efectiva, sino también una diseminación equitativa de las herramientas necesarias para la regulación emocional y el manejo de crisis en adolescentes, contribuyendo al bienestar de una población altamente vulnerable.

Procedimiento

Fase 1: Gestión Institucional. La gestión institucional constituye una fase esencial en el desarrollo de cualquier investigación, especialmente cuando se trata de estudios que involucran a menores de edad y requieren la implementación de intervenciones psicológicas. En este sentido, la fase inicial de la investigación se orientó a la obtención de los permisos necesarios tanto desde el punto de vista ético como administrativo, garantizando que el proceso cumpliera con los estándares y normativas institucionales y de protección a los participantes.

El primer paso en esta fase fue la obtención de la aprobación ética. En febrero de 2023, se presentó la propuesta de investigación ante el Comité de Ética de la Benemérita Universidad Autónoma de Aguascalientes (UAA). Este comité, compuesto por expertos en ética de la investigación y psicología, tiene la responsabilidad de garantizar que los proyectos que involucren a seres humanos cumplan con los principios fundamentales de la ética investigativa, tales como la confidencialidad, el respeto a la autonomía de los participantes, y la minimización de riesgos. El comité evaluó detalladamente los procedimientos de intervención propuestos, el perfil de los participantes, y las medidas de protección que serían implementadas a lo largo del estudio. Tras un exhaustivo proceso de revisión, se otorgó la aprobación ética formal el 14 de abril de 2023, mediante el **Oficio COB-UAA/101/2023** (Anexo, A), lo que permitió avanzar con el desarrollo y la implementación del estudio.

Con la aprobación ética obtenida, se procedió a presentar el proyecto a las autoridades educativas de la institución en la que se llevaría a cabo la intervención. En este caso, se trató de una institución educativa pública en Aguascalientes, cuyo apoyo institucional fue clave para garantizar el acceso a los estudiantes y la colaboración en la implementación del programa. En dicha presentación, se expuso de manera detallada el objetivo del estudio, que consistía en la implementación de un programa basado en Terapia Dialéctica Conductual para Adolescentes (DBT-A) con el fin de prevenir conductas de riesgo suicida en jóvenes. Además, se explicó el diseño del programa, los beneficios potenciales para los estudiantes, así como los métodos de evaluación y seguimiento de los

resultados. La propuesta fue recibida favorablemente por las autoridades académicas y educativas, quienes autorizaron formalmente la implementación del proyecto en el contexto escolar.

Una vez obtenida la autorización de las autoridades académicas, el siguiente paso fue asegurar la participación voluntaria de los estudiantes. Para ello, se procedió a la recopilación del consentimiento informado de los padres o tutores legales de los adolescentes, quienes fueron debidamente informados sobre el propósito de la intervención, los procedimientos a seguir, los posibles riesgos y beneficios, y el carácter confidencial de los datos recopilados. Asimismo, dado que se trataba de adolescentes, se obtuvo el asentimiento de los participantes menores de edad, quienes expresaron su disposición para participar en el estudio de forma voluntaria. Este proceso se completó en abril de 2023, momento en el cual se formalizó la inclusión de los participantes en el estudio.

El cumplimiento riguroso de estos procedimientos éticos e institucionales permitió establecer una base sólida y transparente para la intervención, asegurando que los derechos y el bienestar de los participantes fueran protegidos en todo momento. Además, la colaboración activa de las autoridades educativas y el compromiso de los padres y tutores de los adolescentes fueron fundamentales para la correcta ejecución de la intervención en un entorno escolar. Este enfoque ético y administrativo no solo facilitó la implementación del programa, sino que también sentó un precedente importante en la aplicación de programas de prevención basados en DBT-A en contextos educativos en México.

Fase 2: Tamizaje 1 y selección de grupos. En mayo de 2023, se llevó a cabo el tamizaje del estudio, con el objetivo de identificar a los estudiantes con factores de riesgo psicosocial y conductas suicidas, utilizando la batería de evaluación FICVIDA-ADOLESCENTES (ver instrumentos). Esta batería se aplicó a los alumnos de primer año de secundaria, en ambos turnos, con la finalidad de obtener una evaluación integral de los factores de riesgo presentes en esta población y detectar de manera temprana posibles casos de alto riesgo suicida.

El tamizaje se realizó dentro del horario regular de clases, con el apoyo de las autoridades educativas de la institución. La evaluación se implementó en el aula de informática, donde los estudiantes completaron el cuestionario en formato digital, a través de la plataforma Google Forms. Antes de iniciar la aplicación de la batería, se llevó a cabo una sesión introductoria para establecer rapport con los estudiantes, explicando los objetivos del estudio y el propósito del tamizaje. Esta introducción incluyó la lectura del asentimiento de participación para aquellos menores de edad, recordando que su participación era completamente voluntaria y confidencial.

El equipo de investigación estuvo presente durante todo el proceso, ofreciendo una breve explicación sobre la importancia de la evaluación, el manejo confidencial de los datos y el impacto que esta evaluación tendría para la mejora de programas de prevención. Se aclararon todas las dudas planteadas por los estudiantes, y una vez resueltas, se procedió a

la aplicación de la batería. La duración promedio de la evaluación fue de aproximadamente 45 minutos.

Los estudiantes que fueron identificados como de alto riesgo de suicidio, fueron inmediatamente referidos a los servicios de atención psicológica dentro del plantel educativo. Para ello, se contó con el apoyo de un psicólogo especializado, contratado específicamente para el proyecto, con el respaldo de la fundación Líderes de Altura A.C. Dado que los participantes eran menores de edad, fue necesario obtener la autorización de las autoridades escolares para brindar esta atención. Asimismo, se notificó a los padres o tutores de los estudiantes mediante un oficio, en el cual se detallaba la situación y las medidas adoptadas para garantizar su bienestar.

El tamizaje no solo sirvió para la identificación de casos de alto riesgo, sino también para la selección de los participantes del estudio, quienes posteriormente fueron asignados de manera aleatoria a los grupos de intervención (grupo de tratamiento) y a los grupos de control. Este proceso de selección fue crucial para asegurar que el estudio mantuviera un diseño metodológico riguroso y permitiera evaluar la efectividad del programa DBT-MXAU.

Cabe destacar que se ofreció orientación psicológica adicional a cualquier estudiante que lo solicitara durante el proceso de intervención y seguimiento, garantizando un ambiente de apoyo y contención emocional para todos los participantes.

Fase 3: Pre-evaluación. Previo al inicio de la intervención, se llevó a cabo la fase de pre-evaluación, con el objetivo de establecer una línea base que permitiera medir el estado inicial de los participantes en cuanto a sus habilidades de regulación emocional, factores de riesgo psicosocial y la presencia de conductas suicidas. Para esta evaluación, se emplearon instrumentos estandarizados que garantizan la validez y confiabilidad de las mediciones, proporcionando datos comparables con los obtenidos en la post-evaluación, una vez finalizado el programa de intervención.

A pesar de que inicialmente se contemplaba la aplicación digital de estos instrumentos, dificultades en la infraestructura tecnológica de la institución educativa impidieron su implementación de esa manera. En consecuencia, la pre-evaluación se realizó en formato físico, mediante cuestionarios impresos, lo que demandó ajustes logísticos tanto en la organización como en la ejecución de esta.

La evaluación se llevó a cabo dentro del horario de clases, con la colaboración de las autoridades educativas, quienes facilitaron el acceso a los espacios adecuados para la aplicación de los instrumentos. Cada sesión de evaluación tuvo una duración aproximada de 1 hora y se realizó en un entorno controlado que garantizaba la privacidad y concentración de los participantes. Antes de comenzar, se ofreció una explicación detallada

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

a los estudiantes sobre el propósito de la evaluación, asegurándoles la confidencialidad de sus respuestas y su uso exclusivo para fines de investigación.

El equipo de investigación estuvo presente en todo momento para resolver cualquier duda que surgiera durante la aplicación de los cuestionarios. Asimismo, se aseguraron de que las condiciones del aula fueran adecuadas para la correcta realización de la evaluación, con el objetivo de minimizar cualquier factor que pudiera influir en los resultados.

La pre-evaluación incluyó una batería de instrumentos que medían aspectos como la regulación emocional, el manejo de estrés, la presencia de factores de riesgo psicosocial y la identificación de posibles conductas suicidas. Estos datos iniciales son fundamentales para evaluar la efectividad del programa DBT-MXAU, ya que proporcionan una base sólida para comparar los cambios generados en los participantes después de la intervención.

Al finalizar la evaluación, todos los cuestionarios fueron revisados y almacenados de manera segura, siguiendo los protocolos de confidencialidad previamente establecidos. Estos datos fueron codificados para su posterior análisis en las etapas de evaluación de los resultados del estudio.

Fase 4: Implementación. La implementación del estudio se llevó a cabo entre octubre de 2023 y enero de 2024, en un contexto escolar, lo que permitió ejecutar dos programas de intervención distintos: el DBT-MXAU, diseñado específicamente para esta investigación, y el programa Aulas Felices (Arguís et al., 2012), utilizado como tratamiento habitual (TAU). Ambos programas fueron aplicados dentro del horario escolar, con la colaboración activa de las autoridades educativas para garantizar una integración adecuada dentro del cronograma académico de los estudiantes.

El programa DBT-MXAU inicialmente contemplaba 13 sesiones semanales, con una duración aproximada de 2 horas cada una. Sin embargo, debido a ajustes en la organización interna de la institución educativa, se decidió dividir estas sesiones, resultando en un total de 26 sesiones de aproximadamente 50 minutos cada una. Esta modificación permitió una mejor adaptación al calendario escolar y a las necesidades logísticas de la institución.

Por su parte, el programa Aulas Felices (TAU) se implementó en 10 sesiones de 50 minutos cada una. Ambos programas fueron diseñados para abordar necesidades en común como fomentar el desarrollo de competencias socioemocionales y bienestar general en los adolescentes. La intervención en ambos casos fue guiada por facilitadores capacitados que siguieron los protocolos estandarizados para garantizar la consistencia en la aplicación de las actividades y la adherencia a los objetivos específicos de cada intervención.

Una característica novedosa de la presente intervención fue la integración de un Grupo de Entrenamiento en Habilidades para Familias, diseñado específicamente para

complementar el proceso de enseñanza y apoyo a los adolescentes participantes. Este grupo, conformado por los padres o tutores legales de los estudiantes, tuvo como objetivo fortalecer las habilidades de regulación emocional y mejorar la dinámica familiar, creando un entorno más saludable y favorable para el desarrollo emocional de los adolescentes. El grupo de familiares constó de 10 sesiones, cada una con una duración aproximada de 50 minutos fundamentado en lo propuesto por Stoewsand et al., 2024, y fue fundamental para reforzar los aprendizajes adquiridos por los adolescentes, promoviendo la generalización de las habilidades en el ámbito familiar.

La invitación a los padres o tutores para participar en este grupo fue enviada a través de un oficio oficial emitido por las autoridades educativas, el cual detallaba los beneficios de su asistencia y el impacto positivo que podría tener en el bienestar emocional de sus hijos. Para asegurar una adecuada participación, se llevó a cabo una encuesta previa con el fin de definir los horarios más convenientes para las sesiones, tomando en cuenta la disponibilidad de los padres y sus compromisos laborales y personales. Esta estrategia permitió maximizar la participación, favoreciendo un ambiente colaborativo en el que los padres no solo se involucraron activamente en el proceso de intervención, sino que también pudieron aplicar las habilidades aprendidas en su vida cotidiana, contribuyendo al bienestar general del grupo familiar.

Sin embargo, la participación en el grupo para padres no se pudo completar en su totalidad debido a la baja asistencia de los padres y tutores, lo que limitó la implementación del componente familiar del programa. A pesar de los esfuerzos para organizar las sesiones en horarios convenientes y ofrecer información sobre los beneficios de la intervención, la falta de compromiso de los padres impidió que el grupo de intervención familiar se llevara a cabo de manera satisfactoria. Esta situación generó la necesidad de ajustar los objetivos previstos para este componente del programa, concentrándose únicamente en la intervención con los adolescentes. El cronograma de trabajo se presenta en la figura 5.

Figura 5
Cronograma de trabajo.

	2023									2024	
Actividad	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Gestión con autoridades											
Consentimiento informado institucional											
Consentimiento informado padres o tutores legales											
Asentimiento de participantes											
Tamizaje											
Referencia casos de alto riesgo											
Evaluación PRE-TRATAMIENTO											
Implementación de las intervenciones											
Evaluación POST tratamiento											

Nota. Elaboración propia

Implementación DBT-MXAU 2.0. Como se ha venido mencionando el programa DBT-MXAU 2.0 es una intervención desarrollada bajo los fundamentos teórico-metodológicos de la Terapia Dialéctico Conductual (Linehan, 1993a) como del programa para adolescentes DBT-A creado por Rathus y Miller (2015).

DBT-MXAU 2.0 es una adaptación para su implementación con población mexicana en edades de los 12 a 18 años. Este tiene alcances de orden preventivo en nivel universal, ya que las actividades que lo conforman son de tipo cohorte psicoeducativo y ofrecen una iniciación en el aprendizaje de habilidades propias de la terapia DBT. A diferencia de la primera versión, en DBT-MXAU 2.0 se ha incorporado un módulo adicional sobre consumo de sustancias, con el objetivo de aumentar la percepción de riesgo asociada a estas conductas. Esta modificación responde a los resultados de la investigación de Arteaga-de-Luna (2022), que destacó la importancia de abordar el consumo de sustancias en adolescentes en contextos de vulnerabilidad, debido a su estrecha relación con conductas de riesgo, como el suicidio y la desregulación emocional.

Los beneficios de esta intervención se reflejan en la prevención del desarrollo de factores de riesgo psicosocial asociados al suicidio (Turecki, 2019) como en la prevención de la aparición de conductas suicidas, ya que promueve el uso inicial de habilidades que tiene la intención de propiciar la regulación emocional. Es adecuado para grupos de adolescentes que ocasionalmente se pueden sentir con baja autoestima, que enfrentan dificultades en sus relaciones interpersonales, empiezan con el consumo de alcohol u otras sustancias, tienen dificultad para manejar el estrés cotidiano, presentan síntomas de ansiedad y no saben manejar sus emociones en forma efectiva.

La implementación del programa DBT-MXAU 2.0, tenía el objetivo principal de prevenir conductas suicidas y de riesgo mediante el desarrollo de habilidades emocionales y conductuales. Esta intervención de carácter preventivo se dirigió a estudiantes de segundo grado de secundaria en la Escuela Secundaria General Número 38, del estado de Aguascalientes, México, específicamente a los grupos B y E del turno vespertino, integrando a un total de 36 participantes (19 del grupo B y 17 del grupo E), seleccionados aleatoriamente.

La estructura del programa DBT-MXAU 2.0 incluyó 26 sesiones de 50 minutos cada una, impartidas semanalmente durante el ciclo escolar, lo que permitió integrar los contenidos de forma continua y adaptada a la dinámica escolar. Para asegurar la consistencia y cumplir con el calendario escolar, la intervención fue programada en coordinación con las autoridades educativas, contemplando las fechas de asueto y las reuniones del consejo técnico escolar. Esta planificación fue esencial para garantizar la adherencia al programa y minimizar la interrupción en la participación de los adolescentes.

La implementación fue realizada por un equipo de facilitadores que comprendía un terapeuta principal y un co-terapeuta, siguiendo la estructura establecida por DBT para facilitar una intervención supervisada y colaborativa. El terapeuta principal poseía una certificación en DBT avalada por DBT Iberoamérica y ambos facilitadores recibieron capacitación específica para asegurar una intervención rigurosa y basada en el modelo DBT. El programa fue desarrollado dentro de las instalaciones escolares, lo cual facilitó un entorno seguro y familiar para los adolescentes, promoviendo la participación activa y la adherencia al tratamiento.

Una característica relevante de la versión DBT-MXAU 2.0 es la incorporación de un módulo adicional de prevención del consumo de sustancias, que tiene como objetivo incrementar la percepción de riesgo respecto al uso de alcohol y drogas. Este componente fue incluido en respuesta a hallazgos previos en la literatura, específicamente los resultados de Arteaga-de-Luna (2022), que subraya la relación entre el consumo de sustancias y el riesgo suicida en adolescentes. La integración de este módulo busca complementar las habilidades DBT y reforzar la percepción de riesgo y la toma de decisiones en situaciones de riesgo, manteniendo la coherencia con los objetivos del programa.

A lo largo de la intervención, se observaron mejoras en la expresión emocional, la regulación de impulsos y la comunicación de necesidades emocionales entre los participantes. En las sesiones, se documentó una alta adherencia, manifestada en la asistencia constante de los adolescentes, quienes demostraron progresiva apertura emocional y confianza hacia el equipo facilitador. Este compromiso fue un factor clave en la implementación, favoreciendo el desarrollo de habilidades emocionales en un contexto controlado y seguro.

De manera complementaria, durante la intervención se identificaron varios estudiantes con necesidad de apoyo psicológico adicional. En estos casos, los facilitadores procedieron a realizar una canalización a servicios especializados dentro de la misma institución, con el fin de proporcionarles un acompañamiento acorde a sus necesidades. Esto evidencia la importancia de un enfoque preventivo en DBT dentro de contextos escolares, no sólo como un medio para desarrollar habilidades emocionales en los estudiantes, sino también como un mecanismo de detección y apoyo temprano.

Esta versión trabaja habilidades de los módulos de DBT-A propuestos por Rathus y Miller (2015), el cual consta de cinco módulos: 1) Orientación, 2) Habilidades de atención plena, 3) Tolerancia al malestar, 4) Regulación emocional y 5) Efectividad interpersonal. Además, se ha incluido un módulo adicional de prevención de consumo de sustancias. Cabe mencionar que en esta versión no se incluyeron todos los módulos del diseño de Rathus y Miller (2015); únicamente se integraron las habilidades que se consideraron óptimas para su implementación, dadas las condiciones contextuales de la población. Sin embargo, las habilidades incorporadas al protocolo conservan los principios básicos del entrenamiento en

habilidades propias de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT). En la Tabla 1 se presentan los módulos y los objetivos correspondientes a cada uno.

Tabla 1

Módulos del programa DBT-MXAU 2.0

Módulos	Objetivo general	Habilidades
Módulo 1	Establecer el compromiso a participar activamente en el desarrollo de cada una de las actividades del programa, así como a asistir al total de las sesiones programadas y realizar las actividades que se encomendaron en cada una de ellas.	Orientación y compromiso
Módulo 2	Iniciar la práctica de la atención plena a través de la ejercitación de los tres estados de la mente, las habilidades “que” y las habilidades “como”.	Atención Plena
Módulo 3	Favorecer el desarrollo de las habilidades de tolerancia al malestar a través del aprendizaje de estrategias para superar crisis y aceptar la realidad.	Tolerancia al malestar
Módulo 4	Favorecer el desarrollo de las habilidades de regulación emocional a través del aprendizaje de estrategias para superar crisis y aceptar la realidad.	Regulación Emocional
Módulo 5	Favorecer el desarrollo de las habilidades de efectividad interpersonal a través del aprendizaje de un conjunto de acciones para tener y mantener relaciones interpersonales saludables, obtener lo que se desea y saber decir no y, mantener el autorrespeto.	Relaciones interpersonales efectivas
Módulo 6	Favorecer el desarrollo de habilidades de prevención del consumo de sustancias a través del aprendizaje de estrategias para aumentar la percepción de riesgo asociado, fortalecer la toma de decisiones informada y fomentar la capacidad de resistir la presión social, promoviendo así un estilo de vida saludable y libre de consumo de sustancias.	Consumo de sustancias

La tabla 2 presenta los contenidos específicos de cada módulo de habilidades incluidos en el programa DBT-MXAU 2.0, los cuales han sido cuidadosamente seleccionados para abordar las necesidades particulares de la población objetivo. Cada módulo incorpora un conjunto de habilidades diseñadas no solo para mejorar la regulación emocional y la tolerancia al malestar, sino también para fomentar la efectividad interpersonal y la prevención del consumo de sustancias. La selección de contenidos se basa en la evidencia científica que respalda la efectividad de estas habilidades en la

prevención de conductas de riesgo y en el fortalecimiento de competencias socioemocionales en adolescentes. Esta estructura modular asegura una intervención comprensiva y adaptada al contexto, facilitando la adquisición y práctica de habilidades esenciales para el bienestar y desarrollo saludable de los adolescentes.

Tabla 2

Contenidos específicos por módulo del programa DBT-MXAU 2.0.

Módulo	Habilidades que lo conforman
Orientación a habilidades DBT- MXAU 2.0	Yo soy ¿Qué es DBT? Teoría dialéctica y teoría biosocial El sistema emocional Súper sensibilidad y respuesta emocional desregulada Dialéctica Teoría biosocial 4 formas de resolver una situación problemática en tu vida Objetivo del entrenamiento en habilidades DBT-MXAU Tu turno Supuestos básicos en DBT Práctica 1 Reglas del grupo Estructura del programa Carta de declaración y compromiso
Atención plena	Los 3 estados de la mente parte 1 Los 3 estados de la mente parte 2 Habilidades QUÉ y habilidades CÓMO ¿Qué significa esto? Ejercitando tus habilidades QUÉ y CÓMO Anclando Fortalece tu atención plena
Tolerancia al malestar	Orientación a las habilidades 2 categorías de habilidades Tómame un tiempo para agarrar la rienda MEJORAR TERP Ejercitando TERP Mi plan de crisis Aceptación radical Cambia tu manera de pensar ¿En qué te ayudan estas habilidades? Echemos un vistazo ¿Qué tan buenas son las emociones? Las emociones como sensores inteligentes Surfear la emoción Actuar en sentido opuesto al impulso ¿Cuáles son tus impulsos? Advertencia Los 7 pasos de hacer lo contrario
Regulación emocional	¿En qué te ayudan estas habilidades? Lo que nos impide tener buenas relaciones Habilidad BIEN Habilidad DECIRTE Práctica DECIRTE
Relaciones Interpersonales efectivas	

Cada sesión del programa siguió un formato estructurado diseñado para optimizar la enseñanza y el aprendizaje de habilidades dialéctico-conductuales de una manera secuencial y lógica. Este formato incluye cinco componentes fundamentales que se desarrollan en un orden preestablecido para asegurar la consistencia y facilitar la integración de las habilidades adquiridas:

1. Ejercicio de atención plena: Cada sesión inicia con una breve práctica de atención plena, destinada a centrar la atención de los participantes y fomentar un estado de enfoque mental. Este ejercicio no solo prepara a los adolescentes para el contenido de la sesión, sino que también refuerza la práctica continua de la atención plena, una habilidad clave en DBT.
2. Revisión de tarea: Luego del ejercicio de atención plena, se procede con la revisión de la tarea asignada en la sesión anterior. Este paso permite a los facilitadores evaluar el progreso de los participantes, ofrecer retroalimentación y resolver cualquier dificultad encontrada. La revisión de la tarea facilita la integración de las habilidades fuera del entorno de la sesión y fomenta la responsabilidad en los participantes.
3. Introducción a la habilidad del día: A continuación, se realiza una breve introducción a la habilidad específica que se trabajará durante la sesión. Esta orientación brinda a los participantes una comprensión general sobre la relevancia y el objetivo de la habilidad, permitiéndoles situarse en el contexto de la sesión.
4. Enseñanza de la habilidad: Esta es la fase principal de cada sesión, en la cual los facilitadores explican y demuestran la habilidad seleccionada, guiando a los participantes a través de ejemplos y ejercicios prácticos. La enseñanza de la habilidad está diseñada para que los adolescentes comprendan su utilidad y aprendan a implementarla de manera autónoma.
5. Ejercicio de cierre: Finalmente, se lleva a cabo un ejercicio de cierre que facilita la reflexión sobre los contenidos abordados en la sesión y permite a los participantes expresar sus experiencias y aprendizajes. Esta fase es crucial para consolidar los conocimientos y cerrar la sesión de manera estructurada.

Esta secuencia asegura que cada sesión cumpla con los objetivos pedagógicos del programa, proporcionando un entorno estable y repetitivo que facilita la retención y práctica de las habilidades adquiridas. La estructura de cada sesión se presenta en la tabla 3.

Tabla 3

Estructura general de cada sesión del programa DBT-MXAU 2.0.

Actividad	Duración
1. Inicio: Bienvenida, presentación, ejercicio de atención plena, repaso.	15 minutos
2. Orientación a las habilidades	15 minutos
4. Conocimiento y práctica de Habilidades	15 minutos
5. Cierre	5 minutos

Implementación TAU (*Aulas felices*). En el presente proyecto, el programa *Aulas Felices* fue implementado como tratamiento habitual (TAU) con el objetivo de proporcionar un enfoque psicoeducativo y preventivo en el desarrollo socioemocional de los estudiantes. La implementación comenzó en octubre de 2023 en la Escuela Secundaria General N.º 38, donde participaron cuatro grupos de segundo grado: grupos A, C, D y F, cada uno con diferentes condiciones de participación en el estudio. Los grupos A y F recibieron el programa como parte del tratamiento habitual, aunque no se consideraron en los análisis experimentales. El grupo C fue asignado como grupo de control experimental y el grupo D, también de control experimental, incluyó la participación de padres y/o tutores para evaluar la influencia de la intervención parental en los resultados.

Cada sesión tuvo una duración de 50 minutos, con una frecuencia de dos sesiones semanales, en las que se desarrollaron las actividades del programa *Aulas Felices*. Este programa se basa en seis virtudes centrales, cada una de las cuales se trabajó de manera intensiva durante el ciclo escolar. En cada sesión, se implementó un ejercicio inicial de atención plena, seguido de actividades centradas en la virtud correspondiente a la semana en curso. Además, se incluyó una actividad didáctica relacionada con la virtud y, en la segunda sesión de cada semana, una actividad de cierre orientada a la integración grupal.

El programa tuvo una duración de diez semanas, con una estructura organizada de la siguiente manera:

- Semana 1: Presentación y orientación del programa.
- Semana 2: Introducción a las virtudes y práctica de atención plena.
- Semana 3: Virtud I (Sabiduría).

- Semana 4: Virtud II (Coraje).
- Semana 5 y 6: Virtud III (Humanidad).
- Semana 7: Virtud IV (Justicia).
- Semana 8: Virtud V (Moderación).
- Semana 9 y 10: Virtud VI (Trascendencia).

Durante cada sesión, se recopiló información y evidencia de participación de los estudiantes, lo cual facilitó la identificación de aquellos que requerían apoyo psicológico adicional. Para estos casos, se estableció un proceso de canalización para brindarles atención psicológica adecuada. Asimismo, se realizaron encuestas para explorar el interés de los estudiantes en recibir apoyo psicológico, lo cual permitió evaluar y derivar a los casos que manifestaron interés en recibir intervención psicológica.

Esta implementación ofrece una estructura flexible y adaptable para la integración de la educación socioemocional en el ámbito escolar, promoviendo la atención a la salud mental de los estudiantes y la construcción de un entorno de aprendizaje positivo.

Fase 5: Post-evaluación. Al concluir la intervención en enero de 2024, se procedió con la etapa de post-evaluación mediante la aplicación de la batería FICVIDA-SECUNDARIAS, para evaluar los efectos del programa en los estudiantes del grupo experimental en comparación con el grupo control. Los instrumentos utilizados en esta fase fueron los mismos que en la pre-evaluación, manteniendo la congruencia en las variables evaluadas y facilitando una comparación precisa de los resultados pre y post-intervención. Entre los principales objetivos de esta evaluación se incluyeron el análisis de las habilidades de regulación emocional adquiridas, la identificación de posibles cambios en los factores de riesgo psicosocial, y la evaluación de la eficacia del programa en la prevención de conductas suicidas.

El uso de instrumentos validados para medir las variables permitió obtener datos relevantes sobre los cambios en la capacidad de los participantes para gestionar sus emociones de manera saludable y adaptativa. En este sentido, la evaluación post-intervención no sólo permitió detectar mejoras en el dominio emocional de los estudiantes, sino que también evidenció la influencia del programa en la disminución de comportamientos impulsivos y en el fortalecimiento de mecanismos de afrontamiento saludables.

La comparación de los datos obtenidos en la pre y post-evaluación permitió observar cómo el programa impactó en la reducción de estos factores, particularmente en términos de la percepción de apoyo por parte de pares y familiares, así como en una reducción de conflictos interpersonales percibidos. En conjunto, los hallazgos obtenidos en esta post-evaluación subrayan el impacto del programa implementado en la secundaria. Este análisis comparativo entre los grupos experimental y control aporta evidencia empírica sobre la efectividad del programa y ofrece una base sólida para su posible implementación en contextos escolares similares.

Aspectos Éticos

La presente investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Aguascalientes **Oficio COB-UAA/101/2023** (ver Anexo A) y se implementó conforme a las directrices éticas establecidas en el Código Ético del Psicólogo en México (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007), el Código de Ética de la American Psychological Association (APA, 2017), y la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013). Estas guías éticas fueron seguidas en cada etapa del estudio para proteger el bienestar, la dignidad y salvaguardar la seguridad de los participantes, especialmente al tratarse de una población sensible, compuesta por adolescentes.

La participación en este estudio requirió el asentimiento voluntario de los menores, además del consentimiento informado por escrito de sus padres o tutores legales y de la institución educativa. El proceso de consentimiento incluyó una explicación clara sobre los objetivos y procedimientos de la intervención, los beneficios, potenciales riesgos, medidas de confidencialidad, y el derecho de los participantes a retirarse del estudio sin repercusiones. De esta manera, tanto los participantes como sus tutores comprendieron el alcance de la investigación, asegurando una participación informada y ética.

Durante la intervención y el manejo de datos, se tomaron medidas estrictas para proteger la privacidad y confidencialidad de los participantes. Todos los datos personales y la información recabada fueron almacenados en áreas seguras del Laboratorio de Regulación Emocional y Prevención del Suicidio, ubicado en la Unidad de Atención Psicológica de la Benemérita Universidad Autónoma de Aguascalientes. Solo el equipo de investigación, debidamente autorizado, tuvo acceso a estos datos, los cuales fueron codificados y almacenados en sistemas de acceso restringido para proteger la confidencialidad de los participantes, conforme a los estándares éticos y legales vigentes en México.

La integridad de la intervención fue supervisada mediante la selección de monitores capacitados en Terapia Dialéctica Conductual (DBT). Estos facilitadores no solo poseían la experiencia técnica necesaria, sino también un compromiso ético para con el bienestar de los participantes. Los terapeutas fueron capacitados para aplicar el programa de manera segura y fueron instruidos para identificar y responder a las necesidades emocionales de los adolescentes en caso de presentarse malestar emocional durante las sesiones.

Con relación al bienestar psicológico de los participantes, se implementaron procedimientos de monitoreo continuo para identificar casos de riesgo de suicidio. En los casos en que se identificó a algún participante con riesgo significativo, se llevó a cabo una referencia inmediata a servicios de salud mental, que brindaron la atención dentro de la institución educativa, ya que con el apoyo de la fundación Líderes de Altura A.C. se contrató a un psicólogo capacitado con el fin de que los adolescentes recibieran la atención adecuada. Los tutores de los adolescentes también fueron informados de la importancia de dichos servicios, para asegurar el seguimiento de las recomendaciones de intervención profesional. Este proceso incluyó un monitoreo continuo a través de consultas clínicas realizadas por el psicólogo clínico capacitado en atención a adolescentes. Cuando se

identificaba a un adolescente con riesgo alto, se notificaba de inmediato al equipo clínico encargado del seguimiento, garantizando la confidencialidad en todo momento.

Asimismo, se estableció comunicación con los padres o tutores legales para informarles sobre la situación, enfatizando la importancia de brindar apoyo y facilitar la atención profesional necesaria. Este proceso contempló además un seguimiento continuo y un registro detallado de cada caso, manteniendo comunicación constante dentro del equipo para asegurar que los adolescentes recibieran la atención adecuada y se cumpliera con el tratamiento recomendado. De esta forma, se garantizó una respuesta rápida y coordinada que priorizó la seguridad y el bienestar de los participantes, cumpliendo con los estándares éticos y de protección de población vulnerable.

A lo largo del estudio, se estableció un canal de comunicación con las autoridades del plantel, algunos tutores y sobre todo con los adolescentes los cuales pudieron solicitar orientación adicional en caso de experimentar algún tipo de malestar emocional durante la investigación. Este sistema de apoyo permitió a los adolescentes acceder a la atención de profesionales calificados del equipo de investigación, garantizando la provisión de ayuda oportuna en cualquier momento de la intervención.

Durante la sesión inicial de “orientación y compromiso”, los facilitadores informaron a los participantes sobre los posibles riesgos y beneficios de la intervención, además de explicar la naturaleza de las actividades que se llevarían a cabo. Esta transparencia ayudó a construir una relación de confianza entre facilitadores y participantes, aspecto fundamental para maximizar la efectividad del programa.

Finalmente, una vez concluido el análisis de los datos, se elaboró un informe general que fue compartido con las autoridades escolares. Este informe presentó un resumen de hallazgos y recomendaciones sobre la efectividad de la intervención en el contexto escolar, sin incluir datos personales de los participantes. Así, este informe buscó contribuir al desarrollo de políticas y prácticas que promuevan el bienestar emocional y psicológico en las instituciones educativas.

En conclusión, este estudio fue implementado respetando los más altos estándares éticos en investigación psicológica, manteniendo un firme compromiso con el bienestar de los participantes en todas las etapas del proceso.

Análisis de Datos

Tamizaje. Para el análisis de datos del tamizaje inicial, se evaluaron factores de riesgo psicosocial y de conducta suicida en los adolescentes participantes. El objetivo principal fue identificar niveles de riesgo y la presencia de conductas que pudieran requerir atención psicológica inmediata. La identificación de estos factores se llevó a cabo mediante un análisis cuantitativo de los resultados obtenidos en los instrumentos de evaluación aplicados.

En primer lugar, para analizar cada variable de riesgo se consideraron puntos de corte específicos, basados en criterios estandarizados y estudios previos. En el caso de la regulación emocional, se utilizó una media más una desviación estándar como referencia para clasificar a los participantes en distintos niveles de riesgo. Este enfoque permitió

establecer si los adolescentes se encontraban en rangos de riesgo bajo, moderado o alto, en función de su capacidad de manejo emocional.

Asimismo, para evaluar el riesgo de conducta suicida se siguió un proceso de categorización en niveles de riesgo, basado en la frecuencia e intensidad de pensamientos autolesivos y suicidas. Los niveles de riesgo se clasificaron como sigue:

- Grupo 4 (muy alto grado de letalidad): adolescentes que reportaron intentos de suicidio en el último año con intención de morir, acompañado de factores de riesgo elevados.
- Grupo 3 (alto grado de letalidad): adolescentes que reportaron autolesiones sin intención suicida clara, pero con otros factores de riesgo elevados.
- Grupo 2 (medio grado de letalidad): adolescentes con pensamientos de conducta suicida, pero sin factores de riesgo adicionales significativos.
- Grupo 1 (bajo riesgo de letalidad): adolescentes sin conducta suicida manifiesta, aunque con la presencia de algunos factores de riesgo.
- Grupo 0 (sin riesgo): adolescentes que no presentaron ni conducta suicida ni factores de riesgo adicionales.

Una vez identificados los puntos de corte y categorizados los niveles de riesgo, se calculó el porcentaje de participantes en cada categoría. Este análisis permitió obtener una distribución clara de la prevalencia de factores de riesgo en la población estudiada. La información obtenida fue utilizada para ajustar el diseño de intervención y para realizar referidos oportunos a servicios psicológicos en el caso de aquellos adolescentes en los grupos de riesgo más alto (grupos 3 y 4), garantizando así la atención adecuada para quienes presentaban las mayores necesidades de apoyo psicológico.

Además, el análisis incluyó una comparación de factores de riesgo según variables sociodemográficas, como la edad y el género, con el fin de observar patrones que pudieran sugerir una mayor vulnerabilidad en subgrupos específicos de la muestra. Este enfoque analítico ayudó a determinar no solo la prevalencia de distintas variables, sino también los factores individuales que podrían influir en la vulnerabilidad al suicidio y otros problemas psicosociales, proporcionando así una comprensión más detallada de la población evaluada. Los datos resultantes del tamizaje sirvieron como línea de base para comparar los efectos de la intervención.

Evaluaciones pre-post. Se realizaron pruebas de tendencia central para cada una de las variables estudiadas, asimismo, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk para evaluar la normalidad de las distribuciones de las variables dependientes antes y después de la intervención. Esta prueba es adecuada para muestras pequeñas y permite determinar si los datos se ajustan a una distribución normal, lo cual es un supuesto fundamental para la aplicación de pruebas paramétricas o no paramétricas. Para evaluar la eficacia del programa DBT-MXAU 2.0, se realizaron análisis estadísticos intra-grupo mediante pruebas t de Student con corrección de Welch en su defecto U de Mann-Whitney. Estos análisis tuvieron como propósito identificar diferencias significativas entre las evaluaciones realizadas antes

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

(pre) y después (post) de la intervención en factores psicosociales de riesgo asociados al suicidio y comportamientos de riesgo suicida. Este enfoque permitió determinar el impacto del programa en las variables de interés, evaluando si existieron cambios significativos tras la implementación.

El cálculo del tamaño del efecto se llevó a cabo utilizando la fórmula de d de Cohen para pruebas t , siguiendo el procedimiento descrito por Dunlop et al. (1996) el contraste de Mann-Whitney, la magnitud del efecto viene dada por la correlación biserial de rangos. Este enfoque, implementado a través del software SPSS Statistics en su versión 30.0.0, Los resultados se interpretaron siguiendo los puntos de referencia: un efecto pequeño ($d = .2$), efecto moderado ($d = .5$) y efecto grande ($d = .8$), lo que permitió evaluar la relevancia clínica y estadística de las diferencias observadas.

La combinación de estos análisis permitió una comprensión integral del impacto del programa DBT-MXAU 2.0, asegurando un abordaje riguroso y acorde a los objetivos de la investigación.

Capítulo 6. Resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en el ensayo clínico aleatorizado llevado a cabo para evaluar la eficacia del programa DBT MXAU 2.0 en la reducción del riesgo de suicidio en adolescentes del estado de Aguascalientes. Este estudio se centró en medir la eficacia del programa, comparando las variables antes de la intervención y después de la intervención, así como entre hombre y mujeres.

En la primera sección de los resultados se dedica a la evaluación de la eficacia del programa DBT MXAU 2.0 en la disminución de los factores de riesgo asociados al suicidio, tales como la ideación suicida, la regulación emocional, la depresión, ansiedad, recursos psicológicos, violencia hacia los adolescentes, consumo de sustancias, y autoestima. Estos factores fueron medidos en los momentos clave del estudio: al inicio (pretest), al final de la intervención (postest). Los resultados obtenidos en estas mediciones se analizan comparativamente, permitiendo determinar el impacto del programa en la reducción de los factores de riesgo asociados al suicidio.

En la segunda sección, se presentan las asociaciones entre los factores psicosociales asociados al riesgo suicida y la adquisición de habilidades específicas del programa DBT MXAU 2.0, tales como la regulación emocional, la tolerancia a la angustia, la efectividad en las relaciones interpersonales y la atención plena. Los datos obtenidos permiten explorar cómo las habilidades desarrolladas durante la intervención contribuyen a la disminución del riesgo suicida en la población adolescente en el contexto mexicano.

Para el análisis de resultados se contempló una muestra conformada por 74 adolescentes, quienes se encontraban inscritos en el segundo grado del turno vespertino de una secundaria pública, localizada en el estado de Aguascalientes. Durante la revisión y depuración de la base de datos, se verificó la completitud de las respuestas en los instrumentos aplicados en los momentos pre y postintervención. El análisis realizado en IBM SPSS Statistics (versión 30) no identificó valores perdidos en las variables consideradas para el estudio, por lo que no fue necesario aplicar procedimientos de imputación ni realizar análisis de sensibilidad. Esta completitud en los datos refuerza la solidez de los análisis estadísticos efectuados y evita posibles sesgos derivados de omisiones en las respuestas. La composición de la muestra reflejó una distribución similar por género, integrándose por 37 participantes femeninos y 37 masculinos, lo que representa un 50% para cada grupo y asegura una representación equitativa. La edad promedio de los participantes se situó en los 13 años, configurando una cohorte relativamente homogénea en términos de etapa de desarrollo adolescente.

En cuanto a la estructura del núcleo familiar, el 45.9% de los adolescentes informó que sus padres estaban casados. Un 25.7% indicó que sus padres vivían en unión libre. Por otra parte, el 17.6% de los participantes refirió que sus padres se encontraban divorciados, mientras que el 10.8% restante aludió a otras configuraciones familiares, entre las que se incluyen la viudez entre otras.

Respecto a la pregunta “¿con quién vives?”, el 64.9% de los adolescentes señaló residir con ambos progenitores. Un 32.4% manifestó vivir únicamente con uno de ellos, y

un minoritario 2.7% se encontraba bajo la tutela o cuidado de otros miembros de la familia extensa, como abuelos o tíos. Esta distribución evidencia una considerable diversidad en las modalidades de cohabitación familiar dentro de la muestra estudiada.

En relación con la dinámica fraterna, una proporción mayoritaria del 90.5% de los participantes mencionó tener hermanos y compartir la vivienda con ellos. Un 5.4% se identificó como hijo único, y el 4.1% restante, si bien reportó tener hermanos, indicó no residir en el mismo domicilio. La caracterización sociodemográfica expuesta proporciona un perfil detallado del contexto familiar y social de los adolescentes participantes. Dicha información ostenta una relevancia sustancial para la interpretación contextualizada de los hallazgos derivados del presente estudio, especialmente al ponderar la influencia potencial que las dinámicas y configuraciones familiares ejercen sobre el desarrollo emocional y conductual durante esta etapa vital.

La prueba de Shapiro-Wilk se empleó para evaluar la normalidad de las variables analizadas, dada su alta sensibilidad y precisión para detectar desviaciones de la distribución normal, especialmente en muestras pequeñas y medianas. Los resultados indicaron que algunas variables presentaron valores de $p > .05$, lo que sugiere una distribución compatible con la normalidad, mientras que otras mostraron valores inferiores a dicho umbral, indicando una violación de este supuesto. Debido a esta variabilidad en el cumplimiento de la normalidad, se optó por aplicar pruebas estadísticas tanto paramétricas como no paramétricas, según correspondiera a las características de cada variable. Esta decisión metodológica garantiza la adecuación de los análisis a las propiedades de los datos y fortalece la validez de las conclusiones. El cumplimiento de la prueba de normalidad para cada variable se presenta en la Tabla 4, permitiendo una revisión de los criterios empleados para la elección de los procedimientos estadísticos utilizados en el presente estudio.

Tabla 4
Criterios de Normalidad.

Variable	Normalidad Pre	Normalidad Post	Prueba recomendada
CESD	Falso	Falso	No paramétrica (Mann-Whitney U)
Autoculpa	Falso	Falso	No paramétrica (Mann-Whitney U)
Rumiación	Falso	Falso	No paramétrica (Mann-Whitney U)
Culpar a otros	Falso	Falso	No paramétrica (Mann-Whitney U)
Reenfocarse en los planes	Verdadero	Verdadero	Paramétrica (t de Student o Welch)
Reevaluación positiva	Falso	Falso	No paramétrica (Mann-Whitney U)
IDR	Falso	Falso	No paramétrica (Mann-Whitney U)
Autoestima	Falso	Falso	No paramétrica (Mann-Whitney U)

Variable	Normalidad Pre	Normalidad Post	Prueba recomendada
Habilidades DBT	Falso	Falso	No paramétrica (Mann-Whitney U)
Atención Plena	Falso	Falso	No paramétrica (Mann-Whitney U)
Regulación Emocional	Verdadero	Verdadero	Paramétrica (t de Student o Welch)
Efectividad Interpersonal	Verdadero	Falso	No paramétrica (Mann-Whitney U)
SCAS	Verdadero	Verdadero	Paramétrica (t de Student o Welch)
Ataque de pánico	Falso	Falso	No paramétrica (Mann-Whitney U)
Ansiedad por separación	Falso	Falso	No paramétrica (Mann-Whitney U)
Fobia social	Falso	Falso	No paramétrica (Mann-Whitney U)
Miedo al daño físico	Falso	Falso	No paramétrica (Mann-Whitney U)
Trastorno obsesivo	Verdadero	Verdadero	Paramétrica (t de Student o Welch)
Ansiedad Generalizada	Falso	Falso	No paramétrica (Mann-Whitney U)
EVHA	Falso	Falso	No paramétrica (Mann-Whitney U)
Violencia psicológica	Falso	Falso	No paramétrica (Mann-Whitney U)
Violencia física	Falso	Falso	No paramétrica (Mann-Whitney U)
Violencia sexual	Falso	Falso	No paramétrica (Mann-Whitney U)
Negligencia	Falso	Falso	No paramétrica (Mann-Whitney U)
Recursos psicológicos	Verdadero	Verdadero	Paramétrica (t de Student o Welch)
Manejo de la tristeza	Falso	Falso	No paramétrica (Mann-Whitney U)
Manejo del enojo	Falso	Falso	No paramétrica (Mann-Whitney U)
Autocontrol	Falso	Falso	No paramétrica (Mann-Whitney U)
Recuperación del equilibrio	Verdadero	Verdadero	Paramétrica (t de Student o Welch)

Los resultados descriptivos de las variables psicológicas evaluadas antes y después de la intervención, diferenciados por grupo (experimental y control) y por sexo, permiten

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

observar patrones relevantes en el grupo experimental que sugieren posibles efectos positivos de la intervención en ciertas dimensiones clínicas y emocionales.

En relación con la ideación suicida, se observó un decremento en las puntuaciones del grupo experimental, siendo más notable en las mujeres (de $M = 6.53$ a $M = 3.24$), en comparación con los hombres (de $M = 3.00$ a $M = 2.56$). Este patrón también se reflejó en la sintomatología depresiva, con una disminución en las mujeres del grupo experimental (de $M = 72.18$ a $M = 67.12$), mientras que en los hombres se mantuvo relativamente estable (de $M = 42.17$ a $M = 41.72$). Contrariamente, en el grupo control se registró un aumento en los puntajes de depresión en hombres (de $M = 31.68$ a $M = 38.89$), lo cual podría indicar una tendencia progresiva de malestar en ausencia de intervención.

Respecto a las estrategias de regulación cognitiva de las emociones, se identificó un incremento en el uso de estrategias adaptativas, como la reevaluación positiva, principalmente en los hombres del grupo experimental (de $M = 8.00$ a $M = 10.56$) y en menor medida en las mujeres (de $M = 8.12$ a $M = 8.53$). No obstante, también se observó un aumento en algunas estrategias desadaptativas en los hombres, como la culpabilización externa (de $M = 4.72$ a $M = 6.06$) y la rumiación (de $M = 11.50$ a $M = 12.33$), lo que sugiere una evolución mixta en los patrones de afrontamiento emocional.

En cuanto a los síntomas de ansiedad, los hombres del grupo experimental mostraron un leve aumento (de $M = 25.11$ a $M = 26.78$), mientras que las mujeres reportaron una disminución (de $M = 46.06$ a $M = 42.53$). Esta tendencia también se observó en el grupo control, aunque con variaciones menos marcadas. Específicamente, subdimensiones como ataques de pánico, ansiedad generalizada y fobia social presentaron una reducción consistente en todos los subgrupos. En lo referente a conductas relacionadas con la violencia, se evidenció un aumento en las puntuaciones tanto en hombres (de $M = 84.39$ a $M = 87.50$) como en mujeres (de $M = 80.35$ a $M = 83.06$) del grupo experimental, lo cual podría interpretarse como un efecto no deseado o un área que requiere atención particular en futuras intervenciones.

Finalmente, en las dimensiones de recursos psicológicos, se observó un aumento en las mujeres del grupo experimental (de $M = 39.39$ a $M = 45.88$), mientras que en los hombres se registró un decremento en habilidades específicas como el manejo de la tristeza (de $M = 13.67$ a $M = 13.06$) y el manejo del enojo (de $M = 14.22$ a $M = 12.44$). Estos resultados descriptivos, presentados en la Tabla 5, ofrecen un panorama preliminar sobre los posibles efectos diferenciados de la intervención, sugiriendo un mayor beneficio emocional en las mujeres participantes, particularmente en las áreas de ideación suicida, depresión y ansiedad

Tabla 5

Resultados descriptivos pre y post intervención en variables psicológicas por grupo (experimental y control) y sexo

	Experimental								Control							
	PRE				POST				PRE				POST			
	H		M		H		M		H		M		H		M	
	X	D.E	X	D.E	X	D.E	X	D.E	X	D.E	X	D.E	X	D.E	X	D.E
Ideación Suicida	3	4.37	6.53	5.21	2.56	3.74	3.24	4.16	.95	2.41	5.20	5.07	.89	2.05	3.90	4.68
Depresión	42.17	27.63	72.18	30.64	41.72	27.11	67.12	23.30	31.68	21.11	71.55	34.35	38.89	25.93	63.95	41.01
Reg Cog Em	42.50	9.10	50.88	9.88	47.61	10.06	45.53	5.58	40.21	9.79	48.90	8.35	42.79	11.59	49.45	10.56
Autoculpa	9.61	4.28	14.71	4.79	9.06	3.96	12.12	3.74	6.95	3.56	13.20	5.44	8.26	4.78	12.05	5.71
Rumiación	11.50	4.19	15.24	3.96	12.33	3.75	12.65	3.12	10.79	3.66	14.90	3.76	10.74	4.26	14.35	4.38
Culpar a otros	4.72	1.84	4.65	1.22	6.06	2.36	4.35	1.32	5.53	2.63	4.30	1.80	6.26	2.96	5.65	3.06
Reenfocarse en los planes	8.67	2.54	8.18	3.12	9.61	2.66	7.88	2.42	8.00	2.44	8.50	2.30	8.63	3.30	8.30	2.97
Reevaluación positiva	8.00	2.42	8.12	2.47	10.56	3.94	8.53	2.96	8.95	3.83	8.00	4.36	8.89	3.99	9.10	4.97
Autoestima	28.89	6.4	21.76	5.35	29.33	6.03	24.12	4.24	30.16	5.84	22.05	6.04	29.11	6.69	25.15	7.26

Habilidades DBT	88.89	12.03	102.00	17.83	87.61	11.65	91.00	15.74	79.89	12.89	102.05	15.34	87.42	13.67	96.20	30.61
Atención Plena	15.61	3.48	15.76	4.86	15.33	3.51	14.59	3.10	12.21	2.55	16.05	4.40	13.95	3.62	15.55	5.94
Regulación Em	36.56	6.91	42.59	7.88	34.56	6.37	37.24	7.25	32.63	6.56	40.95	6.89	35.11	6.49	38.75	12.52
Tolerancia al malestar	14.78	3.24	17.24	3.21	15.28	3.34	15.53	4.07	14.00	3.80	18.55	3.57	14.42	3.15	16.60	6.22
Efectividad Interpersonal	21.94	4.17	26.41	5.44	22.44	4.10	23.65	4.54	21.05	4.19	26.50	4.21	23.95	4.98	25.30	8.65
Ansiedad	25.11	11.08	46.06	12.57	26.78	14.71	42.53	17.36	18.84	12.89	45.30	18.18	22.74	17.25	40.35	22.09
Ataque de pánico	5.83	4.39	12.12	3.88	5.78	4.14	11.59	5.50	3.16	3.25	11.00	6.36	5.21	4.31	10.35	7.33
Ansiedad por separación	3.33	2.16	5.12	3.77	3.89	2.67	4.65	3.42	3.11	1.41	5.55	3.50	3.16	2.63	5.25	3.66
Fobia social	4.28	2.80	8.94	3.45	4.22	3.43	7.21	3.98	3.79	3.32	8.55	2.94	3.47	3.16	7.15	3.18
Miedo al daño físico	2.33	1.84	5.35	3.20	2.67	2.32	4.71	3.33	1.95	1.95	4.20	3.45	2.79	3.10	3.40	3.25
Trastorno obsesivo	4.61	2.72	6.76	2.38	4.78	3.13	6.29	3.44	3.11	3.05	8.20	3.20	3.42	3.00	6.65	4.63
Ansiedad generalizada	4.72	2.98	7.76	3.15	5.44	3.22	7.59	3.35	3.74	2.64	7.80	4.59	4.68	3.63	7.55	4.12
Violencia Gen	84.39	15.06	80.35	11.42	87.50	12.66	83.06	11.94	82.37	12.07	76.10	13.84	79.21	12.23	79.45	12.86
Violencia Psicológica	22.67	4.01	20.82	4.05	23.72	4.59	20.71	4.05	22.26	3.21	18.20	5.39	22.00	4.67	18.85	5.89
Violencia Física	25.28	5.66	24.35	3.80	26.72	3.89	26.12	4.18	24.79	5.64	23.05	5.92	22.74	4.66	24.10	5.42
Violencia Sexual	20.28	4.25	18.88	2.26	20.61	2.63	20.12	3.12	19.63	2.38	19.65	1.49	19.05	3.50	19.85	1.81
Negligencia	16.17	3.22	16.29	3.05	16.44	2.91	16.12	2.61	15.68	2.35	15.20	2.44	15.42	2.19	16.65	4.66
Recursos Psicológicos	50.50	9.07	39.39	6.82	48.00	6.29	45.88	9.34	47.47	8.39	40.85	10.16	46.46	7.02	41.45	9.60

Manejo de la tristeza	13.67	3.66	9.59	3.20	13.06	3.97	11.76	4.08	14.58	4.92	9.95	4.45	14.53	4.50	12.20	4.72
Manejo del enojo	14.22	2.50	12.88	2.11	12.44	1.72	13.18	2.18	12.89	3.51	12.55	3.23	12.42	2.00	12.10	3.12
Autocontrol	14.44	4.44	10.35	2.93	14.11	3.12	13.53	3.82	14.00	4.95	11.30	4.25	12.47	3.89	10.95	4.37
Recuperación del equilibrio	8.17	2.55	6.47	2.40	8.39	1.53	7.41	2.45	6.00	2.76	7.05	2.81	7.05	2.61	6.20	3.03



Con el propósito de identificar los efectos diferenciales de la intervención se realizaron análisis comparativos entre el grupo experimental y el grupo control a partir de los puntajes obtenidos en las evaluaciones pre y post intervención. Para ello, se aplicaron pruebas paramétricas (t de Student para muestras independientes) o no paramétricas (U de Mann-Whitney), conforme al cumplimiento de los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas. De igual manera, se estimó el tamaño del efecto (d de Cohen) con el objetivo de valorar la magnitud de las diferencias encontradas, proporcionando así una interpretación más integral que combine la significación estadística con la relevancia clínica, dichos resultados se muestran en la tabla 6. A continuación, se presentan los hallazgos.

La variable autoculpa, evaluada como componente de la escala CERQ-K presentó una diferencia significativa en la fase preintervención ($p = .046$, $d = .228$), lo que sugiere una tendencia basal mayor en el grupo experimental. Posteriormente, se observó una disminución en ambos grupos, aunque el descenso fue más pronunciado en el grupo experimental, lo que podría indicar un efecto beneficioso de la intervención en la disminución de procesos de autoculparse.

En la variable ataques de pánico, también se observó una diferencia significativa en la línea base ($p = .039$, $d = .239$), con puntuaciones más elevadas en el grupo experimental. Aunque esta diferencia persistió tras la intervención, el tamaño del efecto se redujo ($d = .109$), lo que podría interpretarse como un efecto modulador de la intervención en la sintomatología ansiosa aguda.

La variable atención plena mostró una diferencia significativa en la medición pretest ($p = .043$, $d = .232$), indicando una mayor presencia de esta habilidad en el grupo experimental desde el inicio. No obstante, es importante destacar que dicha habilidad se mantuvo tras la intervención, lo cual podría interpretarse como una consolidación del recurso psicológico en este grupo, posiblemente reforzado por los componentes del programa orientados a la conciencia plena.

En cuanto a ideación suicida, si bien no se observaron diferencias estadísticamente significativas, el grupo experimental mostró un descenso más pronunciado entre el pre y el post (de 4.71 a 2.88), mientras que el grupo control pasó de 3.12 a 2.43. Aunque el tamaño del efecto fue modesto ($d = .149$), esta tendencia sugiere una dirección clínicamente relevante, dada la naturaleza crítica de esta variable.

Una de las diferencias más notables se observó en la variable recuperación del equilibrio, donde el grupo experimental mostró un incremento significativo tras la intervención (de 7.34 a 7.91), mientras que el grupo control presentó una puntuación más baja (6.61 en el post). Esta diferencia alcanzó significación estadística ($p = .013$) y se asoció con un tamaño del efecto moderado ($d = .524$), constituyendo uno de los hallazgos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

más robustos del estudio. Esta variable es particularmente importante dado su carácter transversal para la regulación emocional y el afrontamiento del estrés.

Asimismo, en autocontrol, el grupo experimental evidenció un aumento postintervención (de 12.45 a 13.82), mientras que el grupo control disminuyó ligeramente (de 12.61 a 11.69). Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p = .008$) y se acompañó de un tamaño del efecto moderado ($d = .326$), indicando una mejora relevante en el manejo conductual impulsivo en el grupo experimental.

En cuanto a la variable recursos psicológicos se encontró una mejora en el grupo experimental tras la intervención (de 45.05 a 46.97), en contraste con una ligera disminución en el grupo control (de 44.07 a 43.89). Aunque la diferencia no fue significativa ($p = .059$), el tamaño del efecto fue de .369, lo que sugiere una ganancia potencialmente significativa desde el punto de vista clínico, particularmente en términos de afrontamiento funcional.

Se encontraron diferencias significativas en las variables de violencia psicológica (pre: $p = .042$; post: $p = .052$; $d = .22$), violencia física ($p = .005$; $d = .349$) y violencia sexual ($p = .010$; $d = .305$). En todos los casos, los tamaños del efecto se ubicaron en el rango pequeño a moderado, sugiriendo que la intervención podría haber contribuido a disminuir el impacto subjetivo o la exposición a este tipo de experiencias en el grupo experimental. La variable negligencia también mostró una diferencia significativa en la medición pretest ($p = .043$, $d = .231$), manteniéndose estable en el grupo experimental, en tanto que el grupo control presentó un aumento en la puntuación. Este patrón puede sugerir un efecto protector o estabilizador de la intervención en contextos de desatención emocional o física.

Si bien muchas variables no alcanzaron significación estadística, el análisis del tamaño del efecto sugiere mejoras clínicamente apreciables en dimensiones como regulación emocional ($d = .328$), ansiedad ($d = .134$), autoestima ($d = -.075$), efectividad interpersonal ($d = -.220$ en el post) y ansiedad generalizada ($d = .084$). Estos resultados, aunque más modestos, podrían representar ganancias progresivas que podrían consolidarse en el seguimiento a mediano y largo plazo.

Tabla 6

Tamaños del efecto del grupo experimental y control (pre y post intervención).

Variable	Experimental		Control		U de Mann-Whitney	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	X	DE	X	DE				
Autoculpa (PRE)	12.08	5.16	10.25	5.55	838.00		0.046	0.228
Autoculpa (POST)	10.54	4.10	10.20	5.55	764.00		0.189	0.119
Rumiación (PRE)	13.31	4.44	12.89	4.21	698.50		0.433	0.023
Rumiación (POST)	12.89	4.21	12.48	3.41	700.50		0.425	0.026
Culpar a otros (PRE)	4.68	1.54	4.89	2.30	710.50		0.380	0.041
Culpar a otros (POST)	5.22	2.08	5.94	2.99	607.00		0.798	-0.111
Reenfocarse en los planes (PRE)	8.42	2.81	8.25	2.35		0.284	0.388	0.066
Reenfocarse en los planes (POST)	8.77	2.65	8.46	3.10		0.463	0.322	0.107
Reevaluación positiva (PRE)	8.05	2.41	8.46	4.09	723.50		0.329	0.060
Reevaluación positiva (POST)	9.57	3.59	9.00	4.46	695.50		0.446	0.019
Depresión (PRE)	56.74	32.48	52.12	34.76	741.00		0.265	0.086
Depresión (POST)	54.05	28.08	51.74	36.34	743.00		0.258	0.089
Ideación (PRE)	4.71	5.05	3.12	4.50	822.50		0.057	0.205
Ideación (POST)	2.88	3.90	2.43	3.91	784.00		0.121	0.149
Autoestima (PRE)	25.42	6.86	26.00	7.16	652.00		0.632	-0.045

Variable	Experimental		Control		U de			
Autoestima (POST)	26.80	7.16	27.07	5.94	631.00	Mann-Whitney	0.714	-0.075
Habilidades DBT (PRE)	95.25	16.31	91.25	17.95	764.50		0.189	0.120
Habilidades DBT (POST)	89.25	13.69	91.93	24.01	591.50		0.839	-0.133
Atención plena (PRE)	15.68	4.14	14.17	4.07	841.00		0.043	0.232
Atención plena (POST)	14.97	3.29	14.76	4.95	710.00		0.384	0.040
Regulación emocional (PRE)	39.48	7.90	36.89	7.86		1.410	.081	0.328
Regulación emocional (POST)	35.85	6.85	36.97	10.09		0.551	0.708	0.128
Tolerancia al malestar (PRE)	15.97	3.41	16.33	4.30	617.50		0.762	-0.095
Tolerancia al malestar (POST)	15.40	3.66	15.53	5.03	683.50		0.498	0.001
Efectividad interpersonal (PRE)	24.11	5.27	23.84	4.98	693.50		0.455	0.016
Efectividad interpersonal (POST)	23.02	4.30	24.64	7.04	532.50		0.949	-0.220
Ansiedad (PRE)	35.28	15.76	32.41	20.57		0.669	0.253	0.156
Ansiedad (POST)	34.42	17.72	31.76	21.55		0.582	0.281	0.134
Ataque de pánico (PRE)	8.88	5.18	7.17	6.40	845.50		0.039	0.239
Ataque de pánico (POST)	8.60	5.71	7.84	6.51	757.00		0.211	0.109

Variable	Experimental		Control		U de			
Ansiedad por separación (PRE)	4.20	3.14	4.35	2.93	Mann-Whitney	t	0.641	-0.048
Ansiedad por separación (POST)	4.25	3.04	4.23	3.33	712.00		0.375	0.043
Fobia social (PRE)	6.54	3.89	6.23	3.92	715.50		0.362	0.048
Fobia social (POST)	5.91	4.06	5.35	3.64	715.50		0.312	0.067
Miedo al daño físico (PRE)	3.80	2.97	3.80	2.98	792.00		0.117	0.160
Miedo al daño físico (POST)	3.65	2.99	3.10	3.15	772.50		0.163	0.132
Trastorno obsesivo (PRE)	5.65	2.75	5.71	4.02		-0.075	0.312	-0.018
Trastorno obsesivo (POST)	3.31	3.32	5.07	4.20		0.498	0.310	0.115
Ansiedad generalizada (PRE)	6.20	3.33	5.82	4.25	753.50		0.222	0.104
Ansiedad generalizada (POST)	6.48	3.41	6.15	4.10	739.50		0.2270	0.084
EVHA (PRE)	82.42	13.38	79.15	13.23	809.00		0.086	0.185
EVHA (POST)	85.34	12.34	79.33	12.39	882.00		0.015	0.293
Violencia psicológica (PRE)	21.77	4.50	20.17	4.86	841.50		0.042	0.233
Violencia psicológica (POST)	22.25	4.54	20.38	5.50	832.00		0.052	0.219
Violencia Física (PRE)	24.82	4.80	23.89	5.78	723.50		0.329	0.060

Variable	Experimental		Control		U de			
Violencia Física (POST)	26.42	3.98	23.43	5.05	Manejo de la ira	921.00	0.005	0.349
Violencia sexual (PRE)	19.60	3.45	19.64	1.95		728.00	0.303	0.067
Violencia sexual (POST)	20.37	2.85	19.46	2.76		891.00	0.010	0.305
Negligencia (PRE)	16.22	3.09	15.43	2.38		840.00	0.043	0.231
Negligencia (POST)	16.28	2.73	16.05	3.67		773.00	0.163	0.133
Recursos psicológicos (PRE)	45.05	9.76	44.07	9.81			0.430	0.334
Recursos psicológicos (POST)	46.97	7.87	43.89	8.71			1.593	0.059
Manejo de la tristeza (PRE)	11.68	3.97	12.20	5.18		651.50	0.634	-0.045
Manejo de la tristeza (POST)	12.42	4.02	13.33	4.70		596.00	0.828	-0.127
Manejo del enojo (PRE)	13.57	2.39	12.71	3.33		780.00	0.145	0.143
Manejo del enojo (POST)	12.80	1.96	12.25	2.61		775.00	0.157	0.136
Autocontrol (PRE)	12.45	4.27	12.61	4.74		679.50	0.515	-0.004
Autocontrol (POST)	13.82	3.44	11.69	4.16		905.00	0.008	0.326
Recuperación del equilibrio (PRE)	7.34	2.58	6.53	2.80			1.276	0.103
Recuperación del equilibrio (POST)	7.91	2.06	6.61	2.83			2.269	0.013

Con el objetivo de explorar diferencias en la respuesta al programa de intervención según el sexo de los participantes, se realizó un análisis comparativo entre mujeres y hombres pertenecientes al grupo experimental, considerando los puntajes obtenidos en las evaluaciones pre y post a la intervención. Para ello, se aplicaron pruebas t de Student para muestras independientes y U de Mann-Whitney dependiendo los casos en que no se cumplieran los supuestos de normalidad, conforme a lo indicado por la prueba de Shapiro-Wilk. Asimismo, se calcularon los tamaños del efecto mediante el estadístico d de Cohen, con el propósito de estimar la magnitud de las diferencias encontradas, aún en ausencia de significación estadística.

En el conjunto de variables relacionadas con la regulación cognitiva de las emociones, se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de autoculpa, con medias más altas en mujeres ($M = 12.12$; $DE = 3.740$) que en hombres ($M = 9.06$; $DE = 3.963$), resultado que alcanzó significancia ($p = .012$) con un tamaño del efecto considerado moderado ($d = 0.500$). De igual manera, en la variable culpar a otros, se encontró una diferencia significativa ($p = .024$), con una media más elevada en los varones ($M = 6.06$; $DE = 2.363$) respecto a las mujeres ($M = 4.35$; $DE = 1.320$), lo que se reflejó en un tamaño del efecto $d = -0.441$. En otras estrategias de afrontamiento cognitivo, como rumiación y reevaluación positiva, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el posttest, aunque los tamaños del efecto oscilaron entre $d = 0.183$ y $d = -0.278$, respectivamente.

En cuanto a la ideación suicida, los puntajes fueron más elevados en mujeres ($M = 3.24$; $DE = 4.161$) que en hombres ($M = 2.56$; $DE = 3.745$), sin alcanzar significación estadística ($p = .392$), con un tamaño del efecto pequeño ($d = 0.167$). Resultados similares se obtuvieron en la variable de autoestima, donde los hombres presentaron puntajes más altos ($M = 29.33$; $DE = 6.306$) que las mujeres ($M = 24.12$; $DE = 4.241$), pero en contraste esta diferencia sí resultó ser significativa ($p = .020$), con un tamaño del efecto moderado ($d = -0.464$).

En cuanto a las habilidades DBT, evaluadas a través de la escala EHASE DBT no se encontraron diferencias significativas en la medición postintervención ($p = .290$), aunque se observaron diferencias previas a la intervención ($p = .011$), con un tamaño del efecto inicial de $d = 0.507$. Las habilidades específicas como atención plena, regulación emocional y tolerancia al malestar tampoco mostraron diferencias significativas en la medición post, aunque los tamaños del efecto en regulación emocional ($d = 0.392$) y tolerancia al malestar ($d = 0.036$) sugieren leves variaciones que podrían ser clínicamente relevantes.

Respecto a los síntomas de ansiedad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en varias dimensiones. La ansiedad total presentó puntuaciones más altas en mujeres ($M = 42.53$; $DE = 17.368$) que en hombres ($M = 26.78$; $DE = 14.719$), diferencia que resultó significativa ($p = .007$) y con un tamaño del efecto elevado ($d = 0.978$). Resultados similares se hallaron en las subescalas de ataques de pánico ($p = .004$, $d = 0.578$) y fobia social ($p = .016$, $d = 0.477$), ambas con puntuaciones más altas en mujeres. En otras subdimensiones de la escala de ansiedad, como ansiedad generalizada ($p = .070$, $d = 0.359$) y miedo al daño físico ($p = .067$, $d = 0.363$), no se alcanzó significancia

estadística, pero los tamaños del efecto sugieren posibles diferencias que podrían explorarse en futuros análisis.

En el grupo de variables relacionadas con experiencias de violencia hacia los adolescentes, se identificó una diferencia significativa en la dimensión de violencia psicológica, con puntajes más altos en hombres ($M = 23.72$; $DE = 4.599$) que en mujeres ($M = 20.71$; $DE = 4.058$), resultado que alcanzó significación ($p = .011$) y un tamaño del efecto moderado ($d = -0.507$). Las dimensiones de violencia física y sexual no mostraron diferencias significativas en el posttest, con tamaños del efecto cercanos a cero o bajos (por ejemplo, $d = -0.056$ para violencia sexual).

En cuanto a los recursos psicológicos, aunque no se identificaron diferencias estadísticamente significativas ($p = .441$), los puntajes de los varones ($M = 48.00$; $DE = 6.297$) fueron ligeramente más altos que los de las mujeres ($M = 45.88$; $DE = 9.347$), con un tamaño del efecto leve ($d = -0.266$). Del mismo modo, en las habilidades específicas de regulación afectiva, como el manejo de la tristeza y el manejo del enojo, no se reportaron diferencias significativas, pero se observaron tamaños del efecto de $d = -0.203$ y $d = 0.203$, respectivamente. En recuperación del equilibrio emocional, los varones mostraron una media superior ($M = 8.39$; $DE = 1.539$) en comparación con las mujeres ($M = 7.41$; $DE = 2.451$), con un tamaño del efecto de $d = -0.477$, aunque sin alcanzar significación estadística ($p = .165$).

Los resultados detallados de estas comparaciones, incluyendo medias, desviaciones estándar, valores de p , y tamaños del efecto para cada una de las variables analizadas, se presentan en la Tabla 7

Tabla 7

Tamaños del efecto del grupo experimental diferenciados por sexo.

Variable	Mujeres		Hombres		U de Mann-Whitney	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	X	D. E	X	D. E				
Autoculpa (PRE)	14.71	4.793	9.61	4.286	238.00		0.005	0.556
Autoculpa (POST)	12.12	3.740	9.06	3.963	229.50		0.012	0.500
Rumiación (PRE)	15.24	3.961	11.50	4.190	236.00		0.006	.542
Rumiación (POST)	12.65	3.121	12.33	3.757	181.00		0.361	0.183
Culpar a otros (PRE)	4.65	1.222	4.72	1.841	166.50		0.659	0.088
Culpar a otros (POST)	4.35	1.320	6.06	2.363	85.50		0.024	-0.441
Reenfocarse en los planes (PRE)	8.18	3.127	8.67	2.544		-0.507	0.616	-0.172
Reenfocarse en los planes (POST)	7.88	2.421	9.61	2.660		-2.013	0.052	-0.680
Reevaluación positiva (PRE)	8.12	2.472	8.00	2.425	158.50		0.867	0.036
Reevaluación positiva (POST)	8.53	2.961	10.56	3.944	110.50		0.160	-0.278
Ideación (PRE)	6.53	5.210	3.00	4.379	212.50		0.046	0.389
Ideación (POST)	3.24	4.161	2.56	3.745	178.50		0.392	0.167
Autoestima (PRE)	21.76	5.356	28.89	6.407	60.00		0.002	-0.608
Autoestima (POST)	24.12	4.241	29.33	6.306	82.50		0.020	-0.464
Habilidades DBT (PRE)	102.00	17.833	88.89	12.039	230.50		0.011	0.507
Habilidades DBT (POST)	91.00	15.744	87.61	11.653	185.50		0.290	0.212

Variable	Mujeres		Hombres		U de Mann-Whitney	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Atención plena (PRE)	15.76	4.867	15.61	3.483	160.00		0.829	0.046
Atención plena (POST)	14.59	3.104	15.33	3.515	141.50		0.712	-0.75
Regulación emocional (PRE)	42.59	7.882	36.56	6.913		2.402	0.022	0.814
Regulación emocional (POST)	37.24	7.259	34.56	6.373		1.158	0.255	0.392
Tolerancia al malestar (PRE)	17.24	3.212	14.78	3.246	219.00		0.029	0.431
Tolerancia al malestar (POST)	15.53	4.079	15.28	3.340	158.50		0.868	0.036
Efectividad interpersonal (PRE)	26.41	5.444	21.94	4.179	229.00		0.012	0.497
Efectividad interpersonal (POST)	23.65	4.541	22.44	4.105	175.00		0.476	0.144
Ansiedad (PRE)	46.06	12.577	25.11	11.082		5.236	<0.001	1.767
Ansiedad (POST)	42.53	17.368	26.78	14.719		2.886	0.007	0.978
Ataque de pánico (PRE)	12.12	3.887	5.83	4.396	259.50		<0.001	0.696
Ataque de pánico (POST)	11.59	5.501	5.78	4.413	241.50		0.004	0.578
Ansiedad por separación (PRE)	5.12	3.773	3.33	2.169	195.50		0.161	0.278
Ansiedad por separación (POST)	4.65	3.427	3.89	2.676	172.50		0.526	0.127
Fobia social (PRE)	8.94	3.455	4.28	2.803	259.50		<0.001	0.696

Variable	Mujeres		Hombres		U de Mann-Whitney	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Fobia Social (POST)	7.71	3.981	4.22	3.439	241.50		0.016	0.477
Miedo al daño físico (PRE)	5.35	3.200	2.33	1.847	242.00		0.003	0.582
Miedo al daño físico (POST)	4.71	3.331	2.67	2.326	195.50		0.067	0.363
Trastorno obsesivo (PRE)	6.76	2.386	4.61	2.725		2.481	0.018	0.839
Trastorno obsesivo (POST)	6.29	3.442	4.78	3.135		1.364	0.183	0.461
Ansiedad generalizada (PRE)	7.76	3.011	4.72	2.986	229.50		0.012	0.500
Ansiedad generalizada (POST)	7.59	3.355	5.44	3.222	208.00		0.070	0.359
EVHA (PRE)	80.35	11.423	84.39	15.069	111.00		0.170	-0.275
EVHA (POST)	83.06	11.945	87.50	12.669	115.00		0.215	-0.248
Violencia psicológica (PRE)	20.82	4.915	22.67	4.015	124.00		0.344	-0.190
Violencia psicológica (POST)	20.71	4.058	23.72	4.599	75.50		0.011	-0.507
Violencia Física (PRE)	24.35	3.807	25.28	5.665	111.00		0.168	-0.275
Violencia Física (POST)	26.12	4.182	26.72	3.893	148.00		0.881	-0.033
Violencia sexual (PRE)	18.88	2.261	20.28	4.254	64.50		0.002	-0.582
Violencia sexual (POST)	20.12	3.120	20.61	2.638	144.50		0.785	-0.056

Variable	Mujeres		Hombres		U de			
Negligencia (PRE)	16.29	3.057	16.17	3.222	Manh	5500	0.960	0.013
Negligencia (POST)	16.12	2.619	16.44	2.915	147.50		0.867	-0.036
Recursos psicológicos (PRE)	39.29	6.826	50.50	9.070			-4.111	<0.001
Recursos psicológicos (POST)	45.88	9.347	48.00	6.297			-0.782	0.441
Manejo de la tristeza(PRE)	9.59	3.203	13.67	3.662	63.000		0.003	-0.588
Manejo de la tristeza (POST)	11.76	4.085	13.06	3.977	122.00		0.312	-0.203
Manejo del enojo (PRE)	12.88	2.118	14.22	2.510	97.00		0.064	-0.366
Manejo del enojo (POST)	13.18	2.186	12.44	1.723	184.00		0.304	0.203
Autocontrol (PRE)	10.35	2.936	14.44	4.449	69.50		0.006	-0.546
Autocontrol (POST)	13.53	3.826	14.11	3.123	143.00		0.751	-0.065
Receperación del equilibrio (PRE)	6.47	2.401	8.17	2.550			-2.023	0.051
Recuperación del equilibrio (POST)	7.41	2.451	8.39	1.539			-1.421	0.165

Con el fin de explorar las asociaciones entre las distintas variables evaluadas tras la implementación del programa de intervención, se realizó un análisis de correlaciones bivariadas utilizando el coeficiente de Pearson. La matriz resultante fue representada visualmente mediante un mapa de calor (Figura 6), lo que permite observar de manera integral las relaciones de magnitud y dirección entre las variables evaluadas. Los coeficientes fueron interpretados conforme a los criterios convencionales de tamaño del efecto, considerando relaciones bajas ($r = .10-.29$), moderadas ($r = .30-.49$) y altas ($r \geq .50$), en función de su valor absoluto (Cohen, 1988).

Los resultados muestran la presencia de agrupamientos consistentes entre variables clínicamente relacionadas. La variable depresión presentó asociaciones positivas de magnitud alta con ideación suicida ($r = .744$) y rumiación ($r = .744$), así como una correlación moderada con la autculpa ($r = .575$). De igual manera, la variable ideación suicida mostró correlaciones relevantes con variables de ansiedad, tales como ataques de pánico ($r = .683$), ansiedad generalizada ($r = .598$) y fobia social ($r = .571$), además de una asociación inversa con el autoestima ($r = -.612$). Estas asociaciones sugieren un entrelazamiento clínico entre pensamientos suicidas, sintomatología ansiosa y autorreferencias negativas.

El uso global de habilidades DBT se asoció fuertemente con regulación emocional ($r = .947$) y con tolerancia al malestar ($r = .792$), lo que indica una alta consistencia interna en la medición de competencias autorregulatorias. A su vez, atención plena se relacionó de forma moderada a alta con regulación emocional ($r = .669$), reevaluación positiva ($r = .567$) así como con el uso de habilidades DBT ($r = .652$), reflejando una integración sólida entre los componentes del entrenamiento. La reevaluación positiva y reenfocarse en los planes también se correlacionaron entre sí ($r = .365$), y ambas variables se vincularon positivamente con recursos psicológicos, regulación emocional y manejo adaptativo de emociones.

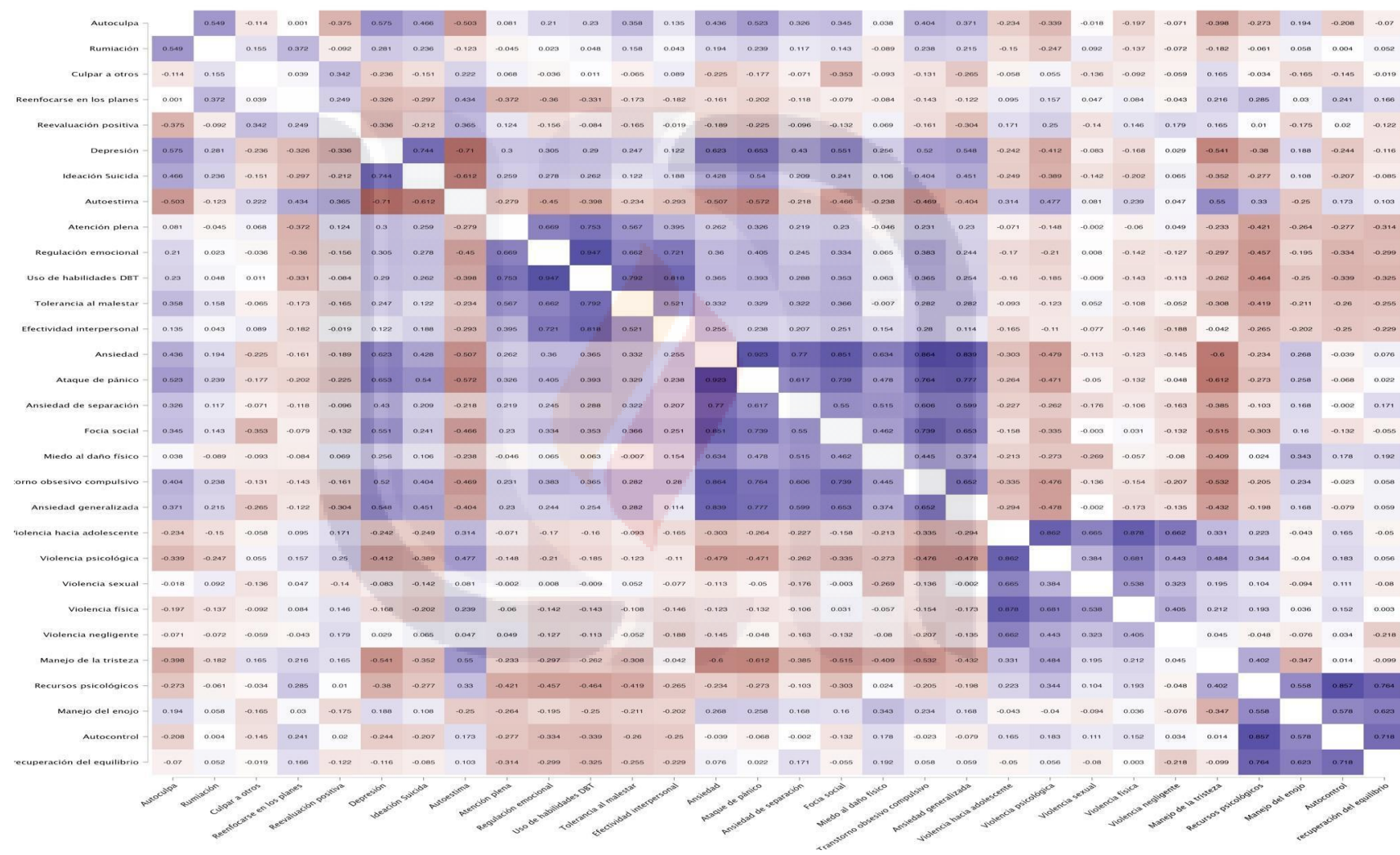
En el caso de las variables relacionadas con la violencia, se observaron correlaciones positivas elevadas entre las distintas formas de violencia. Violencia psicológica, violencia física y violencia sexual presentaron asociaciones intermedias a altas entre sí ($r = .862$, $r = .681$ y $r = .538$, respectivamente), reflejando un fenómeno acumulativo en la exposición a experiencias adversas. Estas variables también mostraron relaciones positivas con síntomas de ansiedad, depresión e ideación suicida, y relaciones negativas con habilidades adaptativas, como el manejo del enojo ($r = -.347$) y recuperación del equilibrio emocional ($r = -.218$).

Por otro lado, los recursos psicológicos demostraron correlaciones positivas consistentes con variables que representan autorregulación efectiva. Se identificaron asociaciones relevantes con manejo de la tristeza ($r = .558$), autocontrol ($r = .718$), recuperación del equilibrio emocional ($r = .764$), atención plena ($r = .567$) y uso de habilidades DBT ($r = .660$). Además, se observaron correlaciones negativas entre los recursos psicológicos y variables de desregulación emocional, ansiedad generalizada ($r = -.432$), depresión ($r = -.277$) y violencia psicológica ($r = -.344$), sugiriendo un patrón inverso entre fortalezas psicológicas y presencia de malestar clínico.

En conjunto, los resultados permiten visualizar una estructura correlacional coherente entre los constructos analizados, en la que las variables de malestar emocional, ansiedad y experiencias de violencia se agrupan en torno a un eje clínico negativo, mientras que las habilidades psicológicas, los recursos personales y las estrategias de afrontamiento adaptativo se interrelacionan en un eje funcional positivo. Esto se muestra en la representación gráfica de la Figura 6 sintetiza estas relaciones, facilitando la identificación visual de los patrones más destacados



Figura 6
Mapa de calor de la asociación entre variables.



Capítulo 7. Discusión

En este capítulo se discuten los principales hallazgos derivados de la implementación del programa *DBT-MXAU 2.0*, una adaptación cultural y contextual de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) dirigida a adolescentes en situación de vulnerabilidad social dentro del contexto urbano mexicano. La intervención se diseñó con un enfoque preventivo, orientado a reducir el riesgo de suicidio y fortalecer las habilidades socioemocionales en adolescentes escolarizados, mediante la enseñanza estructurada de habilidades propias de la DBT como lo son la regulación emocional, atención plena, tolerancia al malestar y efectividad interpersonal.

Los resultados obtenidos a lo largo del estudio fueron analizados no solo desde una perspectiva estadística, sino también considerando su relevancia clínica y pertinencia dentro del contexto sociocultural. Esta discusión pone especial énfasis en la manera en que el programa interactuó con las condiciones estructurales de la muestra: adolescentes expuestos a entornos familiares inestables, con antecedentes de violencia, negligencia o experiencias adversas del desarrollo, factores que, de manera acumulativa, pueden configurar trayectorias de sufrimiento psíquico asociadas al trauma complejo. A lo largo del análisis, se examinan también las diferencias en la respuesta a la intervención según el sexo de los participantes, considerando que la socialización de género influye de forma significativa en la expresión sintomática, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento.

Asimismo, el presente capítulo no se limita a evaluar la eficacia del programa en términos de reducción de síntomas, sino que busca aportar a la comprensión de los mecanismos de cambio implicados, las limitaciones del modelo aplicado y las oportunidades para el desarrollo de intervenciones más sensibles para el contexto mexicano. Se discuten los hallazgos en relación con estudios previos a nivel nacional e internacional, resaltando las coincidencias, particularidades y aportes originales del presente estudio. De igual manera, se reflexiona sobre los desafíos metodológicos y éticos de trabajar en contextos escolares con poblaciones adolescentes en condiciones de vulnerabilidad, reconociendo que la prevención del suicidio no puede desligarse de una mirada amplia que incluya las dimensiones sociales, familiares y culturales que estructuran la vida de los jóvenes.

En este sentido, se plantean diversas líneas de análisis que abordan la complejidad del fenómeno suicida en la adolescencia, la eficacia del entrenamiento en habilidades adaptado culturalmente y el papel del entorno como factor de riesgo y, al mismo tiempo, como plataforma de intervención. La discusión busca así ofrecer un aporte al diseño de políticas públicas e intervenciones clínicas que respondan a las necesidades reales de los adolescentes mexicanos, desde una lógica de prevención, equidad y justicia social.

Contexto sociodemografico

El presente estudio se llevó a cabo en una escuela secundaria, ubicada al nororiente del estado de Aguascalientes. Esta institución atiende a una población estudiantil predominantemente de clase media-baja, cuyos hogares están conformados por familias dedicadas tanto al empleo formal como informal, particularmente en sectores como la industria, el comercio y los servicios. La mayoría de los adolescentes reside en el mismo fraccionamiento o en colonias aledañas, en viviendas con acceso a servicios básicos. No obstante, enfrentan problemáticas sociales de alto impacto, como delincuencia juvenil, drogadicción, pandillerismo y acoso escolar, fenómenos frecuentes en zonas urbanas donde las oportunidades recreativas, educativas y laborales para los jóvenes son limitadas. La escuela, con una infraestructura funcional básica, participa en programas sociales de carácter federal orientados a mitigar el rezago académico y la deserción escolar, problemas que se ven agudizados por condiciones económicas y la influencia de entornos adversos.

La intervención se implementó en el turno vespertino, una condición que diversos estudios han identificado como asociada a mayores niveles de riesgo educativo y psicosocial. Diversos estudios han señalado que los estudiantes del turno vespertino suelen presentar rezago académico, mayor exposición al trabajo infantil, menor supervisión adulta y mayor probabilidad de encontrarse en situaciones de riesgo social (Ortega, 2017; Secretaría de Educación Pública [SEP], 2021). Este conjunto de factores configura un entorno en el que los adolescentes enfrentan una exposición sostenida a condiciones de vulnerabilidad estructural que trascienden lo individual, y que frecuentemente repercuten en su salud mental, el desarrollo de sus capacidades emocionales y sus trayectorias escolares.

La composición de la muestra del presente estudio refleja fielmente este contexto, pues encontramos estructuras familiares diversas, altos niveles de violencia psicológica y negligencia reportada, y una expresión clínica congruente con experiencias de adversidad crónica, resultados que se discuten dentro de este capítulo. Estas características pueden ser comprendidas a la luz del modelo de Experiencias Adversas en la Infancia (EAI), el cual ha documentado el impacto acumulativo de eventos como la violencia, la negligencia y la disfunción familiar sobre el desarrollo neuropsicológico, emocional y social de niños y adolescentes (Anda et al., 2006; Felitti et al., 1998). En este marco, las EAI no se conceptualizan como eventos aislados, sino como condiciones prolongadas de amenaza, inseguridad y falta de contención emocional, que pueden aumentar la vulnerabilidad al desarrollo de trastornos afectivos, conductas suicidas y dificultades persistentes en la regulación emocional.

Así, el entorno escolar no se presenta únicamente como un espacio de aprendizaje académico, sino como un entorno potencial de contención psicosocial y emocional. La implementación de un programa de regulación emocional en este tipo de contextos no puede desvincularse de las condiciones estructurales que atraviesan la vida cotidiana de los y las adolescentes. En territorios donde convergen múltiples factores de riesgo con variables económicas, familiares, comunitarias y personales, el aula se convierte en un punto de contacto para el desarrollo de capacidades adaptativas y vínculos protectores.

Desde esta perspectiva, los resultados obtenidos en esta intervención no solo permiten evaluar la eficacia del programa en términos clínicos, sino también reflexionar sobre su pertinencia, viabilidad e impacto potencial en escenarios comunitarios marcados por la precariedad, la fragmentación del tejido social y la exposición prolongada a condiciones adversas de desarrollo de los adolescentes.

Impacto general del programa DBT-MXAU 2.0

A continuación, se discuten los resultados generales obtenidos en este estudio, destacando el impacto del programa DBT-MXAU 2.0 como una intervención de carácter preventivo, culturalmente adaptada, implementada en un entorno escolar con condiciones estructurales de alta vulnerabilidad. Como se mencionó con anterioridad el programa fue aplicado a adolescentes de una secundaria pública ubicada en una zona urbana de alta vulnerabilidad. Estas características sociocontextuales dotan de particular relevancia al impacto observado, ya que reflejan el potencial del programa para responder a factores de riesgo que exceden el plano individual y que son frecuentes en entornos escolares públicos en México.

En términos generales, se identificaron mejoras clínicas en variables clave asociadas a la regulación emocional. Específicamente, se observó una reducción en la ideación suicida en el grupo experimental (más marcada en mujeres), así como descensos en los niveles de depresión y ansiedad. Paralelamente, se registraron incrementos en variables protectoras como el uso de habilidades DBT. Uno de los hallazgos más robustos del estudio fue el incremento en la recuperación del equilibrio emocional, variable que alcanzó significación estadística ($p = .013$) y un tamaño del efecto moderado ($d = 0.524$). Asimismo, el autocontrol mostró una diferencia significativa ($p = .008$; $d = 0.326$), lo que sugiere una mejora tangible en la regulación conductual y la inhibición de respuestas impulsivas. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas que evidencian la efectividad de programas DBT adaptados para adolescentes en el fortalecimiento de habilidades de autorregulación (Arteaga-de-Luna, 2022; Huerta-Hernández et al., 2020; Rathus & Miller, 2002).

Además, se identificaron correlaciones significativas entre variables clínicas como depresión, rumiación, autculpa y violencia psicológica, lo que permite entender la complejidad de los factores implicados en la sintomatología emocional de los adolescentes evaluados. Las asociaciones entre ideación suicida y variables como depresión ($r = .744$), ataques de pánico ($r = .683$) y autculpa ($r = .575$) refuerzan la relevancia de intervenir sobre el malestar emocional desde una perspectiva integradora. Al mismo tiempo, se identificaron correlaciones negativas con autoestima ($r = -.612$), uso de habilidades DBT ($r = -.596$) y recursos psicológicos ($r = -.463$), variables que pueden actuar como factores protectores frente al riesgo suicida, esto coincide con diferentes estudios que resaltan la importancia de estas variables como factores protectores en la adolescencia y su importancia para el desarrollo de la persona (Bakken et al 2024; Hermosillo-de-la-Torre et al., 2020; Rivera-Heredia et al., 2021)

Asimismo, se observó una reducción clínicamente significativa en los niveles de ideación suicida dentro del grupo experimental, particularmente en las adolescentes mujeres, quienes pasaron de una media de 6.53 a 3.24. Aunque la diferencia no alcanzó significación estadística, se observa la relevancia clínica del cambio. Estos hallazgos son congruentes con estudios previos que han documentado la efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual para adolescentes en la reducción del riesgo suicida (Gil-Díaz, 2020; Mehlum et al., 2014; Linehan et al., 2015).

Los análisis correlacionales aportaron evidencia adicional sobre los factores implicados en la ideación suicida. Se identificó una correlación alta con la depresión ($r = .744, p < .01$), consistente con hallazgos previos que ubican la sintomatología depresiva como uno de los principales predictores del riesgo suicida en adolescentes (; Fergusson et al., 2005; Turecki & Brent, 2016). Asimismo, se reportaron asociaciones positivas moderadas con ataques de pánico ($r = .683$), ansiedad generalizada ($r = .598$) y fobia social ($r = .571$), lo que sugiere que la activación fisiológica intensa y el temor interpersonal podrían actuar como precipitantes inmediatos de las ideaciones suicidas. Este perfil es congruente con el modelo biosocial propuesto por Linehan (1993), según el cual la disregulación emocional, en interacción con un entorno invalidante o traumático, incrementa significativamente la probabilidad de conductas autolesivas o suicidas. A continuación, se desglosan los resultados más relevantes.

Sintomatología depresiva. En los últimos años la depresión se ha consolidado como una de las principales condiciones de salud mental que afectan a la población a nivel mundial. De acuerdo con datos globales en adolescentes, esta condición no solo es prevalente, sino que correlaciona de manera significativa con el riesgo de suicidio, particularmente en individuos con antecedentes de disregulación emocional (Kessler et al., 2005). Este estudio subraya la magnitud del problema, dada la alta presencia de síntomas depresivos clínicos. Este hallazgo refuerza la relevancia de implementar programas escolares dirigidos a mitigar los riesgos asociados con la depresión en adolescentes, considerando que esta etapa de la vida está marcada por una vulnerabilidad significativa al desarrollo de trastornos emocionales y conductuales (González-Lugo et al., 2018).

La reducción de los síntomas depresivos observada en el presente estudio se puede observar en la ligera reducción de las medias, siendo esta ligeramente mayor en el grupo experimental ($x = 56.74$ a 54.05). Este resultado, aunque no resulta ser estadísticamente significativo debe ser considerado clínicamente relevante dentro del contexto de un programa de intervención breve implementado en un entorno con limitaciones estructurales, lo que sugiere la posibilidad de lograr beneficios medibles con recursos mínimos. Este hallazgo coincide con estudios previos sobre la efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), la cual ha demostrado ser particularmente útil en adolescentes con dificultades en la regulación emocional. Por ejemplo, investigaciones realizadas por Neacsiu et al. (2014) han destacado la capacidad de la DBT para reducir la severidad de los síntomas depresivos mediante el uso de estrategias de manejo emocional y la reevaluación cognitiva. En el contexto mexicano los resultados discrepan de otras investigaciones. La discrepancia entre los resultados de este estudio y los hallazgos de Arteaga-de-Luna (2022) y Huerta-Hernández et al. (2021), que reportaron tamaños del

efecto nulos en la reducción de síntomas depresivos, puede explicarse por las diferencias contextuales y poblacionales. Mientras que este estudio involucró adolescentes en un entorno escolar presencial, los participantes en los estudios previos eran universitarios durante la pandemia de COVID-19, una etapa caracterizada por altos niveles de estrés, aislamiento social y dificultades académicas. Estos factores pudieron haber limitado la efectividad de las intervenciones psicológicas en ese contexto (Liu et al., 2020).

El regreso a la presencialidad en este estudio pudo facilitar el impacto del programa DBT-MXAU 2.0 al fomentar interacciones sociales y redes de apoyo esenciales para la regulación emocional (Joiner et al., 2005). Además, las adaptaciones virtuales utilizadas durante la pandemia enfrentaron barreras como menor adherencia y fatiga tecnológica (Wind et al., 2020), lo que contrasta con el formato presencial empleado aquí, que optimizó la enseñanza y práctica de habilidades. Las diferencias en las características demográficas también son relevantes. Mientras los universitarios son más heterogéneos, los adolescentes escolares comparten un entorno más homogéneo, lo que pudo influir en respuestas más consistentes. Estos hallazgos destacan la importancia de adaptar las intervenciones a las características de la población y el contexto.

El análisis de correlaciones realizado en el presente estudio ofrece información relevante para la comprensión de los factores asociados con la depresión en adolescentes. En primer lugar, se encontró una correlación significativa entre depresión y autoculpa ($r = 0.575$) y entre depresión y fobia social ($r = 0.551$). Estos resultados indican que los patrones de pensamiento negativo, como la autoculpa, junto con el aislamiento social, representan factores de perpetuación de la sintomatología depresiva, lo cual es consistente con modelos cognitivo-conductuales de la depresión (Beck et al., 1979). Asimismo, la correlación negativa observada entre depresión y autoestima ($r = -0.710$) subraya la importancia de fortalecer la autoestima como una estrategia esencial para la prevención y el tratamiento de la depresión en adolescentes, tal como han señalado estudios realizados en contextos similares (Orth et al., 2012).

El programa DBT-MXAU 2.0, diseñado como una adaptación cultural y contextualmente relevante de la DBT para adolescentes mexicanos en entornos escolares, abordó estos factores mediante la incorporación de habilidades específicas. La reevaluación cognitiva permitió a los participantes identificar y modificar patrones disfuncionales de pensamiento, mientras que las estrategias para el manejo de emociones les brindaron herramientas prácticas para manejar situaciones desafiantes de manera efectiva. Este enfoque, es particularmente adecuado para adolescentes, ya que les proporciona un marco estructurado para comprender y manejar sus emociones en el contexto de las demandas escolares y sociales (Linehan, 2015).

Sintomatología ansiosa. La ansiedad es una de las condiciones psicológicas más prevalentes relacionada con los adolescentes, tiene un impacto significativo en el bienestar emocional, el rendimiento académico y las relaciones interpersonales (Costello et al., 2003). Estudios globales identifican una prevalencia de trastornos de ansiedad en el 20%-30% de las poblaciones escolares (Kessler et al., 2005). Además, la ansiedad se asocia frecuentemente con otras problemáticas emocionales, como la depresión y el riesgo suicida,

lo que subraya su importancia como un foco de intervención en programas preventivos (Turecki & Brent, 2016).

En sintonía con esto los resultados del presente estudio muestran una ligera disminución en las medias 35.28 a 34.4 aunque sin significancia estadística. Este resultado puede deberse a las pocas sesiones pues algunos programas con mayor duración han reportado efectos más robustos. Por ejemplo, Woodberry et al. (2002) observaron un tamaño del efecto de $d = 0.50$ en un programa de DBT extendido a 24 semanas, lo que sugiere que la duración de la intervención es un factor crítico para maximizar su efectividad. Por ejemplo, Goldstein et al. (2015) reportaron la disminución de síntomas ansiosos tras un programa de habilidades DBT para adolescentes con desregulación emocional.

El análisis de correlaciones en este estudio evidenció asociaciones significativas entre la ansiedad y otras variables emocionales. Por ejemplo, ansiedad se correlacionó positivamente con la ideación suicida ($r = 0.428$), un hallazgo consistente con el modelo biosocial de Linehan (1993a), que propone que los déficits en la regulación emocional intensifican la respuesta ansiosa frente a estímulos estresantes. Este vínculo también ha sido reportado por Adrian et al. (2019), quienes encontraron que la presencia de estas variables predice niveles más altos de ansiedad en adolescentes con historial de trauma.

Además, la ansiedad presentó una correlación positiva con la depresión ($r = 0.623$), lo que refleja la alta comorbilidad entre ambas condiciones, un fenómeno bien documentado en la literatura (Merikangas et al., 2010). Este hallazgo refuerza la necesidad de abordar ambas problemáticas simultáneamente en intervenciones preventivas, ya que los síntomas depresivos no tratados pueden exacerbar los niveles de ansiedad, y viceversa (Turecki & Brent, 2016).

Por otro lado, la autoestima mostró una correlación negativa con la ansiedad ($r = -0.507$), de igual manera el manejo de la tristeza ($r = -0.600$) indicando que los adolescentes con mayor resiliencia y autoestima presentaron menores niveles de ansiedad. Este hallazgo es consistente con estudios que subrayan la importancia de fomentar la autorregulación emocional y la resiliencia en programas preventivos para adolescentes (Compas et al., 2017).

La integración de habilidades específicas de DBT, como mindfulness, tolerancia al malestar y regulación emocional, fue un componente clave en la reducción de la ansiedad observada en este estudio. Estas habilidades permiten a los adolescentes manejar emociones intensas y reducir la rumiación, una estrategia cognitiva comúnmente asociada con la ansiedad (Hölzel et al., 2011). Investigaciones previas han demostrado que el mindfulness, en particular, disminuye significativamente los síntomas ansiosos al ayudar a los

adolescentes a observar sus pensamientos sin juicio y responder de manera menos reactiva (Kabat-Zinn et al., 1992).

Aunque el programa DBT-MXAU fue efectivo para reducir la ansiedad, el tamaño del efecto sugiere que hay margen para mejorar. Programas más extensos o que incluyan sesiones de refuerzo, así como una muestra mayor podrían generar resultados más robustos, como lo han señalado estudios de mayor duración (Woodberry et al., 2002). Además, el contexto escolar en el que se implementó el programa puede haber influido en los resultados, ya que los factores de estrés académico y social son inherentes a este entorno y pueden haber limitado la reducción completa de los síntomas ansiosos.

Otra consideración importante es la alta prevalencia inicial de ansiedad en la muestra, que podría estar relacionada con factores contextuales como violencia familiar o pobreza. Futuras investigaciones podrían explorar cómo estos factores externos afectan la efectividad de las intervenciones basadas en DBT y si es necesario adaptarlas aún más para responder a estas realidades.

Los resultados de este estudio tienen importantes implicaciones para la práctica clínica y educativa. La reducción de la ansiedad tras la implementación del programa DBT-MXAU subraya la relevancia de incorporar intervenciones basadas en evidencia en contextos escolares. Además, la inclusión de habilidades prácticas y culturalmente adaptadas resalta la importancia de diseñar programas que respondan a las necesidades específicas de las poblaciones objetivo.

Contribuciones a la Prevención del Suicidio. Otro de los hallazgos del presente estudio es la reducción en la ideación suicida entre los participantes del programa DBT-MXAU 2.0. Con un tamaño del efecto moderado de $d = 0.20$, $p = 0.05$ estos resultados son consistentes con investigaciones internacionales que documentan la eficacia de DBT en la prevención del suicidio en adolescentes (Mehlum et al., 2014; Linehan et al., 2015). Este resultado es particularmente relevante en el contexto mexicano, donde el suicidio adolescente representa una preocupación creciente y subestimada en términos de políticas de salud pública.

La efectividad del programa en la reducción de la ideación suicida puede atribuirse en gran medida a la integración de módulos específicos diseñados para abordar factores de riesgo críticos. Por ejemplo, el módulo de "Regulación Emocional" enseñó a los participantes, estrategias para identificar y manejar emociones intensas, mientras que el módulo de "Tolerancia al Malestar" les proporcionó herramientas para enfrentar situaciones desafiantes sin recurrir a conductas impulsivas o destructivas. Estos componentes no solo son centrales en el modelo DBT, sino que también responden directamente a las necesidades emocionales y conductuales de los adolescentes.

Los resultados obtenidos también destacan la importancia de los factores protectores, como la autoestima y las habilidades interpersonales, en la prevención del suicidio. Al fortalecer estos aspectos a través del programa, se logró no solo reducir el

riesgo inmediato de ideación suicida, sino también equipar a los adolescentes con recursos internos para manejar futuros desafíos. Esto refuerza la idea de que la prevención efectiva del suicidio no se limita a la reducción de síntomas, sino que también implica la promoción activa de factores de protección y resiliencia.

De igual manera la implementación del programa DBT-MXAU 2.0 en un contexto escolar representa un avance significativo tanto en la práctica clínica como en el ámbito educativo. En primer lugar, destaca la viabilidad de utilizar las escuelas como plataformas estratégicas para intervenciones preventivas en salud mental. Dado que los adolescentes pasan una parte sustancial de su tiempo en este entorno, las escuelas se convierten en espacios accesibles y naturales para identificar y abordar de manera temprana problemas emocionales y conductuales. Este enfoque es consistente con las recomendaciones internacionales que enfatizan la necesidad de integrar estrategias de salud mental en entornos educativos para maximizar el alcance y la efectividad de las intervenciones (OMS, 2022).

Un aspecto clave de esta implementación es que las escuelas ofrecen una infraestructura existente que facilita la ejecución de programas como el DBT-MXAU 2.0 sin requerir inversiones adicionales significativas. Esto las convierte en un recurso valioso, especialmente en contextos donde los servicios especializados en salud mental son limitados o inexistentes. Al capitalizar los recursos existentes, como espacios físicos, horarios establecidos y personal capacitado, se reduce significativamente el costo de implementación, lo que aumenta la viabilidad del programa y lo posiciona como una solución sostenible y escalable en contextos escolares.

Además, la incorporación de habilidades prácticas y transferibles dentro del programa DBT-MXAU 2.0 es una fortaleza destacada. Estas habilidades no solo abordan problemas emocionales inmediatos, como la regulación emocional y la tolerancia al malestar, sino que también preparan a los adolescentes para enfrentar los desafíos de la vida adulta. Por ejemplo, investigaciones previas han demostrado que el mindfulness, una de las habilidades centrales del programa, no solo mejora la salud mental, sino que también fomenta el éxito académico y social al promover un enfoque reflexivo frente al estrés (Kabat-Zinn, 1992; Compas et al., 2017). Este enfoque proactivo permite que los adolescentes desarrollen herramientas prácticas que trascienden el entorno escolar, equipándolos con recursos para manejar la presión académica, las dinámicas sociales y los desafíos familiares.

Otro aspecto crítico de la implementación del programa es la integración de docentes y personal escolar como actores clave en el proceso. Al involucrar a estos profesionales, no solo se garantiza una mayor sostenibilidad del programa, sino que también se fomenta una cultura escolar que apoya la salud mental y el bienestar emocional de los estudiantes. La capacitación del personal escolar en habilidades DBT tiene el potencial de amplificar significativamente el impacto del programa, permitiendo una aplicación más consistente y extendida de las estrategias enseñadas. Este enfoque colaborativo es especialmente importante en contextos donde los recursos clínicos son limitados, ya que posiciona a los docentes como facilitadores de habilidades fundamentales para el desarrollo emocional de los estudiantes.

Además, la integración del programa en el entorno escolar puede tener efectos indirectos positivos en la comunidad educativa en general. Por ejemplo, al enseñar habilidades DBT a los docentes, no solo se mejora su capacidad para manejar situaciones desafiantes con los estudiantes, sino que también se promueve un ambiente de trabajo más saludable y colaborativo. Esto, a su vez, puede reducir el estrés laboral y mejorar las relaciones entre los docentes, beneficiando tanto a los estudiantes como al personal.

Por último, el enfoque preventivo del DBT-MXAU 2.0 tiene importantes implicaciones para la política educativa y de salud pública. Al incorporar un programa basado en evidencia que se centra en la promoción de habilidades y la prevención temprana de problemas emocionales, se sientan las bases para un modelo de intervención replicable en otras escuelas y regiones. Esto representa un cambio paradigmático en cómo se aborda la salud mental de los adolescentes, pasando de un modelo reactivo a uno proactivo y preventivo. Este enfoque no solo reduce los costos asociados con el tratamiento de problemas emocionales severos, sino que también promueve el desarrollo integral de los adolescentes, empoderándose para convertirse en adultos emocionalmente resilientes y funcionales.

La violencia y negligencia como experiencias adversas del desarrollo

Los datos obtenidos en este estudio permiten afirmar que una parte considerable de los adolescentes participantes se encuentran expuestos a experiencias adversas del desarrollo EDA, caracterizadas no solo por eventos traumáticos agudos, sino por relaciones interpersonales y estructuras de desprotección emocional, negligencia y violencia. De acuerdo con el marco de las EDA (Anda et al., 2006; Felitti et al., 1998), este tipo de experiencias como el maltrato psicológico, la negligencia parental y la violencia física o sexual tienen un impacto acumulativo sobre el desarrollo emocional, afectivo y cognitivo de niños y adolescentes, elevando el riesgo de sintomatología afectiva, desregulación emocional y conductas autolesivas o suicidas, mismo resultado que se observa en el modelo de riesgo de suicidio de Tureki (2016) y la teoría biosocial de Linehan (1993).

En el presente estudio, los niveles de violencia psicológica, física y negligencia fueron elevados en ambos grupos, siendo mayores en el grupo experimental tras la intervención, con un incremento en los puntajes en violencia psicológica (de $M = 21.77$ a $M = 22.25$), violencia física (de $M = 24.82$ a $M = 26.42$) y violencia sexual (de $M = 19.60$ a $M = 20.37$). Si bien estos datos no permiten inferir causalidad, su magnitud y persistencia reflejan un patrón estable de exposición a contextos violentos. La negligencia, en particular, mostró una diferencia significativa en la medición pretest ($p = .043$; $d = 0.231$), y se mantuvo estable tras la intervención en el grupo experimental, en tanto que el grupo control presentó un leve aumento. Este hallazgo puede interpretarse como un posible efecto estabilizador o amortiguador del programa en contextos negligentes.

Las correlaciones encontradas entre estas formas de violencia y distintas variables como depresión, ideación suicida, rumiación y autculpa aportan evidencia sobre la forma en que estas experiencias adversas se internalizan y se expresan en el funcionamiento psicológico. En particular, la violencia psicológica mostró asociaciones moderadas con depresión ($r = .46$), ansiedad generalizada ($r = .42$), y autculpa ($r = .40$), mientras que la

negligencia se vinculó negativamente con regulación emocional ($r = -.38$) y recursos psicológicos ($r = -.34$), indicando su impacto sobre las capacidades de afrontamiento y las habilidades propias de la DBT.

Estas experiencias al prolongarse en el tiempo y vincularse entre sí, responden adecuadamente al marco diagnóstico del trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT-C) descrito en la CIE-11 (World Health Organization, 2018), el cual incluye no solo síntomas de reexperimentación y evitación, sino alteraciones profundas en la regulación de las emociones, la autoimagen negativa y las relaciones interpersonales. En este sentido, los perfiles clínicos observados muestran una elevada rumiación, autoculpa, ansiedad, ideación suicida y dificultad en el manejo del enojo y la tristeza, condiciones que podrían ser interpretadas como manifestaciones clínicas congruentes con síntomas centrales del trauma en adolescentes, dependiendo de la magnitud llegando a caer en la condición de trauma complejo.

Además de esto, se observaron diferencias significativas por sexo en la expresión clínica de estas experiencias. Las adolescentes mujeres presentaron niveles significativamente más altos de ansiedad total ($M = 42.53$ vs. 26.78 , $p = .007$, $d = 0.978$), depresión, ideación suicida, así como mayor autoculpa y rumiación en comparación con los varones. Esta tendencia sugiere un patrón de internalización del malestar, congruente con lo descrito en la literatura sobre el impacto diferenciado del trauma según el género y la violencia estructural (Cloitre et al., 2019; Cyr et al., 2010). En contraste con los varones que reportaron mayores puntajes en culpabilización hacia otros y mayor exposición a violencia percibida, lo que podría reflejar un estilo más externalizante y conductual en la expresión del sufrimiento psíquico.

Desde este enfoque, el programa DBT-MXAU 2.0 podría no sólo considerarse una estrategia para reducir la ideación suicida o mejorar la regulación emocional, sino también una intervención indirecta con mayor inferencia en las mujeres. El entrenamiento en habilidades de atención plena, regulación emocional y autocuidado, así como la práctica grupal en un entorno validante, representan un andamiaje emocional y social que puede contribuir a contrarrestar los efectos de la violencia constituyendo una forma de intervención sensible en contextos educativos.

Sensibilidad al trauma y brechas de género en adolescentes

Los resultados revelan diferencias significativas entre hombres y mujeres en varias dimensiones psicológicas; dimensiones asociadas al trauma, particularmente en la forma en que se expresan las emociones y en los tipos de violencia experimentados. Las mujeres mostraron niveles más elevados en variables como ansiedad generalizada ($M = 13.53$), fobia social ($M = 13.00$), ideación suicida ($M = 6.53$) y autoculpa ($M = 6.65$), en comparación con los hombres, quienes presentaron medias más bajas en estas mismas variables. También se observaron puntajes más altos en la variable rumiación en mujeres ($M = 12.12$) frente a hombres ($M = 11.5$). Este hallazgo es consistente con investigaciones previas que señalan que las adolescentes tienden a desarrollar respuestas internalizantes

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

frente al trauma, caracterizadas por autocrítica, culpa y síntomas afectivos (Harned, 2022; Kerig, 2018).

En particular, el mayor puntaje en autculpa y rumiación observado en las adolescentes puede explicarse a través del modelo del trauma propuesto por Harned (2022), quien sostiene que las experiencias traumáticas complejas en mujeres jóvenes, como el abuso físico, sexual o emocional, pueden dar lugar a esquemas desadaptativos centrados en la culpa y la percepción de ineficacia personal. Aunque se observó una reducción posterior a la intervención en estas variables. Por ejemplo, la ideación suicida descendió de $M = 6.53$ a $M = 3.24$, y la autculpa de $M = 6.65$ a $M = 6.24$ en mujeres, sin embargo, estos niveles se mantuvieron por encima de los observados en los varones, lo que sugiere una mayor sensibilidad a las memorias traumáticas y un proceso más prolongado de elaboración emocional, asimismo se puede inferir mayores patrones de violencia para este grupo. Este patrón se alinea con lo descrito por Kerig (2018), quien destaca que los factores de género no solo influyen en la vulnerabilidad al trauma, sino también en la trayectoria de recuperación y los estilos de afrontamiento utilizados.

De igual manera, los niveles elevados de ansiedad, ataques de pánico y miedo al daño físico en mujeres se alinean con lo descrito por Terr (1991), quien clasificó el trauma infantil en dos tipos: el tipo I (eventos únicos y abruptos) y el tipo II (exposición prolongada o repetida). Las adolescentes que vivencian traumas tipo II que son los más comunes en contextos de violencia doméstica, negligencia o abuso sexual, tienden a desarrollar una percepción permanente de amenaza o riesgo, lo que se traduce en respuestas ansiosas sostenidas y sobreinterpretación de señales de peligro o hipervigilancia.

Por su parte, los varones muestran un patrón diferente. Aunque inicialmente presentaron menores niveles de sintomatología emocional, destacaron en las medidas de violencia psicológica y física al final del tratamiento. Esto podría interpretarse como una manifestación externalizante del trauma, en la cual los adolescentes varones condicionados por normas culturales de género vistas en mayor medida en estos contextos, canalizan el dolor emocional a través de conductas agresivas o de riesgo (Kerig, 2018). Este hallazgo es congruente con la teoría del “riesgo postraumático” desarrollada por Kerig (2019), la cual describe cómo el trauma infantil puede impulsar conductas impulsivas, violentas o antisociales, especialmente en varones expuestos a polivictimización.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de diseñar programas psicoterapéuticos sensibles al género, que no sólo consideren las diferencias en la expresión emocional, sino también en la forma en que hombres y mujeres acceden y se benefician de los recursos psicológicos. Asimismo, se enfatiza la importancia de visibilizar los efectos del trauma complejo y de adaptar las intervenciones al tipo de victimización predominante en cada grupo. Según Harned (2022), las intervenciones que integran estrategias dialéctico-conductuales con componentes de exposición pueden ser especialmente eficaces

para cerrar brechas de género en el afrontamiento emocional de adolescentes con historial de trauma.

Posibilidad de replicación y aplicabilidad intercultural

Los resultados obtenidos en el presente estudio sugieren que el programa DBT-MXAU 2.0 tiene un alto potencial de replicabilidad en otros contextos tanto educativos como comunitarios. Su implementación grupal, el lenguaje accesible y la adaptación cultural del material lo convierten en una intervención viable para contextos donde el acceso a servicios especializados de salud mental es limitado. Además, al haber sido diseñado considerando las particularidades del contexto escolar mexicano, el programa conserva la flexibilidad suficiente para ser adaptado a otras regiones del país e incluso a otros países iberoamericanos que comparten condiciones socioeducativas similares.

En cuanto a la aplicabilidad en poblaciones con diversidad cultural o de género, es importante destacar que el enfoque dialéctico de la intervención permite una integración respetuosa de distintas identidades, experiencias y sistemas de valores. No obstante, se recomienda que futuras implementaciones consideren ajustes específicos que atiendan las necesidades propias de las poblaciones a las cuales se desee adaptar. La inclusión de procesos participativos en el diseño o adaptación del programa podría fortalecer aún más su pertinencia cultural, promoviendo la equidad en el acceso a intervenciones basadas en evidencia.

Finalmente, la replicación del estudio en contextos con diferentes características socioculturales y demográficas no sólo contribuiría a evaluar la robustez del programa, sino también a expandir la comprensión sobre los mecanismos de cambio que operan en intervenciones grupales breves para la prevención del comportamiento suicida en adolescentes.

Lineamientos de mejora

La implementación del programa DBT-MXAU 2.0 ha mostrado resultados relevantes en la promoción de la salud mental y la prevención de conductas de riesgo en adolescentes. No obstante, a la luz de los hallazgos obtenidos y de la experiencia en la implementación en campo, es posible identificar diversas áreas de mejora que podrían contribuir significativamente a la optimización, sostenibilidad y adaptabilidad del programa, particularmente si se considera su potencial como política pública en salud mental en pro de los adolescentes, a continuación, se presentan los puntos de mejora.

Inclusión de las familias. Una de las principales áreas de mejora se relaciona con la participación activa de los cuidadores primarios. Si bien el diseño original del programa contemplaba un grupo paralelo de entrenamiento en habilidades para familiares, dentro de la práctica no se logró una incorporación significativa de este grupo. Este resultado es

relevante si se considera que diversos estudios señalan que la participación familiar incrementa notablemente la efectividad de las intervenciones basadas en DBT, al promover entornos más validantes y estructurados en el hogar así como la generalización de las habilidades (Miller et al., 2007; Navarro-Haro et al., 2018).

La literatura sobre DBT adaptada para adolescentes enfatiza que el trabajo familiar no solo favorece la generalización de habilidades, sino que también actúa como un factor protector ante posibles recaídas emocionales o conductuales (Rathus & Miller, 2015). En futuras implementaciones del programa DBT-MXAU, se recomienda incorporar estrategias más activas de vinculación con las familias, tales como sesiones informativas previas, flexibilización de horarios, materiales digitales accesibles, e incentivos de participación que reduzcan las barreras logísticas o actitudinales.

Adecuación al contexto escolar. Otro aspecto identificado es la necesidad de una mayor integración del programa con la estructura escolar. Las escuelas, al ser espacios de convivencia y desarrollo adolescente, representan un entorno óptimo para el despliegue de intervenciones preventivas. Sin embargo, la estructura de los calendarios escolares y la carga académica dificultaron en varios casos la implementación fluida y constante de las sesiones.

Se sugiere, por lo tanto, establecer una planificación coordinada con las autoridades escolares que permita adaptar el formato del programa a la jornada educativa anticipando días de asueto y eventos escolares. La inclusión del programa en espacios como tutorías podrían facilitar su inserción sin comprometer el desempeño académico. Además, la capacitación e inclusión del personal docente resulta fundamental para fomentar el sentido de pertenencia institucional hacia el programa así como su apropiación. Estudios como los de McCauley et al. (2018) han demostrado que la formación continua y el acompañamiento técnico a educadores inciden positivamente en la sostenibilidad y fiabilidad de las intervenciones psicoeducativas en entornos escolares.

Evaluación longitudinal y sostenibilidad. Si bien los resultados preliminares de esta investigación respaldan la eficacia del programa DBT-MXAU 2.0, el tamaño de la muestra al ser pequeña limita los resultados por lo cual se recomienda ampliar la muestra, asimismo un gran punto de mejora consiste en evaluar la sostenibilidad de sus efectos a mediano y largo plazo. La evaluación longitudinal permite identificar la persistencia de los beneficios adquiridos, así como la posible necesidad de refuerzos o ajustes.

En este sentido, investigaciones previas han demostrado que el uso sostenido de habilidades DBT como la atención plena, la regulación emocional y la efectividad interpersonal, está asociado con mejoras duraderas en el bienestar psicológico y la funcionalidad social (Arteaga-de-Luna, 2022; Neacsiu et al., 2010;). Por tanto, se propone incorporar evaluaciones en distintos puntos temporales posteriores a la finalización del programa (por ejemplo, a los 6, 12 y 24 meses), con el objetivo de monitorear la trayectoria de cambio y detectar discontinuidades en el uso de habilidades.

Integración tecnológica. La tecnología representa una oportunidad relevante para complementar la intervención presencial además de ser una necesidad dentro del panorama actual. Plataformas móviles, recursos en línea y aplicaciones específicas pueden reforzar el aprendizaje y la generalización de habilidades entre sesiones, asimismo permitir el monitoreo del progreso y ofrecer retroalimentación en tiempo real. Según Valentine et al. (2015), los programas que integran herramientas digitales muestran mayores niveles de adherencia y compromiso entre adolescentes, particularmente en aquellas áreas relacionadas con la regulación emocional y el registro conductual diario.

En el caso del DBT-MXAU 2.0, se recomienda el desarrollo de una aplicación móvil sencilla que permita a los adolescentes acceder a recursos clave, practicar habilidades en momentos críticos o reforzar el aprendizaje de estas, así como registrar sus avances y evaluar su progreso.

Monitoreo y evaluación continua. El monitoreo continuo del programa es indispensable para su sostenibilidad y mejora. Esto implica el uso sistemático de herramientas cuantitativas y cualitativas la incorporación de cuestionarios, entrevistas, y/o grupos focales que involucren tanto a los participantes como a sus familias y docentes, permitiría observar y ajustar el contenido, la metodología y las herramientas del programa con base en datos reales, a la vez que fortalece el sentido de corresponsabilidad institucional y comunitaria.

Enfoque inclusivo. Finalmente, se destaca la importancia de que el programa DBT-MXAU 2.0 sea inclusivo y accesible para todas las y los adolescentes, sin importar su condición física, cognitiva o socioeconómica. La elaboración de materiales accesibles, el diseño universal del aprendizaje y la gratuidad en comunidades marginadas constituyen principios fundamentales para garantizar el acceso igualitario al programa y evitar la continuidad de las desigualdades.

Limitaciones del estudio

El programa DBT-MXAU 2.0 ha mostrado resultados prometedores en la promoción de la salud mental y la prevención de conductas de riesgo en adolescentes escolarizados. Sin embargo, se identificaron varias limitaciones durante su implementación y evaluación que ofrecen áreas de mejora para investigaciones futuras.

Una limitación importante del estudio fue el tamaño reducido de la muestra, conformada por 74 adolescentes divididos entre grupo experimental ($n = 35$) y grupo control ($n = 39$). Aunque se obtuvieron hallazgos relevantes tanto a nivel descriptivo como inferencial, el número de participantes limitó la potencia estadística de los análisis, particularmente en la detección de efectos moderados o pequeños. Esta condición también restringe la posibilidad de realizar análisis más complejos, como modelos multivariados o análisis diferenciados por subgrupos, que podrían haber proporcionado una comprensión más detallada de los efectos del programa según variables como el sexo, la exposición a violencia o el nivel inicial de sintomatología. En futuras investigaciones, contar con una muestra más amplia permitiría no solo mejorar la robustez de los análisis, sino también

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

aumentar la capacidad de generalización de los resultados, favoreciendo el desarrollo de adaptaciones más precisas del programa DBT-MXAU 2.0 a diferentes contextos escolares.

Asimismo, a pesar de que el estudio incluyó un grupo control, las evaluaciones se realizaron únicamente al inicio y al final de la intervención, sin contemplar un seguimiento en el mediano o largo plazo. Esta limitación restringe la capacidad de determinar si los resultados positivos observados, como la disminución en la ideación suicida y las mejoras en regulación emocional, se sostienen a lo largo del tiempo. La ausencia de un monitoreo longitudinal limita también la evaluación del impacto del programa en el desarrollo emocional de los adolescentes. Para futuras investigaciones, se recomienda implementar evaluaciones adicionales al menos a los 3, 6 y 12 meses posteriores a la intervención. Este enfoque permitiría evaluar la sostenibilidad de los efectos, así como identificar factores que faciliten o dificulten la aplicación continua de las habilidades adquiridas. Además, se podrían examinar cómo los cambios en las dinámicas familiares, escolares y sociales influyen en el mantenimiento de las estrategias aprendidas.

Otra limitante que se encuentra es que de los componentes diseñados para fortalecer el impacto del programa fue la integración de un grupo paralelo de entrenamiento en habilidades para padres o cuidadores. Sin embargo, la baja participación de las familias se convirtió en una limitación importante. Aunque se implementaron estrategias como la distribución de materiales informativos y la organización de talleres, los niveles de asistencia y compromiso no fueron suficientes para evaluar su efecto. Está limitada participación restringió la posibilidad de analizar cómo el apoyo familiar influye en la aplicación de las habilidades aprendidas por los adolescentes. Futuros estudios podrían diseñar estrategias más adaptadas para facilitar la inclusión familiar, como horarios flexibles, sesiones virtuales y actividades interactivas que promuevan el involucramiento. Además, evaluar de manera sistemática la relación entre las dinámicas familiares y los resultados del programa proporcionaría información valiosa para optimizar su implementación.

Como se ha mencionado el programa DBT-MXAU 2.0 fue diseñado como una intervención breve para adaptarse a las limitaciones de tiempo en el contexto escolar. Sin embargo, es probable que una mayor duración hubiera permitido consolidar de forma más robusta las habilidades adquiridas, especialmente en áreas como la ansiedad y la depresión, que suelen requerir intervenciones más prolongadas para lograr cambios significativos. Estudios previos han demostrado que programas más extensos con sesiones de refuerzo pueden generar beneficios más duraderos (Mehlum et al., 2014). Ampliar la duración del programa y agregar componentes como talleres de seguimiento o actividades extracurriculares relacionadas con las habilidades DBT podría aumentar la internalización y el uso continuo de estas estrategias en diversos contextos.

Finalmente, se observa como limitante dentro de este estudio que aunque se consideraron factores contextuales como la violencia familiar y la presión académica, estos se evaluaron de manera general y no se exploraron en profundidad sus interacciones con las habilidades adquiridas en el programa. Por ejemplo, es posible que el nivel de estrés ambiental o el apoyo social disponible influyeran en la efectividad de las estrategias aprendidas. Un análisis más detallado de estos factores permitiría comprender mejor las condiciones bajo las cuales el programa es más efectivo y desarrollar estrategias

complementarias para abordar las barreras contextuales. Esto sería especialmente relevante en entornos donde los adolescentes enfrentan condiciones adversas que dificultan la aplicación de las habilidades adquiridas, de igual manera, aunque el estudio se apoyó en evaluaciones cuantitativas para medir variables clave como la ideación suicida, la ansiedad y la regulación emocional, las mediciones cualitativas fueron limitadas. Como se menciona la falta de técnicas como entrevistas individuales o grupos focales impidió explorar las experiencias subjetivas de los participantes, sus percepciones sobre el programa y las barreras percibidas en la aplicación de las habilidades. Futuros estudios podrían integrar métodos cualitativos que complementen los datos cuantitativos, proporcionando una visión más completa de los procesos de cambio experimentados por los adolescentes. Además, esta información podría ser útil para ajustar aspectos específicos del programa y aumentar su relevancia y aceptación entre los participantes.

Conclusiones

Después del arduo trabajo que implicó el diseño, implementación y análisis del programa DBT-MXAU 2.0, los resultados obtenidos en este estudio destacan su efectividad en la reducción del riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados del estado de Aguascalientes. Este programa demostró resultados con efectos pequeños, moderados y grandes en las variables evaluadas, proporcionando evidencia sólida sobre su impacto en la mejora de la regulación emocional, el fortalecimiento de factores protectores y la reducción de conductas de riesgo asociadas al suicidio. Además, el análisis permitió identificar correlaciones significativas entre variables críticas como ansiedad, depresión, autoestima y desregulación emocional, subrayando su interacción en la prevalencia del riesgo suicida en esta población.

El programa DBT-MXAU 2.0 ofreció un modelo accesible y preventivo que puede ser implementado en entornos escolares con recursos limitados. Las habilidades enseñadas, como la atención plena, la tolerancia al malestar y la efectividad interpersonal, permitieron a los adolescentes contar con estrategias prácticas para enfrentar situaciones difíciles, disminuyendo conductas de riesgo y promoviendo estrategias de afrontamiento más adaptativas. De esta manera, el programa contribuyó no solo a la reducción del riesgo suicida, sino también al desarrollo de habilidades socioemocionales esenciales para el bienestar a largo plazo.

Si bien los resultados obtenidos son prometedores, este estudio también evidenció áreas de mejora que deben ser atendidas en futuras implementaciones, así como la marcada necesidad de incorporar al ambiente familiar al tratamiento. Entre estas, se encuentra la necesidad de involucrar activamente a las familias en el proceso y realizar un seguimiento longitudinal que permita evaluar la sostenibilidad de los efectos observados. Asimismo, es crucial continuar trabajando en la optimización del programa, manteniendo los principios fundamentales de la Terapia Dialéctica Conductual y asegurando que las adaptaciones culturales y contextuales no comprometan su eficacia.

El presente trabajo no solo reafirma la relevancia de contar con intervenciones basadas en evidencia para la prevención del suicidio, sino que también destaca la importancia de promover estrategias costo-efectivas que respondan a las necesidades específicas de los adolescentes y del contexto mexicano. En este sentido, el programa

DBT-MXAU 2.0 se posiciona como una herramienta valiosa para abordar los retos de la salud mental en contextos escolares, contribuyendo al bienestar integral de los adolescentes y al fortalecimiento de sus habilidades para enfrentar los desafíos de la vida. Finalmente, se enfatiza que los esfuerzos en la prevención del suicidio es una cuestión que compete a toda la sociedad y que debe involucrar la colaboración de instituciones educativas, especialistas, instituciones públicas, comunidad y familia, garantizando la sostenibilidad y el alcance de programas que busquen el bienestar integral de las poblaciones más vulnerables.



Referencias.

- Acevedo-Rojas, D. L. (2020) *Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de habilidades socioemocionales DBT en pre-adolescentes*. [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Aguascalientes]. Universidad Autónoma de Aguascalientes. <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/2137>
- Adrian, M., McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Korslund, K., Avina, C., Gallop, R., & Linehan, M. M. (2019). Predictors and moderators of recurring self-harm in adolescents participating in a comparative treatment trial of psychological interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(10), 1123–1132. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13088>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Arenas Landgrave, P., Hermosillo de la Torre, A. E., Vázquez García, A., Reyes Ortega, M. A., Arenas Castañeda, P. E., Tejadilla Orozco, D. I., Espinosa Méndez, P., Molina López, A., Molina Pizarro, C. A., & Malo Serrano, H. M. (2023). Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio: articulando los servicios de salud en México. *Enseñanza E Investigación En Psicología*, 5, 1-12. <https://doi.org/10.62364/cneip.5.2023.178>
- Arguís Rey, R., Bolsas Valero, A. P., Hernández Paniello, S., & Salvador Monge, M. M. (2012). *Programa Aulas Felices: Psicología positiva aplicada a la educación (2ª ed.)*. Equipo SATI
- Arteaga-de-Luna, E. M. (2022). *Ensayo Clínico Para Evaluar La Eficacia de la DBT-A MX e IBM en la Prevención de Riesgos Psicosociales con Estudiantes Universitarios*. [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Aguascalientes]. Universidad Autónoma de Aguascalientes. <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/2468>
- Arnett, J. J. (2023). *Adolescence and emerging adulthood: A cultural approach (7th ed.)*. Pearson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2017). *Ethical Principles of Psychologist and Code of Condcut*. <https://www.apa.org/ethics/code/#807>
- Ávila Granda, L. E., Moreno Guerra, M. M., & Guacho Aucancela, L. (2023). El suicidio adolescente: Un problema latente en América Latina. *Revisión bibliográfica. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(1), 12013-12030. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.12047
- Banco Mundial. (2020). *Tasa de mortalidad por suicidio (por cada 100 000 habitantes)*. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.P5>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.

- Boggiano, J. P., & Gagliesi, P. (2018). *Terapia dialéctico conductual: Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional*. Editorial de la Universidad Nacional de la Plata.
- Bridge, J. A., Horowitz, L. M., Fontanella, C. A., Grupp-Phelan, J., & Campo, J. V. (2014). Prioritizing research to reduce youth suicide and suicidal behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3 Suppl 2), S229–S234. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.001>
- Borchardt, K.E., Holthaus, D., Soto Méndez, P.A. & Toth, A.L. (2024) Debunking wasp pollination: Wasps are comparable to bees in terms of plant interactions, body pollen and single-visit pollen deposition. *Ecological Entomology*, 49(4), 569–584. <https://doi.org/10.1111/een.13329>
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Calderón-Méndez, T. C. (2017) *Diseño, construcción y validación de la escala de violencia hacia los adolescentes (EVA) en estudiantes de secundaria de instituciones educativas públicas de Comas, 2017* [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo] Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/23716>
- Carpenter, R. W., y Trull, T. J. (2013). Components of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder: A Review. *Current Psychiatry Reports*, 15(1), 335. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0335-2>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2019). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1558707. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1558707>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2021). *Información estratégica para el regreso a clases en México 2021*. Ciudad de México: CONEVAL. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Informacion_Estrategica_a_Aprende_Casa.pdf
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., Williams, E., & Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939–991. <https://doi.org/10.1037/bul0000110>
- Cook, N. E., & Gorraiz, M. (2016). Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self-injury and depression among adolescents: preliminary meta-analytic evidence. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(2), 81–89. <https://doi.org/10.1111/camh.12112>

- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., y Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 133(3), 495. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Cuesta-Revé, D. (2017). Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Revista mexicana de pediatría*, 84(2), 72-77.
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22(1), 87-108. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990289>
- Denham, S. A., Blair, K. A., DeMulder, E., Levitas, J., Sawyer, K., Auerbach-Major, S., & Queenan, P. (2003). Preschool emotional competence: Pathway to social competence. *Child Development*, 74(1), 238-256. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00533>
- Dilli, D., Dallar, Y., Cakir, L. (2010). Psychological characteristics of adolescent suicide attempters presenting to a pediatric emergency service. *Tubitak*, 40 (3), 377-390. 10.3906/sag-0901-18
- DiLillo, D., Mauri, S., Mantegazza, C., Fabiano, V., Mameli, C., & Zuccotti, G. V. (2015). Suicide in pediatrics: Epidemiology, risk factors, warning signs and the role of the pediatrician in detecting them. *Italian Journal of Pediatrics*, 41(49). <https://doi.org/10.1186/s13052-015-0167-3>
- Dimeff, L., Rizvi, S., Brown, M., y Linehan, M. (2000). Dialectical behavior therapy for substance abuse: A pilot application to methamphetamine-dependent women with borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, (7), 457-468. 10.1016/S1077-7229(00)80057-7
- Dunlop, W. P., Cortina, J. M., Vaslow, J. B., & Burke, M. J. (1996). Meta-analysis of experiments with matched groups or repeated measures designs. *Psychological Methods*, 1(2), 170-177. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.2.170>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117-126. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000200004>
- Federici, A., Wisniewski, L., & Ben-Porath, D. (2012). Description of an Intensive Dialectical Behavior Therapy Program for Multidiagnostic Clients With Eating Disorders. *Journal of Counseling and Development*, (90), 330-338. doi:10.1002/j.1556-6676.2012.00041.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 3. Doi: org/10.1186/1753-2000-5-3

- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (1998). *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
[https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2016). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Gasol, X., Navarro-Haro, M. V., Fernández-Felipe, I., García-Palacios, A., Suso-Ribera, C., & Gasol-Colomina, M. (2022). Preventing emotional dysregulation: Acceptability and preliminary effectiveness of a DBT skills training program for adolescents in the Spanish school system. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 494. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010494>
- Gil-Díaz, M. (2020). *Efectividad de un Grupo de Entrenamiento en Habilidades Basado en DBT-A para la Disminución de Factores de Riesgo en la Conducta Suicida*. [Tesis de Doctorado, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo]. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- Gini, G., & Espelage, D. L. (2014). Peer victimization, cyberbullying, and suicide risk in children and adolescents. *JAMA Pediatrics*, 168(5), 435–442.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.4143>
- Goldstein, T. R., Axelson, D. A., Birmaher, B., y Brent, D. A. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Bipolar Disorder: A 1-Year Open Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 8-20.
doi.org/10.1097/chi.0b013e31805c1613
- Goldstein, T. R., Fersch-Podrat, R. K., Rivera, M., Axelson, D. A., Merranko, J., Yu, H., Brent, D. A., & Birmaher, B. (2015). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Bipolar Disorder: Results from a Pilot Randomized Trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25(2), 140–149.
<https://doi.org/10.1089/cap.2013.0145>
- González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, J. A., Ramos-Lira, L., & Wagner, F. A. (2005). Cédula de Conductas Suicidas: Un instrumento para la evaluación de conductas suicidas en adolescentes mexicanos. *Salud Pública de México*, 47(4), 283–292.
- González-Forteza, C., Ramos-Lira, L., Mariño Hernández, M. del C., & Pérez Campuzano, E. (2002). Vidas en riesgo: Conducta suicida en adolescentes mexicanos. *Acta de Psiquiatría y Psicología de América Latina*, 48(1/4), 74–84.
- González-Forteza, C., Ramos-Lira, L., Vignau, A., & Ramírez, M. T. G. (2001). Una evaluación de la Escala de Autoestima de Rosenberg en adolescentes estudiantes. *Salud Pública de México*, 43(5), 427–433.
<https://doi.org/10.1590/S0036-36342001000500010>

- González-Forteza, C.; Jiménez-Tapia, J.A.; Ramos-Lira, L. y Wagner, F.A. (2008) Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública México*, 50, 292–299
- González-Forteza, C., Romero-Basaldúa, L., Jiménez-Tapia, A. (2009). Lesiones autoinfligidas deliberadamente y sintomatología depresiva en adolescentes estudiantes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 47(1), S41-S42
- González-Forteza, C., Mariño, MC., Rojas, E., Mondragón, L., Medina-Mora, ME. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la Ciudad de Pachuca, Hgo. y su relación con el uso de sustancias y el malestar depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*. 15 (2), 165-175.
- González-Lugo, S., Pineda-Domínguez, A., & Gaxiola-Romero, J. C. (2018). Depresión adolescente: Factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1–10. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.dafr>
- Goodstein, J. L. (1982). Cognitive characteristics of suicide attempters. *Dissertation Abstracts International*, 43(5-B), 1613.
- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.00000007455.08539.94>
- 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>
- Harned, M. S. (2022). Treating trauma in dialectical behavior therapy: The DBT prolonged exposure protocol. The Guilford Press.
- Hermosillo-De-la-Torre, A. E., Arteaga Luna, S. M., Acevedo-Rojas, D. L., Juárez-Lozoya, 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 Coross-Sectional Population Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094977>
- Hermosillo-de-la-Torre, A. E., Arteaga-de-Luna, S. M., Arenas-Landgrave, P., González-Forteza, C., Acevedo-Rojas, D. L., Martínez, K. I., & Rivera-Heredia, M. E. (2023). DBT-PAHSE intervention for reducing emotion dysregulation and suicide behavior in Mexican early adolescents: A longitudinal study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(9), 1311. <https://doi.org/10.3390/healthcare11091311>
- 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. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 30(4), 445–447.
<https://doi.org/10.1037/cps0000051>
- Hermosillo-de-la-Torre, A. E., & Rivera-Heredia, M. E. (2019). Depresión, recursos psicológicos y vulnerabilidad cognitiva a la depresión en jóvenes estudiantes universitarios. *Investigación Y Práctica En Psicología Del Desarrollo*, 5, 3–26.
<https://doi.org/10.33064/ippd52470>
- Hermosillo-de-la-Torre, A.E., Pérez-Padilla, M.L., Arteaga-de-Luna, M., Aguas, P., González-Forteza, C., Wagner, F. y Rivera-Heredia, M.E. (2017). *Batería Factores Involucrados en el Cuidado de la Vida en Adolescentes y Preadolescentes (FICVIDA)*.
- Hernández-Guzmán, L., Bermúdez-Ornelas, G., Spence, S. H., González, M. J., Martínez-Guerrero, J. I., Aguilar, J., y Gallegos, J. (2003). Versión en español de la Escalas de Ansiedad para niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 13-24. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80515880002.pdf>
- Hink, A. B., Killings, X., Bhatt, A., Ridings, L. E., & Andrews, A. L. (2022). Adolescent Suicide-Understanding Unique Risks and Opportunities for Trauma Centers to Recognize, Intervene, and Prevent a Leading Cause of Death. *Current trauma reports*, 8(2), 41–53. <https://doi.org/10.1007/s40719-022-00223-7>
- 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*, 6(6), 537–559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- 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>
- Instituto Nacional de Salud Pública (2021a). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales. *INEGI*.
https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/doctos/informes/220804_Ensa21_digital_4ago.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre). *INEGI*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/suicidios2020_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022) Estadísticas A Propósito del Día Mundial Para La Prevención del Suicidio (10 de septiembre): Datos Nacionales Comunicado de prensa. *INEGI*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_SUICIDIOS22.pdf

- INstituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024) Estadísticas A Propósito del Día Mundial Para La Prevención del Suicidio (10 de septiembre): Datos Nacionales Comunicado de prensa. *INEGI*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_Suicidio24.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021b). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre). *INEGI*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/suicidios2020_Nal.pdf
- Joiner, T. E., Brown, J. S., & Wingate, L. R. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual Review of Psychology*, 56, 287–314.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070320>
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R., & Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936–943. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.7.936>
- Katz, L. Cox, B. Gunasekara, S., & Miller, A. (2004). Feasibility of Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Adolescent Inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 276–82. doi:10.1097/00004583-200403000-00008.
- Kerig, P. K., & Becker, S. P. (2010). From internalizing to externalizing: Theoretical models of the processes linking PTSD to juvenile delinquency. In E. C. McNamara (Ed.), *Adolescent psychological disorders* (pp. 159–176). Nova Science Publishers.
- Kerig, P. K. (2018). Polyvictimization and girls' involvement in the juvenile justice system: Investigating gender-differentiated patterns of risk, recidivism, and resilience. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(5), 789–809.
<https://doi.org/10.1177/0886260517744845>
- Kerig, P. K. (2019). Linking childhood trauma exposure to adolescent justice involvement: The concept of posttraumatic risk-seeking. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2), e12280. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12280>
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2019). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1002–1014. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01129-5](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01129-5)
- Korczak, D. (2015). Suicidal ideation and behavior. *Pediatric Child Health*, 20(5), 250–260. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4472054/>
- Lai, K. W., & Shek, D. T. L. (2010). Hopelessness, parent-adolescent communication, and suicidal ideation among Chinese adolescents in Hong Kong. *International Journal of Adolescence and Youth*, 15(1-2), 99–112.
<https://doi.org/10.1080/02673843.2010.9748033>

- Lazcano-Ponce, E., Salazar-Martínez, E., Gutiérrez-Castellón, P., Angeles-Lleneras, A., Hernández-Garduño, A., y Viramontes, J. L. (2004). Ensayos clínicos aleatorizados: variantes, métodos de aleatorización, análisis, consideraciones éticas y regulación. *Salud Pública de México*, 46(6), 559-584.
- Lenz, A., Taylor, R., Fleming, M., & Serman, N. (2014). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy for Treating Eating Disorders. *Journal of Counseling & Development*, (92). doi: .1002/j.1556-6676.2014.00127.x.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-Behavioral treatment of borderline personality disorders*. The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b) *Skills Training Manual For Treating Borderline Personality Disorders*. The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2014). *DBT Skills Training Manual*. The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual*. (2ed). The Guilford Press.
- Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. R. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Pervasive Emotion Dysregulation: Theoretical and Practical Underpinnings. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 581–605). The Guilford Press.
- Liu, C. H., Zhang, E., Wong, G. T. F., Hyun, S., & Hahm, H. C. (2020). Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult mental health. *Psychiatry Research*, 290, 113172. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113172>
- Lungo, A., & Linehan, M. M. (2016). Dialectical behavior therapy: A comprehensive multi- and transdiagnostic intervention. En C. M. Nezu & A. M. Nezu (Eds.), *The Oxford handbook of cognitive and behavioral therapies* (pp. 200–214). Oxford University Press.
- Mazza, J. J., Dexter-Mazza, E. T., Miller, A. L., Rathus, J. H., & Heather, M. E. (2016). *DBT skills in schools: skills training for emotional problem solving for adolescents (DBT STEPS-A)*. Guilford Press.
- McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., ... & Linehan, M. M. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: *A randomized clinical trial*. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777–785. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109>
- McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E., & Greenfield, S. F. (2022). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 66, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.003>
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., Larsson, B. S., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082–1091. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>

- Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980–989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>
- Miller, A.L., Rathus, J.H. & Linehan, M.M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press.
- Mosquera, L. (2016). Conducta Suicidad en la Infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 9-18.
- Murray, L., Creswell, C., & Cooper, P. J. (2020). Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Adolescere. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 8(1), 17-24.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2019). *The Promise of Adolescence: Realizing Opportunity for All Youth*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25388>.
- Navarro-Haro, M. V., Botella, C., Guillén, V., Molinari, G., García-Palacios, A., y Baños, R. M. (2018). Efectividad y aceptabilidad del entrenamiento en habilidades de la terapia dialéctica comportamental para familiares de personas con trastorno de personalidad límite. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 201–209. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.21907>
- Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 40–51. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.005>
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 832–839. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.017>
- Organización Mundial de la Salud. [OMS] (2021b). La Covid-19 en adolescentes. *OMS*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/WHO-2>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2023). La pandemia de COVID-19 profundizó las desigualdades preexistentes en salud. *OMS*. <https://www.who.int/es/news/item/20-04-2023-who-releases-the-largest-global-collection-of-health-inequality-data>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2024). La Salud mental de los adolescentes. *OMS*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2021c). Salud mental del adolescente. *OMS*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

- Organización Mundial de la Salud. [OMS] (2021a). Salud adolescente. *OMS*.
<https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health>
- Organización Mundial de la Salud. [OMS] (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. *OMS*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Suicidio. World Health Organization.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización de las Naciones Unidas. [ONU] (2021). *Grupo de trabajo sobre juventud de la Plataforma de Colaboración Regional para América Latina y el Caribe. Encuesta de las Naciones Unidas sobre Juventudes de América Latina y el Caribe dentro del Contexto de la Pandemia del COVID-19 (LC/TS.2021/68)*. Santiago.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46990/1/S2100285_es.pdf
- Ortega, R. (2017). *Paradojas y realidades en torno a la autonomía de los adolescentes en contextos escolares*. Revista de Psicología Educativa, 15(1), 23-35.
<https://www.scielo.edu.uy/pdf/pe/v15n1/1688-7468-pe-15-01-23.pdf>
- Orth, U., Robins, R. W., & Roberts, B. W. (2012). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(3), 593–605. <https://doi.org/10.1037/a0025318>
- Pan American Health Organization. [PAHO] (2023). Burden of suicide. *PAHO*.
<https://www.paho.org/en/enlace/burden-suicide>
- Pan American Health Organization. [PAHO] (2021). Es preocupante el aumento del comportamiento suicida en niñas, niños y adolescentes durante la pandemia de COVID-19. *PAHO*
<https://www.paho.org/es/noticias/29-8-2021-es-preocupante-aumento-comportamiento-suicida-ninas-ninos-adolescentes-durante>
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2020). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302-1313.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)
- Park, H. S., & Lee, Y. (2016). Factors that affect suicide attempts of adolescents in multicultural families in Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(12), 1184. <https://doi.org/10.3390/ijerph13121184>
- Park, H. S., Koo, H. Y., & Schepp, K. G. (2005). Predictors of suicidal ideation for adolescents by gender. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 35(8), 1433–1442.
<https://doi.org/10.4040/jkan.2005.35.8.1433>
- Pereplechikova, F. (2018). Dialectical Behavior Therapy for pre-adolescent children. En M. Swales (Ed.), *The Oxford Handbook of Dialectical Behavior Therapy* (pp. 691-718). Oxford University Press.

- 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. (2002). Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 146–157. doi:10.1521/suli.32.2.146.2439977
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2015). *DBT Skills manual for adolescents*. The Guilford Press.
- Reyes, V., Alcázar, R. J., & Villada, C. (2024). Estrategias de regulación emocional cognitiva, miedo y enojo en niños guanajuatenses después del confinamiento por la pandemia de COVID-19. *Liberabit*, 30(2), e816. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2024.v30n2.816>
- Reyes-Pérez, V., Cruz-Torres, C. E., & Alcázar-Olán, R. J. (2021). Validación del Cognitive Emotion Regulation Questionnaire kids (CERQ-k) en niños mexicanos. *Nova scientia*, 13(26), 00011..<https://doi.org/10.21640/ns.v13i26.2794>
- Rivera-Heredia, M.E., y Pérez-Padilla, M. L. (2012). Evaluación de los recursos psicológicos. *Revista de Psicología (Nueva época)*. 9(19), 1-19.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*, Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Roberts, R. E. (1980). Reliability of the CES-D Scale in different ethnic contexts. *Psychiatry Research*, 2(2), 125-134. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(80\)90069-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(80)90069-4)
- Shah, M., & Saleem, N. (2014). Suicide in teenagers and its related determinants in developing countries. *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 3(6), 62–65.
- Smith, P. K., López-Castro, L., Robinson, S., & Görzig, A. (2021). Consistency of gender differences in bullying in cross-cultural surveys. *Aggression and Violent Behavior*, 101(6), 234-251. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101538>
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2019). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Spinard, T. L., Eisenberg, N., Cumberland, A., Fabes, R. A., Valiente, C., Shepard, S. A., Reiser, M., Losoya, S. H., y Guthrie, I. K. (2006). Relation of emotion-related regulation to children's social competence: a longitudinal study. *Emotion*, 6(3), 498–510. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.3.498>
- Sunseri, P. A. (2004). Preliminary outcomes on the use of dialectical behavior therapy to reduce hospitalization among adolescents in residential care. *Residential Treatment for Children and Youth*, 21(4), 59–76. https://doi.org/10.1300/J007v21n04_06
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo*. Editorial Trillas.

- Tan, L., Xia, T., & Reece, C. (2018). Social and individual risk factors for suicide ideation among Chinese children and adolescents: A multilevel analysis. *International Journal of Psychology*, 53(2), 117–125. <https://doi.org/10.1002/ijop.12273>
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(6), 1061–1065. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.69.6.1061>
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *The American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10–20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet (London, England)*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). *Suicide and suicide risk*. *Nat Rev Dis Primers*, 5(74). <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF] (2021). Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia. *UNICEF* <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021>
- United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF] (2023). Informe Anual de UNICEF 2023. *UNICEF* <https://www.unicef.org/es/informes/informe-anual-unicef-2023>
- Valentine, S. E., Bankoff, S. M., Poulin, R. M., Reidler, E. B., & Pantalone, D. W. (2015). The Use of Dialectical Behavior Therapy Skills Training as Stand-Alone Treatment: A Systematic Review of the Treatment Outcome Literature. *Journal of Clinical Psychology*, 71(1), 1–20. <https://doi.org/10.1002/jclp.22114>
- Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G., & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The 'black swan' for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions*, 20, 100317. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100317>
- Wisniewski, L., y Ben-Porath, D. D. (2015). Dialectical Behavior Therapy and Eating Disorders: The Use of Contingency Management Procedures to Manage Dialectical Dilemmas. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 129–140. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.129
- Woodberry, K., Miller, A., Glinski, J., Indik, J., Mitchell, A. (2002). Family Therapy and Dialectical Behavior Therapy with Adolescents: Part II: A Theoretical Review. *American journal of psychotherapy*, (56), 585-602. doi:10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.4.585.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Zhao, S., & Zhang, J. (2014). Suicide risks among adolescents and young adults in rural China. *International journal of environmental research and public health*, 12(1), 131–145. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100131>



Anexos

Anexo A. Oficio de aprobación por parte del comité de bioética

COB-UAA/101/2023

ASUNTO: Se emite dictamen positivo.

DR. MARCELO DE JESÚS PÉREZ RAMOS
Jefe del Departamento de Apoyo a la Investigación
Dirección General de Investigación y Posgrado
Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Presente.

Estimado Doctor Pérez Ramos:

Con relación al protocolo de investigación y batería de evaluación del trabajo "Ensayo clínico para evaluar la efectividad del programa DBT-MXUA en la reducción del riesgo de suicidio en adolescentes del estado de Aguascalientes", presentado por el C. José Octavio Prado Ramos, estudiante de la Maestría en Investigación en Psicología, de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, le informamos:

Que sobre el estudio inicial el Comité resolvió emitir dictamen como APROBADO CON MODIFICACIONES, para lo cual se hizo llegar el informe respectivo con las observaciones y sugerencias de modificación que, tras una nueva entrega y con el análisis llevado a cabo, se concluye que las modificaciones cumplen con lo solicitado en el informe, razón por la cual tras deliberar este Comité consideró como APROBADO el proyecto. Lo anterior con fundamento en lo dispuesto por los artículos 5 fracción IV y XII, 26, 27, 28 y demás relativos aplicables del Reglamento del Comité de Bioética de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Por lo anterior, le solicitamos se sirva comunicar al maestrante el resultado del dictamen.

Sin otro por el particular, nos despedimos de usted agradeciéndole las atenciones a la presente.

Atentamente,

Aguascalientes, Ags., a 14 de abril de 2023

Se Lunen Proferre



Dr. José Luis Quintana Siqueiros

Presidente



Dr. José Manuel López Liberos

Secretario

Anexo B. Consentimiento informado para padres o tutores legales



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimados padres de Familia y Tutores;

El Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma de Aguascalientes a través de la Maestría en Investigación en Psicología se está realizando un estudio para aplicar y evaluar la efectividad de talleres educativos que la intención de fortalecer el manejo de las emociones, la reducción de riesgo psicosociales y el incremento de competencias socioemocionales en adolescentes. Dicho proyecto forma parte de las actividades de formación del Lic. José Octavio Prado Ramos bajo la tutela de la Dra. Alicia Edith Hermosillo de la Torre.

La participación tanto de alumnos, así como la de padres, madres y tutores es de gran valor para esta investigación, así como para el desarrollo de programas adaptados a la cultura mexicana que doten de herramientas y habilidades socioemocionales a adolescentes y esto les permita afrontar las crisis de la vida diaria, así como conocer y regular mejor sus emociones. Por lo anterior y a manera de analizar la información recabada con fines de investigación, las sesiones que se implementarán serán videograbadas, sin embargo, cabe mencionar que el material obtenido de dichas grabaciones no será difundido y es solo con fines educativos y prácticos de la investigación.

La participación es totalmente voluntaria, por lo que en cualquier momento se podrá abandonar el estudio si así lo decide, solo será necesario dar preaviso al facilitador responsable al correo ab1secundarias@gmail.com mismo que informará a las autoridades institucionales con el más estricto cuidado ético. Cabe mencionar que, podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición al uso de los datos proporcionados, es lo presentando una solicitud al mismo correo electrónico. Si desea conocer los resultados de la investigación puede solicitar enviando un correo electrónico a la dirección antes mencionada.

El taller se realizará en las instalaciones de la Escuela Secundaria General No. 38 "Ing. Miguel Ángel Barberena Vega" ubicada en Av. Salvador Rangel López #201, Villas de Mira, Sra. de la Asunción, C.P. 20126, Ags., Ags. Al aceptar nuestra invitación a este programa, se les pedirá durante el transcurso del taller completar un par de cuestionarios para evaluar la efectividad del programa. La información que proporcione será tratada de manera confidencial, por lo que el acceso a ella será únicamente para el personal profesional autorizado, restringiendo su uso exclusivo para fines de investigación, por lo que se han tomado medidas administrativas, técnicas y físicas para evitar su pérdida, alteración o uso indebido, salvaguardando así la identidad de todos los participantes, dicha información quedará bajo resguardo del Laboratorio de Regulación Emocional y Prevención del Suicidio de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Agradecemos de antemano su colaboración y apoyo, ya que con ello nos ayuda a contar con mejores programas e información acerca de los recursos y el estado de salud mental de los adolescentes, para así generar mejores herramientas de evaluación y programas especializados para nuestros jóvenes.

Si acepta que su hijo o familiar al que tutela participe en el taller, sea tan amable de completar las siguientes líneas con su nombre y firma.

Nombre de alumno o alumna: _____

Grado y Grupo: _____

Nombre de Padre, Madre o Tutor: _____

Firma de consentimiento: _____

Lugar y fecha: _____

Anexo C. Asentimiento de participación



ASENTIMIENTO INFORMADO

Estimado alumno:

El Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma de Aguascalientes a través de la Maestría en Investigación en Psicología está realizando un estudio para aplicar y evaluar la efectividad de talleres educativos que la intención de fortalecer el manejo de las emociones en adolescentes de la institución donde se sitúa. Dicho proyecto forma parte de las actividades de formación del Lic. José Octavio Prado Ramos bajo la supervisión de la Dra. Alicia Edith Hermosillo de la Torre.

Tu participación, así como la de padres, madres y tutores es de gran valor para esta investigación, así como para el desarrollo de programas adaptados a la cultura mexicana que doten de herramientas y habilidades socioemocionales a adolescentes como tú y así ellos permitan enfrentar los crisis de la vida diaria, así como conocer y regular mejor sus emociones. Por lo anterior y a manera de analizar la información recolectada con fines de investigación, las sesiones a las que se te invita serán video grabadas, sin embargo, cabe mencionar que el material obtenido de dichas grabaciones no será difundido y es solo con fines educativos y prácticos de la investigación.

Tu participación es totalmente voluntaria, por lo que en cualquier momento podrás abandonar el estudio si así lo decides, solo será necesario dar preaviso al facilitador responsable al correo edibisecundarias@gmail.com mismo que informará a las autoridades institucionales con el más estrecho cuidado ético. Cabe mencionar que, podrás ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición al uso de los datos proporcionados, esto presentando una solicitud al mismo correo electrónico. Si deseas conocer los resultados de la investigación puede solicitarlos enviando un correo electrónico a la dirección antes mencionada.

El taller se realizará en las instalaciones de la Escuela Secundaria General No. 33 "Ing. Miguel Ángel Barberena Vega" ubicada en Av. Salvador Rangel López #201, Villas de Miras, Sra. de la Asunción, C.P. 20126, Ags., Ags. Al aceptar nuestra invitación a este programa, se les pedirá durante el transcurso del taller completar un par de cuestionarios para evaluar la efectividad del programa. La información que proporcionen será tratada de manera confidencial, por lo que el acceso a ella será únicamente para el personal profesional autorizado, restringiendo su uso exclusivo para fines de investigación, por lo que se han tomado medidas administrativas, técnicas y físicas para evitar su pérdida, alteración o uso indebido, salvaguardando así la identidad de todos los participantes.

Agradecemos de antemano tu participación y apoyo, ya que con ella nos ayudas a contar con mejores programas e información acerca de los recursos y el estado de salud mental de adolescentes, para así generar mejores herramientas de evaluación y programas especializados para jóvenes como tú.

Si acepta participar en el taller, se tan amable de completar la siguiente línea con tu nombre y firma.

Nombre de alumno o alumna: _____

Grado y Grupo: _____

Firma de asentimiento: _____

Lugar y fecha: _____

Anexo D. Cuaderno de Trabajo DBT MXAU 2.0



Anexo E. Manual del facilitador

DBT MXAU PROGRAMA
BREVE DE HABILIDADES iDBT
PARA ADOLESCENTES EN
CONTEXTOS URBANOS

MANUAL DE FACILITADOR

Alicia Edith Hermosillo de la Torre

Índice

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR PSICOLÓGICO
DESDE LA CIENCIA CONDUCTUAL CONTEXTUAL 6

LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL Y LOS PROGRAMAS DE
HABILIDADES DBT EN ADOLESCENTES 8

DBT Y DIALÉCTICA 13

LA TEORÍA BIOSOCIAL 17

LA DESREGULACIÓN EMOCIONAL 19

La Regulación Emocional 22

La Vulnerabilidad Biológica 23

La Importancia del Ambiente Social (Vulnerabilidad Social) 24

Ambientes Invalidantes 25

DESREGULACIÓN EMOCIONAL Y ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DBT
32

(Neacsiu, Bohus & Linehan, 2014) 32

DBT Estándar 34

Modos de Tratamiento 35

Módulos de Habilidades DBT 36

Roles del entrenador de habilidades y terapeuta individual 37

Modificaciones de las estrategias de terapia cognitiva y conductual en DBT 41

EFICACIA DE DBT 42

DBT Estándar 42

DBT estándar como tratamiento para conductas suicidas 44

DBT estándar como tratamiento para el estado de ánimo y otros trastornos 45

DBT estándar como tratamiento general 45

DBT-A46

DBT STEPS-A 47

DBT-C48

Entrenamiento de Habilidades DBT como un tratamiento independiente. 48

Evidencia de la efectividad de DBT Habilidades como un tratamiento independiente
49

APLICACIONES DE LAS ESTRATEGIA DBT EN EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES 63

Estrategias dialécticas: mantener el equilibrio terapéutico 65

5.1.1. Estrategias dialécticas específicas 67

Estrategias centrales: validación y resolución de problemas 69

Validación 69

Una guía de "cómo hacer" la validación 71

Resolución de problemas 76

Procedimientos de modificación cognitiva 88

Estrategias estilísticas 91

Estrategias de comunicación recíproca 91

Estrategias de comunicación irreverentes 93

5.2.5. Estrategias de manejo de casos 95

5.2.5.1. Revisión de las estrategias del adolescente 95

5.2.6.2. Estrategias de crisis 99

5.2.6.3. Estrategias de comportamiento suicida 100

5.2.6.4. Resolución de problemas en la relación con los miembros del grupo de
entrenamiento en habilidades 101

5.2.6.4.1. Miembro versus líder de grupo 103

Grupo versus líderes de grupo 111

PRE-ENTRENAMIENTO: ORIENTACIÓN 119

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES 120

BLOQUE 1: ATENCIÓN PLENA 129

REDUCIENDO EL SUFRIMIENTO EMOCIONAL E INCREMENTANDO EL PLACER
DE VIVIR (CONCIENCIA PERSONAL Y CONTROL ATENCIONAL) 129

BLOQUE 2: TOLERANCIA AL MALESTAR 133

ACEPTANDO LA REALIDAD TAL COMO ES Y PASAR CRISIS (REDUCIENDO LA
IMPULSIVIDAD) 133

BLOQUE 3: REGULACIÓN EMOCIONAL 133

REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES 133

(REDUCIENDO LA VULNERABILIDAD EMOCIONAL) 133

BLOQUE 4: RELACIONES INTERPERSONALES EFECTIVAS 133

RELACIONES INTERPERSONALES 133

(MANTENIENDO RELACIONES POSITIVAS CON LOS DEMÁS Y REDUCIR
CONFLICTOS) 133