



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS
DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**Efectividad de un Grupo de Entrenamiento en
Habilidades Basado en DBT-A para la
Disminución de Factores de Riesgo en la
Conducta Suicida**

TESIS PRESENTADA POR

Morelia Erandeni Gil Díaz

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE

Doctora en Psicología

COMITÉ TUTORAL

Dra. Judith López Peñaloza (Director)

Doctora en Psicología

Dra. Alicia Edith Hermosillo de la Torre

Doctora en Psicología

Dr. Luis Miguel Sánchez Loyo

Doctor en Ciencia del Comportamiento

REVISORES

Dra. María Elena Rivera Heredia

Doctora en Psicología

Dr. Michel André Reyes Ortega

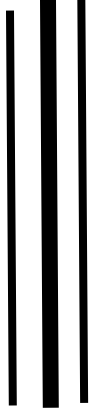
Doctor en Investigación Psicológica

MORELIA, MICH., OCTUBRE DE 2020





**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS
DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**Efectividad de un Grupo de Entrenamiento en
Habilidades Basado en DBT-A para la
Disminución de Factores de Riesgo en la
Conducta Suicida**

**TESIS PRESENTADA POR
Morelia Erandeni Gil Díaz**

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE

Doctora en Psicología

**COMITÉ TUTORAL
Dra. Judith López Peñaloza (Director)
*Doctora en Psicología***

**Dra. Alicia Edith Hermsillo de la Torre
*Doctora en Psicología***

**Dr. Luis Miguel Sánchez Loyo
*Doctor en Ciencia del Comportamiento***

**REVISORES
Dra. María Elena Rivera Heredia
*Doctora en Psicología***

**Dr. Michel André Reyes Ortega
*Doctor en Investigación Psicológica***



MORELIA, MICH., OCTUBRE DE 2020

Contenido

RESUMEN	1
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICACIÓN	16
CAPÍTULO 1. SUICIDIO EN ADOLESCENTES.....	21
1.1 Factores asociados al comportamiento suicida en adolescentes.....	21
1.2 Rol de la familia en la prevención de conductas suicidas en adolescentes .	25
1.3 Papel de la regulación emocional en el comportamiento suicida adolescente	30
CAPITULO 2. MODELOS EXPLICATIVOS DEL SUICIDIO.....	33
2.1 Modelo clínico del suicidio para pacientes psiquiátricos por Mann, Waternaux, Hass y Malonne (1999).....	34
2.2 Modelo cognitivo-conductual del suicidio de Rudd (2000).	36
2.3 Modelo explicativo del suicidio: “The cry of pain” (grito de dolor) de Williams (2002).....	39
2.4 Modelo explicativo de evaluación esquemática del suicidio de Johnson (2008).....	40
2.5 Modelo cognitivo explicativo del comportamiento suicida de Wenzel y Beck (2008).....	42
2.6 Modelo explicativo de la teoría interpersonal de Joiner (2008)	44
2.7 Modelo explicativo de la conducta suicida motivacional y volitivo de O’Connor y Nock (2014).....	46
2.8 Modelo explicativo del suicidio de Turecki (2016)	47
2.9 Modelo del comportamiento suicida de Chiles, Strosahl y Weiss (2018)	48
CAPÍTULO 3. Terapia Dialéctica Conductual para Adolescentes (DBT-A).....	51
3.1 Antecedentes generales de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT).....	51
3.2 Terapia Dialéctica Conductual para Adolescentes (DBT-A).....	59
3.3 Intervenciones utilizando DBT-A.....	61

3.4 Grupo de Entrenamiento en Habilidades.....	64
CAPÍTULO 4. OBJETIVO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	68
4.1 Objetivo general	68
4.2 Objetivos específicos	68
4.3 Diseño de investigación	69
4.4 Definición de variables	70
CAPÍTULO 5. MÉTODO.....	73
5.1 Contexto.....	73
5.2 Participantes	73
5.3 Criterio de inclusión.....	75
5.4 Criterio de exclusión.....	75
5.5 Instrumentos	75
5.6 Procedimiento	78
5.7 Consideraciones éticas	82
5.8 Análisis de resultados	83
Capítulo 6. Resultados	85
Capítulo 7. Discusión	96
7.1 Recomendaciones	110
7.2 Limitaciones del estudio	113
CONCLUSIONES.....	115
REFERENCIAS.....	118
ANEXOS	133
Anexo 1: carta de consentimiento	133
Anexo 2: consentimiento informado padres de familia.....	134
Anexo 3: emociones y estado de ánimo en las últimas dos semanas	136
Anexo 4: los recursos psicológicos	137
Anexo 5: desregulación emocional	139

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Principales investigaciones sobre la efectividad de implementar grupo de entrenamiento en habilidades	61
Tabla 2. Módulos del grupo de entrenamiento en habilidades para adolescentes de acuerdo con Rathus y Miller (2015).....	65
Tabla 3. Descripción del diseño del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A.....	70
Tabla 4. Análisis estadísticos utilizados para realizar comparaciones de los momentos de medición y para obtener el tamaño del efecto.	83
Tabla 5. Datos del grupo experimental y grupo control correspondientes a la fase de pretest, perteneciente al tamizaje de ambos grupos	85
Tabla 6. Comparación de los puntajes obtenidos en las dimensiones de disforia y tipo de pensamiento pertenecientes a la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-R) en el pretest y postest del grupo experimental	87
Tabla 7. Comparación de los puntajes para la escala de autoestima en el grupo experimental, correspondientes a las fases del pretest y postest	87
Tabla 8. Comparación de los puntajes para la dimensión de metas pertenecientes a la escala de desregulación (DERS) de grupo experimental, correspondientes a las fases del pretest y postest	88
Tabla 9. Comparación de los puntajes para las dimensiones de enojo y creencias religiosas pertenecientes a las escalas de recursos psicológicos del grupo experimental, correspondientes a las fases del pretest y postest	88
Tabla 10. Comparación de los puntajes de la escala de estrategias de afrontamiento DBT, entre las fases del pretest y postest del grupo experimental.	89
Tabla 11. Comparación de los puntajes de la escala del centro de estudios epidemiológicos (CESD-R) en los datos correspondientes a la fase del postest para los grupos experimental y control.....	90

Tabla 12. Comparación de los puntajes para la escala de desregulación emocional (DERS) en las dimensiones de claridad y conciencia entre los grupos experimental y control, correspondiente a la fase de postest	91
Tabla 13. Comparaciones de los puntajes de las fases postest de los grupos experimental y control de las escalas de recursos psicológicos en cuanto a las dimensiones de recursos afectivos, manejo del enojo, recuperación del equilibrio y creencias religiosas.....	91
Tabla 14. Comparaciones de los puntajes de las fases del postest de los grupos experimental y control en la escala de formas de afrontamiento DBT en su puntaje total y para la dimensión de habilidades usadas	92
Tabla 15. Puntuaciones obtenidas con el estadístico de Cohen para el tamaño del efecto de las escalas de depresión (CESD-R), escala de autoestima, escala de desregulación emocional (DERS), escalas de recursos psicológicos y escala de formas de afrontamiento DBT	93
Figura 1. Modelo diseñado por Mann, Waternaux, Hass y Malonne (1999).....	35
Figura 2. Modelo de la terapia cognitivo conductual desarrollado por Rudd (2000)	37
Figura 3. Modelo "Cry of pain" (grito de dolor) de Williams y Pollock (2000)	40
Figura 4. Modelo explicativo del suicidio SAMS Johnson, Gooding y Tarrier (2008).....	42
Figura 5. Modelo de Wenzel y Beck desde la perspectiva cognitiva para explicar los comportamientos suicidas (2008)	43
Figura 6. Modelo teórico de Joiner teoría interpersonal para la conducta suicida	45
Figura 7. Modelo explicativo de la conducta suicida motivacional y volitiva de O'Connor y Nock (2014)	47
Figura 8. Modelo explicativo de la conducta suicida, desarrollada por Turecki y Brent del 2016	48
Figura 9. Modelo explicativo del suicidio de Chiles, Stroschal y Weiss (2019)	49
Figura 10. Estrategias centrales de la Terapia Dialéctica Conductual.....	54

Figura 11. Interacción de los componentes biológicos y el ambiente invalidante. 57

Figura 12. Diagrama explicativo sobre las habilidades que favorecen el cambio o la aceptación 58

Figura 13. Diagrama de flujo de los participantes desde la selección de los muestra hasta el final de la implementación del Grupo de Entrenamiento en Habilidades basado en DBT-A 81

RESUMEN

El grupo de entrenamiento en habilidades DBT, es uno de los componentes de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) el cual esta orientado al desarrollo de habilidades en sus participantes. El presente estudio tuvo como objetivo el evaluar la efectividad de un grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A para la disminución de factores de riesgo asociados a la presencia de conductas suicidas en adolescentes escolarizados, por lo que, se trabajó basándose en la propuesta de Terapia Dialéctica Conductual para adolescentes (DBT-A) por Rathus y Miller (2015) diseñándose una versión reducida de 10 sesiones.

La muestra se integró con un total de 63 participantes, de una Universidad Estatal Pública de la región del Centro Occidente de México. Es una investigación con una metodología cuantitativa, con un diseño de ensayo clínico aleatorizado y fases de pretest y postest.

El análisis de los datos consistió en realizar las comparaciones de los puntajes obtenidos, hacia el interior del grupo experimental y del grupo control, utilizando la prueba estadística t de student para muestras dependientes. Encontrándose para el grupo experimental mejores puntajes en las dimensiones de disforia ($t= 2.351$, $p. <0.05$) y tipo de pensamiento ($t= -3.135$, $p. <0.05$) de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-R), también se registró en las escalas de recursos psicológicos una disminución en los puntajes de las dimensiones de manejo del enojo ($t=-4.455$, $p. <0.05$) y creencias religiosas ($t= 2.538$, $p. <0.05$).

Del mismo modo, se observaron mejores puntajes para la escala de autoestima ($t=-8.686$, $p.<0.05$), como también, para la dimensión de metas ($t=-3.584$, $p.<0.05$) de la escala de desregulación emocional (DERS), mientras que la escala de formas de afrontamiento DBT, mostró una mejoría en los puntajes totales de la escala ($t= -2.750$, $p.<0.05$) y en las tres dimensiones que la forman (habilidades

disfuncionales; $t=3.465$, $p<0.05$; habilidades disfuncionales culpando a otros; $t=-2.316$, $p<0.05$ y habilidades usadas; $t=-4.585$, $p<0.05$).

Como parte del análisis se utilizó el estadístico d de Cohen para el tamaño del efecto, reportándose una magnitud entre leve y moderado en las variables estudiadas.

Finalmente los resultados son prometedores para trabajar variables de riesgo asociadas al comportamiento suicida en una población de adolescentes escolarizados mexicanos.

Palabras clave: factores de riesgo, conducta suicida, adolescentes, grupo de entrenamiento en habilidades y DBT-A.

ABSTRACT

The DBT skills training group is one of the components of Dialectical Behavioral Therapy (DBT) which is oriented to the development of skills in its participants. In this way, the present study aimed to evaluate the effectiveness of a DBT-A based skills training group for the reduction of risk factors associated with the presence of suicidal behaviors in school adolescents, therefore, we worked based on the proposal of Dialectical Behavioral Therapy for adolescents (DBT-A) by Rathus and Miller (2015) designing a reduced version of 10 sessions.

The sample was integrated with a total of 63 participants, from a Public State University of the Central West region of Mexico. It is an investigation with a quantitative methodology, with a randomized clinical trial design and pretest and posttest phases.

The analysis of the data consisted of comparing the scores obtained, within the experimental group and the control group, using the student's statistical t test for dependent samples. Finding for the experimental group better scores in the dimensions of dysphoria ($t = 2,351$, $p. <0.05$) and type of thinking ($t = -3,135$, $p. <0.05$) of the depression scale of the Center for Epidemiological Studies (CESD-A), a decrease in the scores of the dimensions of anger management ($t = -4.455$, $p. <0.05$) and religious beliefs ($t = 2.538$, $p. <0.05$) were also registered in the psychological resources scales.

Similarly, better scores were observed for the self-esteem scale ($t = -8.686$, $p. <0.05$), as well as for the goal dimension ($t = -3.584$, $p. <0.05$) of the emotional dysregulation scale. (DERS), while the DBT coping forms scale, showed an improvement in the total scores of the scale ($t = -2,750$, $p. <0.05$) and in the three dimensions that make it up (dysfunctional skills; $t = 3,465$, $p <0.05$; dysfunctional skills blaming others; $t = -2.316$, $p <0.05$ and skills used; $t = -4.585$, $p <0.05$). For this analysis, no statistically significant differences were found in the scores towards the interior of the control group.

The Cohen's d statistic was used to determine the size of the effect reporting that the size was from mild to moderate in the variables studied.

Finally, the results are promising to work with risk variables associated with suicidal behavior in a population of Mexican school adolescents.

Key words: risk factors, suicidal behavior, adolescent, skills training group and DBT-A.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el suicidio es una problemática de salud, tanto a nivel mundial como en México, es así que, tanto la OPS (Organización Panamericana de la Salud) como la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2016) en diversos informes registran un aumento en la prevalencia de muertes por dicha causa. Un dato estadístico preocupante en relación a las muertes por suicidio es que existe un aumento de casos en población joven, que incluye desde adolescentes hasta los adultos jóvenes, de esta forma, para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2016) el suicidio es un serio problema de salud pública, debido al creciente número de fallecimientos de personas por dicha causa. Esta organización argumenta que un número aproximado de 65.000 personas fallecen cada año por tal condición, únicamente en la región de las Américas, así, se tiene registrado que las tasas de suicidio en población masculina tienden a ser considerablemente más elevadas en comparación con la población femenina, representando el 79% de decesos por suicidio en los varones.

Es así que, se registra a nivel mundial un aumento en la mortalidad de población joven que llevan a cabo un acto suicida, especialmente entre aquella población que se encuentra dentro del rango de edad de los 15 a 24 años (OMS, 2014). Por lo que, organismos como la Organización Mundial de la Salud (2014) y la Organización Panamericana de la Salud (2016) refieren que el suicidio es la segunda causa de muerte en dicho rango de edad.

Diversas investigaciones (Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2010 y Sánchez-Cervantes, Serrano-González y Márquez-Caraveo, 2015) se han centrado en abordar el estudio del suicidio en México encontrando que en los últimos 40 años el número de casos registrados de muerte por suicidio ha aumentado de forma constante, teniéndose un aumento gradual en los casos de suicidio en hombres en comparación con los de mujeres, de esta forma también se tiene registrado que el grupo de edad con mayor número de muertes por suicidio es de los 15 a los 19 años. Dichos estudios también refieren que los métodos más

utilizados fueron el ahorcamiento, el uso de arma de fuego y los plaguicidas. Específicamente en cuanto al suicidio en adolescentes y niños, Sánchez-Cervantes, Serrano-González y Márquez-Caraveo (2015) señalan que se encontró una tendencia en ascenso sobre todo en varones, específicamente en aquellos adolescentes que se encuentran de los 15 a 19 años.

De igual forma, Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora (2010) refieren que el suicidio se incrementa en las edades de 15 a los 24 años, convirtiéndose en este grupo de edad como la tercera causa de muerte en el país. Tales datos epidemiológicos resaltan la necesidad de llevar a cabo acciones centradas en la prevención de la conducta suicida. Para lo cual, es fundamental conocer todas aquellas variables que interactúan dando origen a la conducta suicida.

Es así que en un estudio de González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner (2003) llevado a cabo con adolescentes escolarizados en nuestro país se encontraron indicadores de presencia de conductas suicidas, así dichos estudios reportan la existencia de intentos suicidas en un 7% para hombres y un 17% para mujeres.

De este modo, al hablar de suicidio es indispensable conocer los factores de riesgo tales como, la existencia de suicidios anteriores, la presencia de enfermedades mentales, presencia de sintomatología depresiva o una deficiencia al regular las emociones, el consumo excesivo de sustancias, las conductas impulsivas o la disfunción familiar (Jud, Jakson, Komiti, Bell y Fraiser, 2010).

En relación al suicidio también es importante conocer los factores de protección, por lo que, Rivera Heredia y Andrade-Palos (2006) identifican como tales el contar con herramientas denominadas recursos psicológicos, los cuales de acuerdo con las autoras ayudan a sobrellevar y solucionar de manera asertiva los diversos problemas que se llegan a generar en la vida cotidiana, En un estudio realizado comparando adolescentes que presentaban intentos suicidas, con aquellos adolescentes que no presentaban intentos suicidas, encontraron que estos últimos contaban con mejores puntuaciones en sus recursos afectivos tales como el

manejo de la tristeza, el manejo del enojo, autocontrol y la recuperación del equilibrio, también se encontraron diferencias en los recursos cognitivos, así como también en los recursos circundantes, las autoras señalan que los adolescentes que no han intentado suicidarse además de identificar su red de apoyo son capaces de pedir ayuda, a diferencia de los adolescentes con intentos suicidas, los cuales son incapaces de pedir ayuda.

Dentro de este mismo tema existen investigaciones (Hermosillo de la torre, Vacio-Muro, Méndez-Sánchez, Palacios-Salas y Sahugún-Padilla, 2015; Dominguez-Mercado, Hermosillo de la Torre y Vacio-Muro; 2018; Hermosillo de la Torre y Rivera-Heredia, 2019) las cuales señalan que la ausencia de los recursos psicologicos se encuentra relacionada a la presencia de conductas suicidas como también a la presencia de sintomatología depresiva, de forma similar a lo observado en otros estudios, en esta investigación se menciona como la dificultad para manejar el enojo o la tristeza y también la incapacidad para pedir ayuda, se encontraba presente en aquellos participantes que contaban con presencia de sintomatología depresiva o ideación suicida.

Por lo que el tema de recursos psicológicos se encuentra relacionado a las temáticas de conducta suicida, considerándose como variables protectoras que ayudan a los individuos en momentos complicados de la vida. Es así que la relevancia de los recursos psicológicos radica en estar relacionados con estados óptimos de salud mental, estas variables se encuentran asociadas también a temáticas sobre estados de bienestar psicológico.

Diversos autores (Kleiman y Beaver, 2013; Wyatt, Ung, Park, Kwon y Shervrin, 2015; Whitaker, Shapiro y Shiels, 2016) señalan otros factores de protección como el apoyo familiar, los estilos de crianza, el desarrollar la habilidad para manejar las situaciones estresantes y a su vez identificar y manejar las emociones.

Otros factores de protección es el contar con metas o propósitos en la vida, una fuerte conexión con la escuela o la presencia de vínculos fuertes con los compañeros de clases, es decir el contar con relaciones interpersonales o no

percibirse aislado socialmente, es decir contar con habilidades efectivas para contar con relaciones interpersonales óptimas. Un aspecto fundamental al hablar de suicidio es que dicha problemática debe ser abordada como un problema multifactorial, entendiendo que no se origina por una sola variable (OMS, 2014).

De acuerdo, con lo reportado en la literatura, un elemento clave para la implementación de estrategias de intervención orientadas a la prevención del suicidio son los diversos factores de protección, así, de acuerdo, con Vazquez-Vega, Piña-Pozas, Gonzalez-Forteza, Jiménez-Tapia y Mondragón-Barrios (2015), en México la investigación sobre el suicidio se ha centrado específicamente en el estudio de los factores de riesgo, mientras que se ha dejado de lado la investigación sobre los factores de protección. Los autores consideran que los factores de protección juegan un papel fundamental para la prevención del suicidio, señalando que estos son un elemento clave, los cuales deben de ser desarrollados o potencializados especialmente en aquellos individuos que pertenecen a una población de riesgo o vulnerable.

De igual forma, también se resalta la importancia que pueden llegar a tener los factores de protección para el diseño de estrategias de promoción de salud mental que ayuden a prevenir el comportamiento suicida, con la finalidad de promover y mantener la salud mental de la población adolescente mexicana. Sin embargo, se considera necesario que las intervenciones diseñadas además de disminuir los factores de riesgo, también ayuden a la disminución de comportamientos suicidas.

En relación con lo anterior existen estudios (King, Strunk y Sorter 2011; Hoven, Walsh, Kenneth y Herting, 2012; Cox, Malone Williamson, Baldwin, Fletcher y O'Brien, 2013, Sánchez-Loyo y Quintanilla-Montoya, 2014; Gil-Díaz y Rivera-Heredia, 2016) los cuales reportan la implementación de estrategias en contextos escolares, estos estudios reportan resultados positivos para la reducción de los factores de riesgo. Sin embargo, su impacto en cuanto a la disminución de conductas suicidas, como la ideación suicida es menor.

Dentro del trabajo en contextos escolares centrados en la prevención de conductas suicidas, existen intervenciones que se centran en el desarrollo de habilidades socioemocionales, este tipo de programas son de gran relevancia al trabajar con población joven, ya que su objetivo radica en que los participantes sean capaces de desarrollar una serie de habilidades que serán de utilidad en diversas situaciones como también en el aprendizaje de una variedad de formas que ayuden a la resolución de problemas, autorregulación de las emociones o un buen manejo de situaciones estresantes, como también, en el mejoramiento o establecimiento de habilidades para interactuar con otros, lo cual influye en el desarrollo o crecimiento de las redes de apoyo.

El uso de este tipo de programas centrados en las habilidades socioemocionales se ha incorporado o retomado por algunos países en sus estrategias nacionales de prevención de suicidio, específicamente en las acciones sugeridas para la prevención del suicidio desde el trabajo en contextos escolares. Un ejemplo de esto sería la estrategia nacional de Chile (Minsal, 2013).

Así, este tipo de programas se centran en el aumento y/o fortalecimiento de habilidades, tales como, la capacidad para resolver problemas, el manejo o la expresión de las emociones e incluso temáticas relacionadas con la autoestima, entre otras. Aunado a este tipo de temáticas, la OMS, desde 1993, cuenta con un programa centrado en este tipo de trabajo, conocido como entrenamiento de habilidades para la vida.

Tal como lo menciona Mojarro (2017), la aplicación de este tipo de programas es comúnmente usado en diversos países. Dichos programas y como su nombre lo indica, están centrados en que los individuos sean capaces de aprender y utilizar habilidades para hacer frente a diversas situaciones que podrán tener como consecuencias diversas problemáticas de tipo psicosocial.

Dentro de esta misma línea, la OMS (2003) señala como habilidades para la vida los siguientes: habilidades de comunicación, interpersonales de autoestima, autocontrol, manejo de las emociones y estrés.

Además, del diseño de diversos programas de intervención para la conducta suicida, se cuenta con la existencia de modelos explicativos de dicha conducta, algunos de ellos han tratado de explicar y definir aquellas variables asociadas a esta temática y la forma en la cual estas interactúan, originando el desarrollo de dichas conductas.

La existencia de estos modelos varía desde los propuestos por Rudd, (2000) hasta modelos explicativos más recientes como los de Joiner (2005) O'Connor y Nock (2014) y Turecki (2016) que incluyen aspectos epigenéticos para contribuir a la explicación de dicho fenómeno. Incluso se puede mencionar el abordaje que proporciona Stroschal (2018) al hablar de la conducta suicida.

Debido a lo anterior, se puede afirmar que la temática del suicidio y sus factores de riesgo/protección son ampliamente estudiados. Sin embargo existe un campo de acción y oportunidad sobre todo al hablar de acciones encaminadas a la salud mental en nuestro país, aquellas temáticas relacionadas con estrategias efectivas y que al mismo tiempo cuentan con evidencia empírica y consideradas como tratamientos basados en evidencia científica.

En función de lo anteriormente señalado, el suicidio en adolescentes es una realidad en el país y un problema de tipo psicosocial para el cual es necesario la implementación de estrategias en contextos escolares encaminadas a la prevención de las conductas suicidas en adolescentes, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de dicha población y de diseñar estrategias cuya finalidad sea la promoción de la salud y la disminución de conductas suicidas.

Prestando atención a que dichas intervenciones estén basadas en aquellos tratamientos que cuenten con suficiente sustento científico e información sobre su eficacia y efectividad. Tal y como lo señalan González-Forteza, Arana-Quezadas y Jiménez-Tapia (2008) los cuales remarcan la necesidad de que, dada la situación de suicidio en los contextos escolares, es necesario que las autoridades escolares y de salud se comprometan en atender dicha problemática buscando las medidas necesarias para prevenirla y disminuir su prevalencia, teniendo siempre presentes

las características específicas de cada contexto escolar y las posibles limitaciones. Por lo que, se considera pertinente el contar con una estrategia diseñada para dicha problemática, la cual esté basada en aquellos tratamientos que cuentan con evidencia al hablar de la disminución de conductas suicidas, tal como, lo es la Terapia Dialéctica Conductual específicamente la versión diseñada por Rathus y Miller (2015) para adolescentes.

De esta forma, el presente proyecto de investigación consistió en evaluar la efectividad de un grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A. Para lo cual, se diseñó una versión corta de únicamente 10 sesiones, en el diseño de las sesiones se retomó el trabajo de Rathus y Miller en DBT-A (2015), es decir, que se utilizaron algunas de las habilidades que los autores proponen para el trabajo con adolescentes, así como también, algunas de las hojas de trabajo incluidas en el manual de entrenamiento en habilidades de los autores y elementos sobre la forma en la cual se desarrollan las sesiones de un grupo de entrenamiento en habilidades. Es necesario enfatizar que el trabajo del presente estudio es únicamente una versión basada en DBT-A.

Es importante señalar dos aspectos centrales del presente trabajo: 1) en esta investigación se evalúa específicamente la efectividad de un formato con solo 10 sesiones de un grupo de entrenamiento en habilidades basada en DBT- A, y 2) se trabajó con una muestra de alumnos del primer semestre de licenciatura, los cuales no mostraban una conducta suicida de alto riesgo, es decir que derivado de los resultados del tamizaje fue posible conocer que los participantes no contaban con un riesgo inminente de suicidio, ubicándolos de forma específica en un riesgo bajo de suicidio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En estudios realizados sobre el suicidio en adolescentes y jóvenes mexicanos se ha encontrado la conducta suicida asociada con familias disfuncionales, problemas de autoestima, impulsividad, respuestas de enfrentamiento agresivas, sentirse enojado, triste o incomprendido por la familia, percibir dificultades y menos unión en el ambiente familiar. Específicamente en mujeres se tiene reportado una mala comunicación con la madre o el preferir aislarse ante situaciones problemáticas, mientras que los factores que sirven como elementos protectores para los adolescentes, se han mencionado los siguientes: mayor manejo de las emociones como el enojo, la tristeza, además de autocontrol, recuperación del equilibrio, capacidad para pedir ayuda, (Gonzalez-Forteza, Berenson y Jiménez, 1998; Rivera-Heredia y Andrade-Palos, 2006; Hermosillo de la torre, et al. 2015, Chávez-Hernández, Gónzalez-Forteza, Juarez-Loya Vázquez-Vega y Jiménez-Tapia, 2015).

Dada la complejidad del suicidio como un fenómeno multicausal, así como también, la presencia de autolesiones en los jóvenes, las cuales afectan cada vez más, a los adolescentes y población joven se resalta la importancia de implementar intervenciones las cuales tengan soporte de evidencia científica y que cuenten con suficientes datos provenientes de diversos estudios que sustenten la disminución de conductas suicidas, autolesiones y sintomatología depresiva.

Dentro de este tema, existe un tratamiento el cual ha sido evaluado y estudiado en diversos países, que ofrece resultados significativos al hablar de la reducción de conductas suicidas en adolescentes, este es la Terapia Dialéctica Conductual (DBT). Este es un tratamiento desarrollado por Marsha Linehan (1993) el cual originalmente fue diseñado para pacientes que presentaban trastorno límite de la personalidad, sin embargo, ha mostrado su efectividad para la reducción de conductas suicidas incluso en pacientes que presentan diversas comorbilidades.

La terapia Dialéctico Conductual (DBT) explica que los comportamientos suicidas, son conductas poco efectivas utilizadas por las personas con la finalidad de

resolver un problema. De igual forma los comportamientos suicidas en los adolescentes se explican en la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) por dos grandes razones: En primer lugar, tal como ya se mencionó son considerados como conductas poco efectivas, derivadas de una desregulación emocional, la persona recurre a estos comportamientos como estrategias para solucionar problemas, además de que se considera que el adolescente presenta una falta de habilidades en relaciones interpersonales, autoregulación y tolerancia al malestar, en segundo lugar están los factores de tipo biológico y ambientales que llegan a imposibilitar que los adolescentes utilicen esas habilidades (Linehan, 1993; Rathus y Miller, 1999, Rathus y Miller 2000; Rathus y Miller, 2015).

Es importante mencionar que dentro de este último factor se señala que el mismo ambiente puede imposibilitar que la persona use las habilidades con las que ya cuenta o también no permita la adquisición de nuevas (Linehan, 1993; Rathus y Miller, 1999, Rathus y Miller 2000; Rathus y Miller, 2015).

De esta forma, para la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), los comportamientos suicidas son explicados desde la teoría biosocial la cual sostiene que las personas que presentan este tipo de comportamientos presentan una vulnerabilidad biológica que los lleva a una desregulación emocional, además de encontrarse inmersas en un ambiente invalidante, el cual responde de manera crítica o poco adecuada a sus experiencias privadas (Linehan, 1993; Rathus y Miller, 1999).

Dentro de la literatura científica existen diversas investigaciones que han utilizado la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) (Palmer, Birchall, Damani, Gatward, McGrain y Parker, 2002; Meygoni y Ahadi, 2011; Ritschel, Cheavens y Nelson, 2012; Roosen, Safer, Adler, Cebolla y Strien, 2012; Andreasson, Krogh, Wenneberg, Jessen, Krakauer, Gluud, Thomsen, Randers y Nordentof, 2016). Reportando reducciones de diversos comportamientos suicidas, que van desde la disminución de la ideación o los intentos suicidas en pacientes, que en la mayoría de los casos, presentan comorbilidad con otros trastornos tanto afectivos como de la personalidad, por señalar algunos.

Así, en estos estudios se reporta que debido a la adquisición de diversas habilidades centradas en lograr una mejor tolerancia al estrés, habilidades interpersonales y regulación emocional se obtienen resultados favorables en los pacientes en cuanto a la disminución de diversa sintomatología. De tal modo, que la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), cuenta con una versión para usarla con adolescentes (DBT-A) por Rathus y Miller (1999).

Dicha versión presenta modificaciones apropiadas para trabajar con los adolescentes e incluir a sus familias, mostrando al igual que el tratamiento para adultos, efectividad al hablar de reducción de comportamientos suicidas y síntomas relacionados con otros trastornos mentales (Rathus y Miller, 2002; Quinn, 2009, Fleishhaker, Bohme, Sixt, Bruck, Schneider, Schulz, 2011; Berck, Shelby, Avina, Tangeman, 2014).

Una de las principales problemáticas a las que se enfrenta el país, es la cantidad de información relacionada con tratamientos evaluados que brinden información sistematizada y de tipo científica. Considerando esto, como el planteamiento fundamental del problema del presente proyecto, Aunque en la actualidad existen algunas investigaciones pioneras en este campo, las cuales se han centrado en el desarrollo o implementación de intervenciones que trabajan con la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) en niños, adolescentes y adultos mexicanos, en las distintas modalidades del tratamiento. Sin embargo, es necesario el contar con mayores datos provenientes de estos tratamientos aplicados a población mexicana.

De esta forma, la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) y la Terapia Dialéctica Conductual para Adolescentes (DBT-A) cuentan con un sustento importante para ser consideradas en el diseño de intervenciones encaminadas a disminuir las conductas suicidas y autolesiones, retomar este tipo de tratamientos basados en evidencia científica hace posible el contar con datos sistematizados y estadísticos que ayuden a identificar las bondades de su implementación en los adolescentes mexicanos que presentan comportamientos suicidas o que se encuentren en riesgo de desarrollar dicha conducta.

La pregunta de investigación del presente estudio es: ¿Cuál es la efectividad de un grupo de entrenamiento en habilidades basado en Terapia Dialéctica Conductual en adolescentes (DBT-A) para la disminución de factores de riesgo en la conducta suicida?

De esta forma, la hipótesis central de la investigación es la siguiente:

H: Los adolescentes que participen en el grupo de entrenamiento en habilidades basado en Terapia Dialéctica Conductual para adolescentes (DBT-A) mostrarán una disminución estadísticamente significativa, en los puntajes de los factores de riesgo de conducta suicida al término de la aplicación del entrenamiento en habilidades, al compararse contra ellos mismos y contra el grupo control.

H₀: Los adolescentes que participen en el grupo de entrenamiento en habilidades basado en Terapia Dialéctica Conductual para adolescentes (DBT-A) no mostrarán una disminución estadísticamente significativa, en los puntajes de los factores de riesgo de conducta suicida al término de de la aplicación del entrenamiento en habilidades, al compararse contra ellos mismos y contra el grupo control.

JUSTIFICACIÓN

Es por todo lo anteriormente mencionado que se considera necesario el desarrollo de estrategias que se centren en la prevención del suicidio, tal como lo señala la OMS (2014) el suicidio es prevenible, mediante la aplicación de estrategias oportunas, multisectoriales e integrales. Por lo que la prevención deberá centrarse en incidir sobre las variables asociadas a la presencia de conductas suicidas en adolescentes. Asimismo, se considera pertinente el desarrollo de intervenciones basadas en aquellos tratamientos que cuentan con efectividad y resultados positivos en problemáticas complejas como los son las autolesiones y las conductas suicidas.

Derivado de lo anterior se considera relevante que la intervención que se utilice en el presente estudio, esté diseñada con base en un tratamiento que cuente con sustento científico, bajo la justificación de considerar que en México la implementación de estrategias basadas en evidencia científica y enfocadas en el tema del comportamiento suicida es un campo en desarrollo. Aunque en los últimos años se han llevado a cabo algunos estudios, especialmente hablando de este tipo de tratamientos.

Es relevante fortalecer la producción de tipo científica especialmente para esta temática, generando conocimientos y aportes de este tipo, originados de la aplicación y evaluación de tratamientos basados en evidencia, con resultados concretos y observables, es decir, con datos sobre su funcionamiento en población mexicana, específicamente en población joven con riesgo de conducta suicida.

Además de la necesidad de robustecer la producción científica del país en estas temáticas, otro elemento que se considera pertinente al retomar tratamientos basados en evidencia es el recordar que en México existe una falta de regulación en la práctica clínica, ya que se siguen implementando enfoques terapéuticos que no cuentan con ninguna evidencia en específico sobre su incidencia en la mejoría de los pacientes que acuden por la presencia de conductas suicidas.

Dentro de este mismo orden de ideas, existe una ausencia de políticas públicas o planes de acción nacional o estatal que se centren no solo en la prevención o intervención de este problema, dejando de lado los avances científicos generados en otros países. Sin considerar como estos pueden retomarse y adaptarse a la cultura mexicana.

Por lo que, para el presente estudio se retoma un tratamiento que si bien en EUA y en otros países de Europa cuenta con evidencia de la forma en la cual se comporta con adultos y adolescentes con diversas comorbilidades, es importante, analizar la manera en la cual DBT-A se adapta y funciona con adolescentes mexicanos que presenten factores de riesgo asociados a la conducta suicida.

Es importante señalar como se mencionó anteriormente que este estudio tiene como finalidad evaluar la efectividad de una versión reducida de 10 sesiones del formato de un grupo de entrenamiento en habilidades. Haciendo la precisión de que el presente trabajo no pretende evaluar la versión original diseñada por Rathus y Miller (2015). Para su aplicación se fue fiel al modelo propuesto por estos autores, el cual considera características que originalmente Linehan (2015) señala como esenciales al implementar grupos de entrenamiento en habilidades DBT. De igual forma, se incorporó durante las sesiones las estrategias fundamentales de la Terapia Dialéctica Conductual para obtener mejores resultados en la aplicación y conservar los elementos esenciales del tratamiento.

La Terapia Dialéctica Conductual (DBT), se centra en lograr que las personas cuenten con óptimo equilibrio emocional que les permita ser funcionales en su vida cotidiana. Es dentro de este tema, que cuestiones como la regulación emocional, la capacidad para tolerar y manejar el estrés, el contar con buenas relaciones interpersonales, además de desarrollar la capacidad para identificar y nombrar las emociones y/o pensamientos, adquieren vital importancia para que las personas con comportamientos suicidas sean capaces de sobrellevar los obstáculos de la vida y enfrentar las diversas crisis emocionales que se lleguen a presentar a lo largo de la vida (Linehan, 1993). De esta forma la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) se centra en aumentar las conductas más efectivas, además de ayudar a

las personas a mejorar sus habilidades para la resolución de problemas, disminuyendo aquellas conductas que atentan contra la vida y la calidad de vida de sus consultantes (Linehan, 1993).

Por lo que la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) considera que las personas que desarrollan este tipo de problemáticas tienen como origen una predisposición biológica y un ambiente invalidante que al combinarse promueven la aparición de las conductas problema.

La estructura de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) permite trabajar el desarrollo de habilidades con las personas, lo cual es fundamental al hablar de individuos con conducta suicida, ya que desde esta terapia el trabajo se centra en que las personas no solo aprendan dichas habilidades, además de ser capaces de aplicarlas a su vida diaria en el momento que consideren pertinente. De esta forma, cada componente de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) tiene un rol fundamental en la adquisición y generalización de habilidades que a largo plazo permitan al consultante alcanzar sus metas, las cuales están conectadas con desarrollar una vida que valga la pena ser vivida (Linehan, 1993).

Así, la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) brinda un marco teórico desde el cual es posible fundamentar, cómo ciertos elementos propician la aparición de comportamientos suicidas en los individuos y a su vez dicho tratamiento brinda los elementos necesarios para trabajar con este tipo de pacientes. Desde este enfoque se considera fundamental lograr que las personas, aprendan ciertas habilidades que les ayuden a ser más conscientes de sus emociones, pensamientos y sentimientos, es decir, a reconocerlos o identificarlos y saber manejarlos efectivamente, de forma tal que logren un equilibrio entre su experiencia interna/externa, solucionar sus problemas y poder llevar su vida de forma más normal posible (Neacsiu, Rizvi, Vitaliano y Lynch, 2010; Gibson, Booth, Davenport, Keogh, Owens, 2014; Barnicot, Gonzalez, Macabe y Priebe, 2016).

En este mismo sentido, el protocolo de tratamiento diseñado por Rathus y Miller la Terapia Dialéctica Conductual para adolescentes DBT-A (2002), proporciona los

elementos necesarios para llevar a cabo su aplicación en adolescentes. Es así que, DBT-A constituye una herramienta valiosa para el presente estudio debido a todas sus características, especialmente retomando el componente del grupo de habilidades, el cual está diseñado para trabajar con consultantes adolescentes. Esta versión permite integrar a los padres de familia a los grupos de entrenamiento, de este modo, la versión original cuenta con un formato de 24 sesiones, adaptado en su duración para que sea una versión más corta que la utilizada con los adultos.

De esta forma, la presente investigación se centró en el diseño de una versión reducida de 10 sesiones de un grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A se espera que sea efectivo en cuanto a la reducción de los factores de riesgo relacionados con la conducta suicida. Con base en lo anteriormente mencionado, DBT y DBT-A trabajan sobre variables que se encuentran altamente relacionadas con los comportamiento suicidas, ya que se centra en la regulación emocional y la adquisición de habilidades que ayudarán a las personas no solo en su vida diaria, sino también a enfrentar momentos de crisis y desequilibrio emocional.

La relevancia del presente proyecto radica principalmente en el diseño de una intervención basada en la estructura de DBT-A, con la finalidad de obtener datos útiles sobre su aplicación en adolescentes escolarizados. Se realizó una serie de observaciones y mediciones que permitieron evaluar el impacto o efecto de la intervención en los participantes, en cuanto a diversas variables tales como, la ideación suicida, las autolesiones y la regulación emocional, la sintomatología depresiva, los recursos psicológicos y la escala de formas de afrontamiento DBT entre otras.

El presente estudio contó con un diseño de ensayo clínico aleatorizado, dentro del cual, se trabajó con dos grupos uno de ellos recibió las 10 sesiones del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, mientras que el segundo grupo tuvo la función de un grupo control, el cual no recibió ningún tipo de tratamiento.

Un aspecto a resaltar del estudio es que al utilizar el componente del grupo de entrenamiento en habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual para Adolescentes DBT-A hizo posible éticamente brindar a los participantes la seguridad de haber recibido una intervención que cuenta con sustento científico y que reporta en diversos estudios resultados positivos en las problemáticas ya anteriormente mencionadas.

Es por todo lo anterior, que se justifica el desarrollo del presente proyecto, ya que por un lado, se resalta la importancia de que en México se recupere información que dé cuenta de los impactos de este tipo de terapias basadas en evidencias, lo cual al mismo tiempo hace el desarrollo de esta investigación pertinente para el país y para el estado en el cual se encuentra la problemática suicida en México. De igual forma, se considera que este trabajo es viable ya que se cuentan con los recursos necesarios para su diseño, implementación y evaluación.

Se espera que el presente estudio aporte datos en relación a los resultados que se obtienen al trabajar una intervención basada en DBT-A dentro de contextos escolares. Considerando que los comportamientos suicidas representan un problema serio de salud mental en México, con la finalidad de contar con jóvenes con estados de salud óptimos.

CAPÍTULO 1. SUICIDIO EN ADOLESCENTES

1.1 Factores asociados al comportamiento suicida en adolescentes

La presencia de conductas suicidas en adolescentes cuenta con una prevalencia importante, llegando a convertirse en un problema de salud pública en todo el mundo (OMS, 2014). De esta forma en los últimos años el suicidio adolescente se ha convertido en objeto de estudio desde diversas perspectivas, brindando información importante que permite comprender los diversos elementos que dan origen al suicidio adolescente.

Tal como lo señala Shain (2016). El suicidio afecta a gente joven de todas las razas y de todos los grupos socioeconómicos. Al hablar con adolescentes es importante indagar sobre la presencia de algunas variables, tales como problemas emocionales, la presencia de trastornos mentales, el uso de drogas y alcohol, otro punto importante al hablar de suicidio es nunca desestimar los pensamientos o comentarios relacionados con dicha conducta. De igual forma, al hablar de la presencia de la conducta suicida es relevante contar con elementos de tamizaje que permitan identificar de manera clara y concisa aquellos adolescentes que se encuentren en alto riesgo de suicidio.

De acuerdo con Saha y Saleem (2014), un detonante para la presencia del suicidio adolescente, puede llegar a ser la presión bajo la cual los adolescentes se encuentran, ya que dentro de esta etapa de desarrollo, no solo experimentan los cambios apropiados para su edad, sino también sufren múltiples presiones al mismo tiempo, provenientes de la escuela, la casa, la sociedad y los padres, además de que los adolescentes cuentan con una falta de experiencia y de habilidades que les permitan entender las situaciones de la vida y una de las principales cosas que no comprenden es que las situaciones no permanecen en el mismo estado siempre.

Es necesaria la prevención del suicidio entre la población joven, dado el impacto social, psicológico y familiar que este fenómeno tiene, el cual perdura por muchos años (Saha y Saleem, 2014).

A partir de diversas investigaciones (Toros, Gamsiz, Sasmaz, Bugdayci, Camdeviren, 2004; Rivera-Heredia y Andrade-Palos, 2006; Flaming, Merry, Robinson, Denny y Watson, 2007; Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler y Lee, 2008; Dawes, Mathias, Richard, Hill-Kapturczak, Dougherty, 2008; Cash y Bridge, 2009; Zhao y Zhang, 2015; Dilillo, Mauri, Mantegazza, Fabiano, Marmeli y Vincenzo, 2015; Korczak, 2015; Franklin, Ribeiro, Bentley, Huamng, Musachio, Chang, Fox, Kleiman, Jaroszewski, Nock, 2016; Tan, Xía y Reece, 2016, Park y Lee, 2018), se han identificado una serie de variables las cuales tienen relación con la presencia de conducta suicida. Estas variables pueden ser: síntomas depresivos, consumo de alcohol, orientación sexual, violencia dentro de la familia, abuso sexual, bullying, el uso inadecuado del internet, las redes sociales, exposición a comportamiento suicida por parte de terceros y el vivir separados de la familia, un ejemplo de estos serian los estudiantes que tienen que cambiar de residencia para estudiar.

También los factores de riesgo pueden clasificarse como factores psicológicos, biológicos y físicos. Otros factores asociados a la presencia de ideación suicida son: el sentimiento de desesperanza, la comunicación entre padres e hijos, específicamente se reporta que existe una relación negativa entre la comunicación madre e hijo y la presencia de ideación suicida (Lai y Shek, 2010).

Tal como se mencionó anteriormente, el consumo de sustancias está relacionado con el desarrollo de conductas suicidas, así en una investigación realizada por Dias, Azevedo, Jansen Peretti, Lessa y Tavares (2010) con adolescentes entre 11 y 15 años, se reportó la presencia del consumo de drogas, en adolescentes femeninas, el cual estaba asociado a síntomas depresivos e ideación suicida, de igual forma, presentaban ideación suicida aquellos adolescentes que reportaban consumo de alcohol en el último mes. Los autores anteriormente mencionados de este estudio resaltan la importancia de que las intervenciones con carácter de

prevención se apliquen en etapas tempranas del desarrollo y sobretodo en mujeres adolescentes, con trastornos mentales, sexualmente activas y con historial de consumo de drogas.

Sha y Saleem (2014) señalan que el suicidio entre adolescentes ocurre frecuentemente debido a factores tanto internos como externos. Algunos de ellos podrían ser estresores de tipo psicosocial, así las situaciones de vida estresantes frecuentemente se ligan a intentos de suicidio.

De igual forma, Sha y Salem (2014) señalan que se tiene registrado como las practicas parentales y los vínculos que generan los padres con los hijos pueden llegar a desencadenar baja autoestima y depresión, los cuales con el tiempo pueden dar lugar a conductas suicidas, como la ideación suicida y los intentos suicidas. Algunos otros factores mencionados por estos autores, son las pobres relaciones sociales, presencia de psicopatología en la familia e historia de intentos previos de suicidio en el sistema familiar.

En este mismo sentido, Liu (2004) realizó un estudio para saber si existía una relación entre los problemas del sueño y la presencia de comportamientos suicidas en población adolescente, bajo la base teórica que reportaba la existencia de diversos desordenes del sueño en población joven, la cual traía consigo distintas consecuencias y problemáticas. Como resultado encontró una asociación entre pocas horas de sueño, así como también, presencia de pesadillas y comportamiento suicida en adolescentes. Dicho resultado enfatiza la necesidad de intervenciones centradas en problemas del sueño como estrategia de prevención.

En cuanto a las diferencias de género y los factores de riesgo, Sook, Young y Schepp (2005) encontraron que los predictores de ideación suicida en hombres fueron la satisfacción con la vida, la depresión y la comunicación familiar, mientras que para las mujeres se mencionó la depresión, consumo de tabaco, específicamente fumar cigarrillo y la satisfacción con la vida, reportándose que de estos factores, para los hombres el predictor más fuerte es la satisfacción con la

vida, en comparación con las mujeres para las cuales el predictor más fuerte era la depresión.

Con base en sus resultados estos autores sugieren que el diseño de programas de intervención deberá de considerar las diferencias de género, así como también deberán de tomarse en cuenta diversas variables sociodemográficas como el consumo de cigarrillos o el estatus económico. De igual forma es necesario incluir dentro de los programas de intervención las temáticas relacionadas con la depresión, la satisfacción con la vida y la comunicación familiar, así dichas intervenciones deberán de enfocarse en lograr una mejoría en dichas variables.

Bridge Horowitz, Fontanella, Group-Phelan, Campo (2014) señalan que es necesario tomar acciones dentro de la salud pública para reducir la prevalencia de los intentos suicidas en adolescentes, especialmente priorizando dos áreas: 1) aumentar el acceso en atención primaria con intervenciones, específicamente para adolescentes con sintomatología depresiva y 2) el mejoramiento del seguimiento para adolescentes que se presentan en los servicios de emergencia con intentos de suicidio.

Estos autores señalan que existen dos factores de riesgo sobre los cuales las intervenciones deben incidir, debido a su fuerte conexión con la presencia de conductas suicidas los cuales son la depresión o la sintomatología depresiva y también la existencia de intentos de suicidio previos en la persona.

Por lo que, se considera que mientras no existan intervenciones eficaces que lleguen a ubicarse dentro de los programas de salud mental en las comunidades, será fundamental para un funcionamiento óptimo de las intervenciones el uso de las herramientas que midan los distintos niveles de los factores de riesgo, así como también se sugiere el uso de estrategias de tamizaje adecuadas para identificar a personas en riesgo, que ayuden a reconocer a las personas en riesgo potencial, haciendo posible la derivación de estas, para que reciban atención especializada (Bridge Horowitz, Fontanella, Group-Phelan, Campo, 2014).

Mientras que Dilli, Dallar y Cakir, (2010), señalan que dentro los factores precipitadores de conducta suicida reportados por adolescentes que contaban con intentos de suicidio, encontraron la presencia de conflictos con los padres, junto con otros estresantes, tales como problemas en la escuela, el haber terminado con una relación de pareja, o discusiones con los amigos. Otros factores reportados en los adolescentes, los cuales ya han sido mencionados con anterioridad son: la historia de suicidios entre el sistema familiar y trastornos mentales. También se destacó la poca habilidad que tienen los adolescentes con intentos suicida para poder lidiar y resolver problemas en la vida.

Con base en lo reportado por los estudios anteriormente mencionados, es posible identificar los diversos factores que interactúan en la aparición de comportamientos suicidas, así es posible clasificar los diversos factores de riesgo o protección lo cual permite tener mayor claridad sobre las interacciones y roles de los mismos en cuanto a la incidencia de las conductas suicidas.

Tal como lo señala la literatura los comportamientos suicidas derivan de la presencia e interrelación de diversos factores los cuales pueden ser de diversos tipos, por lo que es necesario el desarrollo de estrategias que apoyen no solo en la disminución de dichos factores, sino al mismo tiempo tengan impacto en el desarrollo de los factores de protección, para prevenir el aumento de casos de suicidio en población joven.

1.2 Rol de la familia en la prevención de conductas suicidas en adolescentes

Uno de los factores asociados con el desarrollo de conductas suicidas es la familia, por lo que es necesario analizar los estudios que se han centrado en dicho factor. En un estudio de King y Merchant en el 2008 en el cual revisaron variables sociales e interpersonales relacionadas con el suicidio en adolescentes, ubican a los sistemas familiares dentro de los factores sociales e interpersonales relacionados a la suicidalidad en adolescentes.

Los autores anteriormente mencionados indican que el suicidio en adolescentes se encuentra relacionado a variables como el apego, la comunicación de los padres y la accesibilidad del adolescente a la familia como sistema de apoyo, es decir, que los adolescentes perciban la existencia de apoyo familiar, así como también, las prácticas parentales y la cohesión familiar. En dicho estudio se resalta la importancia de las relaciones interpersonales y el apoyo de otros, considerando la relevancia de la integración social y la presencia del aislamiento social como factores cuya ausencia o presencia se relacionan con el desarrollo de conductas suicidas.

De igual forma, Consolí, Peyre, Speranza, Hassler, Falissard, Touchette, Cohen, Moro, y Revhá-Lévy (2013) encontraron en una muestra de adolescentes, que presentaban comportamientos suicidas, depresión y una percepción de las interacciones dentro de la familia como negativas o consideraban que no existía una interacción entre los miembros de la familia.

En este mismo sentido, Zhai, Bai, Chen, Han, Wong, Qiao, Qiu, Young and Young (2015) refieren la importancia de considerar el ambiente familiar al evaluar la ideación suicida. Estos autores reportan que existe una correlación entre la ideación suicida y elementos relacionados con el ambiente familiar, así en su estudio reportan la existencia de ciertas similitudes en los participantes con ideación suicida y el ambiente familiar, tales como: pobre estructura familiar e interacciones deficientes entre sus miembros, también se menciona la interacción poco significativa con los padres, otra variable mencionada es el estilo parental y la estructura de la familia.

Específicamente en el estudio previamente mencionado se encontró una relación entre la calidad de las interacciones entre los padres e incluso padres divorciados, condición laboral inestable en los padres, estilos o métodos parentales inapropiados (regaños o castigos de tipo severo, experimentar la presión de subsistema parental e interacciones negativas y conflictivas de los hijos con los padres) y la presencia de ideación suicida, así la presencia de estas variables de tipo familiar influían en la cohesión percibida por los hijos lo cual es considerado

por los autores como un predisponente para la presencia de ideación suicida, de esta forma los hijos perciben a su familia como pasiva y se encuentran insatisfechos con la familia y con las relaciones entre sus miembros.

En este mismo sentido Pineda y Dadds (2013) demuestran la importancia de desarrollar tratamientos centrados en la familia para disminuir la ideación suicida en adolescentes, considerando que el clima familiar puede ser considerado como un mediador para que se presente dicho fenómeno en los adolescentes. Así con base en ello, dichos autores evaluaron un tratamiento el cual estaba centrado en la familia de adolescentes con ideación suicida. En cuanto al ambiente familiar en dicho estudio se reporta el rol que juega el funcionamiento familiar como mediador de conductas suicidas en los hijos adolescentes, así posterior a la intervención y el trabajo con los padres se reportó que los hijos percibían un mejor funcionamiento familiar y una disminución en la ideación suicida de los mismos.

De acuerdo con Chang, Chang, Martos, Sallay, Lee, Stom, Batterbee y Yu (2017), el apoyo familiar en las conductas suicidas funcionaría como un agente mediador cuya presencia o ausencia impactaría en la disminución o aumento incidencia de ideación o intentos suicidas en los adolescentes. Estos investigadores refieren que la presencia de apoyo familiar se correlaciona de manera negativa con la presencia de sintomatología depresiva e ideación suicida, lo cual sugiere que la presencia o ausencia de apoyo familiar impacta en el aumento o disminución de dichas variables.

De igual forma se menciona en su estudio que la familia funciona como mediador entre la desesperanza y el riesgo suicida. Es así que Chang, Chang, Martos, Sallay, Lee, Stom, Batterbee y Yu (2017) señalan que los sistemas familiares, específicamente el componente de apoyo familiar de forma activa y presencial es un mediador psicológico positivo, el cual deberá ser retomado y considerado no solo como elemento de prevención, sino también para entender los comportamientos suicidas.

Finalmente, los autores anteriores remarcan la importancia de trabajar con los integrantes de los sistemas familiares, considerando que la familia puede funcionar como una red de apoyo y ayuda de primera línea en tales problemáticas.

Se considera a la familia como una red de apoyo fundamental, la cual debe proporcionar un espacio de protección y resguardo para sus integrantes. Es necesario que las familias proporcionen un contexto donde las expresiones emocionales tengan una respuesta adecuada, ayudando a la lograr una mejor expresión de emociones y sentimientos por parte de los integrantes de la familia.

Dentro de las variables del sistema familiar, Sheftall, Mathias, Furr y Dougherty (2013) señalan que el apego y el funcionamiento familiar (cohesión y adaptabilidad) pueden llegar a brindar comprensión sobre la presencia de la conducta suicida. Así se menciona que el apego juega un rol fundamental en la ideación y el intento suicida, de este modo estos autores encontraron que los adolescentes que presentaban intento suicida tenían puntajes bajos en relación con el apego con los padres, considerándose como una variable predictora para los intentos suicidas en los adolescentes.

Por otro lado, en cuanto al funcionamiento familiar, específicamente, en las dimensiones de cohesión y la adaptabilidad, los autores señalan que la percepción que tiene el adolescente sobre dicho componente familiar, es la que propicia o determina la aparición de intentos suicidas. Así, dentro de esta misma temática, al comparar adolescentes con y sin intentos suicidas se reporta que estos presentan un apego menor con los padres, al igual que una baja cohesión y adaptabilidad familiar.

Desde la perspectiva de estos autores, un apego deficiente en etapas tempranas tendrá consecuencias en la forma de relacionarse con los demás en etapas tardías del desarrollo. De igual forma la cohesión y adaptabilidad percibida por los adolescentes brinda información sobre las características de los sistemas familiares de los mismos, resaltando nuevamente tal como se ha mencionado

anteriormente el papel mediador que tiene la familia en adolescentes que presentan intentos suicidas.

Retomando el concepto de apego y su función dentro de la familia como variable familiar en relación a la prevención de conductas suicidas, Maimon, Browning y Brooks-Gum (2010) señalan que el apego con la familia reduce la probabilidad de que los adolescentes presenten intentos de suicidio. Desde esta perspectiva el apego familiar funciona como un moderador de carácter protector el cual al estar presente brinda apoyo, seguridad y confianza a los adolescentes con comportamientos suicidas. En los resultados de este estudio el apego familiar, se identificó como un factor protector, que al estar presente regula o modera la incidencia o el desarrollo de intentos suicidas en los hijos en este estudio el apego familiar es considerado como la percepción que tiene los adolescentes de un vínculo emocional fuerte, así como también la unión que manifiestan los hijos hacia sus padres.

De forma similar, existen estudios que han explorado los factores de protección, específicamente en familias mexicanas. De acuerdo por datos reportados por estudios dentro de esta temática se encontró como factores protectores familiares la conexión entre los miembros de la familia, los recursos sociales, específicamente el percibir a la familia como una red de apoyo y como principal aspecto de resiliencia familiar se identificó la organización familiar. Se resalta la importancia que tiene la expresión adecuada de las emociones en la familia, la convivencia entre los miembros del sistema familiar, de igual forma se ha mencionado que aquellos adolescentes sin intento de suicidio perciben a sus familias como ambientes en los cuales existe la expresión de las emociones, la presencia de unión y apoyo, como también una percepción menor en cuanto a la presencia de dificultades en el sistema familiar (Bravo-Andrade, López-Peñaloza, De la Roca Chiapas y Rodríguez-Morril, 2016; Bravo-Andrade, López-Peñaloza, Ruvalcaba-Moreno y Orozco-Solís, 2019).

De esta forma los datos proporcionados por los estudios anteriores permiten identificar algunas de las principales variables familiares que llegan a influir en los

estados emocionales de los hijos. Además de resaltar el papel que tiene la familia, considerando que es el ambiente en el cual los adolescentes aprenden a modular o regular sus respuestas emocionales.

1.3 Papel de la regulación emocional en el comportamiento suicida adolescente

La regulación emocional juega un papel importante al hablar de suicidio adolescente, debido principalmente a como su nombre lo indica, se encarga fundamentalmente de los diversos componentes relacionados con las emociones y la forma de dirigir las en la vida de las personas. De esta forma, la regulación emocional, queda integrada por diversos componentes que tienen relación con la modulación de las diversas respuestas, intensidad y expresiones emocionales. Dicho de otra forma, los componentes de la regulación emocional consisten en la sensibilidad emocional, el inicio y el disparo de la respuesta emocional, es decir, que la regulación emocional debe ser entendida como la forma en la cual se experimenta y se responde a la emoción (Koole, 2009).

La regulación emocional puede llegar a afectar diversas esferas de la vida de las personas, desde la salud mental, física, laboral y las relaciones interpersonales (Koole, 2009). La regulación emocional juega un papel clave tanto en la presencia de diversos trastornos mentales tal como lo es el trastorno límite de la personalidad, como también en la aparición de comportamientos suicidas (Fassbinder, Schweiger, Martius, Brand de Wilde y Arntz, 2016).

De acuerdo con algunos estudios, la regulación emocional y la presencia de comportamientos suicidas se encuentran íntimamente relacionados, de esta forma, la Terapia Dialéctica Conductual, considera la regulación emocional como un elemento clave dentro del tratamiento para la reducción de síntomas relacionados con el trastorno límite de la personalidad, así como también para la reducción de conductas suicidas. De igual forma, se ha estudiado el rol que juega la regulación emocional en las conductas denominadas autolesiones no fatales, específicamente en adolescentes, reportándose que en esta población se

encuentran resultados positivos al lograr un adecuado manejo de la regulación emocional, ya que en aquellos casos donde se logra un adecuado manejo cognitivo de las emociones se ha reportado una menor incidencia o riesgo en los adolescentes a presentar episodios de conductas autolesivas (Voon, Hasking y Martin, 2014).

En este mismo sentido, en un estudio de Neacisiu, Fangs, Rodríguez y Rosenthal (2018), refieren que existe una relación entre la presencia de conductas suicidas y la prevalencia de sintomatología depresiva con respecto a la presencia de regulación emocional sobretodo con los aspectos de claridad e impulsividad emocional, ya que aquellos participantes que mostraron puntuaciones significativas en estos aspectos de la desregulación emocional reportaban un mayor descontrol conductual relacionado con ideación o intentos suicidas. Con datos similares Hatkevich, Penner y Sharp (2019) reportan que en una muestra de 542 adolescentes se encontró una asociación entre estrategias limitadas de regulación emocional y la presencia de ideación suicida.

Dentro de este mismo tema, Pisani, Wyman, Petrova, Schimeak, Goldston, Xía y Gould (2013) resaltan la importancia no solo de una regulación emocional adecuada sino también del papel que tienen las relaciones significativas y de confianza entre adultos y adolescentes, así estos autores reportan que existe una fuerte asociación entre la presencia de intentos suicidas, adolescentes capaces de responder de forma regulada a sus emociones y la presencia en sus vidas de adultos ya sean familiares o integrantes de la comunidad en los cuales confiar, es decir que, se encontraron datos los cuales indicaban que aquellos adolescentes con mejor respuesta o regulación emocional y que además cuentan con adultos para poder comunicarse o buscar ayuda, presentan menores probabilidades de presentar intentos suicidas.

También, se resalta que aquellos adolescentes con mejor comunicación con sus padres y una óptima regulación emocional también presentaban menor prevalencia a desarrollar una intención suicida. Por otro lado también se hace mención a que los adolescentes que no contaban con buenas habilidades para regular su emoción, se encuentran más en riesgo para presentar comportamientos suicidas, resaltando el rol que juega la adecuada regulación emocional al hablar de variables asociadas a la conducta suicidas. Estos mismos autores señalan la importancia de diseñar intervenciones centradas en mejorar la comunicación padres-hijos, así como también mejorar la regulación emocional de los adolescentes (Pisani, Wyman, Petrova, Schimeak, Goldston, Xía y Gould, 2013).

CAPITULO 2. MODELOS EXPLICATIVOS DEL SUICIDIO

Debido a las diversas investigaciones que se han enfocado en estudiar las diferentes variables relacionadas al suicidio, se han desarrollado una serie de modelos explicativos para dicho fenómeno, dentro de los cuales, se pretende identificar los diversos factores que al encontrarse presentes y en interacción, aumentan la vulnerabilidad de las personas a desarrollar o presentar comportamientos suicidas.

De este modo, el abordaje de la temática suicida como fenómeno complejo y multifactorial, ha sido estudiado desde diversas vertientes. Existen numerosos estudios dedicados únicamente a identificar los diversos factores de protección o de riesgo asociados a dicha conducta (Rivera-Heredia y Andrade-Palos, 2006; King, Strunk y Sorter 2011; Zhao y Zhang, 2015; Kleiman, Jaroszewski, Nock, 2016; Tan, Xía y Reece, 2016, Dominguez-Mercado y Hermosillo de la Torre, 2016) de igual forma, existen otros estudios centrados en el desarrollo de intervenciones tanto en contexto clínico, comunitario y escolar (Rivera-Heredia, 2010; Fountoulakis, Gonda y Rihmer, 2011; Cooper, Clement y Holt, 2014; Sánchez-Loyo y Quintanilla-Montoya, 2014; Robinson, Calear, y Bailey, 2018; Rohtes y Henriques, 2018) cuyo objetivo es la disminución de la presencia de comportamientos suicidas, aunque muchos de ellos tienen pocos resultados efectivos.

Finalmente, como se mencionó con anterioridad, se encuentran los estudios que pretenden establecer un modelo explicativo de este problema, en dichos modelos, se pretende interpretar cómo diversas variables o factores se relacionan directamente o indirectamente, dichos factores pueden ser desde tipo biológico, cognitivo, emocional, ambiental, contextual, social, entre otros.

Este tipo de modelos proporcionan un mejor panorama del suicidio, permitiendo generar una visión integral, la cual hace posible el desarrollo de estrategias que contemplen dichos elementos para lograr un mejor abordaje de las personas que desarrollan comportamientos suicidas, el objetivo final, es contar con tratamientos basados en evidencia, los cuales proporcionen resultados positivos, encaminados al aumento del bienestar y estados de salud mental óptimos en los individuos.

A continuación se explican algunos de estos modelos desde clínicos y/o teóricos, así como los elementos que los integran para brindar una explicación del comportamiento suicida.

2.1 Modelo clínico del suicidio para pacientes psiquiátricos por Mann, Wateriaux, Hass y Malonne (1999)

Este modelo tiene sus orígenes en un estudio implementado con pacientes psiquiátricos, con historia de intentos de suicidio y diagnóstico de trastornos del estado del ánimo, psicosis y otros diagnósticos. El objetivo del estudio era obtener información sobre la importancia de los factores de riesgo en las conductas suicidas, así como también establecer la generalización de dichos factores en las personas, con la finalidad de definir un modelo hipotético, exploratorio y predictivo de las conductas suicidas el cual pudiera ser probado en estudios.

Estos autores, trabajaron con una muestra psiquiátrica de 347 individuos, en un rango de edad de 17 a 47 años. Se realizaron diversas mediciones que incluían desde la presencia del trastorno psiquiátrico, conductas suicidas, agresión, impulsividad, historia de psicopatología familiar y consumo de sustancias.

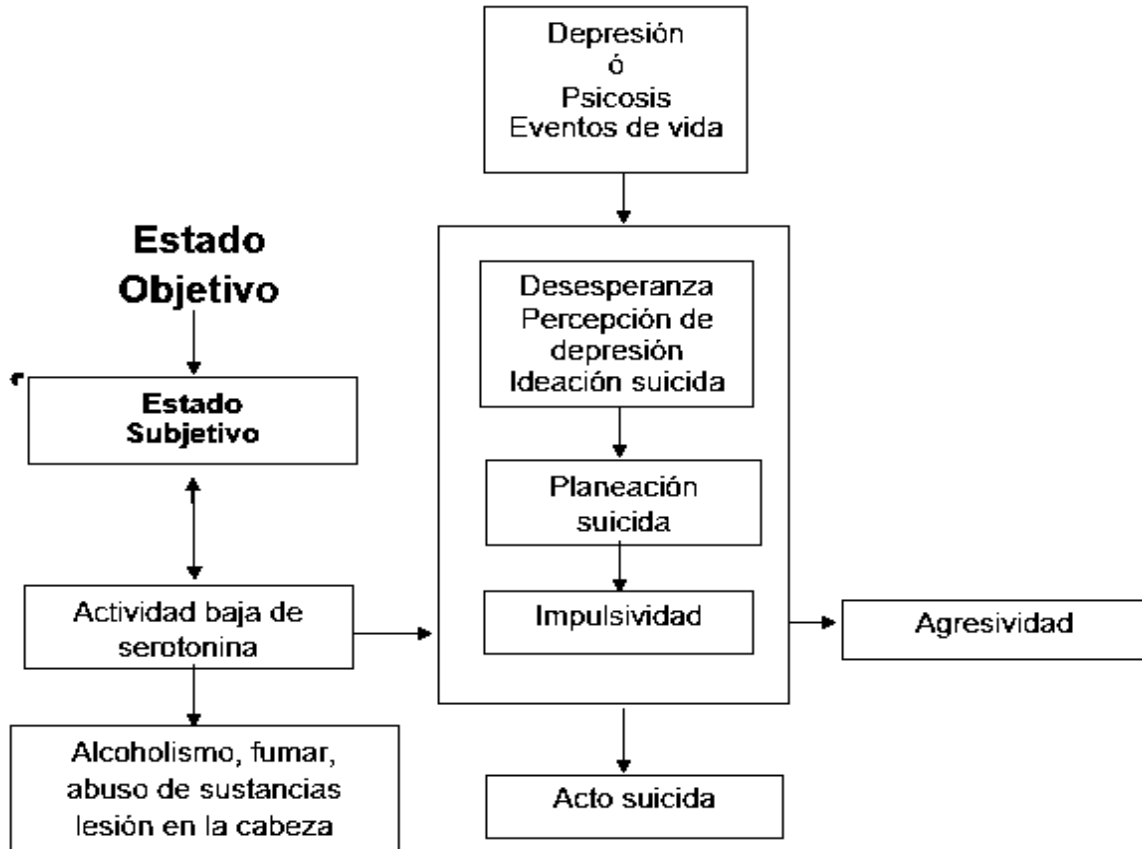
De manera breve encontraron como predictores de riesgo suicida la presencia de agresión/impulsividad, de igual forma la presencia de esta variable en combinación de un trastorno límite de la personalidad fue catalogado como un alto predictor de intentos suicidas, incluso estas dos variables de agresión/impulsividad y trastorno límite se observaron cómo interdependientes.

Por otro lado, estos autores encontraron que la presencia de una enfermedad mental incluso siendo severa, por sí sola era poco probable para predecir futuros intentos.

Otras variables consideradas como predictores de conductas suicidas fueron la presencia de ansiedad, desesperanza, depresión, consumo de sustancias, un nivel bajo en las razones para vivir, también se reportó la asociación entre una lesión pasada en la cabeza y el riesgo suicida, así como también señalan la relación que existe entre los niveles bajos de serotonina, la impulsividad, agresión y riesgo suicida. Asociado a lo anterior, dentro de los resultados de este estudio, Mann, Wateraux y Hass (1999) resaltan la importancia de los factores genéticos, los cuales juegan un papel fundamental al hablar de la presencia de otras variables ya mencionadas como el trastorno límite de la personalidad, agresión y la impulsividad.

Con base en sus resultados, Mann y sus colaboradores (1999) propusieron un modelo de stress-diátesis el cual postula que el riesgo suicida no está determinado únicamente por la presencia de la enfermedad mental, el cual sería el estresor, sino también por la presencia de una diátesis, la cual estaría reflejada por una tendencia a experimentar una ideación suicida e impulsividad que harán más probable que ocurra una conducta suicida (figura 1).

Figura 1. Modelo diseñado por Mann, Wateraux, Hass y Malonne (1999)



Fuente: traducido de Mann, J., Waternaux, CH., Hass, G. y Malonne, K. (1999). Toward a clinical model in suicide behaviour in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 2(156).81-89. Recuperado de: <https://ajp.psychiatryonline.org/action/showCitFormats?doi=10.1176%2Fajp.156.2.181>

2.2 Modelo de la terapia cognitivo conductual desarrollado por Rudd (2000)

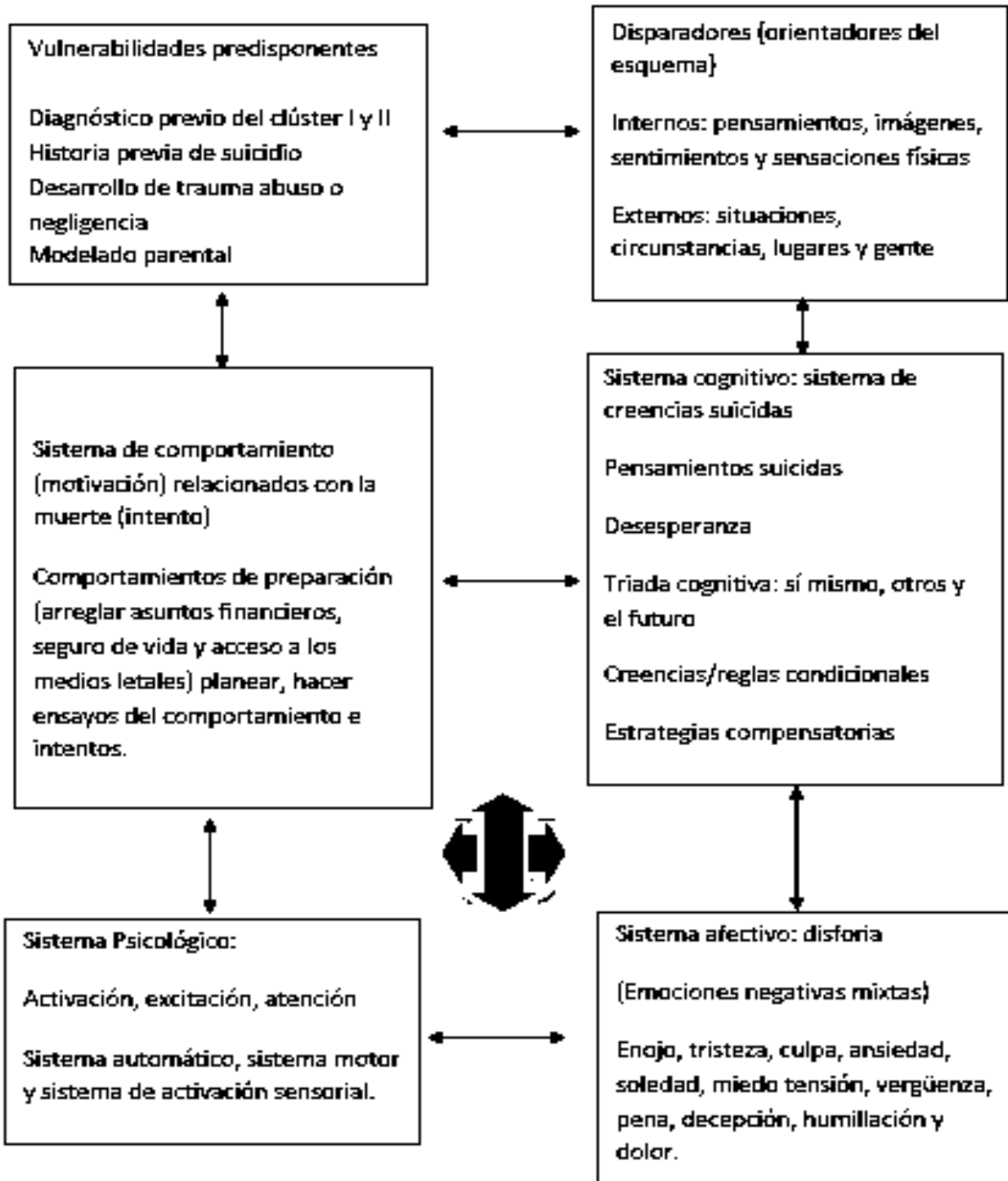
Este modelo tiene como base la teoría de psicopatología de Beck, específicamente los 10 axiomas desarrollados por Beck. Para este autor, dichos principios reúnen características esenciales para elaborar un modelo explicativo del suicidio. De esta forma, Rudd (2000) señala que el principal camino para entender el suicidio es la cognición, siendo el suicidio secundario al significado de un constructo mal adaptativo, así el individuo desarrolla un sistema de creencias relacionado al suicidio, el cual tiene una interacción interdependiente con los sistemas psicológicos, sociales y biológicos, de igual forma este autor señala que

el sistema de creencias del suicidio será diferente en cada individuo ya que éste depende del contenido y del contexto de los diversos sistemas psicológicos, las personas están predispuestas al suicidio en función a vulnerabilidades cognitivas, las cuales se relacionan dependiendo de la presencia de trastornos o síndromes.

Así, dentro de este modelo, existen diversos sistemas con características particulares que brindan una explicación sobre las conductas suicidas.

De acuerdo con Rudd (2000) el sistema de creencias del suicidio está integrado por la desesperanza, sentirse sin apoyo o capaz de resolver los problemas el percibirse poco amado y la poca tolerancia al estrés. Este mismo modelo incluye diversas variables que pueden dar origen a la conducta suicida, basándose en la existencia de esquemas y sistemas que el individuo desarrolla, los cuales lo hacen más vulnerable al riesgo suicida (figura 2).

Figura 2. Modelo de la terapia cognitivo conductual desarrollado por Rudd (2000)



Fuente: traducido de Rudd, M.D, (2000).The Suicidal Mode: A Cognitive-Behavioral Model of Suicidality.*Suicide and Life-Threatening Behavior*.30 (1).Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2000.tb01062.x>

2.3 Modelo explicativo del suicidio: “The cry of pain” (grito de dolor) de Williams (2002)

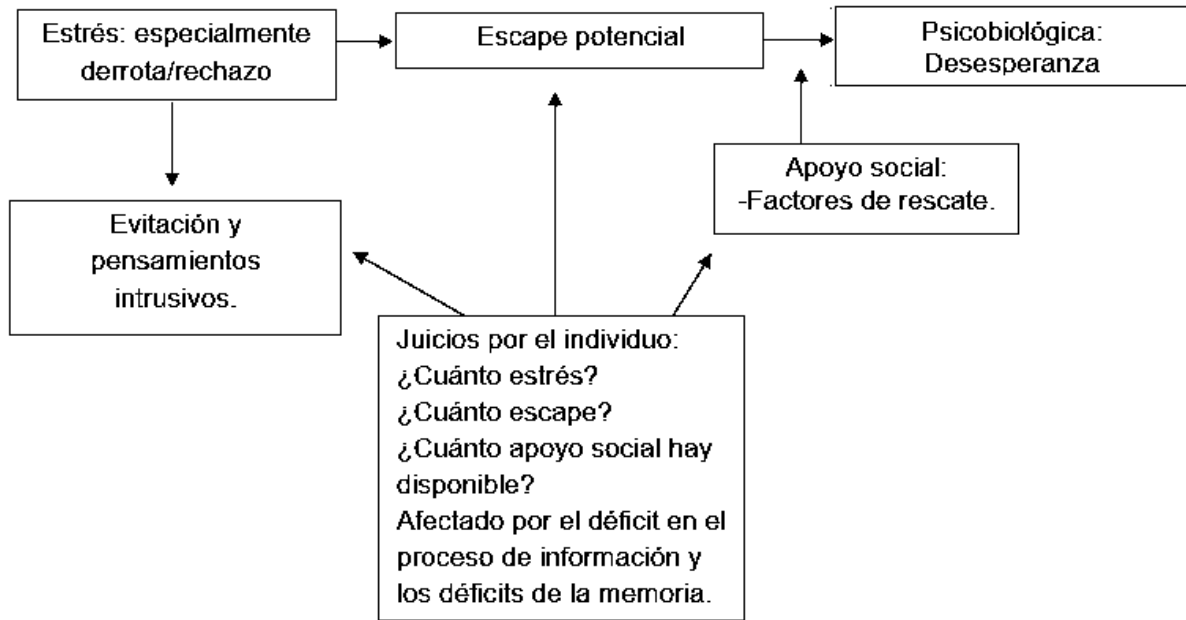
El desarrollo del modelo parte de un estudio, donde participaron 30 pacientes parasuicidas (específicamente con autolesión) hospitalizados y 30 pacientes como grupo control, los cuales fueron evaluados por medio de escalas para estrés, depresión, ansiedad, desesperanza, eventos estresantes, entre otras. Este modelo explicativo toma como base las teorías de “escape” (escape) y “*arrested flight*” (incapacidad de sobreponerse), siendo su principal supuesto que el comportamiento suicida responde a una situación que tenga tres componentes: sentirse derrotado, sensación de escape y rescate.

Así, el suicidio es visto como un escape del dolor o de las situaciones dolorosas. Es así que el modelo de Williams, de acuerdo con O’Connor (2003), retoma postulados teóricos de Baumeister (1990) el cual desarrolló una teoría explicativa sobre el suicidio desde la cual el suicidio es un escape del sí mismo, donde el suicidio no sucede por el aislamiento, sino como resultado final de una serie de eventos relacionados. Parte de estos supuestos se desprenden según O’Connor (2003) de las ideas de Beachler (1980), el cual señala que el suicidio es una forma de solución de problemas por la persona. Dicho problema puede ser interno o externo, así la persona considera que dicho problema no tiene ninguna otra salida, más que el suicidio.

Por otro lado, los autores que desarrollaron este modelo retomaron un fenómeno visto comúnmente en los animales denominado “*arrested flight*” (incapacidad de sobreponerse), el cual sucede cuando un animal se ve atrapado en una situación de la cual no hay un escape (O’Connor, 2003).

De esta manera O’Connor, (2003), explica que Williams y sus colaboradores, definen su modelo “*cry of pain*” (grito de dolor) compuesto por tres componentes que explican el comportamiento suicida, los cuales son: derrota, no escape, no rescate (figura 3).

Figura 3. Modelo "Cry of pain" (grito de dolor) de Williams y Pollock (2000)



Fuente: traducido de O'Connor, (2003). Suicidal Behavior as a Cry of Pain: Test of a Psychological Model. *Archives of suicide research.* (7).297-308. doi: 10.1080/13811110390226417

2.4 Modelo explicativo de evaluación esquemática del suicidio de Johnson (2008)

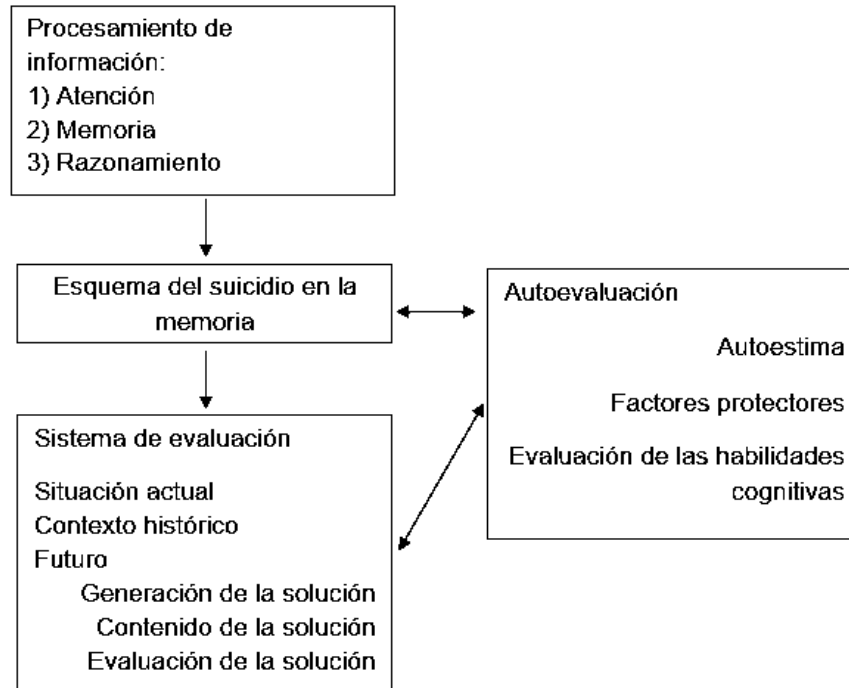
El modelo de Johnson también conocido por sus siglas en inglés como SAMS, parte de una modificación producto de un estudio implementado para comprobar el modelo explicativo de suicidio de "cry of pain" (grito de dolor), de Williams específicamente en pacientes psicóticos. Como producto de este estudio, Johnson y sus colaboradores identificaron una serie de modificaciones al modelo, que permitía usarlo como un modelo explicativo del suicidio en un contexto clínico y como ya se mencionó en pacientes psicóticos (Johnson, Gooding y Tarrier, 2008).

Dentro de este mismo tema en un artículo publicado en el 2008 por Johnson, Gooding y Tarrier, se aborda de manera inicial que el modelo de Williams “*cry of pain*” (grito de dolor), proporciona elementos fundamentales para la explicación de los comportamientos suicidas y de alguna manera consideran que las variables que lo forman brindan un panorama que permite comprender las interacciones que suceden cuando se experimentan comportamientos suicidas.

Sin embargo, estos autores señalan algunas deficiencias de dicho modelo, las cuales permiten que Johnson y su equipo pudieran elaborar un modelo explicativo, de este modo se argumenta que el modelo de “*cry of pain*” (grito de dolor), estaba limitado en cuanto a ser un modelo fácilmente probado, en un contexto de intervención, además de que algunos de sus conceptos no eran mutuamente excluyentes.

De esta forma, el modelo propuesto por Johnson, Gooding y Tarrier (2008) propone tres componentes principales los cuales son: procesamiento de información negativa (mantiene estados negativos emocionales como la inferencias incorrectas o negativas, pensamiento catastrófico, percepción de amenazas inexistentes) el segundo componente es la presencia de un esquema de suicidio (pensamientos relacionados con el suicidio, visto este como una forma de escapar) y un sistema de evaluación (evaluación que el sujeto hace de mismo, de sus capacidades y de las situaciones). En la figura 4 se muestran los componentes principales de este modelo.

Figura 4. Modelo explicativo del suicidio SAMS Johnson, Gooding y Tarrier (2008)



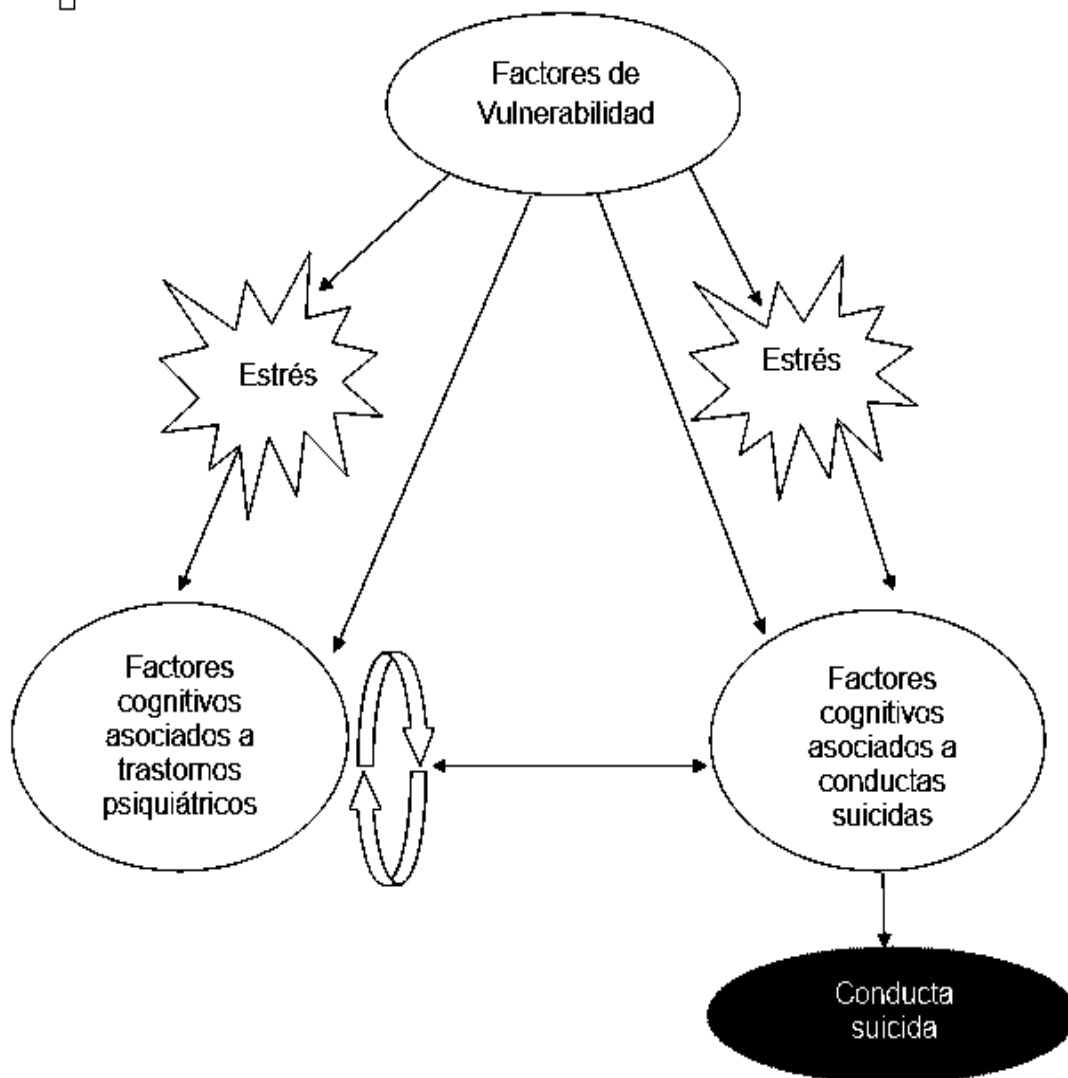
Fuente: traducido de Johnson, Gooding y Tarrier, (2008). Suicide risk in schizophrenia: Explanatory models and clinical implications, The Schematic Appraisal Model of Suicide (SAMS). *The British Psychology Society*. (81),55-77.doi: 10.1348/147608307X244996

2.5 Modelo cognitivo explicativo del comportamiento suicida de Wenzel y Beck (2008)

Este modelo se encuentra constituido por tres constructos principales, los cuales describirían el desarrollo de comportamientos suicidas desde una perspectiva cognitiva. Para estos autores, dicho comportamiento se presenta cuando existen factores de vulnerabilidad, considerados como de riesgo, que por diversas razones

pueden influir en el desarrollo de trastornos de tipo psiquiátrico, en segundo lugar se mencionan los procesos cognitivos asociados a las perturbaciones mentales y los procesos cognitivos con actos suicidas. A continuación se muestra un modelo propuesto por los autores (figura 5).

Figura 5. Modelo de Wenzel y Beck desde la perspectiva cognitiva para explicar los comportamientos suicidas (2008)



Fuente: traducido de Wenzel, A. y Beck, A. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*. (12).189-201. doi.10.1016/j.appsy.2008.05.001.

En este mismo sentido los investigadores Wenzel y Beck (2008) explican las características correspondientes para cada componente de este modelo, de esta forma, el primer componente relacionado con los factores de vulnerabilidad, se asocia con las características de cada uno de los individuos, las cuales predisponen a las personas a un mayor riesgo. Dentro de este componente se menciona la existencia de diversas variables tales como: la impulsividad, deficiencias en la solución de problemas, estilo de memoria general, una amenaza como un estilo cognitivo desadaptativo y la personalidad.

Para explicar el segundo componente los autores señalan que los procesos cognitivos asociados a la aparición de trastornos mentales difieren de la vulnerabilidad en su intensidad y severidad, además que, este componente se caracteriza por esquemas que contienen respuestas poco adaptativas y que llevan a la aparición de inferencias negativas, cuyo contenido cognitivo es muy específico.

Por último, el componente de los procesos cognitivos asociados a actos suicidas señala a la desesperanza con un rol fundamental para la incidencia de conductas suicidas, incluso esta variable está más presente en este tipo de actos que en la depresión.

Las investigaciones de estos autores han encontrado que la presencia de la desesperanza durante un largo tiempo tiene una fuerte asociación con la aparición del suicidio, el esquema de la desesperanza deberá entenderse como aquella situación intolerable que no tiene solución y no podrá cambiar nunca.

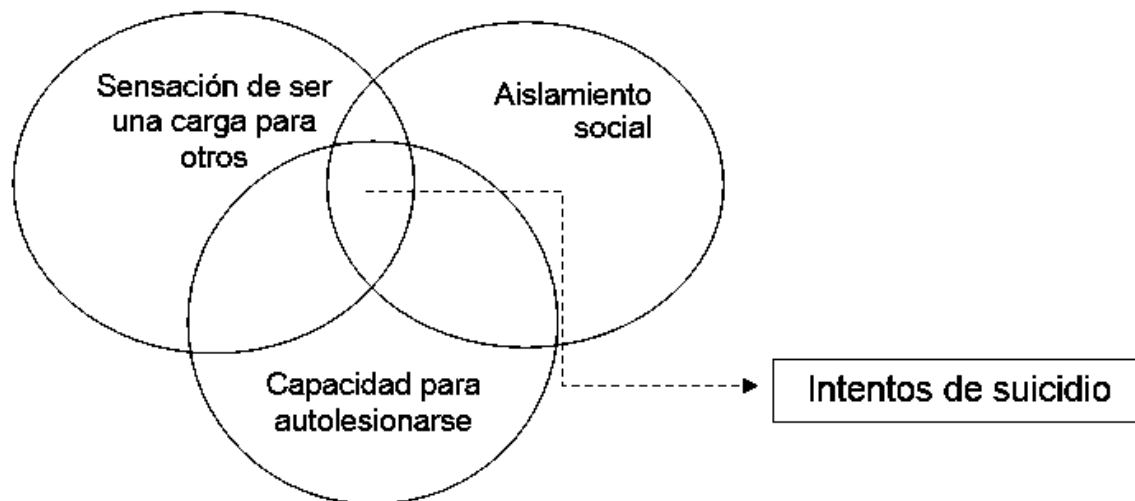
2.6 Modelo explicativo de la teoría interpersonal de Joiner (2008)

Dicha teoría explica el comportamiento suicida a partir de la presencia de tres elementos los cuales son: percepción de ser una carga para otros, el aislamiento social y la capacidad para autolesionarse. De acuerdo con Joiner (2008) las personas que cometen suicidio se ven así mismas como una molestia para el otro, es decir, que consideran que su presencia representa una responsabilidad

adicional para las demás personas, en el sentido de llegar a pensar que son una especie de carga para los demás, esta percepción puede estar relacionada con una cuestión financiera, emocional. El estar aislado socialmente, es tal como su nombre lo indica, separarse de los otros, incluso cuando se desee estar en compañía, también puede ser por haber experimentado la pérdida de alguien significativo.

Por último, el componente relacionado con la capacidad de autolesionarse tiene que ver con la forma en la cual la persona desarrolló una capacidad para no experimentar una aversión a causarse alguna lesión, esto pudo haberse originado por intentos de suicidio previos, historia de abusos en la infancia, entre otros. Existen algunas investigaciones, las cuales se han centrado en identificar estas tres variables en poblaciones que presentan comportamientos suicidas y poblaciones que no manifiestan dichas conductas, encontrando una fuerte presencia y relación en aquellos que reportan la presencia de comportamientos suicidas (figura 6).

Figura 6. Modelo teórico de Joiner teoría interpersonal para la conducta suicida



Fuente: traducido de Joiner, T y Orden, K (2008). The Interpersonal–Psychological Theory of Suicidal Behavior Indicates Specific and Crucial Psychotherapeutic Targets. *International Journal of Cognitive Therapy*. (1). 80-89. doi: 10.1521/ijct.2008.1.1.80.

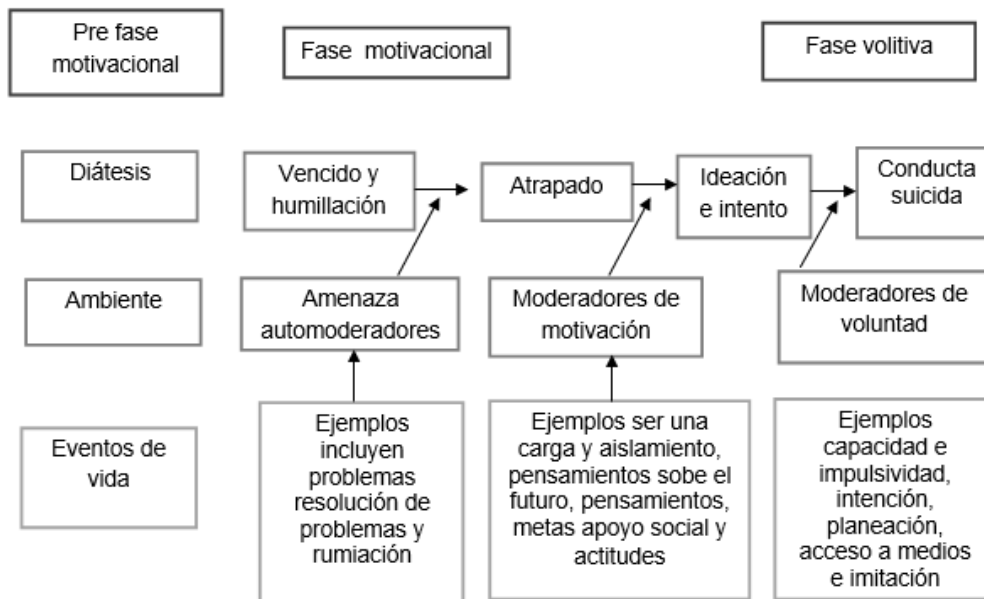
2.7 Modelo explicativo de la conducta suicida motivacional y volitivo de O'Connor y Nock (2014)

Este es un modelo de diátesis y estrés, el cual brinda una explicación del desarrollo de comportamientos suicidas, desde la presencia de tres componentes los cuales son la premotivación, la motivación y un elemento de tipo volitivo, relacionado con la acción conductual (O'Connor y Nock, 2014).

De esta forma, este modelo conceptualiza el suicidio como un comportamiento en lugar de un bioproducto de un desorden mental el cual se desarrolla a través de la motivación y la acción del individuo. En este modelo los autores señalan que se integraron los elementos clave de modelos previos, el cual se presenta desde pensamientos hasta actos suicidas, tales como la sensación de ser una carga para otros, el aislamiento social, el rol de sentirse atrapado y sin salida o vencido. También retoma elementos del modelo "*cry of pain*" (grito de dolor) y modelos relacionados a este, así como también de la conceptualización del término "*arrested flight*" (incapacidad de sobreponerse), entre otros.

En este modelo, la fase de motivación explica aquellos factores que influyen en el desarrollo de ideación y actos suicidas, mientras que la parte relacionada con el término de volición abarca los factores que determinan si el individuo atenta contra su vida (figura 7).

Figura 7. Modelo explicativo de la conducta suicida motivacional y volitiva de O'Connor y Nock (2014)



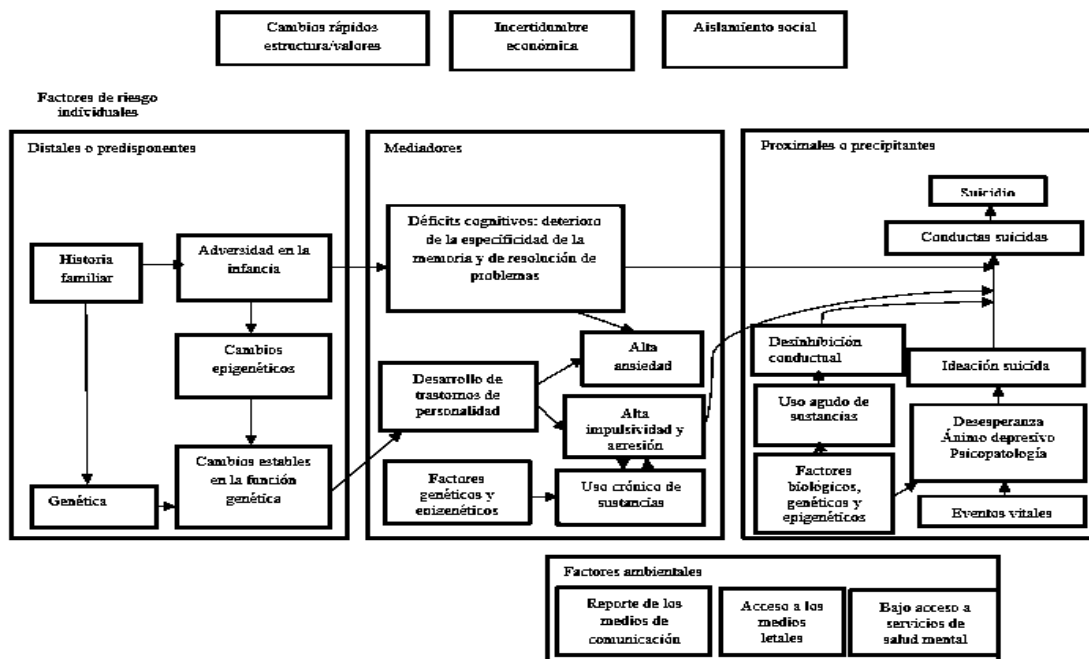
Fuente: traducido de O'Connor, R. y Nock, M. (2014). The Psychology of Suicidal Behaviour. *The Lancet Psychiatric*. 1.73-85. Recuperado de: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)

2.8 Modelo explicativo del suicidio de Turecki (2016)

Turecki y Brent (2016), diseñaron un modelo que pretende explicar la forma en la cual los factores de riesgo interactúan y tienen como desenlace el suicidio. De acuerdo con estos autores, dentro de su modelo los factores de riesgo se clasifican en tres los cuales son: 1) los predisponentes (distales): en los cuales los autores señalan los factores genéticos, la historia de suicidios en la familia, eventos adversos en etapas tempranas de la vida, 2) los factores mediadores (de desarrollo): se mencionan las deficiencias cognitivas, desarrollo de trastorno de la personalidad, presencia de ansiedad, impulsividad, agresión, consumo de sustancias, además de factores genéticos/epigenéticos y por último los autores señalan 3) los factores precipitantes (proximales): como lo son la desinhibición conductual, uso crónico de sustancias, factores biológicos, genéticos, sucesos de vida y presencia de psicopatología como depresión o sentimientos de desesperanza.

También se mencionan elementos como la falta de cohesión social o los factores de riesgo ambientales (figura 8). De acuerdo Turecki y Brent (2016), estos diversos elementos o factores, al interactuar, sitúan en un alto riesgo suicida a las personas, dichos factores deberán de ser considerados cuando se diseñen los tratamientos para este tipo de pacientes. Turecki realiza diversas investigaciones junto con sus colaboradores, las cuales se centran en diversos aspectos del comportamiento suicida (figura 8).

Figura 8. Modelo explicativo de la conducta suicida, desarrollada por Turecki y Brent del 2016



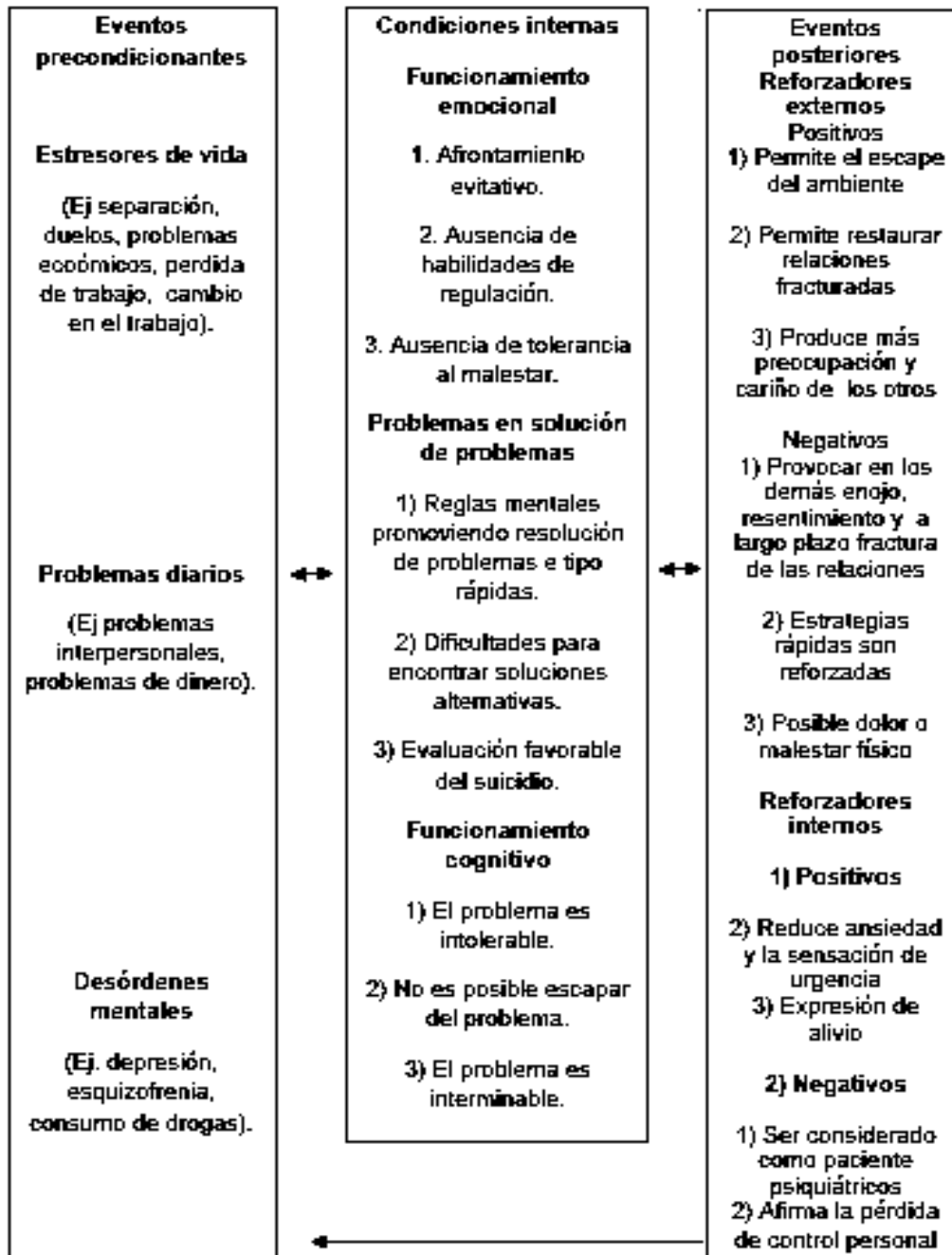
Fuente: traducido de Turecki, G., y Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 387(10024). 1227–1239. Recuperado de: doi10.1016/S0140-6736(15)00234-2

2.9 Modelo del comportamiento suicida de Chiles, Strosahl y Weiss (2019)

Los autores proporcionan un modelo que ayuda a comprender las premisas básicas sobre las cuales se desarrollan las conductas suicidas, el cual es de utilidad al brindar un marco de referencia para la evaluación e intervención de dichas conductas, considerando el comportamiento suicida como un método de

aprendizaje de regulación emocional y resolución de problemas que involucran escapar o evitar emociones negativas intensas (figura 9).

Figura 9. Modelo explicativo del suicidio de Chiles, Stroshal y Weiss (2019)



Fuente: traducido de Chiles, J., Stroshal, K., Weiss-Roberts, L.W. (2019). Clinical Manual for Assesment and Tratment of Suicidal Patients. APA: Washington.

Con base en la revisión de la literatura actual, se puede observar como la temática sobre la conducta suicida cuenta con diversas explicaciones desde la cuales se pretende realizar una serie de propuestas que generen una mejor comprensión del mismo. Estos modelos explicativos juegan un papel importante al momento de hablar de estrategias de intervención que sean efectivas y proporcionan un sustento teórico contando con un panorama integral para la acción en la atención de esta temática.

Derivado del análisis de estos modelos es posible identificar la presencia de diversos elementos los cuales ayudan a generar las diversas explicaciones relacionadas con la presencia o ausencia de las variables consideradas que al interactuar entre si, influye en el desarrollo de conductas suicidas, de este modo, es posible identificar modelos de diátesis y otras propuestas que se centran elementos de tipo biológico, así como también se retoman factores cognitivos y sociales. Por lo que, estos modelos presentan propuestas interesantes que aportan una mayor comprensión en las temáticas centradas en las conductas suicidas.

En el presente estudio, se considera que un modelo contextual es la opción más adecuada para trabajar estrategias cuyo objetivo sean las variables asociadas con la conducta suicida, esto debido a las premisas y fundamentos teóricos, bajo los cuales se desarrollan las terapias conductuales contextuales. Recordando que la Terapia Dialéctica Conductual es un tratamiento que forma parte de este grupo de terapias, además recordando que DBT pertenece al grupo de tratamientos basados en evidencia científica, lo cual lo convierte en una opción viable y de primera elección para el trabajo relacionado a la aparición y/o desarrollo de conductas suicidas, autolesiones y los diversos factores de riesgo asociados a la presencia de estas temáticas.

CAPÍTULO 3. Terapia Dialéctica Conductual para Adolescentes (DBT-A)

3.1 Antecedentes generales de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT).

La Terapia Dialéctica Conductual (DBT) fue originalmente desarrollada por Marsha Linehan (psicóloga y profesora de la Universidad de Washington) diseñada para tratar a personas con trastorno límite de la personalidad, sin embargo también se ha reportado su eficacia en la reducción de ideación suicida e intentos de suicidio (Goethem, Mulders, Jong, Arntz y Egger, 2015, Linehan, 1993).

La orientación teórica del tratamiento es una mezcla de tres distintos enfoques: ciencia del comportamiento, filosofía dialéctica y prácticas de tipo zen (Barlow, 2008). La Terapia Dialéctica Conductual (DBT) es un tratamiento efectivo en disminuir conductas impulsivas y autodestructivas, también se encuentra asociada al tratamiento de consumo de sustancias, desórdenes alimenticios y con pacientes que regularmente abandonan los tratamientos, teniendo resultados significativos en este tipo de casos (Federici, Wisniewski, Ben-Porath, 2012).

En esta terapia se pretende lograr un balance entre buscar un objetivo terapéutico basado en el cambio y en estrategias de aceptación. En la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) los consultantes son alentados a identificar y aceptar las experiencias emocionales, y al mismo tiempo, a saber cómo manejar los pensamientos y emociones negativas. El tratamiento es muy estructurado, particularmente durante las primeras sesiones, donde el paciente carece de un control que regule sus comportamientos y consiste en sesiones semanales durante las cuales se pretende que el terapeuta desarrolle la motivación del cliente para que trabaje y logre la vida deseada. También se promueve el desarrollo de habilidades que ayuden a que el cliente mejore sus capacidades (Mcmain, Korman y Dimef, 2001).

De acuerdo con Linehan (1993), la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) cuenta con una base teórica que parte de una explicación biosocial del comportamiento,

entendiendo como comportamiento todas aquellas respuestas y actividades del individuo ya sean privadas, públicas, implícitas, explícitas incluyendo las emocionales, psicológicas y cognitivas. Así, desde esta visión, las personas carecen de habilidades interpersonales, autorregulación, regulación emocional y la tolerancia al estrés además de encontrarse en un ambiente invalidante, que impide el desarrollo de nuevas habilidades y también dicho ambiente frecuentemente refuerza comportamientos inapropiados o poco efectivos. Dentro de este mismo tema, la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) es un tratamiento que ha mostrado su efectividad para tratar personas con ideación suicida, dichos resultados están sustentados en diversas investigaciones (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, Herad, 1991; Koons, Robins, tweed, Lynch, González, Morse, Bishop y Butterfield, 2001, Linehan, McDavid, Brown, Sayrs y Gallop, 2008; Harned, Jackson, Comtois y Linehan, 2010; Neacsiu, Rizvi y Linehan, 2010; McMMain, Chapman, Kuo, Guimond, Streiner, Dixon-Gordon, Isaranuwachai y Hoch, 2018).

Es así, que los fundamentos de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) consisten principalmente en la filosofía dialéctica, práctica zen y la teoría biosocial. Esta terapia se basa principalmente en la validación y aceptación del consultante, por un lado, y por el otro, se centra en prestar especial atención a los cambios del comportamiento (Neacsiu, Rizvi y Linehan, 2010).

Así como también, en un entrenamiento en habilidades que sea de utilidad en la vida cotidiana, y en momentos de crisis que ayuden a sobrellevar las situaciones complicadas de la vida, pero también se pretende que dicho entrenamiento sea de utilidad para que los pacientes recurran a las habilidades en lugar de recurrir a las conductas problema que ayudan en la permanencia de los síntomas (Rizvi y Linehan, 2001).

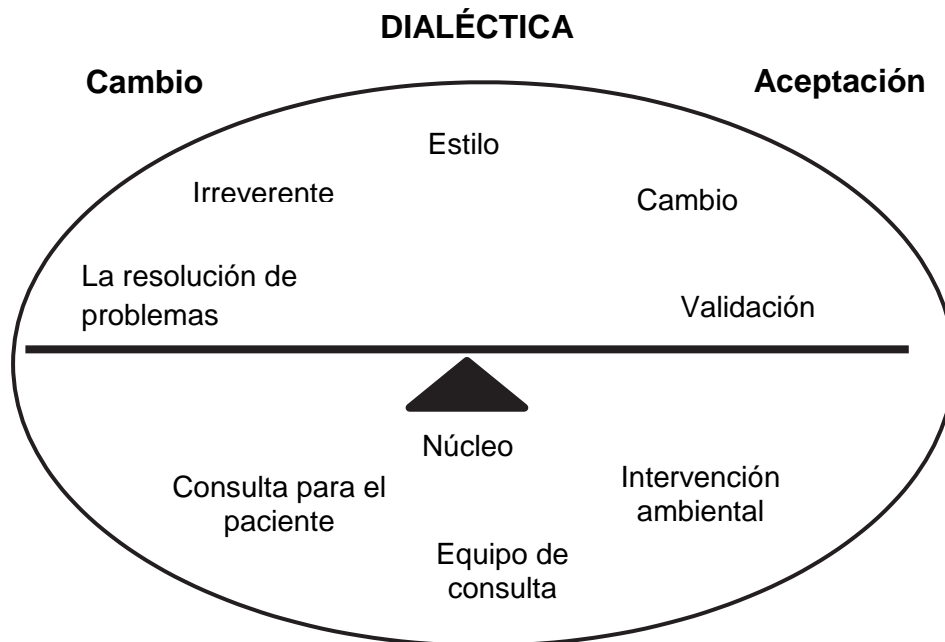
Mientras que la aceptación y validación se logran por medio de ejercicios de atención plena (aceptación) y la aplicación de diversas técnicas de validación con el paciente. Así el objetivo fundamental del trabajo con el consultante consiste en lograr un equilibrio entre la aceptación y el cambio (Rizvi y Linehan, 2001).

Una parte elemental de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) es precisamente el uso de una serie de estrategias encaminadas a lograr una modificación conductual en los consultantes, específicamente aquellas consideradas como centrales del tratamiento, las cuales como se ha mencionado a lo largo de este trabajo son necesarias para lograr dos objetivos principales de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) como lo son la aceptación y el cambio, las cuales orientan al consultante a moverse entre estos dos polos. Otro objetivo de estas técnicas es lograr la motivación y el compromiso del consultante con el tratamiento (Linehan, 1993).

En este sentido Linehan (1993) explica que las estrategias centrales de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) están presentes a lo largo de todas las sesiones, siendo utilizadas cuando es necesario orientar al consultante hacia la aceptación o el cambio.

Estas se encuentran orientadas hacia la validación, los aspectos dialécticos, los estilos de comunicación, además de aquellas que tienen la finalidad de manejo de caso y las integrativas. De este modo, de acuerdo con la autora, el objetivo principal de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) consiste en lograr un equilibrio entre la aceptación y el cambio. Dicho objetivo está orientado a tomar o desarrollar una postura dialéctica, evitando las polarizaciones y en su lugar asumir posturas de “esto y esto” considerando como se ha hecho referencia antes que de dos posturas distintas surja una tercera.

Figura 10. Estrategias centrales de la Terapia Dialéctica Conductual



Fuente: Linehan, M.M. (1993). Cognitive-behavioural treatment of Bordeline personality disorder New York: Guilford Press. y Linehan, M.M. (2015).Skills training manual for treating bordeline personality disorder.New York: Guilford Press.

Como parte del fundamento teórico de Terapia Dialéctica Conductual (DBT), se encuentra la filosofía dialéctica la cual postula que no existe una verdad absoluta y que posturas distintas o contradictorias pueden ser consideradas verdaderas, de esta manera la dialéctica provee un método que facilita navegar con el conflicto en lugar de una postura de luchar contra el (Miller, Carnesale y Courtney, 2014).

Con el uso de la dialéctica en la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) se pretende que a partir de las posturas del paciente y terapeuta se pueda llegar a una nueva solución o forma de ver la situación o abordar el problema, esta nueva posición deberá ser intermedia, la cual promueva un equilibrio entre ambos y el cambio en el paciente. Así, tal como se hizo referencia previa, la dialéctica promueve además el lograr un balance entre la aceptación, cambio, la flexibilidad y la estabilidad,

entre otros, procurando que las sesiones terapéuticas sean dinámicas evitando polarizarse con el paciente (Miller, Carnesale y Courtney, 2014).

De igual forma, es importante señalar que las estrategias dialécticas y demás estrategias centrales en la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), se utilizan no solo durante el tratamiento individual sino también son de suma importancia cuando se implementa un grupo de entrenamiento en habilidades, de este modo tanto líder como el co-líder deberán utilizarlas con los participantes cuidando el contexto del grupo y recurriendo a estas estrategias cuando sea necesario, es decir, ante la presencia de cualquier situación en la cual sea indispensable utilizarlas (Linehan, 1993).

Además de las estrategias centrales en la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), es importante mencionar que dentro de la terapia individual existen etapas que rigen el tratamiento las cuales son: 0) pretratamiento 1) del control conductual al descontrol conductual, 2) de la calma desesperada a la experiencia emocional no angustiante, 3) de los problemas de la vida a la felicidad e infelicidad cotidiana, 4) de la incompletud a la libertad. Cada una de estas etapas cuenta con objetivos específicos y al mismo tiempo a lo largo de cada una de estas etapas se debe prestar atención a los objetivos secundarios (dilemas dialécticos) los cuales son: vulnerabilidad emocional vs autoinvalidación, crisis implacables vs duelo inhibido, pasividad activa vs competencia aparente (Linehan 1993, Gagliesi y Boggiano, 2018).

De acuerdo con, Linehan (1993) el tratamiento con la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) se complementa con cinco funciones las cuales consisten en aumentar las conductas efectivas, mejorar y mantener la motivación y compromiso del consultante, asegurar la generalización de cambio durante el tratamiento, fortalecer la motivación del terapeuta para proporcionar un tratamiento efectivo y ayudar al consultante en reestructurar o cambiar su ambiente de forma que asegure y mantenga el progreso hacia la meta.

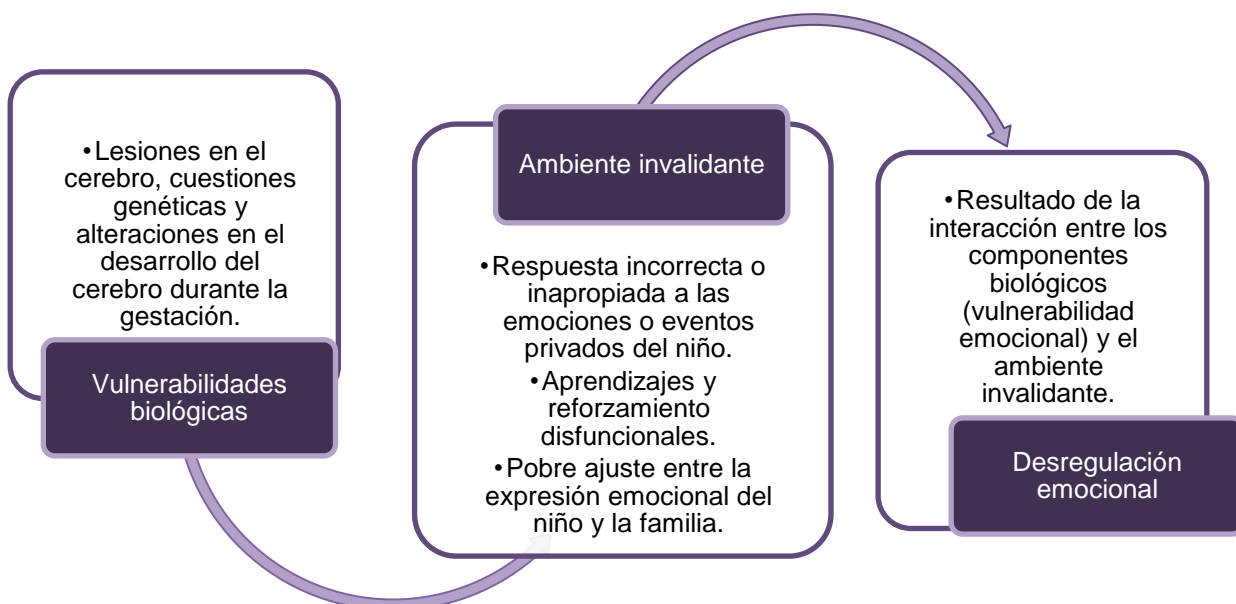
Otro componente fundamental de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) es la teoría biosocial, la cual sirve de base para explicar que los individuos que presentan conductas problema o poco efectivas surgen de el ambiente en el cual se encuentra la persona, de esta forma la teoría biosocial se basa en la idea de que, tanto el individuo como el ambiente, interactúan promoviendo la presencia de la desregulación emocional (Miller, Carnesale y Courtney, 2014).

La teoría biosocial hace referencia a la vulnerabilidad emocional la cual explica que las personas se encuentran bajo una predisposición biológica, la cual puede ser genética, neurobiológica y neuroquímica. Que incluye una alta sensibilidad y reactividad emocional, las cuales se caracterizan por una intensa respuesta emocional y un retardado regreso al estado emocional anterior a dicha respuesta intensa, lo cual es indicador de que la emoción es intensa y de larga duración en lugar de considerarse como emociones cortas (Miller, Carnesale y Courtney, 2014).

En segundo lugar, se encuentra el ambiente invalidante el cual hace referencia a todo aquel ambiente que responde negativamente a las experiencias internas o externas, creencias o acciones (al minimizar, castigar, ignorar experiencias o emociones que se viven como dolorosas para las personas), de las personas de forma inapropiada o errática (Miller, Carnesale y Courtney, 2014).

De esta forma, los ambientes pueden ser la familia, los pares, profesores, médicos y terapeutas. Por lo que, desde la teoría biosocial se considera que apartir de la presencia de una predisposición biológica y los ambientes invalidantes surge la desregulación emocional la cual está asociada a diversos trastornos mentales (Miller, Carnesale y Courtney, 2014). La figura 11 ejemplifica la manera en la cual interactúan los aspectos biológicos y el ambiente invalidante originando la desregulación emocional.

Figura 11. Interacción de los componentes biológicos y el ambiente invalidante



Fuente: Linehan, M.M. (2015). Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press. y Gagliosi, P. y Boggiano, J.P. (2018). Terapia Dialéctica Conductual: Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional. Argentina: Universidad Nacional de la Plata (EDULP).

La Terapia Dialéctica Conductual (DBT) es un tratamiento estructurado, el cual tiene cuatro componentes principales los cuales son los siguientes: 1) terapia individual cada semana, 2) sesiones semanales grupales de entrenamiento de habilidades, centradas en los cuatro módulos principales (atención plena, tolerancia al malestar, regulación emocional y relaciones interpersonales

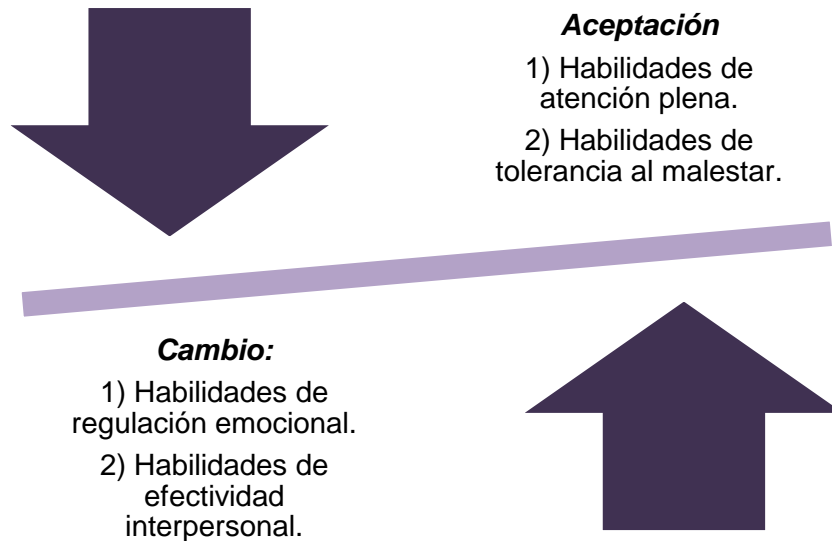
efectivas), 3) asesoramiento vía telefónica por parte del terapeuta y 4) Equipo de consultoría (existencia de un equipo de apoyo de terapeutas, que se reúnan semanalmente), (Linehan, 1993; Walsh y Eaton, 2014).

La estructura de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) está orientada para que el paciente utilice estrategias y habilidades más saludables de regulación emocional e interpersonales con la finalidad de conseguir una nueva y mejorada “vida que merezca ser vivida” (Walsh y Eaton, 2014).

Dado que la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) ha demostrado ser efectiva no solo en pacientes que presentan trastorno límite de la personalidad, sino también en aquellas personas que presentan diversos trastornos mentales como: estado depresivo mayor, ansiedad, trastornos de la alimentación y también comportamientos suicidas (Telch, Agras y Linehan, 2000; Dimeff, Shireen, Rizvi, Brown y Marsha, 2000; Federici, Wisniewski y Ben-Porath, 2012; Lenz, Taylor, Fleming, y Serman, 2014; Wisniewski y Ben-Porath, 2015). Estos estudios prueban su efectividad utilizando el tratamiento estándar y también únicamente el componente del grupo de entrenamiento en habilidades.

De acuerdo con Linehan (1993) uno de los componentes de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) es el grupo de entrenamiento en habilidades el cual, está diseñado como su nombre lo sugiere, a enseñar, modelar y practicar las habilidades fundamentales para la Terapia Dialéctica Conductual (DBT). Dichas habilidades se enseñan a partir de cuatro módulos: atención plena, tolerancia al malestar, regulación emocional y efectividad interpersonal (cinco en caso de los adolescentes, incluyendo el módulo de camino del medio). Así cada uno de estos módulos está formado por una serie de habilidades las cuales tienen un objetivo específico, el aprendizaje de estas habilidades se mueve entre aquellas que se orientan hacia la aceptación y el resto que se dirige hacia el cambio (figura12).

Figura 12. Diagrama explicativo sobre las habilidades que favorecen el cambio o la aceptación



Fuente: Linehan, M.M. (2015). Skills training manual for treating borderline personality disorder, New York: Guilford Press.

Además de la adquisición de las habilidades, un grupo de entrenamiento tiene un formato específico y lineamientos particulares que van desde el número de personas que pueden formar el grupo, la duración, frecuencia, número total de las sesiones y la secuencia que debe llevarse dentro de las sesiones, así como también se cuenta con estrategias de acción considerando algunas de las tensiones dialécticas que se puedan presentar a lo largo del grupo de entrenamiento en habilidades (Linehan, 1993).

3.2 Terapia Dialéctica Conductual para Adolescentes (DBT-A)

Debido a los resultados positivos obtenidos al tratar adultos con la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), se llevó a cabo una adaptación especial para tratar adolescentes. De acuerdo con Tao y Banh (2016), dicha adaptación mostró ser efectiva para la reducción de comportamientos suicidas en adolescentes con depresión, ansiedad y diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. De tal forma también se tiene reportada la efectividad de DBT-A en diversos escenarios como lo son pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios y pacientes no hospitalizados (Rathus y Miller, 2002; Goldstein, Axelson, Boris y Brent, 2007;

Groves, Backer, Van den Bosch y Miller, 2011; McCauley, Berk, Asarnow, et al., 2018; Tebbett-Mock, Saito, Mcgee, Woloszyn y Venuti, 2020).

De esta forma Terapia Dialéctica Conductual (DBT) se adaptó para adolescentes que presentan problemas en su regulación emocional y comportamientos problemáticos. Por lo que, DBT-A sigue la misma estructura que el tratamiento para adultos, como lo es el enfoque teórico, los objetivos del tratamiento, además de las estrategias y técnicas de tratamiento, sin embargo esta adaptación esta orientada a trabajar de la mejor manera con los adolescentes y sus familias. Una de las modificaciones dentro de DBT-A es la inclusión de los familiares al grupo de entrenamiento en habilidades (Rathus y Miller, 2002; Miller, Glinski, Woodberry; Mitchel y Indik; 2002; Fleischhaker, Bohme, Sixt, Bruck, Schnneider, Schulz, 2011; Macpherson, Cheavens, Fristad, 2013).

La participación de los familiares es importante debido a que estos conocen las habilidades y se habitúan con ellas, además de aumentar el vocabulario terapéutico con los integrantes del sistema familiar y mejorar la habilidad parental de proveer validación a sus hijos, se pretende mejorar el ambiente invalidante el cual en los adolescentes también está asociado al desarrollo de comportamientos suicidas (Rathus y Miller, 2000; Miller, Woodberry; Miller, Glinski, Indik y Mitchell; 2002; Fleischhaker, Bohme, Sixt, Bruck, Schnneider, Schulz, 2011; Macpherson, Cheavens, Fristad, 2013).

Otra innovación dentro de DBT-A es la integración de sesiones terapéuticas con la familia y el adolescente, dado que al hablar de este grupo de población es fundamental incluir a la familia como grupo primario de apoyo. Aparte de lo anteriormente mencionado DBT-A tiene una duración de 24 semanas. En este mismo tema, dentro de las modificaciones en DBT-A, se encuentra el recortar el número de estrategias y simplificar su lenguaje con el objetivo de que los adolescentes puedan aprenderlas y utilizarlas de manera efectiva en la duración del tratamiento (Rathus y Miller, 2002; Woodberry; Miller, Glinski, Indik y Mitchel; 2002; Wisniewski, Safer, y Chen, 2007, Fleischhaker, Bohme, Sixt, Bruck, Schnneider, Schulz, 2011; Macpherson, Cheavens, Fristad, 2013).

Es por todo lo anterior que se considera que DBT-A es una buena opción para tratar a adolescentes con dificultades emocionales y comportamentales a través del aprendizaje de la forma en la cual manejar sus reacciones ante situaciones percibidas como de caos o crisis. De esta forma ayuda a los adolescentes a desarrollar las habilidades que los adultos con trastorno límite de la personalidad no adquirieron en las etapas tempranas de su desarrollo (Quinn, 2009). Los resultados de diversos estudios realizados implementando DBT-A sugieren a dicho tratamiento como una buena alternativa para ayudar a los adolescentes a regular sus emociones y comportamientos.

3.3 Intervenciones utilizando DBT-A

En la literatura se reportan diversos estudios en los que este tratamiento contó con resultados significativos en reducir no solo sintomatología relacionada con el trastorno límite de la personalidad, sino también una disminución en los comportamientos suicidas. En este mismo sentido, en una investigación llevada a cabo por Rathus y Miller en el 2002, se resaltan las bondades del tratamiento tales como: reducir los comportamientos que amenazan la vida, disminuir los comportamientos que llegan a interferir en la terapia y el desarrollo de habilidades en los adolescentes, así dichas habilidades permiten lograr una mejor regulación emocional en los jóvenes (tabla 1).

Tabla 1. Principales investigaciones sobre la efectividad de implementar grupo de entrenamiento en habilidades

Autores/ año	Descripción	Método	Participantes	Resultados
Rathus y Miller (2002)	Adaptación de DBT, para un grupo de adolescentes que presentan comportamiento suicida y síntomas de trastorno límite de la personalidad.	Estudio cuasiexperimental, comparando dos grupos de tratamiento uno con DBT y el otro recibió el tratamiento usual. El grupo de DBT recibió 12 semanas de tratamiento, teniendo 2 veces a la semana sesiones consistían en terapia individual, y terapia multifamiliar de grupo	29 adolescentes en el grupo que recibió DBT y 89 que recibió TAU (treatment as usual/ tratamiento usualmente utilizado).	Se reportó en el grupo que utilizó DBT una mejor adherencia al tratamiento y menores hospitalizaciones durante la intervención, al finalizar el tratamiento se reportó una disminución de síntomas psiquiátricos,

		para entrenamiento de habilidades. Mientras que el grupo de TAU (treatment as usual/ tratamiento usualmente utilizado) tuvo terapia psicodinámica y terapia familiar.		síntomas de trastorno límite de personalidad e ideación suicida.
Goldstein, Axelson, Boris y Brent (2007)	Tratamiento basado en DBT-A, con una duración de un año, con 46 sesiones, las cuales consistían en sesiones individuales y de grupo para el entrenamiento de habilidades.	Se realizaron evaluaciones previas y posteriores a las intervenciones en los participantes.	10 adolescentes pacientes de una clínica pediátrica para pacientes con trastorno bipolar.	Se reportó la reducción de sintomatología depresiva, autolesiones, comportamiento suicidas y sintomatología relacionada con el trastorno límite de la personalidad.
Katz, Cox, Gunuzakera, y Miller (2008)	Se tuvieron dos grupos cada uno en una institución psiquiátrica, uno de ellos recibió un tratamiento con DBT y el otro TAU. El tratamiento DBT-A tuvo una duración de 2 semanas, con 10 sesiones diarias de entrenamiento en habilidades. Con pacientes hospitalizados.	Fue un diseño de pretest intervención, postest y un seguimiento al año. Se utilizó DBT-A y para el grupo TAU (treatment as usual/ tratamiento usualmente utilizado). Se utilizó terapia individual y de grupo con corte psicodinámico.	62 adolescentes que presentaban intento o ideación suicida.	Se reportó una disminución en ambos grupos de tratamiento de síntomas depresivos, comportamientos para suicidas e ideación suicida. Sin embargo el grupo que recibió DBT reportó a lo largo del tratamiento una disminución de incidentes. Se sugiere que DBT es un tratamiento efectivo para trabajar adolescentes con comportamientos suicidas.
Fleischhaker, Böhme, Sixt, Brück, Schneider, y Schulz, (2011)	Los adolescentes acudían dos veces por semana, una hora a la sesión individual y dos horas al grupo multifamiliar para el desarrollo de habilidades. Las habilidades enseñadas fueron: atención plena, habilidades interpersonales efectivas, tolerancia al estrés, regulación emocional, habilidades familiares y "Walking the middle path" ("camio del medio") y se contó	Se tuvieron dos mediciones previas a la intervención y dos posteriores a la misma una de ellas fue un seguimiento al año.	Participaron 12 adolescentes y sus familias con comportamiento sin intencionalidad suicida, así como también, con comportamientos suicidas.	Se observó una reducción significativa de síntomas relacionados con el trastorno límite de la personalidad, así como también reducción en los comportamientos suicidas.

	con contacto telefónico con el terapeuta.			
Uliaszek, Wilson, Mayberry, Cox y Maslar (2013)	Evaluó la fiabilidad de un grupo multifamiliar de habilidades para adolescentes. Utilizando el formato de DBT-A para diseñar las sesiones del grupo de habilidades. El tratamiento tuvo una duración de 16 sesiones semanales, las cuales incluían módulos de atención plena, habilidades interpersonales, tolerancia al estrés, regulación emocional y “camino del sendero del medio”.	Se realizaron mediciones antes y después de la intervención, tanto en los adolescentes como en los familiares.	La muestra se conformó de 13 adolescentes y 16 familiares.	Se encontró una disminución de síntomas del trastorno límite de la personalidad, mientras que los familiares reportaron una disminución en los comportamientos internos y externos de los adolescentes.
Tormoen, Groholt, Haga, Barger-Larsen, Miller, Wolby; Stanley y Mehlum (2014)	Se utilizó la versión adaptada de DBT para adolescentes realizada por Rathus y Miller en el 2002. Tuvo duración de 16 sesiones semanales.	Se tuvieron mediciones pretest-postest y un seguimiento al año.	27 adolescentes noruegos, los cuales acudían a consulta externa al hospital psiquiátrico.	Se reporta una reducción en conductas de autolesiones y comportamientos suicidas. Señalando una disminución en el impulso de conductas suicidas y realizar autolesiones.

Fuente: elaboración propia con base en Rathus, J. H. y Miller, A. L. (2002). Dialectical Behaviour Therapy Adapted for Suicidal Adolescents, *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, (32) 146–157. doi:10.1521/suli.32.2.146.2439977; Katz, L. Cox, B. Gunasekara, S. y 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; 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:10.1097/chi.0b013e31805c1613; Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., y Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up, *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 5(1), 3. doi: 10.1186/1753-2000-5-3, Uliaszek, A. A., Wilson, S., Mayberry, M., Cox, K., y Maslar, M. (2013). A Pilot Intervention of Multifamily Dialectical Behavior Group Therapy in a Treatment-Seeking Adolescent Population: Effects on Teens and Their Family Members, *The Family Journal*. 22(2), 206-215. doi: 10.1177/1066480713513554; Tørmoen, A.J., Grøholt, B., Haga, E., Brager-Larsen, A., Miller, A., Walby, F., Stanley, B. y Mehlum, L. (2014) Feasibility of Dialectical Behavior Therapy with Suicidal and Self-Harming Adolescents with Multi-Problems: Training, Adherence, and Retention, *Archives of Suicide Research*, 4(18), 432-444. doi: 10.1080/13811118.2013.826156.

3.4 Grupo de Entrenamiento en Habilidades.

La modalidad del grupo de entrenamiento en habilidades permite que los participantes desarrollen conductas más efectivas y nuevas (Boggiano y Gagliesi, 2018). De acuerdo con Rathus y Miller, (2015) el formato de grupo de entrenamiento para adolescentes comienza de forma similar al de adultos: se inicia con la orientación a la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), para posteriormente seguir con las habilidades de atención plena, se revisan las habilidades de tolerancia al malestar, para después abordar el módulo de camino del medio, también se revisan las habilidades correspondientes a regulación emocional, finalizando con el módulo de efectividad interpersonal.

Es importante señalar que de acuerdo con estos autores y al igual que el entrenamiento en adultos, antes de iniciar cada módulo se inicia con un apartado de revisión de atención plena. Es así que, la duración del formato de DBT-A para adolescentes es de 24 semanas en total (Rathus y Miller, 2015).

En este mismo sentido, Rathus y Miller (2015), señalan que el grupo de entrenamiento puede abarcar todas las habilidades o revisar en un periodo de tiempo corto algunas de las habilidades. De acuerdo con los autores ambas versiones brindan diferentes oportunidades de aprendizaje, la primera opción permite que los participantes conozcan todas las habilidades y permite que los participantes seleccionen aquellas que más se adecuen a su situación, mientras que la segunda opción hace posible que los asistentes al grupo desarrollen cierta maestría en las pocas habilidades que se aborden, aunque en esta modalidad se corre el riesgo de que las habilidades revisadas no sean las más convenientes o mejores para el participante.

De igual forma, la duración del grupo en el manual de DBT-A es de 6 meses aunque Rathus y Miller (2015) refieren que existen estudios con grupos de duración más corta, con resultados prometedores, por lo que Rathus y Miller (2015) sugieren 6 meses ya que consideran que es un tiempo que alcanza para revisar un número adecuado de habilidades. Sin embargo, estos autores

consideran que la duración del grupo depende de diversas variables como las conductas problema u objetivos y el ritmo con el cual los participantes aprendan las habilidades.

En cuanto a la modalidad o tamaño de los grupos, se señala que pueden ser o no multifamiliares e incluso diseñando sesiones aparte para que los familiares aprendan las habilidades. El número adecuado de miembros de un grupo es de aproximadamente 12 o 15 personas o de 6 a 8 familias. El formato del grupo puede ser cerrado o abierto (Rathus y Miller, 2015).

Existen estudios que se han centrado en analizar únicamente los resultados de aplicar solo los grupos de entrenamiento en habilidades, encontrando diversos resultados para diferentes conductas problemas que van desde de la conducta alimentaria, manejo del enojo, autolesiones, comportamientos suicidas, entre otros reportándose una disminución en las diversas conductas problema o variables estudiadas, de este modo se reportaron disminución en conductas suicidas, autolesiones, síntomas depresivos, reducción en síntomas de trastorno límite de la personalidad, los resultados derivados de estos estudios se observan en la tabla 1 (Rathus y Miller 2015).

La estructura del grupo de entrenamiento en habilidades se conforma, entonces, por cinco módulos, cuatro de ellos iguales al formato de adultos y el restante diseñado especialmente para trabajar con las familias de los adolescentes (tabla 2).

Tabla 2. Módulos del grupo de entrenamiento en habilidades para adolescentes de acuerdo con Rathus y Miller (2015)

Módulo	Habilidades que lo conforman
Orientación al entrenamiento en habilidades	Presentación de los participantes y Líder y co-líder ¿Qué es DBT para adolescentes? 5 áreas problema de DBT Los 5 módulos de habilidades DBT Formato del grupo de entrenamiento en habilidades DBT Teoría Biosocial Supuestos DBT Lineamientos del grupo de entrenamiento en habilidades DBT

Contrato DBT	
Habilidades de atención plena	Mente sabia (3 estados de la mente) Habilidades “Que” (observar, describir y participar) Habilidades “Cómo” (no juzgar, mantenerse enfocado y hacer lo que funciona)
Habilidades de tolerancia al malestar	A) Habilidades para sobrevivir las crisis Aceptas con mente sabia Tranquilizarse con los 5 sentidos Mejorar el momento Pros y contras TIPP B) Habilidades de aceptación radical de la realidad: Aceptación radical Reorientando la mente Voluntad vs terquedad
Habilidades del camino del medio	Dialéctica Dilemas dialécticos Validación Validando a otros Autovalidación Cambiando comportamientos
Habilidades de regulación emocional	Entendiendo las emociones Observando y describiendo emociones Que hacen las emociones para ti Reduciendo la vulnerabilidad emocional ABC (Anticípate, acumulando Buenas experiencias, Construyendo maestría) CUIDA Cambiando emociones indeseadas Revisar los hechos Solución de problemas Acción opuesta Reduciendo sufrimiento emocional La ola: atención plena de las emociones.
Habilidades de Efectividad Interpersonal	GIVE (desarrollar y mantener buenas relaciones) DEAR MAN (conseguir que alguien realice exactamente lo que quieres) FAST (mantener tu autorespeto) PIENSA (hacer las pases, reducir conflicto y reducir enojo).

Fuente: Rathus y Miller (2015). Skills Manual for Adolescents Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents. Guilford Press: New York.

Tal como lo señalan Linehan (2015), Rathus y Miller (2015) y Boggiano y Gagliesi (2018), el grupo de entrenamiento en habilidades se desarrolla en un periodo de tiempo, con una estructura específica, así como también, con una serie de

componentes que deberán estar presentes para que se considere como un grupo de entrenamiento en habilidades de DBT o DBT-A.

Por lo tanto, el grupo de entrenamiento en habilidades deberá de iniciarse con un ejercicio de atención plena, análisis de enlaces perdidos, seguido de la revisión de la tarea, un receso de 10 minutos, la explicación de la nueva habilidad, asignación de la tarea y cierre de la sesión (Linehan, 2015; Rathus y Miller, 2015; Gagliesi y Boggiano, 2018).

La revisión teorica presentada a lo largo del capitulo permite obtener un panorama general sobre los aspectos más relevantes relacionados con la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), haciendo posible identificar los elementos teóricos, que brindan las bases para su desarrollo como un tratamiento, originalmente destinado para personas con trastorno limite de la personalidad. De igual forma, los diversos estudios realizados utilizando este tratamiento brindan evidencia sobre el efecto que tiene la terapia, en aquellas personas que presentan diversas conductas problema asociadas a la presencia de una desregulación emocional. De este modo, el grupo de entrenamiento en habilidades representa una herramienta de gran utilidad, que al implementarse genera beneficios en los participantes, tal como lo señalan los diversos estudios anteriormente mencionados.

A continuación se exponen los elementos metodológicos que permitieron la implementación y la evaluación de un Grupo de Entrenamiento en Habilidades basado en la propuesta de Rathus y Miller (2015).

CAPÍTULO 4. OBJETIVO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Objetivo general

Evaluar la efectividad de un grupo de entrenamiento en habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual basado en DBT-A para disminuir factores de riesgo de la conducta suicida en adolescentes escolarizados.

4.2 Objetivos específicos

- Evaluación pretest y posttest de los participantes tanto del grupo experimental como del control.
- Realizar comparaciones intragrupo de los puntajes obtenidos en las fases de pretest y posttest del grupo experimental y del grupo control.
- Realizar comparaciones intergrupo de los puntajes obtenidos en las fases del pretest y posttest del grupo experimental y del grupo control.
- Evaluar el cambio de los participantes en relación a los factores de riesgo de la conducta suicida al interior del grupo.
- Identificar el tamaño del efecto que tuvo el grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A.
- Determinar si los participantes que recibieron el grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A mostraron mejores puntuaciones entre la evaluación pretest y posttest, en cuanto al uso de habilidades.

4.3 Diseño de investigación

El presente estudio cuenta con un diseño de ensayo clínico aleatorizado, con un grupo experimental y un grupo control, los participantes del grupo experimental fueron asignados de forma aleatorizada. Se realizaron mediciones de pretest y posttest para ambos grupos (Spieth, Kubasch, Penzlin, Illigens, Barlin y Siepmann, 2016).

Para el presente estudio se elaboró un programa para implementar un grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, en una versión reducida de únicamente 10 sesiones, para lo cual se seleccionaron habilidades de cada uno de los módulos que integran la propuesta de Rathus y Miller (2015).

De este modo se incluyeron todos los módulos, sin embargo para obtener un diseño reducido en cuanto al número de sesiones no se consideraron todas las habilidades que usualmente se revisan en cada modulo. La selección de las habilidades fue considerando aquellas que mejor se ajustaran a las condiciones de implementación, de igual forma se consideró que las habilidades seleccionadas permitieron conservar los principios básicos del entrenamiento en habilidades perteneciente a la Terapia Dialectica Conductual (DBT).

Es importante mencionar que se seleccionó un diseño breve de 10 sesiones que se ajustara al tiempo del calendario escolar y contar con una estrategia que puede ser utilizada durante la duración de un semestre escolar para trabajar con los estudiantes y que a su vez sirva de herramienta para el contexto escolar como una acción de prevención de conductas suicidas orientada a la salud mental y bienestar de la comunidad estudiantil.

Tabla 3. Descripción del diseño del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A

Número de sesión	Módulo	Habilidades	Secuencia
1	Orientación	Orientación al GEH	a) Ejercicio de atención plena b) Revisión de tarea c) Orientación a la Habilidad d) Asignación de tarea e) Ejercicio de cierre
2	Atención plena	Orientación al Módulo	
3		Mente sabia Habilidades “Qué” y “Cómo”	
4	Tolerancia al malestar	Orientación al Módulo	
5		MEJORAR el momento	
6		TIIP	
7		Pros y contras Aceptación radical de la realidad	
8	Regulación emocional	Orientación al módulo	
9		Acción opuesta Anticípate Verificar hechos y solución de problemas	
10	Efectividad interpersonal	❖ Orientación al módulo ❖ DEARMAN	

Fuente: elaboración propia.

4.4 Definición de variables

Variable dependiente: Sintomatología depresiva

Definición conceptual: el conjunto de síntomas o manifestaciones relacionadas con un estado de ánimo depresivo, caracterizada por la presencia de ánimo deprimido o disforia, cambios drásticos en el peso, agitación o retardo psicomotor, problemas del sueño, ideación suicida, disminución en la capacidad para pensar, culpa excesiva o inapropiada y anhedonia. (González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira y Wagner, 2008).

Definición operacional: datos obtenidos con la escala de sintomatología depresiva, del Centro de Estudios Epidemiológicos CESD-R adaptada para adolescentes mexicanos de González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira y Wagner (2008).

Variable dependiente: Regulación emocional

Definición conceptual: proceso mediante el cual se procesa y monitorea las reacciones de las personas en cuanto a sus emociones (Thompson, 1994).

Definición operacional: puntajes derivados de la Escala de Regulación Emocional (DERS) de Marín-Tejeda, González-Forteza, Robles-García y Andrade-Palos, (2012).

Variable dependiente: Autoestima

Definición conceptual: orientación positiva o negativa hacia uno mismo, consiste en hacer una evaluación general sobre sí mismo relacionada con la percepción de valor que tiene el individuo sobre el mismo (Rosenberg, 1965).

Definición operacional: puntuaciones obtenidas en la escala de autoestima de Rosenberg adaptada para adolescentes mexicanos (González-Forteza, Vignau, Ramírez, 2001).

Variable dependiente: Recursos psicológicos

Definición conceptual: la presencia de recursos psicológicos, son de gran utilidad para mantener estados de salud mental positivos, definidos como una herramienta para enfrentar situaciones estresantes o complicadas de la vida (Rivera-Heredia y Andrade-Palos, 2006).

Definición operacional: se tomarán las puntuaciones de las escalas de recursos psicológicos, específicamente las subescalas de recursos afectivos (autocontrol, recuperación del equilibrio, manejo de la tristeza y manejo del enojo), subescala de recursos cognitivos (creencias religiosas) y las subescalas de recursos sociales (red de apoyo e incapacidad de pedir ayuda) de Rivera-Heredia y Andrade-Palos (2006).

Variable independiente: Grupo de Entrenamiento en Habilidades

Definición conceptual: componente de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), el objetivo principal es la adquisición de habilidades que ayuden al participante a aumentar las conductas efectivas y disminuir las conductas problema (Linehan, 1993).

Definición operacional: se evaluará con los datos obtenidos de las comparaciones correspondientes a las fases de aplicación del pretest y postest del grupo experimental y el grupo control.

CAPÍTULO 5. MÉTODO

5.1 Contexto

Alumnos de Licenciatura de una Universidad Pública Estatal de la región centro occidente de México según la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES, 2019). Dicha universidad cuenta con un espacio amplio y una infraestructura grande dentro de la cual se encuentran diversas áreas correspondientes a las licenciaturas profesionales que ahí se imparten, también cuenta con múltiples áreas verdes y espacios al aire libre donde los estudiantes pueden ubicarse entre sus horarios de clases. Además de contar con varios auditorios, cafeterías, biblioteca y una variedad de actividades, académicas, culturales, deportivas y recreativas.

Las sesiones para el grupo experimental se realizaron en tres diferentes espacios al ser necesario designar aleatorizadamente a los participantes (esto por dos razones tanto por el diseño del estudio como para respetar el número de participantes recomendado en un grupo de entrenamiento en habilidades DBT-A), dado que las sesiones se llevaron a cabo dentro de las dos horas destinadas a la materia de tutoría, uno de los grupos permaneció en el salón que tenía asignada la sección para el resto de sus clases de Licenciatura, el segundo grupo se colocó en otro salón que se designó especialmente para esta actividad y el tercer grupo se ubicó en la sala de juntas ubicada dentro de las instalaciones del Departamento de Psicología de la Universidad.

5.2 Participantes

En un inicio se tuvieron 51 alumnos en el grupo experimental pero posterior al inicio del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, algunos participantes manifestaron que no tenían interés en participar debido a diversas razones. A continuación se presenta para el grupo experimental únicamente el

número final de participantes que continuaron hasta la décima y última sesión, los cuales también fueron incluidos en el análisis estadístico del estudio.

Se contó con un total de 63 participantes (mujeres y hombres distribuidos en el grupo experimental y el grupo control) inscritos en el Primer semestre de un programa de Licenciatura perteneciente a una Universidad Pública Estatal, sus edades iban desde los 17 años hasta los 20 años, con una Media de 18.27 y una desviación estandar de 1.023 En el grupo experimental participaron 30 jóvenes de los cuales 26 eran mujeres y 4 hombres, para el grupo control se tuvieron 33 participantes siendo en su mayoría mujeres (32) y únicamente un hombre, es importante mencionar que los participantes del grupo control pertenecían al primer semestre de la Licenciatura de Asesoría Psicopedagógica, se seleccionó esta muestra para el grupo control por sus características similares al grupo experimental, cabe mencionar que ambas Licenciaturas pertenecen al Centro de Ciencias Sociales y Humanidades de la misma Universidad.

Para respetar los lineamientos para implementar un grupo de entrenamiento en habilidades DBT-A, se procedió a dividir a los participantes en 3 grupos, es importante mencionar que en un inicio los grupos ("A" y "B") contaban cada uno con 15 participantes, mientras que, solo el grupo ("C") se integró por 21 participantes, finalmente estos números se modificaron debido a diversas razones, tales como, no desear participar en el grupo o algunos de los participantes mencionaron ya llevar un proceso terapéutico y no tenían el interés de asistir a las sesiones.

Finalmente los grupos se conformaron de la siguiente forma: el grupo "A" se integró por 11 participantes, el grupo "B" por 12 alumnos y el grupo "C" contó con 7 asistentes (considerándose a este número de participantes para el análisis de datos estadístico).

5.3 Criterio de inclusión

1) Alumnos inscritos en el primer semestre de Licenciatura de una Universidad Pública Estatal.

5.4 Criterio de exclusión

- 1) Alumnos que se negarán a participar en el grupo.
- 2) Alumnos que ya recibían un tratamiento psicoterapéutico y manifestarán no desear participar en el grupo.
- 3) Alumnos que siendo menores de edad sus padres no proporcionen el consentimiento para participar.

5.5 Instrumentos

Se utilizó la Batería Factores Involucrados en el Cuidado de la Vida en Adolescentes y Preadolescentes (FICVIDA) de Hermosillo de la Torre, Pérez-Padilla, Arteaga de Luna, Aguas, González-Forteza, Wagner y Rivera-Heredia (2015). De igual forma se utilizó el procedimiento para la calificación e interpretación de las escalas, indicado en el cuadernillo de la batería FICVIDA, específicamente para obtener los datos del tamizaje. Además de las escalas que integran esta batería se utilizó la Escala de Formas de Afrontamiento DBT de Neacsiu, Rizvi, Vitaliano, Lynch y Linehan (2010).

1) Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D R (2008) Validada para estudiantes mexicanos por González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira y Wagner (2008). Es una escala de tamizaje que detecta posibles casos de depresión, con 39 ítems y con 4 reactivos que miden ideación suicida, la escala cuenta con una confiabilidad total de 0.93. De acuerdo con los autores esta versión de la escala surge con el objetivo de obtener un instrumento actualizado y compatible con los criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor. De este modo la versión revisada de la escala CESD-R quedó conformada

con subdimensiones que evalúan: disforia/estado de animo deprimido, cambios drásticos en el peso, tipo de pensamiento, agitación o retardo psicomotor, ideación suicida, problemas del sueño, amigos, ocupación y familia, culpa excesiva o inapropiada y anhedonia/disminución para el placer o interés en las actividades (Rivera-Heredia y Hermosillo de la Torre, 2019).

2) Escalas de recursos psicológicos de Rivera Heredia y Andrade (2006) diseñada originalmente para aplicarse en población adolescente. Evalúa los recursos psicológicos del adolescente. Las escalas son autoaplicables y constan de 4 opciones de respuesta que varían de “casi siempre” a “casi nunca”. Esta escala cuenta con una confiabilidad de $\alpha = 0.87$.

a) Escalas de recursos afectivos: manejo que tiene la persona de sus emociones, incluyendo, la emoción, expresión y regulación de las mismas. Se integra por las subescalas de autocontrol ($\alpha = 0.70$), manejo de la tristeza ($\alpha = 0.71$), manejo de enojo ($\alpha = 0.71$) y por último la subescala de recuperación del equilibrio, la cual cuenta con una confiabilidad de $\alpha = 0.63$ (Rivera-Heredia y Pérez-Padilla, 2012).

b) Escalas de recursos cognitivos: percepciones y creencias que tiene las personas ante las situaciones que enfrentan en la vida. En el presente estudio únicamente se aplicó la subescala de creencias religiosas, la cual cuenta con una confiabilidad de 0.92 (Rivera-Heredia y Pérez-Padilla, 2012).

c) Escalas de recursos sociales: percepción de los individuos sobre contar con personas de confianza en quienes pueden apoyarse. Se utilizaron la subescalas de red apoyo ($\alpha = 0.77$) y la subescala de incapacidad para buscar ayuda, esta subescala tiene una confiabilidad de $\alpha = 0.73$ (Rivera-Heredia y Pérez-Padilla, 2012).

3) Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) Validada en adolescentes mexicanos (González-Forteza, Andrade-Palos y Jiménez- Tapia, 1997), escala

tipo Likert con 10 reactivos, diseñada para medir autoestima cuenta con una confiabilidad de 0.75.

4) Cédula de Indicadores Parasuicidas Gonzalez-Forteza (1996) Contiene 13 indicadores para llevarlo a cabo, además de información sobre la severidad, el método y la intencionalidad. Específicamente para identificar antecedentes en cuanto a la intencionalidad suicida de manera puntual se utiliza la pregunta ¿Alguna vez, a propósito, te has herido, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarte la vida?

5) Escala de Regulación emocional para adolescentes de Marín-Tejeda, Robles-García, González-Forteza y Andrade-Palos (2012) Escala adaptada y validada para adolescentes mexicanos para evaluar dificultades relacionadas a la desregulación emocional, de tipo escala Likert, formada por 35 items y las subdimensiones de metas, claridad, no aceptación y conciencia. La confiabilidad de la escala completa es de 0.89. Esta escala se conforma por 4 subescalas las cuales son: 1) No aceptación: relacionada con la no aceptación de respuestas emocionales ($\alpha = 0.85$), 2) metas: dificultad de implementar conductas dirigidas a metas ($\alpha = 0.79$), 3) conciencia: falta de conciencia emocional ($\alpha = 0.71$) y 4) claridad: falta de claridad emocional ($\alpha = 0.68$).

6) Formas de afrontamiento DBT de Neacsiu, Rizvi, Vitaliano, Lynch y Linehan (2010) Se conforma de 59 items, evalúa las habilidades que utiliza la persona. Específicamente tiene 3 dimensiones: dos que evalúan habilidades disfuncionales (afrontamiento disfuncional general y culpando a otros) utilizadas por la persona y la tercera evalúa las habilidades DBT usadas por la persona. Dicha escala tiene 5 opciones de respuestas. Esta escala cuenta con una confiabilidad total de 0.92.

5.6 Procedimiento

Previa a la implementación del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A con los alumnos de la Universidad Pública Estatal, se realizó una aplicación del grupo de entrenamiento en habilidades con una muestra de adolescentes de una preparatoria particular, debido a la poca participación de los alumnos de la preparatoria, no fue posible utilizar los datos obtenidos, para realizar análisis estadísticos que permitieran brindar información sobre la efectividad del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A.

Aunque es importante señalar que esta primera aplicación sirvió para probar y mejorar el manual, los materiales como las hojas de trabajo o las diapositivas usadas en cada una de las sesiones. Sin embargo, el número de datos obtenidos como se señaló, no permitieron que los resultados fueran concluyentes por lo que tampoco se presentan en este documento.

A continuación se describe el procedimiento bajo el cual se desarrolló el trabajo del presente estudio: una vez recopilados los datos de la fase de pretest, se procedió a realizar la distribución de los participantes en 3 grupos (esto con el objetivo de respetar el número adecuado de participantes en un grupo de entrenamiento en habilidades DBT). La asignación se realizó de forma aleatorizada a cada uno de los grupos, cabe mencionar que con los datos del pretest se procedió a identificar a los alumnos que se encontraban en un riesgo elevado de presentar conducta suicida. Por lo que, se realizó con estos alumnos una evaluación para confirmar la presencia de dicho riesgo y de ser necesario derivarlos a una atención psicológica adecuada.

Es importante mencionar que en los participantes del grupo experimental únicamente se identificaron 7 alumnos, a los cuales se les realizó una entrevista para confirmar el riesgo de suicidio. De estos, solo 3 se consideraron en riesgo elevado de suicidio, y solo una recibió tratamiento individual de Terapia Dialéctica Conductual el cual no fue considerado para el análisis de datos del presente

estudio (debido a que tuvo inasistencias a las sesiones del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A).

El resto de los participantes que se identificaron con un riesgo elevado manifestó que ya recibía un tratamiento psicoterapéutico en el momento de la entrevista. Resaltando que estos alumnos tampoco se consideraron para el análisis estadístico ya que fueron parte de los participantes que dejaron de asistir a las sesiones del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A.

Continuando con el procedimiento que se siguió en el presente estudio, se debe resaltar que, si bien los participantes se dividieron en tres grupos, cada grupo es implementado cubriendo los lineamientos específicos para un grupo de entrenamiento en habilidades DBT-A. De este modo, la aplicación se realizó en sesiones semanales con una duración de dos horas, dirigidas por un líder y un co-líder los cuales tienen experiencia clínica y en implementación de grupos de entrenamiento en habilidades DBT-A, es importante mencionar que cada uno de los grupos tuvo un líder y co-líder los cuales se encargaron del grupo al que fueron designados desde el inicio hasta el final del entrenamiento en habilidades basado en DBT-A.

Para cada sesión los participantes recibían el material correspondiente, dicho material se derivó del manual de habilidades de Rathus y Miller (2015), estos materiales fueron previamente traducidos al español por la investigadora y corregidos posterior a la implementación del grupo de entrenamiento en habilidades implementado en la preparatoria particular previamente mencionado.

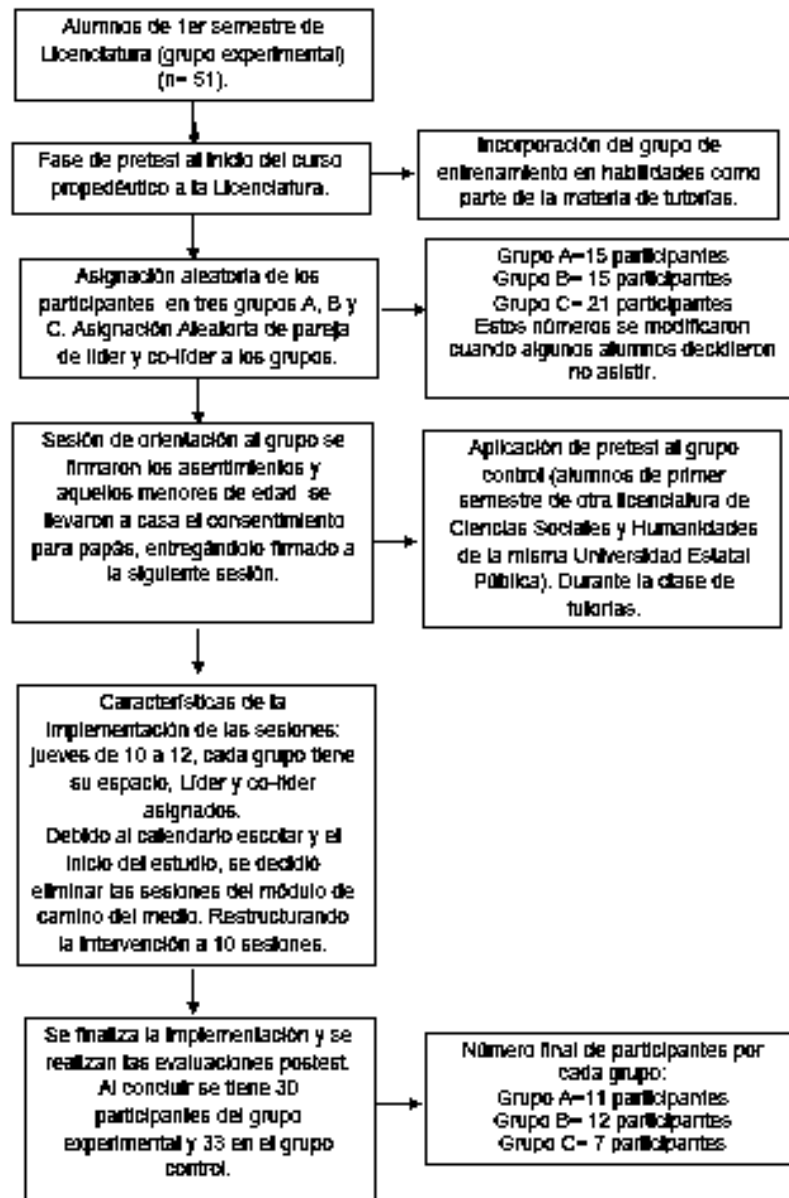
Para la implementación de las sesiones, cada líder y co-líder usaban el mismo manual y diapositivas para las sesiones, ambos materiales se revisaron y modificaron con base a la implementación del grupo de habilidades basado en DBT-A, el cual se trabajó con alumnos de la preparatoria particular.

Todos los participantes firmaron la carta de consentimiento informado y aquellos que al iniciar eran menores de edad, tuvieron que regresar una carta de consentimiento informado firmada por los padres. Las sesiones fueron videograbadas y para tener un mejor registro y control sobre los elementos que deben estar presentes en el grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, el líder y co-líder contestaban un formato de cotejo, donde registraban si el componente de la sesión se había realizado durante la misma. La investigadora responsable del presente estudio, también revisó los videos de las sesiones y contestó el formulario.

Las sesiones se realizaron todos los jueves desde las 10 am hasta las 12 pm. Cada grupo tenía un espacio propio para llevarse a cabo. Cada uno de los tres grupos contó con un número específico de participantes, en este caso el grupo que perdió más sujetos fue el grupo al cual se denominó como "C". La aplicación del grupo de entrenamiento en habilidades se llevó a cabo durante tres meses, finalizando con la sesión número de 10 (es importante señalar que inicialmente se tenían diseñadas 12 sesiones pero debido a tiempos escolares se decidió dejar fuera las sesiones del módulo del camino del medio), correspondiente al módulo de efectividad interpersonal, ese mismo día se realizó la aplicación de los instrumentos correspondiente a la fase de postest.

Es relevante señalar que en dos ocasiones las sesiones no se pudieron llevar semanalmente debido a eventos realizados por parte de la Universidad y si bien la participación de los alumnos fue continua, hubo dos sesiones en las cuales debido a evaluaciones y entregas de trabajo semestral, la participación de los jóvenes a las sesiones se vio afectada (en estas sesiones no se contó con la asistencia de todos los participantes). Sin embargo, para el análisis de resultados, solo se consideraron aquellos participantes que tenían como máximo una falta en su asistencia.

Figura 13. Diagrama de flujo de los participantes desde la selección de los muestra hasta el final de la implementación del Grupo de Entrenamiento en Habilidades basado en DBT-A



Fuente: elaboración propia.

5.7 Consideraciones éticas

Como parte de las cuestiones éticas para este estudio, en primer lugar se obtuvo el consentimiento para participar de los adolescentes en el cual se explicó en qué consistía el estudio y que las sesiones serían videograbadas. Para aquellos participantes que eran menores de edad, se entregó un consentimiento especial para ser firmado por los padres de familia (anexo 2).

Como segundo punto dentro de las cuestiones éticas, se realizó un tamizaje con los datos obtenidos de la fase del pretest un tamizaje que permitiera identificar a los chicos que estuvieran en riesgo elevado o inminente de conducta suicida.

Para los alumnos identificados se extendió un citatorio, en el cual se les asignó una cita (esto para realizar la entrevista y valorar el riesgo de suicidio), por parte de la clínica perteneciente al Departamento de Psicología.

En todo momento se estuvo en comunicación con la profesora designada como tutora del grupo para cualquier situación relacionada con el grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, de este modo, tal como se mencionó a los chicos identificados con riesgo suicida se le realizó una entrevista para confirmar dicho riesgo suicida y aquellos que se encontraban en esta situación se les ofreció recibir una atención psicológica, aceptó solo un alumno, mientras que el resto refirió ya estar en algún tratamiento.

Como parte de las consideraciones éticas y para tener un registro de si en algún momento un participante se encontraba en una situación de riesgo, todos los adolescentes que participaban en el grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A contestaban una tarjeta diaria perteneciente a la Terapia Dialéctica Conductual, con la finalidad de registrar si durante el grupo alguno de los chicos manifestaba algún impulso/conducta de autolesión o comportamiento suicida el cual hiciera necesario recibir atención psicológica.

5.8 Análisis de resultados

Los resultados se analizaron por medio del paquete estadístico SPSS, realizando las comparaciones de los puntajes obtenidos en la fase de pretest y postest, dichas comparaciones fueron intragrupales e intergrupales para los grupos experimental y control. Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, para conocer si las puntuaciones contaban con una distribución normal.

Dicha prueba permitió identificar que los puntajes de los participantes mostraban esta característica. Por lo que fue posible realizar los análisis estadísticos correspondientes, utilizando la prueba paramétrica t de student para muestras relacionadas e independientes.

Además de también identificar el tamaño del efecto logrado por el entrenamiento en habilidades para lo cual se utilizó el estadístico de Cohen (tabla 4).

Tabla 4. Análisis estadísticos utilizados para realizar comparaciones de los momentos de medición y para obtener el tamaño del efecto

	Tipo de análisis	Número total con pretest y postest	Análisis estadísticos	Justificación
Grupo experimental con pretest y grupo control con pretest	Comparaciones	30 participantes del grupo experimental y 33 participantes del grupo control	Prueba paramétrica t de student para muestras independientes	Se utiliza antes de iniciar la intervención para comparar las puntuaciones de dos medias y determinar que la diferencia no se deba al azar (que la diferencia sea estadísticamente significativa).
Grupo experimental con postest y grupo control con postest	Comparaciones	30 participantes del grupo experimental y 33 participantes del grupo control	Prueba paramétrica t de student para muestras independientes	Se utiliza al finalizar la intervención para comparar las puntuaciones de dos medias y determinar que la diferencia no se deba al azar (que la diferencia sea estadísticamente significativa).
Grupo experimental con pretest y postest	Comparaciones	30 participantes	Prueba paramétrica t de student para muestras relacionadas	Se utiliza antes y después de la intervención para comparar las puntuaciones de las medias de los integrantes de un mismo grupo y determinar que la diferencia no se deba al azar (que la diferencia sea estadísticamente significativa).
Grupo control			Prueba paramétrica t	Se utiliza para comparar las puntuaciones de dos medias y

con pretest y postest	Comparaciones	33 participantes	de student para muestras reacionadas	determinar que la diferencia no se deba al azar (que la diferencia sea estadísticamente significativa). Las mediciones se realizan al mismo tiempo que en el grupo experimental, pero en este grupo no se realiza intervención.
Grupo experimental medias de puntajes postest y Grupo control medias de puntajes postest	Tamaño del efecto	30 participantes del grupo experimental y 33 participantes del grupo control	d de cohen	Se utiliza para conocer el tamaño del efecto que tuvo una intervención o programa, con respecto a las puntuaciones de las medias, se obtiene a partir de la diferencia de las medias del grupo control y experimental sobre la desviación estándar. Todo esto por medio de la fórmula matemática correspondiente.

Fuente: elaboración propia con base en Pagano, R., (2011). Estadística para la ciencia del comportamiento. EUA: CengageLernage; Cohen, J. (1989). Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York; Gil-Díaz, M.E., Rivera-Heredia, M.E., González-Betanzos, F., López-Peñaloza, J., Hermosillo de la Torre, A.E., Gonzalez-Forteza, C. y Sánchez-Loyo, L.M. (2016). *Diseño, aplicación y evaluación de dos programas preelminares de intervención para la prevención del suicidio*. (Tesis de maestría, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán, México).

Capítulo 6. Resultados

Previo a la implementación del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, se realizó una fase de pretest; con los datos obtenidos se llevó a cabo un tamizaje (es importante señalar que el día de esta evaluación solo se presentaron 44 alumnos del grupo experimental, es importante mencionar que al final para el análisis de resultados solo se consideraron 30 alumnos para el grupo experimental), para identificar aquellos alumnos que se pudieran encontrar en riesgo elevado o inminente de conducta suicida.

Por medio del tamizaje se seleccionaron 7 participantes que se consideró se encontraban en un riesgo elevado o inminente de suicidio. De los cuales 3 presentaban puntajes elevados de ideación suicida, mientras que los restantes presentaban puntajes altos en desregulación, sintomatología depresiva, además de recursos psicológicos insuficientes y autoestima baja. Como se mencionó anteriormente se realizaron entrevistas de evaluación para confirmar el riesgo y derivado de dichas entrevistas se implementaron las acciones necesarias previamente explicadas. Tal como se observa en los datos, el número de adolescentes designados al grupo experimental no presentaban un riesgo elevado o inminente de suicidio, lo cual se deduce a partir del número de participantes que reportaron presencia de ideación o intento suicida. Sin embargo, los datos muestran la presencia de puntajes elevados en el resto de las variables, consideradas como factores de riesgo para el desarrollo de conductas suicidas (tabla 5).

Tabla 5. Datos del grupo experimental y grupo control correspondientes a la fase de pretest, perteneciente al tamizaje de ambos grupos

Nombre de la variable	Grupo experimental (44)		Grupo control (n=33)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No presenta sintomatología depresiva	7	14.9	3	9.1
Presenta sintomatología depresiva	33	70.2	24	72.7
Presenta sintomatología depresiva elevada	7	14.9	6	18.2
Presenta ideación suicida	3	6.4	5	15.2
No presenta ideación suicida	44	93.6	28	84.8
Intento suicida	2	4.3	7	21.2
Sin intentos suicidas	45	95.7	26	78.8

Recursos psicológicos insuficientes	7	15.2	4	12.1
Recursos psicológicos necesarios	31	67.4	26	78.8
Recursos psicológicos suficientes y necesarios	9	17.4	3	9.1
Desregulación emocional alto	7	14.9	7	21.2
Desregulación emocional mediano	34	72.3	20	60.6
Desregulación emocional bajo o nulo	5	10.6	6	18.2
Autoestima alta	7	14.9	4	12.1
Autoestima media	30	63.8	24	72.7
Autoestima baja	10	21.3	5	15.2

Fuente: elaboración propia.

A continuación se presentan los resultados obtenidos por medio del análisis estadístico. Como primer paso para realizar el análisis de los datos se llevó a cabo una comparación de los puntajes obtenidos por los participantes, con la finalidad de identificar si ambos grupos se encontraban con características semejantes, es decir, que los participantes estuvieran en igualdad de condiciones antes de iniciar la fase de implementación de las sesiones del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A.

Dicha comparación se realizó mediante la prueba t de student para muestras independientes, el análisis indicó que los participantes no mostraban diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las diversas variables, de este modo, se asume que previo a la aplicación del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, los participantes tanto del grupo experimental como el grupo control se encontraban en igualdad de condiciones.

Posteriormente se realizaron las comparaciones al interior del grupo control y el grupo experimental, para identificar si existían diferencias estadísticamente significativas en las variables de sintomatología depresiva, autoestima, recursos psicológicos, desregulación emocional y formas de afrontamiento DBT. Esta comparación de los puntajes entre las fases de pretest y posttest se realizó mediante la prueba estadística t de student para muestras dependientes. A continuación se presentan los principales resultados encontrados en el análisis de datos.

Para el grupo experimental se observaron diferencias estadísticamente significativas al realizar las comparaciones intergrupales, específicamente menores puntajes en el posttest para la dimensión de disforia ($t= 2.351$, $p. <0.05$),

también se registró un aumento en las puntuaciones para la dimensión de tipo de pensamiento ($t= -3.135$, $p. <0.05$). Ambas dimensiones pertenecen a la escala de sintomatología depresiva (CESD-R) (tabla 6).

Tabla 6. Comparación de los puntajes obtenidos en las dimensiones de disforia y tipo de pensamiento pertenecientes a la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-R) en el pretest y postest del grupo experimental

Dimensión	N	Pretest		Postest		t	Sig.
		Media	DE	Media	DE		
Disforia	30	.84	.624	.61	.412	2.351	.026
Tipo de pensamiento	30	.78	.662	1.27	.774	-3.130	.004

Fuente: elaboración propia.

Mientras que, en el análisis estadístico para la escala de autoestima, el grupo experimental mostró un aumento en las puntuaciones ($t=-8.686$, $p.<0.05$) al comparar las fases de pretest y postest al interior del grupo experimental (tabla 7).

Tabla 7. Comparación de los puntajes para la escala de autoestima en el grupo experimental, correspondientes a las fases del pretest y postest

Dimensión	N	Pretest		Postest		t	Sig.
		Media	DE	Media	DE		
Autoestima	30	3.28	.355	2.66	.395	-8.686	.000

Fuente: elaboración propia.

En relación a los resultados encontrados al realizar las comparaciones, también se observó un incremento estadísticamente significativo para la dimensión de metas ($t=-3.584$, $p.<0.05$) perteneciente a la escala de desregulación emocional (DERS).

Tabla 8. Comparación de los puntajes para la dimensión de metas pertenecientes a la escala de desregulación (DERS) del grupo experimental, correspondientes a las fases del pretest y postest

Dimensión	N	Pretest		Postest		t	Sig.
		Media	DE	Media	DE		
Metas	30	1.8	.817	2.38	.537	29	-3.584 .001

Fuente: elaboración propia.

Dentro de este mismo tema, el análisis de datos permitió identificar diferencias estadísticamente significativas para dos dimensiones pertenecientes a las escalas de recursos psicológicos, específicamente, se observó un aumento en las puntuaciones en la dimensión de manejo del enojo ($t=-4.455$, $p.<0.05$). Por otro lado, se obtuvo una disminución en las puntuaciones para la dimensión de creencias religiosas ($t= 2.538$, $p.<0.05$). Dichos resultados corresponden a la comparación de las fases del pretest y postest para el grupo experimental (tabla 9).

Tabla 9. Comparación de los puntajes para las dimensiones de enojo y creencias religiosas pertenecientes a las escalas de recursos psicológicos del grupo experimental, correspondientes a las fases del pretest y postest

Dimensión	N	Pretest		Postest		t	Sig
		Media	DE	Media	DE		
Manejo del Enojo	30	3.03	.390	3.46	.482	-4.455	.000
Creencias religiosas	30	2.24	1.095	1.93	1.097	2.138	.040

Fuente: elaboración propia.

Por último, en el grupo experimental para la escala de estrategias de afrontamiento DBT, se encontró una disminución estadísticamente significativa en las puntuaciones para las dimensiones de afrontamiento disfuncional ($t=3.465$,

$p < 0.05$) y para la dimensión de afrontamiento culpando a otros ($t = -2.316$, $p < 0.05$). Dentro de esta misma escala se registró un aumento en las puntuaciones para la dimensión de habilidades usadas ($t = -4.585$, $p < 0.05$) al interior del grupo experimental (tabla 10).

Tabla 10. Comparación de los puntajes de la escala de estrategias de afrontamiento DBT, entre las fases del pretest y posttest del grupo experimental

Dimensión	N	Pretest		Posttest		t	Sig.
		Media	DE	Media	DE		
Formas de Afrontamiento DBT total	30	1.77	.267	1.88	2.64	-2.750	.010
Afrontamiento disfuncional	30	1.63	.511	1.34	.478	3.465	.002
Afrontamiento Culpando a otros	30	1.17	.585	.93	.577	-2.316	.028
Habilidades usadas	30	1.96	.374	2.25	.372	-4.585	.000

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a las comparaciones realizadas por medio de los análisis estadísticos para las puntuaciones al interior del grupo control, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las escalas utilizadas en el presente estudio.

De este modo, como segundo paso en el análisis de los datos estadísticos, se procedió a realizar una comparación de los puntajes correspondientes a la fase de posttest para el grupo experimental y control, con la finalidad de identificar si existían diferencias estadísticamente significativas en las cuatro escalas utilizadas. Para realizar esta comparación se utilizó la prueba t de student para muestras independientes. Dicho análisis arrojó la existencia de diferencias estadísticamente significativas, estos resultados se muestran a continuación.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de la fase de postest entre el grupo experimental y el grupo control para la puntuación total de la Escala CESD-R ($t=-2.519$, $p<0.05$), también, para las dimensiones amigos/ocupación/familia ($t=-2.503$, $p<0.05$) y agitación psicomotora ($t=-2.641$, $p<0.05$) pertenecientes a la escala CESD-R (tabla 11).

Tabla 11. Comparación de los puntajes de la escala del centro de estudios epidemiológicos (CESD-R) en los datos correspondientes a la fase del postest para los grupos experimental y control

Dimensión	Control			Experimental			t	Sig.
	N	Media	DE	N	Media	DE		
CESD Total	33	1.03	.605	30	.72	.342	-2.519	.015
Amigos- ocupación- familia	33	1.14	.868	30	.68	.565	-2.503	.015
Culpa	33	1.08	.883	30	.64	.601	-2.639	.023
Agitación psicomotora	33	1.30	.918	30	.82	.477	-2.641	.011

Fuente: elaboración propia.

Por medio del mismo análisis estadístico, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las fases de postest entre el grupo experimental y el control para la escala de desregulación emocional (DERS) en las dimensiones de conciencia ($t=-2.639$, $p<0.05$) y claridad ($t=-2.037$, $p<0.05$).

Tabla 12. Comparación de los puntajes para la escala de desregulación emocional (DERS) en las dimensiones de claridad y conciencia entre los grupos experimental y control, correspondiente a la fase de postest

Dimensión	Control			Experimental			t	Sig.
	N	Media	DE	N	Media	DE		
Claridad	33	2.42	.942	30	1.95	.888	-2.037	.046
Conciencia	33	2.55	.776	30	2.08	.611	-2.639	.010

Fuente: elaboración propia.

Para el análisis de los puntajes entre el grupo experimental y control para las escalas de recursos psicológicos, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones de los datos entre las fases del postest de los grupos para la dimensión de recursos afectivos ($t=-3.047$, $p<0.05$), así como también, para las dimensiones de manejo del enojo ($t=2.093$, $p<0.05$), recuperación del equilibrio ($t=2.090$, $p<0.05$) y de igual forma, para la dimensión de creencias religiosas ($t=2.290$, $p<0.05$).

Tabla 13. Comparaciones de los puntajes de las fases postest de los grupos experimental y control de las escalas de recursos psicológicos en cuanto a las dimensiones de recursos afectivos, manejo del enojo, recuperación del equilibrio y creencias religiosas

Dimensión	Control			Experimental			t	Sig.
	N	Media	DE	N	Media	DE		
Recursos Afectivos	33	2.87	.550	30	3.24	.381	-3.047	.003
Manejo del enojo	33	2.84	.698	30	3.12	.482	2.093	.040

Recuperación del equilibrio	33	2.84	.698	30	3.23	.668	2.090	.025
Creencias religiosas	33	2.92	1.134	30	1.93	1.095	2.290	.025

Fuente: elaboración propia.

Mientras que, de acuerdo con el análisis estadístico comparando los puntajes de la fase postest de los grupos experimental y control para la escala de formas de afrontamiento DBT, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la escala total ($t=2.036$, $p<0.05$) y la dimensión de uso de habilidades ($t=3.234$, $p<0.05$),

Tabla 14. Comparaciones de los puntajes de las fases del postest de los grupos experimental y control en la escala de formas de afrontamiento DBT en su puntaje total y para la dimensión de habilidades usadas

Dimensión	Control			Experimental			t	Sig.
	N	Media	DE	N	Media	DE		
Formas de afrontamiento DBT total	33	1.72	.371	30	1.88	.264	2.036	.046
Habilidades usadas	33	1.92	.463	30	2.25	.332	3.234	.002

Fuente: elaboración propia.

Posterior a las comparaciones anteriormente mencionadas y como una tercera fase en el análisis estadístico, se procedió a obtener el tamaño del efecto derivado de la implementación del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, para lo cual, se utilizó el estadístico d de Cohen.

Específicamente, se utilizó en los puntajes totales de las escalas de sintomatología depresiva ($d=0.65$), autoestima ($d=0.16$), recursos psicológicos

($d=0.39$), desregulación emocional ($d=0.80$) y formas de afrontamiento DBT ($d=0.25$), así como también, de las dimensiones de disforia ($d=0.72$) y pensamientos ($d=0.60$), agitación ($d= 0.68$) y amigos-ocupación-familia ($d= 0.65$) pertenecientes a la escala CESD-R, las dimensiones de enojo ($d=0.54$) y creencias religiosas ($d=0.65$), recuperación del equilibrio ($d= 0.57$), recursos afectivos ($d= 0.85$) de las escalas de recursos psicológicos, la dimensión de metas ($d=.01$) de la DERS y por último las dimensiones de habilidades disfuncionales ($d=0.35$), culpar a otros ($d=0.49$) y habilidades usadas ($d=0.67$) incluidas en la escala de estrategias de afrontamiento DBT.

Dichos resultados se obtuvieron por medio de la fórmula matemática para obtener la d de Cohen. Este análisis estadístico permite conocer a través de las diferencias de la media y la desviación estándar ponderada, el tamaño del efecto que tuvo el grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, por lo que, para obtener dicho dato se procedió a utilizar los puntajes obtenidos por ambos grupos en la fase de posttest, tal como se mencionó, para las escalas totales y también para aquellas dimensiones en las cuales las comparaciones intergrupales presentaron diferencias estadísticamente significativas y los puntajes obtenidos se presentan en la tabla 15. Tal como se puede observar la magnitud del tamaño del efecto derivada del estadístico sugiere que dichos valores se encuentran en una escala de leve a moderado.

Tabla 15. Puntuaciones obtenidas con el estadístico de Cohen para el tamaño del efecto de las escalas de depresión (CESD-R), escala de autoestima, escala de desregulación emocional (DERS), escalas de recursos psicológicos y escala de formas de afrontamiento DBT

Dimensión	Control			Experimental		d
	N	Media	DE	Media	DE	
CESD-R	63	.72	.605	1.03	.342	0.65**
Total						
Disforia	63	.61	.412	1.5	.802	0.72**

Tipo de Pensamiento	63	3.12	1.27	1.27	.744	2.06***
Agitación	63	.1.30	.918	.82	.477	0.68**
Amigos-ocupación Familia	63	1.14	.868	.68	.545	0.65**
Autoestima	63	2.66	.280	.262	.195	0.16*
Recursos Psicológicos total	63	2.99	.311	3.15	.509	0.39*
Manejo del Enojo	63	3.12	.776	3.46	.482	0.54**
Recuperación del equilibrio	63	2.84	.698	.323	.668	0.57**
Recursos afectivos total	63	2.87	.550	.324	.381	0.85***
Creencias Religiosas	63	2.92	1.134	1.93	1.095	0.65**
Desregulación emocional Total	63	2.22	.747	1.89	.823	0.80***
DERS Metas	63	2.37	.484	2.38	1.014	0.01*
Formas de Afrontamiento DBT total	63	1.88	.264	1.72	.280	0.25*
Afrontamiento disfuncional	63	1.53	.590	1.34	.478	0.35*
Afrontamiento Culpando a Otros	63	.90	.640	.93	.577	0.49*
Habilidades Usadas	63	1.92	.640	2.25	.333	0.67**

Fuente: elaboración propia. Los valores inferiores a .20* señalan un bajo tamaño del efecto, los valores de .50** señala un efecto mediano y los valores mayores a .80** indican un tamaño del efecto alto.

De acuerdo con los resultados anteriormente mencionados es posible identificar los principales cambios existentes en las diversas variables evaluadas en el presente estudio, Por lo que se considera que la

impelentacion del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A obtuvo resultados favorables, en cuanto a los diversos puntajes de los factores de riesgo de la conducta suicida que fueron considerados en el desarrollo de esta investigación.

De este modo con los resultados obtenidos es posible argumentar que la aplicacion de este componente de la Terapia Dialéctica Conductual tiene efectos positivos para diversas variables relacionadas con la salud mental y la calidad de vida de los estudiantes. Asi como también, es posible observar como se registró un cambio, en el uso de habilidades, esto de acuerdo con las diferencias estadísticamente significativas reportadas por la escala de habilidades de afrontamiento DBT.

Dentro de este mismo orden de ideas es posible señalar que los grupos de entrenamieto en habilidades basados en DBT-A son efectivos para trabajar sobre factores de riesgo de la conducta suicida. De igual forma, se considera necesario realizar modificaciones que permitan obtener mayores resultados que los encontrandos en esta investigación, que hagan posible la disminución o fortalecimiento de las diversas variables asociadas a los comportamientos suicidas, en versiones reducidas que se adecuen a los tiempos y contextos escolares.

Capítulo 7. Discusión

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

Los principales resultados obtenidos muestran diferencias estadísticamente significativas en algunas de las dimensiones de las variables medidas: los recursos psicológicos, como también las dimensiones de esta escala, tal es el caso de las subdimensiones del manejo del enojo y las creencias religiosas, dos dimensiones de la escala CESD-R disforia y pensamiento, la escala de autoestima, la dimensión de metas de la escala DERS y la escala de formas de afrontamiento DBT. De acuerdo con estos resultados la implementación de un grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A tuvo un impacto en el aumento de las variables anteriormente señaladas.

De igual forma, el análisis de los datos permitió identificar el tamaño del efecto del grupo que recibió el entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, el cual se encontró para las escalas totales y las dimensiones mencionadas anteriormente reportándose con una magnitud de leve a moderado, lo cual permite tener una comprensión más exacta de los beneficios de grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A.

Es importante resaltar que dicho grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A tuvo como participantes adolescentes que no se encontraban en alto riesgo de conducta suicida. A continuación se discuten los principales resultados de esta investigación y las coincidencias encontradas con otros estudios dentro de los cuales se ha implementado el grupo de entrenamiento en habilidades DBT-A para la reducción de diversas variables relacionadas con la salud mental en adolescentes.

En primer lugar se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de estado de ánimo deprimido o disforia ($t= 2.351$, $p.<0.05$) y la dimensión tipo de pensamiento ($t= -3.135$, $p.<0.05$) correspondientes a la escala CESD-R. Dicho resultado indica que los participantes del grupo de entrenamiento en habilidades mejoraron en relación a su estado de ánimo en este componente de la sintomatología depresiva. Este resultado coincide con lo encontrado por Sharanavard y Reza del 2018, en el cual posterior a la aplicación de un grupo de entrenamiento en habilidades con un total de 8 sesiones, identificaron al comparar las medias del grupo control y experimental una disminución en los puntajes correspondientes a la variable de síntomas depresivos.

En este mismo sentido, un estudio de Harley, Sprinch, Safren, Jacobo y Fava (2008) que contó con una muestra de pacientes con depresión y cuyo objetivo principal era la reducción de los síntomas depresivos a través de la implementación de un grupo de entrenamiento en habilidades con un número de 16 sesiones, reportó como principal resultado, la reducción y mejoría significativa de síntomas depresivos en las personas que recibieron el entrenamiento en habilidades en comparación con aquellos participantes designados al grupo control.

De igual forma, en otro estudio similar realizado por Soler, Pascual, Tiana, Cebria, Barrachina, Campins, Gich, Álarez, Pérez (2009), se reporta la disminución o mejoría de síntomas depresivos, además de la reducción en síntomas psiquiátricos y la mejoría de estados del ánimo y emociones, en aquellos participantes que tomaron el grupo de entrenamiento en habilidades de 13 sesiones. De acuerdo con estos investigadores, las sesiones realizadas tuvieron un efecto positivo en los participantes.

De este modo se observó que los resultados del presente estudio coinciden con diversas investigaciones, en las cuales se reportó una disminución en las puntuaciones de depresión o sintomatología depresiva, posterior a la implementación del grupo de entrenamiento en habilidades DBT-A.

Es así que, al hablar de la efectividad de los grupos de entrenamiento en habilidades DBT, Elices, Soler, Feliu-Soler, Carmona, Tiana, Pascual, García-Palacios, y Álvarez (2017) reportan resultados de un ensayo clínico aleatorizado específicamente para prevenir la reaparición de síntomas depresivos en pacientes con un diagnóstico de estado depresivo mayor. De acuerdo con los autores, los principales resultados se centraron en la reducción de sintomatología depresiva, más que en incidir sobre la reaparición o recaídas para un diagnóstico de estado depresivo mayor. Este estudio difiere de las investigaciones anteriormente mencionadas ya que el diseño temático de los grupos de habilidades únicamente considero dos de los cuatro módulos que se abordan en un grupo de entrenamiento en habilidades DBT, atención plena y regulación emocional.

Es importante analizar que el uso de los módulos de regulación emocional y atención plena (especialmente este último) podrían servir como sustento para explicar cómo en la presente investigación, la dimensión de pensamiento de la escala CESD-R también mostró diferencias estadísticamente significativas, recordando que los ítems de esta dimensión se centran en la dificultad de la persona de mantenerse concentrado o atento en las actividades o cosas importantes que la persona está realizando.

De este modo la mejoría en estos puntajes podría ser explicado por las habilidades de mente sabia y las habilidades “qué y cómo”, las cuales se enseñan y modelan como parte del módulo de atención plena en las primeras sesiones y tal como se menciona por Rathus y Miller (2015) dichas habilidades de atención plena son fundamentales para poder adquirir y practicar el resto de las habilidades correspondientes a los demás módulos, señalando que a lo largo del entrenamiento se recurre en cada sesión a la práctica de la atención plena, no solo al inicio de las sesiones sino también como ya se hizo referencia anteriormente en el modelado y práctica de las habilidades correspondientes a cada sesión.

De manera particular, en este aspecto se consideraría relevante haber utilizado una escala de atención plena, específicamente para evaluar habilidades

relacionadas con esta temática, de tal modo que permita identificar de forma puntual si existen modificaciones en los participantes y que al mismo tiempo brinden un sustento a la hipótesis de cómo las habilidades de atención plena inciden o se relacionan con la mejoría en las puntuaciones de la media o en el tamaño del efecto, en este caso particular, para la dimensión de pensamiento.

Dentro de esta misma temática, al evaluar el tamaño del efecto de la aplicación del grupo de entrenamiento en habilidades para la dimensión de disforia, se encontró una $d=0.72$ lo cual indicaría un efecto alto para este puntaje, es decir que, los adolescentes que participaron en el grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A se vieron beneficiados en la reducción de síntomas asociados con la presencia de un estado de ánimo depresivo. Inclusive al obtener el tamaño del efecto correspondiente al puntaje total de la escala, también se obtuvo una $d=0.68$, la cual sugiere un tamaño del efecto moderado.

Por otro lado, es importante resaltar que el haberse modificado los puntajes de dichas dimensiones resulta significativo al hablar no solo de salud mental de los adolescentes, sino también, de estrategias encaminadas a la prevención de la conducta suicida en adolescentes, recordando que existen diversas investigaciones (González-Forteza, Jiménez-Tapia, Gómez, 1999; González-Forteza, Mariño y Pérez, 2002; González-Forteza, Caballero, Ramos y Wagner, 2003, Veytia, Gónzañez, López, Andrade-Palos, Oudohl, 2012, Rivera-Rivera, Rivera-Hernández, Pérez-Amezcuca, Leyva-López, De Castro, 2015, Chávez-Hernández, González-Forteza, Juárez, Vázquez-Vega y Jiménez-Tapia, 2015) que resaltan la presencia de sintomatología depresiva como un factor de riesgo altamente asociado con el suicidio.

Cabe resaltar que estos estudios se han realizado en jóvenes y adolescentes de México. Considerado de este modo, que la implementación del grupo de entrenamiento en habilidades podría interpretarse como un recurso que incide específicamente en estados de salud mental favorables para los adolescentes y jóvenes.

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

En otro aspecto de los resultados, se observa que se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para la dimensiones de manejo del enojo ($t=-4.455$, $p. <0.05$) y creencias religiosas ($t= 2.538$, $p. <0.05$), ambas pertenecientes a las escalas de recursos psicológicos. Estos resultados son relevantes al hablar de la efectividad del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A en cuanto a su impacto en el manejo de las emociones, específicamente el haber observado un aumento en los puntajes del manejo del enojo en los participantes del grupo de entrenamiento en habilidades.

Esto sugiere que la adquisición y el uso de las habilidades en los participantes influyeron en el manejo de emociones como lo es el enojo. Resaltando que tal como la literatura lo señala, los grupos de entrenamiento en habilidades DBT, cuentan con resultados positivos para mejorar los estados de ánimo, regular emociones e incluso existen algunos estudios que reportan un aumento o mejora en el manejo del enojo.

Además de recordar que el entrenamiento en habilidades esta orientado a que los participantes adquieran nuevas conductas que permitan reducir el malestar, ser más conscientes de sus emociones, sentimientos y pensamientos, logrando un mejor control y manejo de ellos, como también generar una mejor tolerancia al malestar en momentos que pueden llegar a experimentar situaciones de crisis.

Continuando con la discusión de los resultados, para las escalas de recursos psicológicos, en especial para la dimensión de creencias religiosas dentro de la cual se encontró una disminución en las puntuaciones al realizar las comparaciones de ambas fases, se postula que dicho resultado se puede explicar con el desarrollo de habilidades de regulación emocional al lograr un mejor control de sus emociones además de también ser más conscientes de sus emociones y pensamientos en el momento presente, lo cual se relaciona con la adquisición de las habilidades de atención plena, dado que esta dimensión de los recursos psicológicos pertenece a las escalas de recursos cognitivos se enfoca hacia una percepción que tiene el individuo sobre las situaciones que vive o enfrenta, por lo que en los participantes disminuyeron en sus puntuaciones porque el uso de este recurso tuvo un cambio en cuanto a la percepción o abordaje que daban a sus problemas, es decir que el cambio se dió hacia las habilidades más relacionadas con aspectos conductuales, en este orden de ideas es posible que los participantes al usar las habilidades de atención plena, estaban más conectados consigo mismos en cuanto a sus experiencias privadas prestando más atención a sus emociones y conductas, por lo que, recurrieron menos a sus creencias religiosas.

Por otro lado, la mejoría de la dimensión del manejo del enojo se considera relevante ya que como lo reporta un estudio de Rivera-Heredia y Andrade-Palos (2006), al comparar los recursos psicológicos de adolescentes con y sin ideación suicida, se encontró que aquellos adolescentes que reportaban presencia de ideación suicida obtenían puntajes bajos específicamente en el manejo del enojo. De igual forma, Hermosillo de la Torre et al. (2015) encontraron en una muestra de adolescentes diferencias significativas entre aquellos que presentaban un adecuado manejo de enojo y la presencia o ausencia de tentativas de suicidio, es decir, aquellos que contaban con un óptimo manejo del enojo, no presentaban intentos suicidas.

Estas variables denominadas como recursos psicológicos cuentan con un papel importante al hablar de estados de salud mental favorables; dentro de la literatura

científica se han retomado ampliamente en estudios sobre comportamientos suicida, (Dominguez-Mercado, Hermosillo de la Torre y Vacio-Muro, 2016); también se han considerado para el diseño de programas de intervención como factores de prevención en la conducta suicida (Gil-Díaz, Rivera-Herdia, González-Betanzos, López-Peñaloza, Hermosillo de la Torre, González-Forteza y Sánchez-Loyo, 2016). En este mismo orden de ideas existen investigaciones relacionadas con la presencia de sintomatología depresiva y su papel como variables mediadores en la vulnerabilidad cognitiva para la depresión (Hermosillo de la Torre y Rivera-Heredia, 2019) e incluso se han retomado en temáticas donde la salud mental se encuentra en riesgo debido a factores asociados con problemas psicosociales y condiciones de vida como la migración (Rivera-Heredia, Martínez-Ruíz, Cervantes-Pacheco y Obregón-Velasco, 2019).

De este modo, al hablar específicamente de entrenamiento en habilidades DBT, existen diversos estudios con participantes adolescentes y adultos (Nelson-Gray, Keane, Hurst, Mitchell, Warburton, Chok y Cobb, 2006; Woodberry y Popenoe, 2008; Soler, Pascual, Tiana, Cebria, Barrachina, Campins Gich, Alvarez y Pérez, 2009; Shelton, Zhang y Trestman, 2011), en los cuales se utilizó un grupo de entrenamiento en habilidades para mejorar el manejo del enojo y los comportamientos agresivos, obtuvieron resultados positivos en la reducción del enojo, la irritabilidad y conductas agresivas. Dichos datos permiten considerar que al igual que con la reducción de síntomas depresivos, la aplicación únicamente del componente de grupo de entrenamiento en habilidades DBT como un recurso efectivo para el control y el manejo del enojo al hablar tanto de adolescentes como de adultos. Por lo que los participantes que presentan dichas conductas problema serán beneficiados con la adquisición de habilidades más efectivas y funcionales que les permitirán sobrellevar y manejar las diversas problemáticas de la vida de forma adecuada y más saludable.

Tal como se ha mencionado anteriormente, la aplicación de grupos de entrenamiento en habilidades DBT (estándar) y DBT-A ha mostrado resultados positivos para mejorar la regulación emocional tanto en adultos como en

adolescentes. De igual forma, existen diversos estudios (Lenz, Del Conte, Hollenbaugh y Callender, 2016) que reportan que los participantes del grupo de entrenamiento en habilidades obtienen mejoría relacionada con la regulación emocional, como lograr una mejor respuesta ante crisis emocionales y un aumento en su capacidad de identificar sus emociones, aunque en la presente investigación solo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para la dimensión de metas ($t=-3.584$, $p.<0.05$) de la escala de desregulación emocional DERS.

Es importante mencionar que los ítems que forman esta dimensión están orientados a medir en las personas dificultades para implementar conductas orientadas a metas, de este modo, se puede considerar que el grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A fue de utilidad para mejorar en los participantes los aspectos relacionados con la capacidad de las personas de actuar orientados hacia una actividad, desde el concentrarse en la actividad que se está realizando hasta no permitir que sus emociones o pensamientos interfieran en sus actividades. Es decir, que las habilidades adquiridas en los grupos serían de utilidad con los participantes para poder notar, describir y nombrar las emociones, así como también para poder experimentarlas aunque estas sean abrumadoras, sin que por esto las personas sean poco efectivas en las actividades que llevan a cabo.

Dicho resultado podría asociarse con la adquisición de las habilidades de atención plena, las cuales juegan un rol importante en cuanto a aumentar la autoconsciencia, la capacidad de las personas a enfocarse en una sola actividad, desarrollando una atención y concentración focalizada en su totalidad en la tarea que desempeña la persona, además de ayudar a la persona a desarrollar conductas que no estén motivadas por los impulsos que lleguen a presentar durante el día.

Es importante también recordar que al realizar las comparaciones intergrupales, los análisis arrojaron que existían diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de conciencia y claridad, así como también se obtuvo un tamaño del efecto para la escala total del DERS alto ($d=0.80$).

En cuanto a las dimensiones de esta escala que no obtuvieron una mejoría en sus puntuaciones, se considera que para futuras aplicaciones se deberá reforzar las sesiones para las habilidades de regulación emocional, sobre todo prestar atención y cuidado en lograr que los participantes no solo aprendan la habilidad, sino además que sean capaces de practicarlas cuando sean necesarias en su vida diaria. Recordando que la utilidad de estas habilidades radica principalmente en que los participantes sean capaces de observar e identificar sus emociones, lo cual permita generar nuevas conductas que hagan posible el desarrollar estados mentales y emocionales manejables y saludables.

En contraste con esto, un estudio de Holmqvist, Andersson, Stern y Zetterqvist, (2019), en el cual se trabajó un grupo de entrenamiento en habilidades de 5 sesiones con adolescentes y sus padres, se encontró mejoría en la regulación emocional tanto en adolescentes como en los padres, así, los autores reportaron diferencias estadísticamente significativas no solo en los puntajes totales de la escala DERS, sino también, siendo coincidente con el presente estudio, encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de metas.

Dentro de los resultados con diferencias estadísticamente significativas, del presente estudio se encontró la escala de autoestima, en la cual los participantes mostraron mejores puntuaciones ($t=-8.686$, $p. <0.05$), de este modo en diversos estudios se resalta la importancia que tiene la presencia de niveles bajos de autoestima en población adolescente que al mismo tiempo presentan conducta suicida (González-Forteza, Ramos-Lira, Caballero y Wagner, 2003 y Mastache y De Haro, 2018). Recordando que esta variable es considerada como un factor de riesgo para el desarrollo de este tipo de conductas.

Así el obtener una mejoría en estas puntuaciones se considera un aspecto positivo para los participantes del estudio. Dicho resultado reafirma las bondades de implementar el entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, en cuanto a la mejoría de variables como la autoestima que se relacionan con el bienestar y la salud emocional de los adolescentes. Es decir que a través del entrenamiento en habilidades basado en DBT-A los participantes logran sentirse más confiados en sí

mismos además de que el grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A brinda un espacio validante, donde se procura que los participantes sean compasivos y autocompasivos, por lo que estos aspectos pudieran tener influencia en contar con este tipo de resultados.

Continuando con la discusión de los principales resultados, en el presente estudio los participantes presentaron una mejoría en los puntajes correspondientes a la escala de formas de afrontamiento DBT, Cabe mencionar que debido a que la escala de formas de afrontamiento DBT, esta diseñada para medir las habilidades utilizadas, se consideró pertinente el retomarla en el presente estudio, dado que en su diseño integra las habilidades pertenecientes a los cuatro módulos del tratamiento.

Así mismo los resultados sugieren que posterior a su participación en el grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, los participantes mejoraron en el uso de estrategias de afrontamiento más funcionales ante las diversas situaciones estresantes ($t = -4.585$, $p < 0.05$). De acuerdo con este resultado el uso de habilidades o estrategias de afrontamiento más funcionales o efectivas se relaciona con la mejoría de las puntuaciones en las variables evaluadas dentro del estudio. Con base en estos puntajes, es posible argumentar que los participantes del grupo se beneficiaron en cuanto a la adquisición de las habilidades enseñadas durante el grupo.

Además de las diferencias estadísticamente significativas, es importante señalar que los puntajes totales y por dimensiones obtuvieron un tamaño del efecto de mediano a alto, resaltando que específicamente para la dimensión de habilidades usadas se obtuvo una $d = 0.87$ la cual sugiere que el efecto del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A fue alto en cuanto a las habilidades que los participantes usaron en los puntajes posttest. Dicho dato reafirma el argumento anteriormente mencionado en el cual se resalta el beneficio de la participación en el grupo de entrenamiento de habilidades basado en DBT-A debido a la adquisición de habilidades, especialmente el aprender habilidades más efectivas para diversas situaciones.

Es importante mencionar que existen pocos estudios donde se utilice esta escala para versiones de grupo de entrenamiento específicamente con DBT-A, por lo que es complicado el contraste con los resultados encontrados en el presente estudio y los publicados en otras investigaciones, si bien existen algunos estudios en los cuales se retoma la escala de formas de afrontamiento DBT, se ha hecho trabajando con el formato de tratamiento DBT estándar o la versión DBT-STEPS-A para contextos escolares. Por lo que, los resultados de dichas investigaciones no se retoman para la discusión de este estudio.

Con base en los resultados obtenidos con la escala de formas de afrontamiento DBT, es factible considerar que, el grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, obtuvo resultados prometedores lo que sugiere que puede ser utilizada en su versión breve, con adolescentes mexicanos, como herramienta para la prevención de conductas suicidas al fortalecer algunas de las variables asociadas a su presencia.

Además de obtener datos que permiten confirmar que la aplicación de las 10 sesiones del grupo tienen un efecto significativo en la adquisición y el uso de habilidades, las cuales son de suma importancia al poder recurrir a ellas en momentos de malestar y estrés que puedan experimentar los adolescentes, proporcionándoles formas más adecuadas y efectivas para enfrentar y/o manejar los momentos de malestar emocional, regular sus emociones, mejorar su relaciones con los otros, aprender a identificar las emociones e identificar la forma en la que el cuerpo reacciona ante ellas antes de actuar con los impulsos de las mismas.

Siendo capaces de estar plenamente conscientes de las emociones, sensaciones y pensamientos que incrementan las emociones o el malestar y establecer estrategias que ayuden a no recurrir a conductas que pueden poner en riesgo la vida de los adolescentes.

De igual forma, se cuenta con información que sugiere que también el grupo de habilidades basado en DBT-A impacta en la disminución del uso de habilidades o

estrategias de afrontamiento disfuncionales, si bien es necesario realizar diversas modificaciones especialmente para mejorar esta versión basada en un grupo de habilidades DBT-A

Como parte de la interpretación de los resultados, es importante resaltar como aquellos resultados que fueron estadísticamente significativos al comparar las puntuaciones posttest de los grupos experimental y control, serían un indicador para considerar las ventajas y/o beneficios de la implementación del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A. Así como también, el considerar aquellas dimensiones que no obtuvieron diferencias estadísticamente significativas (y que tal como se mencionó, otros estudios han encontrado mejoría en esas variables), o el tamaño del efecto que en algunos casos fue bajo, evaluando cada uno de los elementos que podrían haber influido en dichos resultados, buscando mejores opciones que permitan un mejor desarrollo del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A.

En este mismo sentido el no haber obtenido mejoría en estos aspectos puede estar relacionado con factores como el hecho que la fase del posttest se realizó el día de la última sesión del entrenamiento en habilidades. Tal vez sería posible que al realizar la evaluación posttest días después de la décima y última sesión del entrenamiento en habilidades se obtengan resultados diferentes, considerando incluso que el último día de las sesiones se revisa el módulo de efectividad interpersonal, así como también, la habilidad correspondiente al mismo. Otro aspecto importante que puede ser de gran influencia para los resultados obtenidos fue que en dos ocasiones las sesiones no pudieron tener su continuidad de una vez por semana debido a actividades escolares.

Por otro lado, es importante mencionar que en algunas sesiones la participación de los adolescentes se veía afectada por la coincidencia de las sesiones del grupo con algún examen o trabajo de evaluación de la carrera, ya que incluso en las sesiones comentaron su preocupación por las evaluaciones.

A continuación se describen algunas de las principales características y retos que se enfrentaron para la implementación del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A. Es importante considerar que algunos de estos aspectos podrían haber tenido cierta influencia en los resultados obtenidos en cuanto a lo relacionado con la implementación de los grupos.

Recordando que debido al número de participantes que se tenían en un inicio y en orden de respetar el formato en cuanto al número de participantes en un grupo de entrenamiento en habilidades, se procedió a distribuir de forma aleatorizada a los participantes en tres grupos. Cada grupo de entrenamiento en habilidades conservó las características específicas que, de acuerdo con el manual de Rathus y Miller (2015), deben tener, tales como: un líder y co-líder para el entrenamiento en habilidades como se mencionó en el apartado de procedimientos de este trabajo los tres grupos utilizaron las mismas diapositivas, cada líder y co-líder, contaba con el manual que se elaboró para este estudio, así como se utilizaron las traducciones de las hojas de trabajo del libro de habilidades de Rathus y Miller (2015).

Sin embargo, la forma en la cual se llevaron a cabo las sesiones pudo haber influido en los resultados obtenidos, esto debido a diversos factores como el estilo particular de cada líder y co-líder la experiencia en la aplicación de grupo de entrenamiento en habilidades y el grado de conocimiento sobre la Terapia Dialéctica Conductual (DBT). Cabe recordar que tanto líder como co-lider de los grupos contaban con experiencia previa en este modelo de tratamiento y las hojas de trabajo. También contaban con conocimiento no solo en el grupo de entrenamiento en habilidades, sino también, en los aspectos teóricos y prácticos de la Terapia Dialectico Conductual (DBT), por lo que estaban familiarizadas tanto con la terapia como con la práctica clínica de las características esenciales para la Terapia Dialéctica Conductual (DBT).

En cuanto aspectos relacionados con el diseño del grupo de entrenamiento en habilidades, se considera pertinente el aumentar el número de sesiones, especialmente para el módulo de regulación emocional, permitiendo tener un

mayor espacio para el entrenamiento de las habilidades correspondientes a este módulo. Esto incluso permitiría dividir el contenido de la segunda sesión de este módulo en dos partes, ya que en esta última se abordan dos habilidades, contando con mayor tiempo para una mejor adquisición y práctica de la misma. También es fundamental incorporar y evaluar las dos sesiones del camino del medio. Estas modificaciones permitirían tener un diseño de 13 sesiones. Lo cual se considera una duración adecuada, ya que tal como se ha visto en otros estudios hay programas de entrenamiento en habilidades que van desde las 7 sesiones y algunos que reportan 16 sesiones.

De igual forma, la duración de dos horas por sesión, tal como lo indican Rathus y Miller (2015), es la suficiente para implementar cada uno de los componentes que caracterizan un grupo de entrenamiento en habilidades desde la Terapia Dialéctica Conductual (DBT).

Se contaron con los espacios físicos necesarios para la aplicación de los grupos y tal como se mencionó, las sesiones se realizaban durante las horas designadas para la tutoría. Uno de los principales inconvenientes al iniciar el grupo fue que la participación no era obligatoria, por lo que algunos de los alumnos decidieron no asistir a las sesiones. Uno de los grupos en el cual disminuyó en un mayor número la participación de los alumnos fue el grupo "C", esto en comparación con los dos grupos restantes que registraron un menor número de alumnos que dejaron de participar en las sesiones.

Otro elemento a considerar en cuanto al impacto de los resultados, es la inasistencia de alguno de los participantes a las sesiones, por lo que, para el análisis solo se consideraron aquellos alumnos que tenían una o dos inasistencias. Dicha falta de asistencia por los alumnos coincidió como se mencionó anteriormente, con la temporada de entrega de trabajos o exámenes parciales. Para los resultados obtenidos en este estudio, este último aspecto se considera como uno de los temas centrales que pudo haber afectado tanto los resultados como el entrenamiento en habilidades en los participantes.

Además de lo anteriormente mencionado, existe otro aspecto el cual afectó la implementación que originalmente se había planteado para el grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, fue la eliminación del módulo de habilidades del camino del medio, el cual está destinado a contar con la asistencia de los padres. Dicho módulo tuvo que ser retirado debido a que se consideró que no se contaba con el tiempo suficiente entre las sesiones totales del grupo de entrenamiento y el calendario escolar, es decir, que no se contaba con el tiempo suficiente para alcanzar a cubrir el número total de las sesiones antes de que iniciará el periodo vacacional, y además con la finalidad de tener el tiempo adecuado para realizar la sesión posttest de evaluación.

Para finalizar, se resalta como los datos anteriormente señalados permiten argumentar que la implementación únicamente del grupo de entrenamiento en habilidades DBT, tiene un impacto en la mejoría y reducción de algunas de las variables consideradas en este estudio. Aunque los resultados estadísticamente significativos fueron pocos, se considera que la aplicación del grupo de entrenamiento en habilidades es una opción óptima no solo como una herramienta de prevención sino también para la reducción de síntomas de diversas problemáticas de salud mental. Por lo que es necesario realizar las adecuaciones pertinentes para evaluar sus futuras aplicaciones y con esto contar con un diseño óptimo para trabajar con adolescentes en contextos escolares.

7.1 Recomendaciones

1) Una de las principales recomendaciones para futuros proyectos es que al trabajar en contextos escolares, se deben de tomar muy en cuenta los tiempos de los calendarios escolares, asegurándose que sea posible la implementación y evaluación del grupo de entrenamiento en habilidades permitiendo esto realizarse con el tiempo suficiente. Debe evitarse tener el tiempo justo para la implementación de todo el programa, considerando de preferencia un margen de posible error para cualquier circunstancia no contemplada que pueda llegar a

influir en la correcta implementación de las sesiones. De igual forma se considera en futuras aplicaciones procurar que desde el diseño de las sesiones estas puedan adaptarse a una modalidad a distancia considerando las diversas complejidades que llagarán presentarse, las cuales impedirían el desarrollo de las sesiones de forma presencial.

2) Se recomienda para estudios futuros el realizar una evaluación cualitativa a los participantes (posterior a la implementación del grupo de entrenamiento en habilidades), con el objetivo de recuperar información importante sobre su experiencia y la utilidad del entrenamiento en habilidades, esto permitirá identificar elementos que de acuerdo con los participantes podrían mejorarse o fortalecerse. De este modo se sugiere que esta actividad podría realizarse bajo un formato de entrevista semiestructurada breve, la cual permita recuperar elementos relacionados con la satisfacción de los participantes del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A.

3) En el presente estudio no se realizó una fase de seguimiento, se sugiere agregar una fase de este tipo que permita conocer si los cambios observados en posttest se mantuvieron a lo largo del tiempo. Cabe mencionar que en el presente estudio esto no fue posible debido a cuestiones de calendario escolar.

4) Se considera pertinente que al implementar un grupo de entrenamiento en habilidades y tal como en esta investigación sucedió, que los líderes y co-líderes cuenten con conocimiento y práctica de los elementos de la terapia dialéctica conductual, especialmente para tener bajo control elementos relacionados con la fidelidad del modelo o la forma en la cual se lleva un grupo de entrenamiento en habilidades. Aunque en este estudio los líderes y co-líderes contaban con un conocimiento/entrenamiento previo no fue el mismo para todos, dado que estaban entrenados o conocían el modelo por diferentes momentos y contextos de aprendizaje. Incluso la experiencia en años tanto clínica como de número de veces de implementar grupos de entrenamiento en DBT era distinta para cada uno de ellos.

5) Para futuras aplicaciones, se considera fundamental que se implemente el grupo de entrenamiento en habilidades incluyendo las dos sesiones diseñadas en el manual para el camino del medio, recordando que dichas sesiones están principalmente orientadas a los familiares. Considerando que tal como lo mencionan Rathus y Miller (2015) la inclusión de los familiares a las sesiones del entrenamiento en habilidades facilita que los padres conozcan las habilidades, ayudando también a que los integrantes del ambiente familiar mejoren sus respuestas emocionales, De igual forma al incluir a las familias será importante agregar una escala que sirva para evaluar a los integrantes de la familia, se sugiere la escala de relaciones intrafamiliares de Rivera-Heredia y Andrade-palos (2010), la cual evalúa recursos familiares, como la percepción que tiene la persona sobre la presencia de expresión, dificultades, unión y apoyo en el sistema familiar.

6) Se recomienda diseñar las hojas de trabajo, lo más atractivas visualmente para los participantes.

7) Incluir como parte de los instrumentos de evaluación alguno para medir atención plena, así como también, el incluir alguna escala que mida impulsividad, ansiedad o incluso síntomas psiquiátricos, ya que dichos datos enriquecerán la información sobre la aplicación del componente de grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A.

8) Aunque los líderes y co-líderes encargados de los grupos de entrenamiento en habilidades contaban con experiencia y conocimiento previo en DBT, es necesario que al aplicar un grupo de entrenamiento en habilidades se tengan presente en las sesiones, los aspectos dialécticos, las estrategias dialécticas y de compromiso, como también, una práctica de habilidades adecuada por parte de los participantes, es decir, que se recomienda para futuras aplicaciones fortalecer la presencia de los elementos previamente mencionados al momento de desarrollar cada una de las sesiones.

Prestar atención en esta recomendación tendría un mayor impacto en la obtención de mejores resultados al momento de implementar grupos de entrenamiento DBT.

De este modo, al observar los videos y revisar la lista de cotejo algunos de estos aspectos no se desarrollaron lo suficiente en los tres grupos, lo cual se considera influyó en los resultados obtenidos.

9) Para lograr una participación activa de los padres y una deserción menor de los participantes al implementar el grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, se recomienda elaborar una estrategia, donde además de resaltar los beneficios de participar, exista un elemento que ayude a incrementar la motivación tanto de padres de familia como de los adolescentes. El implementar esta recomendación tendrá un impacto en la adherencia de los participantes en el entrenamiento en habilidades.

Una posible estrategia para la permanencia de los adolescentes podría ser negociar la asistencia de los participantes por medio de la obtención de un crédito académico, considerando las características del contexto en el cual se desarrolló el presente estudio. Para lograr una asistencia de los padres de familia se recomienda incluso agendar sesiones los fines de semana, que les permitan asistir a las sesiones sin interferir con sus horarios laborales.

7.2 Limitaciones del estudio

1) La principal limitación del estudio fueron los tiempos ajustados para el desarrollo de las sesiones.

2) Otra limitación importante fue no haber podido incluir el módulo del camino del medio, limitación que obstaculizó tener una mayor riqueza al no haber podido trabajar con los padres.

3) Una limitación inherente al trabajar con adolescentes o adultos jóvenes escolarizados es la importancia que las temporadas de trabajos finales y exámenes tienen, las cuales pueden convertirse en un obstáculo para la plena realización de los programas.

4) Una cuarta limitación para el presente estudio es en relación al número de participantes que dejaron de asistir. Esto podría solventarse con la ampliación de la muestra o el poder conocer, para poder prevenir en lo posible, las causas de las inasistencias.

7.3 Alcances de la investigación

Se considera como uno de los principales alcances de esta investigación, el contar con datos que permitan identificar la viabilidad de aplicar grupos de entrenamiento en habilidades basados en DBT-A, haciendo posible el contar con opciones efectivas para la prevención de conductas suicidas en adolescentes. Además de contar con un diseño del grupo de entrenamiento en habilidades en una versión reducida de 10 sesiones.

Otro de los alcances de este estudio fue permitir evaluar la efectividad de la implementación del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, el cual mostró resultados prometedores para la implementación de los grupos y los beneficios de los participantes, reflejados en la mejoría o reducción de las puntuaciones de las diversas variables. Los resultados obtenidos en el presente estudio confirman los resultados reportados en otras investigaciones.

De este modo se considera que realizando las diversas modificaciones sugeridas en el apartado de recomendaciones, se cuenta con un producto final adecuado para trabajar con adolescentes en un contexto escolar. Dicho diseño hace posible además de la adquisición de diversas habilidades, la disminución de factores o variables asociadas a la conducta suicida, este resultado tiene un impacto significativo en la mejoría de la calidad de vida y la salud mental de los adolescentes.

CONCLUSIONES

Como parte de los principales resultados del presente estudio, se concluye que la versión de un grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A, mostró resultados prometedores como un programa que puede ser aplicado en adolescentes escolarizados, que no presentaban un riesgo elevado o inminente de muerte, como estrategia para la prevención del suicidio y efectiva para aumentar factores de protección para la conducta suicida.

De igual forma, los resultados positivos obtenidos en la escala de afrontamiento DBT, permiten afirmar que los adolescentes que participaron en el grupo de entrenamiento basado en DBT-A se beneficiaron con la adquisición de las habilidades incluidas en las 10 sesiones, recordando que dichas habilidades están encaminadas a aumentar conductas más efectivas y a disminuir aquellas que son poco efectivas o problemáticas para las personas.

Por lo que de acuerdo con la literatura de la Terapia Dialéctica Conductual dichas habilidades llevan a la persona a oscilar entre la aceptación y el cambio, principios fundamentales para la terapia dialéctica conductual. Dentro de este mismo tema la adquisición de habilidades permite a los participantes el contar con nuevos comportamientos contando con formas de actuar diferente a las que usualmente recurren y las cuales suelen complicar su vida, convierten las situaciones en algo peor ó afectan sus relaciones interpersonales, es así que, el entrenamiento en habilidades es un componente que permite contar con una amplio rango de herramientas con las cuales a la persona le será posible no actuar con base al impulso, la emoción o pensamiento.

Ayudando además en el incremento de la autoconciencia, el observar y describir los pensamientos, sensaciones y emociones, aprendiendo a no evitarlos sino a convivir con ellos actuando de forma efectiva y positiva. Permitted generar un cambio no solo en su conducta, sino también en su interacción con los demás, como también el aprender a tolerar el malestar de forma efectiva, el entrenamiento en habilidades basado en DBT-A es beneficioso para que los participantes sean

capaces de regular las emociones experimentadas como abrumadoras o difíciles, actuando de una forma que permita ver otras opciones de acción ante estas, e incluso realizar una solución de problemas más adecuada.

Logrando con esto que las personas puedan lograr un equilibrio entre la aceptación de aquello que no se puede cambiar y una conducta de acción encaminada al cambio para situaciones donde si sea posible este acercamiento.

Dichos resultados se consideran valiosos debido a diversos aspectos tales como el contar con una estrategia de utilidad en la reducción de diversa sintomatología, resaltando también la importancia que tiene la aplicación de grupos de entrenamiento en habilidades DBT-A, en el sentido de brindar a los participantes la seguridad de que reciben un programa que se deriva de un tratamiento el cual está basado en evidencia científica.

Dentro de los diversos estudios realizados evaluando la efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual, se tiene registrado con un menor número la presencia de investigaciones enfocadas únicamente en evaluar la implementación del grupo de entrenamiento en habilidades. Por lo que en el presente estudio se considera como un aspecto positivo el haber obtenidos datos del efecto y la efectividad con este componente en una muestra de adolescentes pertenecientes a un contexto escolarizado.

Se resalta la importancia de contar con programas cuyas características permitan que su aplicación sea de la mejor manera posible. En este proyecto el número de sesiones, la duración de las sesiones y las habilidades seleccionadas, fueron pertinentes para los participantes de esta institución, se considera como una ventaja el utilizar espacios como la hora designada para la materia de tutorías dentro de la cual pueda implementarse el grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A.

Es así que el diseño del grupo de entrenamiento en habilidades probado en esta investigación, es aplicable en contextos escolares, donde es primordial contar con el apoyo de la institución como lo fue para este estudio. Dado que esto influye en

el correcto desarrollo de las sesiones y en conservar la fidelidad de la estructura original de los grupos de entrenamiento en habilidades DBT-A.

Aunque se obtuvieron resultados positivos como producto de esta investigación, es necesario mejorar diversos aspectos que permitan contar con un programa optimizado, a partir de una evaluación constante y rigurosa. Obteniendo como producto final una versión reducida para aplicarse con adolescentes, que ofrezca mayores beneficios que los reportados en este estudio. Atendiendo en futuras aplicaciones, a las recomendaciones anteriormente mencionadas y teniendo sumo cuidado en conservar siempre las características esenciales de la Terapia Dialéctica Conductual, así como también, de los lineamientos necesarios para implementar el grupo de entrenamiento en habilidades DBT-A.

Otro aspecto a considerarse sobre la aplicación del grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT-A y relacionado con aspectos de salud mental, es la relevancia de implementar en México estrategias que cuenten con evidencia empírica, orientando las acciones de prevención de conducta suicida y el uso de aquellos recursos que han mostrado ser efectivos y costo efectivos.

Por lo que, de acuerdo con los resultados de este trabajo se resalta que el uso del grupo de entrenamiento en habilidades DBT-A es una estrategia adecuada para el trabajo con adolescentes escolarizados que presentan factores de riesgo para la conducta suicida, así el entrenamiento en habilidades basado en DBT-A puede ser considerado como una herramienta de prevención para trabajar en contextos escolares.

Cabe mencionar que las acciones encaminadas a la prevención del suicidio, deberán ser un trabajo en conjunto entre instituciones, padres de familia y especialistas, con lo cual se logre obtener resultados positivos, que favorezcan a las poblaciones que se encuentren más vulnerables. Implementando acciones que ofrezcan a la población la seguridad de recibir tratamientos especializados en este tipo de problemáticas, además de proporcionar opciones que aseguren un mejor bienestar para las personas.

REFERENCIAS

- Andreasson, K., Krogh, J., Wenneberg, C., Jessen, H. K., Krakauer, K., Gluud, C., Thomsen, R. R., Randers, L. y Nordentoft, M. (2016). Effectiveness of dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality treatment for reduction of self-harm in adults with borderline personality traits and disorder—a randomized observer-blinded clinical trial, *Depress Anxiety*, (33), 520-530. doi:10.1002/da.22472
- Asociación Nacional de Universidades e instituciones de educación superior (ANUIES) (2019). Directorio de instituciones de educación superior. México: ANUIES. Recuperado de: <http://www.anuies.mx/anuies/instituciones-de-educacion-superior/institucion.php?varSectionID=22&varIDInstitucion=10>
- Barlow, D. (2008). *Clinical handbook of psychological disorders*. EUA: The Guilford press. Recuperado: https://www.researchgate.net/profile/William_Trost/publication/6124095_Dialectical_Behavior_Therapy_for_Borderline_Personality_Disorder/links/00b4951adec520a7fb000000/Dialectical-Behavior-Therapy-for-Borderline-Personality-Disorder.pdf
- Barnicot, K., Gonzalez, R., McCabe, R. y Priebe, S. (2016). Skills use and common treatment processes in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 147-156. doi: 10.1016/j.jbtep.2016.04.006.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90–113. doi: 10.1037/0033-295X.97.1.90
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora M.A. (Julio-Agosto 2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública*, 52 (4).379-389. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400005
- Bravo-Andrade, H., López-Peñaloza, J., De la Roca-Chiapas, J.M. y Rodríguez-Morrill, E. (2016). Relaciones intrafamiliares y riesgo suicida en adolescentes. *Uaricha Revista de Psicología*, 13. 45-55. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/324228018_Relaciones_intrafamiliares_y_riesgo_suicida_en_adolescentes
- Bravo-Andrade, H., López-Peñaloza, J., Ruvalcaba-Romero, N., y Orozco-Solís, M. (2019). Factores familiares de riesgo y protección ante el suicidio en adolescentes. *Cultura educación y sociedad*, 10(1), 25 – 41. Recuperado de: <https://revistascientificas.cuc.edu.co/culturaeducacionysociedad/article/view/2064>
- Bridge, J. A., Horowitz, L. M., Fontanella, C. A., Grupp-Phelan, J., y Campo, J. V. (2014). Prioritizing Research to Reduce Youth Suicide and Suicidal Behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3 0 2), S229–S234. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4143663/>

- Cash, S. J., y Bridge, J. A. (2009). Epidemiology of Youth Suicide and Suicidal Behavior, *Current Opinion in Pediatrics*, 21(5), 613–619. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2885157/>
- Cortés, A. Aguilar Valdés, J. Medina Suárez, R. Toledo Prado, J. Echemendía, B. (2010). Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la Provincia Sancti Spíritus. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 48 15-18. Recuperado de <http://www.uacm.kirj.redalyc.org/articulo.oa?id=223220625002>
- Cooper, G., Clement, P. y Holt, K. (2014). A review and application of suicide prevention programs in high school settings. *Issues in Mental Health Nursing*. (32): 696-702. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21992261/>
- Chávez-Hernández, A. M., González-Forteza, C., Juárez Loya, A., Vázquez Vega, D., y Jiménez-Tapia, A. (2015). Ideación y tentativas suicidas en estudiantes del nivel medio del estado de Guanajuato, *Acta Universitaria*, 25(6), 43-50. doi: 10.15174/au.2015.786
- Chang, E., Chang, O., Martos, T., Sallay, V., Lee, J., Stam, K., Batterbee C. y Yu, T. (May 2017). Family Support as a Moderator of the Relationship Between Loneliness and Suicide Risk in College Students: Having a Supportive Family Matters!, *The Family Journal*, 25(3), 257 – 263. Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1066480717711102#articleCitationDownloadContainer>
- Chiles, J., Stroshal, K., Weiss-Roberts, L.W. (2019). Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients. Washington: APA
- Consolí, A., Peyre, H., Speranza, M., Hassler, C., Falissard, B., Touchette, E. Cohen, D., Moro, M. y Révah-Lévy, A. (2013). Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7 (8). doi: 10.1186/1753-2000-7-8
- Cohen, J. (1989). Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Lawrence Erlbaum Associates
- Dawes, M. A., Mathias, C. W., Richard, D. M., Hill-Kapturczak, N., y Dougherty, D. M. (2008). Adolescent Suicidal Behavior and Substance Use: Developmental Mechanisms. *Substance Abuse: Research and Treatment*.(2). 13–28. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907920/>
- Deplus, S., Billieux, J., Scharff, C. Philippit, P. (2016). A mindfulness-based group intervention for enhancing self-regulation of emotion in late childhood and adolescence: A pilot study, *International Journal of Mental Health Addiction*. (14), 775. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-015-9627-1>
- Dias de Mattos, L., Azevedo, R., Kuhn, K., Peretti, R., Lessa, B., y Tavares, R. (2010). Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors, *Brazilian Journal of Psychiatry*, 32(1), 37-41. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000100008

- Dilli, D., Dallar, Y., Cakir, L. (2010). Psychological characteristics of adolescent suicide attempters presenting to a pediatric emergency service, *Tubitak*, 40 (3), 377-390. Recuperado de: <http://journals.tubitak.gov.tr/medical/issues/sag-10-40-3/sag-40-3-8-0901-18.pdf>
- Dilillo, D., Mauri, S., Mantegazza, C., Fabiano, V., Mameli, C., y 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). Recuperado: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4494780/>
- 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. doi:10.1016/S1077-7229(00)80057-7.
- Domínguez Mercado, D. L., Hermosillo de la Torre, A. E., Vacio Muro, M. A. (2016). Efecto de los factores de protección y de riesgo sobre el comportamiento suicida en estudiantes de Psicología. *Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*, 69,73-80. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6137544>
- Elices, M., Soler, J., Feliu-Soler, A., Carmona, C., Tiana, T., Pascual, J. C., García-Palacios, A., y Álvarez, E. (2017). Combining emotion regulation and mindfulness skills for preventing depression relapse: a randomized-controlled study, *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4, 13. doi:10.1186/s40479-017-0064-6
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., y Arntz, A. (2016). Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy, *Frontiers in Psychology*, (7), 1373. doi:org/10.3389/fpsyg.2016.01373
- 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. Recuperado: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27841450#>
- Flaming, T., Merry, S., Robinson, E., Denny, R. y Watson, D. (2007). Self-reported suicide attempts and associated risk and protective factors among secondary school students in New Zealand, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, (41), 213-221. Recuperado de: <https://www.eymj.org/Synapse/Data/PDFData/0069YMJ/ymj-45-367.pdf>
- Federici, A., Wisniewski, L. y 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., y Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5, 3. Doi:org/10.1186/1753-2000-5-3

- Fountoulakis, K.N., Gonda, X. y Rihmer, Z. (2011). Suicide prevention programs through community intervention. *Journal of Affective Disorder*, 130(1-2), 10-16. doi:10.1016/j.jad.2010.06.009
- Gagliesi, P. y Boggiano, J.P. (2018). Terapia Dialéctica Conductual: Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional, Argentina: Universidad Nacional de la Plata (EDULP).
- Gibson, J., Booth, R., Davenport, J., Keogh, K. y Owens, T. (2014). Dialectical behaviour therapy-informed skills training for deliberate self-harm: A controlled trial with 3-month follow-up data. *Behaviour Research and Therapy*. (60). 8-14. doi: 10.1016/j.brat.2014.06.007
- Gil-Díaz, M.E. y Rivera-Heredia, M.E. (2016). Programas de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: análisis de revisiones sistemáticas. En M.L. Vargas-Garduño, M.I., Gómez Del Campo del Paso y A., Vargas-Silva, (Coord.), Escenarios contemporáneos de la psicología contrversias y desafíos. pp 366-375 Recuperado de: https://www.academia.edu/31617846/Programas_de_intervenci%C3%B3n_para_la_preveni%C3%B3n_del_suicidio_en_adolescentes_un_an%C3%A1lisis_de_revisiones_sistem%C3%A1ticas
- Gil-Díaz, M.E., Rivera-Heredia, M.E., González-Betanzos, F., López-Peñaloza, J., Hermosillo de la Torre, A.E., Gonzalez-Forteza, C. y Sánchez-Loyo, L.M. (2016). *Diseño, aplicación y evaluación de dos programas preliminares de intervención para la prevención del suicidio*. (Tesis de maestría, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán, México).
- González-Forteza, C, Jiménez, JA, Gómez, C. (1995). Indicadores psicosociales asociados con la ideación suicida en los adolescentes, *Anales. X Reunión de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 135-139. Recuperado de <http://repositorio.inprf.gob.mx/handle/123456789/6556>
- González-Forteza, C, Mariño, M.C, Rojas, E, Mondragón, L, y Medina-Mora, M.E. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la Ciudad de Pachuca, Hidalgo y su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias, *Revista Mexicana Psicología*, 15(2), 165-175. Recuperado de <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-mexicana-de-psicologia/articulo/intento-de-suicidio-en-estudiantes-de-la-ciudad-de-pachuca-hgo-y-su-relacion-con-el-malestar-depresivo-y-el-uso-de-sustancias>.
- González-Forteza, C, Ramos, L, Vignau LE. Y Ramírez C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes, *Salud Mental*. 24(6), 16-25. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262403>.
- González-Forteza, C, Jiménez-Tapia, J, Ramos-Lira, L. y Wagner, F. (2008). Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México, *Salud Pública*, 50(4), 292-299. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v50n4/a07v50n4.pdf>
- González-Forteza, C., y Andrade Palos, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos, *Salud*

- Mental*, 18(4), 41-48. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/575
- González-Forteza, C., Arana-Quezadas, S. y Jiménez-Tapia, J.A. (2008). Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: Vinculación autogestiva con los servicios de salud mental, *Salud Mental*, 31 (1), 23-27. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000100004
- González-Forteza, C., Ramos-Lira, L., Caballero, M.A. y Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida En adolescentes mexicanos, *Psicothema*, 15(4), 524-532. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/1102.pdf>
- Goethem, A., Mulders, D., Jong, J. Arntz, A. y Egger, J. (2015). Self-injurious behaviour and suicidal ideation during dialectical behavior therapy (DBT) of patients with borderline personality disorder, *Clinical Neuropsychiatry*, 12 (2) 37-45. Recuperado de http://www.clinicalneuropsychiatry.org/pdf/15_5vanGoethem.pdf
- . 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: [10.1097/chi.0b013e31805c1613](https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31805c1613)
- Groves, S., Backer, H.S., Van den Bosch, W. and Miller, A. (2012). Dialectical behaviour therapy with adolescents. *Child Adolescent Mental Health*, 17: 65-75. doi: [10.1111/j.1475-3588.2011.00611.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2011.00611.x)
- Harley, R., Sprich, S., Safren, S. Jacobo, M, y Fava, M. (2008). Adaptation of Dialectical Behavior Therapy Skills Training Group for Treatment-Resistant Depression, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(2), 136-143. doi: [10.1097/NMD.0b013e318162aa3f](https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318162aa3f)
- Harned, M., Jackson, S., Comtois, K. y Linehan, M.M. (2010). Dialectical Behavior Therapy as a Precursor to PTSD Treatment for Suicidal and/or Self-Injuring Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of traumatic stress*, (23), 421-9. doi: [10.1002/jts.20553](https://doi.org/10.1002/jts.20553).
- Hatkevich, C., Penner, F. y Sharp, C. (2019). Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients, *Psychiatry Research*, (271), 230-238. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178117318498>
- Hermosillo de la Torre, A. E., Vacio-Muro, M de los A., Méndez-Sánchez, C., Palacios, P. y Sahagún, M.A. (2015). Recursos psicológicos y conductas problema en estudiantes de secundaria: diagnóstico e intervención preventiva, *Revista Acta Universitaria*, 25(2), 52-56. Recuperado de http://www.actauniversitaria.ugto.mx/index.php/acta/article/viewFile/900/pdf_102
- 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. (2015). Batería

- Factores Involucrados en el Cuidado de la Vida en Adolescentes y Preadolescentes (FICVIDA).
- Hermosillo de la Torre, A.E. y Rivera Heredia, M.A. (2019). Depresión, recursos psicológicos y vulnerabilidad cognitiva a la depresión, en jóvenes estudiantes universitarios. *Investigación y práctica en psicología del desarrollo*, 5, 1-23. Recuperado de: <https://revistas.uaa.mx/index.php/ippd/article/view/2470>
- Holmqvist Larsson, K., Andersson, G., Stern, H., y Zetterqvist, M. (2020). Emotion regulation group skills training for adolescents and parents: A pilot study of an add-on treatment in a clinical setting, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(1), 141–155. doi: 10.1177/1359104519869782
- Judd, A., Jackson H, Komitt, A., Bell, R. y Fraser, C. (2012). The profile of suicide: changing or changeable?, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, (47), 1-9. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/results?sid=7be80dad-d786-4f5b-a027-9e40e71ab839%40sessionmgr4003&vid=7&hid=4112&bquery=The+profile+%22of%22+suicide%3a+changing+OR+changeable%3f&bdata=JmRiPW E5aCZkYj1hZ3lmZGI9YnRoJmRiPXVmaCZkYj1IMDAweHd3JmRiPW5sZ WJrJmRiPWVjbiZkYj16YmZmZGI9aGV0JmRiPWx4aCZkYj1mNWgmZGI9b HRoJmRiPXRmaCZkYj1id2gmY2xpMD1GVCZjbHYwPVkmdHlwZT0wJnNp dGU9ZWVhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d>.
- Johnson, Gooding y Tarrier, (2008). Suicide risk in schizophrenia: Explanatory models and clinical implications, The Schematic Appraisal Model of Suicide (SAMS), *The British Psychology Society*, (81), 55-77. doi:10.1348/147608307X244996
- Joiner, T y Orden, K (2008). The Interpersonal Psychological Theory of Suicidal Behavior Indicates Specific and Crucial Psychotherapeutic Targets, *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 80-89. doi: 10.1521/ijct.2008.1.1.80
- Katz, L. Cox, B. Gunasekara, S. y 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.
- King, C. A., y Merchant, C. R. (2008). Social and Interpersonal Factors Relating to Adolescent Suicidality: A Review of the Literature. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 12(3), 181–196. Recuperado de. doi:10.1080/13811110802101203
- Korczak, D. (2015). Suicidal ideation behavior, *Pediatric child health*, 20(5), 250-260. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4472054/>
- Koole, K. (2008). The psychology of emotion regulation: An integrative review, *Cognition and Emotion*, 28(31), 4-41. doi: 10.1080/02699930802619031
- Koons, C., Robins, C., Tweed, J., Lynch, T., Gonzalez, A., Morse, J., Bishop, G. y Butterfield, M. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with 1borderline Personality disorder. *Behavior Therapy*, 32. 371-390. doi: 10.1016/S0005-7894(01)80009-5.

- Kleiman, E. y Beaver, J. (2013). A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor, *Psychiatric research*, (210), 934-939. Recuperado de: http://ac.els-cdn.com/S0165178113004460/1-s2.0-S0165178113004460-main.pdf?_tid=92f2c38a-4279-11e7-8264-00000aacb360&acdnat=1495847738_690b1ce18e1afe0572430b549f3e5ade
- Lai, S. y Shek, D. (2010). Hopelessness, Parent-Adolescent Communication, and Suicidal Ideation among Chinese Adolescents in Hong Kong, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(3), 224-33. doi: 10.1521/suli.2010.40.3.224
- Le, T. y Trieu, D. (2014). Feasibility of a mindfulness-based intervention to address youth issues in Vietnam, *Health Promotion International*. 31(2).1470–479. Recuperado de doi.org/10.1093/heapro/dau101
- Lenz, A., Taylor, R., Fleming, M. y 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.
- Lenz, A. S., Del Conte, G., Hollenbaugh, K. M., y Callendar, K. (2016). Emotional Regulation and Interpersonal Effectiveness as Mechanisms of Change for Treatment Outcomes Within a DBT Program for Adolescents, *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 7(2), 73–85. <https://doi.org/10.1177/2150137816642439>
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., y Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*, 48(12), 1060–1064. doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810360024003
- Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and metho, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51(3), 261-276.
- Linehan M.M. (1993).Impact of Treatment Accessibility on Clinical Course of Parasuicidal Patients-Reply. *Archives of General Psychiatry*, 50 (2), 157–158. doi:10.1001/archpsyc.1993.01820140083011
- Linehan, M. M., McDavid, J. D., Brown, M. Z., Sayrs, J. H., y Gallop, R. J. (2008). Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(6), 999–1005. doi:0.4088/jcp.v69n0617
- Linehan, M.M. (2015).Skills training manual for treating bordeline personality disorder, New York: Guilford Press.
- Liu, X. (2004).Sleep and adolescent suicidal behavior, *Sleep*, 27(7), 1351-1358. Recuperado de: <http://www.journalsleep.org/articles/270711.pdf>
- Littlewood, D., Kyle, S.D., Pratt, D., Peters, S., Gooding, P.(2017). Examining the role of psychological factors in the relationship between sleep problems and suicide, *Clinical Psychology Review*, 54.1–16. Recuperado de dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.009
- Loma, L. y Welchler, J. (2003). Introduction to family and marriage therapy, New York: The Haworth Clinical Practice Press.

- Mann, J., Waternaux, CH., Hass, G. y Malonne, K. (1999). Toward a clinical model in suicide behaviour in psychiatric patients, *American Journal of Psychiatric*, 2(156), 81-89. doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.005
- Maimon, D., Browning, C. R., y Brooks-Gunn, J. (2010). Collective Efficacy, Family Attachment, and Urban Adolescent Suicide Attempts, *Journal of Health and Social Behavior*, 51(3), 307–324. doi:10.1177/0022146510377878
- Miller, A., Carnesale, M. y Courtney, E. (2014). Dialectical Behavior Therapy, *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*. 385-401. doi: 10.1007/978-1-4939-0591-1_24.
- Mojarro, A. (2017). Entrenamiento en habilidades para la vida como estrategia para la atención primaria de conductas adictivas, *Psicología Iberoamericana*, 25(2). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/1339/133957572008/index.html>
- Mcmain, S., Korman, L. y Dimef, L. (2001). Dialectical Behavior Therapy and the Treatment of Emotion Dysregulation, *Journal of Clinical Psychology*, 57(2). 183-96. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/12151050_Dialectical_Behavior_Therapy_and_the_treatment_of_emotion_dysregulation
- McMain, S. F., Chapman, A. L., Kuo, J. R., Guimond, T., Streiner, D. L., Dixon-Gordon, K. L., Isaranuwachai, W., y Hoch, J. S. (2018). The effectiveness of 6 versus 12-months of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: the feasibility of a shorter treatment and evaluating responses (FASTER) trial protocol. *BMC psychiatry*, 18(1), 230. doi: 10.1186/s12888-018-1802-z
- McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, M., Gallop, R., y 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. Recuperado de: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109>
- MacPherson, H.A., Cheavens, J.S. y Fristad, M.A. (2013). Dialectical behaviour therapy for adolescents: theory, treatment, adaptations and empirical outcomes, *Clinical Child Family Psychology Review*, 16(59), 56-80. doi: 10.1007/s10567-012-0126-7
- Meygoni, A. y Ahadi, H. (2012). Declining the Rate of Major Depression: Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy. *Procedia - Social and Behavioral Science*, (35), 230-236. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.02.083
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., Vitaliano, P. P., Lynch, T. R. y Linehan, M. M. (2010). The dialectical behavior therapy ways of coping checklist: Development and psychometric properties, *Journal of Clinical Psychology*, 66(6), 563-582. doi: 10.1002/jclp.20685
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., y Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 832–839. doi: 10.1016/j.brat.2010.05.017
- Neacsiu, A.D., Fang, C.M., Rodriguez, M. and Rosenthal, M.Z. (2018), Suicidal Behavior and Problems with Emotion Regulation, *Suicide Life Threatening Behaviour*, 48, 52-74. doi:10.1111/sltb.12335

- Nelson-Gray, R. O., Keane, S. P., Hurst, R. M., Mitchell, J. T., Warburton, J. B., Chok, J. T., y Cobb, A. R. (2006). A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: Promising preliminary findings, *Behaviour Research and Therapy*, 44(12), 1811–1820. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.01.004>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., y Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior, *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133–154. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18653727>
- O'Connor, (2003). Suicidal Behavior as a Cry of Pain: Test of a Psychological Model, *Archives of suicide research*, (7), 297-308. doi: 10.1080/13811110390226417
- O'Connor, R. y Nock, M. (2014). The Psychology of Suicidal Behaviour. *The Lancet Psychiatric*, 1, 73-85. Recuperado de: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Prevención del suicidio un imperativo global. Washington: Organización Panamericana de la Salud
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2016). Prevención de la conducta suicida. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Park, S., y 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. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5201325/pdf/ijerph-13-01184.pdf>
- Palmer, R. L., Birchall, H. , Damani, S. , Gatward, N. , McGrain, L. and Parker, L. (2003), A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder—description and outcome, *International Journal of Eating Disorder*, (33), 281-286. doi:10.1002/eat.10141
- Pagano, R., (2011). Estadística para la ciencia del comportamiento. EUA: CengageLernage.
- Pirooz, G, y Schoeri, L. (2003). Textbook of family and couples therapy: Clinical applications. Washington D.C: American psychiatric publishing. inc
- Pisani, A. R., Wyman, P. A., Petrova, M., Schmeelk-Cone, K., Goldston, D. B., Xia, Y., y Gould, M. S. (2013). Emotion Regulation Difficulties, Youth-Adult Relationships and Suicide Attempts Among High School Students in Underserved Communities, *Journal of Youth and Adolescence*, 42(6), 807–820. doi: <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9884-2>
- Pineda, J. y Dadds, M. (2013). Family Intervention for Adolescents With Suicidal Behavior: A Randomized Controlled Trial and Mediation Analysis, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(8). 851-862. Recuperado de: [https://jaacap.org/article/S0890-8567\(13\)00342-0/fulltext](https://jaacap.org/article/S0890-8567(13)00342-0/fulltext)
- Programa Nacional de Suicidio (MINSAL). (2013). Programa para la prevención del suicidio: orientaciones para su implementación. Recuperado de: https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Preencion.pdf

- Quinn, M. (2009). Efficacy of dialectical behaviour therapy for adolescents. *Australian Journal of Psychology*, 61(3),156-166. doi: 10.1080/00049530802315084
- Rathus, J. H. y 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. y Miller, A. L. (2015). DBT Skills Manual for Adolescents Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents, Guilford Press: New York.
- Rathus, J. H., Miller, A. L. y Linehan, M. (2015). Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents, Guilford Press: New York.
- Rivera-Heredia, M. E. y Andrade-Palos, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida, *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 23-44. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/802/80280203.pdf>.
- Rivera-Heredia, M.E. y Andrade-Pálos, P. (2010). Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI). *Uaricha Revista de Psicología*. (14). 12-29. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/283406612_Escala_de_evaluacion_de_las_Relaciones_Intrafamiliares_ERI
- Rivera-Heredia, M. E. (2010). *Psicología y comunicación visual. Estrategias para la prevención del suicidio*. México: Trillas
- Rivera-Heredia, M.E. y Pérez-Padilla, M.L. (2012). Evaluación de los recursos psicológicos. *Uaricha Revista de Psicología*, 14(34). Recuperado de: https://www.revistauaricha.umich.mx/ojs_uaricha/index.php/urp/article/download/texto%20completo/151/.
- Rivera-Heredia, M. E., Martínez-Ruiz, D.T, Cervantes-Pacheco, E.I y Obregón-Velasco, N. (2019). The effectiveness and impact of an intervention program on migration and health with Mexican undergraduate students. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 27(55), 63-78. Recuperado de: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198085852019000100063&script=sci_arttext
- Rivera-Rivera, L., Rivera-Hernández, P., Pérez-Amezcu, B., Leyva-López, A., y Castro, F. (2015). Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México, *Salud Pública de México*, 57(3), 219-226. doi:10.21149/spm.v57i3.7559
- Ritschel, L. A., Cheavens, J. S., y Nelson, J. (2012). Dialectical behavior therapy in an intensive outpatient program with a mixed-diagnostic sample. *Journal of Clinical Psychology*. (68). 221 - 235. doi:10.1002/jclp.20863
- Rizvi, S.L. y Linehan, M.M. Dialectical behavior therapy for personality disorders, *Current Psychiatry Reports*, (3), 64–69. doi:10.1007/s11920-001-0075-1
- Roosen, M. A., Safer, D., Adler, S., Cebolla, A., y van Strien, T. (2012). Group dialectical behavior therapy adapted for obese emotional eaters: a pilot. Study, *Nutrición Hospitalaria*, 27(4), 1141-1147. doi:org/10.3305/nh.2012.27.4.5843

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Robinson, J., Calear, A. L., y Bailey, E. (2018). Suicide prevention in educational settings: a review. *Australasian Psychiatry*, 26(2), 132–140. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29542332/>
- Roths, I., y Henriques, M. (2018). Health Professionals Facing Suicidal Patients: What Are Their Clinical Practices?. *International journal of environmental research and public health*, 15(6), 1210. doi:10.3390/ijerph15061210
- Rudd, M.D. (2000). The Suicidal Mode: A Cognitive-Behavioral Model of Suicidality, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(1). Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2000.tb01062.x>
- Saha, M. y Saleem, N. (2014). Suicide in Teenagers and Its Related Determinants in Developing Countries, *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 3(6), 62-65. Recuperado de: <https://www.ijsr.net/archive/v3i6/MjIwNTE0MDI=.pdf> [https://www.ijsr.net/archi](https://www.ijsr.net/archive/v3i6/MjIwNTE0MDI=.pdf)
- Sánchez-Loyo, L.M. y Quintanilla-Montoya, R. (Septiembre, 2014). Estrategias para la prevención y la atención a los comportamientos suicidas: mejores prácticas, lineamientos generales y las políticas públicas sobre el tema en América Latina y el Caribe. *Reivindicando la vida: Publicación ASULAC*. 2(2). 12-43. Recuperado en: https://issuu.com/asulac/docs/revista_3_versi__n_final
- Sánchez-Cervantes, F., Serrano-González, R. y Márquez-Caraveo, M. (2015). Suicidios en menores de 20 años. México 1998-2011, *Salud Mental*, 38(5), 379-389, doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.051
- Sahranavard, S. y Reza, M. (2018). A comparative study of the effectiveness of group-based cognitive behavioral therapy and dialectical behavioral therapy in reducing depressive symptoms in Iranian women substance abusers, *Psicología: Reflexao Crítica*, 31(15). doi: doi.org/10.1186/s41155-018-0094-z
- Shain, B. (2016). Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics*, 138(1). 2-13. Recuperado de: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/06/24/peds.2016-1420>
- Sook, H., Young, H., Schepp, K. (2005). Predictors of Suicidal Ideation for Adolescents by Gender, *Journal of Korean Academy Nursing*, 35(8), 1433-1442. Recuperado de: <http://www.kan.or.kr/new/kor/sub3/filedata/200508/1433.pdf>
- Soler, J., Pascual, J.C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, Josefa., Gich, I., Alvarez, E., Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial, *Behaviour Research and Therapy*. 47(5), 353-358. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S000579670900028Xvia%3Dihub>
- Souza, L., Silva, R., Jansen, K., Kuhn, Peretti, R., Horta, B. y Tavares, R. (2010). Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and

- associated factors. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(1), 37-41. Recuperado: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156-44462010000100008
- Sheftall, A. H., Mathias, C. W., Furr, R. M., y Dougherty, D. M. (2013). Adolescent Attachment Security, Family Functioning, and Suicide Attempts. *Attachment and Human Development*, 15(4), 368–383. doi:10.1080/14616734.2013.782649
- Shelton, D., Kesten, K., Zhang, W., y Trestman, R. (2011). Impact of a Dialectic Behavior Therapy-Corrections Modified (DBT-CM) upon behaviorally challenged incarcerated male adolescents, *Journal of child and adolescent psychiatric nursing: official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 24(2).doi: 105–113. doi:10.1111/j.1744-6171.2011.00275.x
- Spieth, P.M., Kubasch, A.S., Penzlin, A.I, Illigens, B.M., Barlinn, K. y Siepmann, T. (2016). Randomized controlled trials - a matter of design. *Neuropsychiatry Disorder Treatment*, (12), 1341-1349. doi:10.2147/NDT.S101938
- Tao, R. y Banh, M. K. (2016). Dialectical behavioral therapy and interpersonal therapy, *Springer series on child and family studies. Handbook of mental health in African American youth*, (79–90). doi: 10.1007/978-3-319-25501-9_5
- Taliaferro, L. A. and Muehlenkamp, J. J. (2014), Risk and Protective Factors that Distinguish Adolescents Who Attempt Suicide from Those Who Only Consider Suicide in the Past Year, *Suicide Life Threatening Behaviour*, 44: 6–22. doi:10.1111/sltb.12046
- Taliaferro, L., Muehlenkamp, J., Borowsky, I., McMorris, B., Kugler., K. (May-June, 2012). Factors Distinguishing Youth Who Report Self-Injurious Behavior: A Population-Based Sample, *Academic Pediatrics*, 12(3), .205-213. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2012.01.008>
- Tan, L., Xía, T. y Reece, CH. (2016). Social and individual risk factors for suicide ideation among Chinese children and adolescents: A multilevel analysis. *International Journal of Psychology*, 51(6).464-466. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/wol1/doi/10.1002/ijop.12273/full>
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., y Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4 (68), 615-623. Recuperado de <http://mbct.com/wpcontent/uploads/2014/04/MBCTrelapsedepressionTeasdale2000JCCP.pdf>
- Tebbett-Mock, A. A., Saito, E., McGee, M., Woloszyn, P., y Venuti, M. (2020). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy Versus Treatment as Usual for Acute-Care Inpatient Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(1), 149–156. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30946973/>
- Telch, Ch., Agras, S. y Linehan, M.M. (2000). Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy*, 31(3), 569-582. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789400800313>

- Toros, F., Gamsiz, N., Sasmaz, T., Bugdayci, R. y Camdeviren, H. (2004). Suicide Attempts and risks factors among children and adolescents, *Yonsei Medical Journal*, 45(3), 367-374. Recuperado de: <https://www.eymj.org/Synapse/Data/PDFData/0069YMJ/ymj-45-367.pdf>
- Tørmoen, A.J., Grøholt, B., Haga, E., Brager-Larsen, A., Miller, A., Walby, F., Stanley, B. y Mehlum, L. (2014). Feasibility of Dialectical Behavior Therapy with Suicidal and Self-Harming Adolescents with Multi-Problems: Training, Adherence and Retention, *Archives of Suicide Research*, (18)4, 432-444. doi: 10.1080/13811118.2013.826156
- Tuisku, V., Pelkonen, O., Karlsson, L., Strandholm, T., Marttunen, M. (2014). Depressed adolescents as young adults – Predictors of suicide attempt and non-suicidal self-injury during an 8-year follow-up, *Journal of Affective Disorders*, 313–319. doi:10.1016/j.jad.2013.09.031
- Turecki, G., y Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*, 387(10024), 1227–1239. doi:10.1016/S0140-6736(15)00234-2
- Uliaszek, A. A., Wilson, S., Mayberry, M., Cox, K., y Maslar, M. (2014). A Pilot Intervention of Multifamily Dialectical Behavior Group Therapy in a Treatment-Seeking Adolescent Population: Effects on Teens and Their Family Members. *The Family Journal*, 22(2), 206-215. doi: 10.1177/1066480713513554
- Vago, D. R. y Silbersweig, D. A. (2012). Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness, *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 1-30. <http://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00296>
- Vazquez-Vega, D., Piña-Pozas, M., Gonzalez-Forteza, C., Jimenez-Tapia, A. y Mondragón-Barrios, L. (2015). La investigación sobre suicidio en México en el periodo 1980–2014: análisis y perspectivas. *Acta Universitaria*, 62-69. doi:10.15174/au.2015.855
- Voon, D., Hasking, P. and Martin, G. (2014). The roles of emotion regulation and ruminative thoughts in non-suicidal self-injury, *British Journal of Clinical Psychology*, (53), 95-113. doi:10.1111/bjc.12030
- Walsh B.W. y Eaton J.E. (2014) Dialectical Behavior Therapy. In: Claes L., Muehlenkamp J. (eds.) *Non-Suicidal Self-Injury in Eating Disorders*. Springer: Berlin, Heidelberg.
- Wenzel, A. y Beck, A. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment, *Applied and Preventive Psychology*, (12), 189-201. doi:10.1016/j.appsy.2008.05.001.
- Withaker, K., Shapiro, V. y Shields, J. (2016). School-Based Protective Factors Related to Suicide for Lesbian, Gay, and Bisexual Adolescents, *Journal of Adolescent Health*, (58), 63-68. Recuperado de: http://ac.els-cdn.com/S1054139X1500364X/1-s2.0-S1054139X1500364X-main.pdf?_tid=c99893f0-427a-11e7-a962-
- 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. A., y Popenoe, E. J. (2008). Implementing dialectical behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(3), 277–286. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2007.08.004>
- 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](https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.4.585).
- World Health Organization.(2003).Skills-based health education including life skills: An important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School.
Recuperado de:
https://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_skills4health_03.pdf
- Wyatt, L.,Ung, U.,Park; R., Kwon, S. y Shevrin, CH.(Mayo, 2015).Risk factors of suicide and depression among Asian American, native Hawaiian, and Pacific Islander youth: a systematic literature review, 6(20), 191–237. [doi:10.1353/hpu.2015.0059.00000aab0f02&acdnat=1495848259_5db6f27e0694a43433856b87d99f942a](https://doi.org/10.1353/hpu.2015.0059.00000aab0f02&acdnat=1495848259_5db6f27e0694a43433856b87d99f942a)
- Zapolski, T. C. B., y Smith, G. T. (2017). Pilot Study: Implementing a Brief DBT Skills Program in Schools to Reduce Health Risk Behaviors Among Early Adolescents, *The Journal of School Nursing*, 33(3), 198–204. <https://doi.org/10.1177/1059840516673188>
- Zhai, H., Bai, B., Chen, L., Han, D., Wang, L., Qiao, Z., Qiu, X., et al. (2015). Correlation between Family Environment and Suicidal Ideation in University Students in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(2), 1412–1424. doi.org/10.3390/ijerph120201412
- Zhao, S., y Zhang, J. (2015). Suicide Risks among Adolescents and Young Adults in Rural China, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 131–145. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4306853/>

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1: carta de consentimiento

Estimado estudiante:

Has sido invitado/a para participar como asistente del Grupo de Entrenamiento en Habilidades basado en DBT-A. Dicho Grupo de Entrenamiento en Habilidades es implementado por personal capacitado de la Unidad de Atención e Investigación en Psicología, del Departamento de Psicología. Es importante resaltar y asegurar que toda la información que proporciones será confidencial y únicamente manejada por las personas que forman parte del equipo, tu participación es valiosa para nosotros dado que los datos recabados nos ayudarán a obtener mejores programas destinados a ayudar a jóvenes como tú. Es importante mencionar que los datos recabados de la implementación del grupo de entrenamiento en habilidades se utilizarán también con fines de investigación y llegará a formar parte de artículos de investigación, siempre respetando y conservando la identidad y confidencialidad de los datos personales de los participantes.

De igual forma, te comentamos que las sesiones del grupo serán viedograbadas/audiograbadas, para analizar la calidad de las mismas y mejorar los diversos elementos del programa.

Si deseas participar, en el grupo de entrenamiento en habilidades y estás de acuerdo con los puntos anteriormente mencionados por favor firma este documento.

Anexo 2: consentimiento informado padres de familia

Estimado padre de familia:

Su hijo ha sido invitado a participar como asistente del Grupo de Entrenamiento en Habilidades basado en DBT-A, Dicho Grupo de Entrenamiento en Habilidades forma parte las acciones del Departamento de Psicología orientado a la prevención de diversas problemáticas de tipo emocional, así como también a proporcionar a nuestros alumnos diversas herramientas que los ayuden a enfrentar de forma más efectiva las diversas complicaciones de la vida cotidiana, ayudando a mejorar la calidad de vida y la salud mental de los alumnos que se encuentran adaptándose y familiarizándose al primer semestre de la vida académica como estudiantes de licenciatura.

Cabe mencionar que este programa es implementado por personal capacitado de la Unidad de Atención e Investigación en Psicología, del Departamento de Psicología, es importante resaltar y asegurar que toda la información que se proporcione durante las sesiones del grupo será confidencial y únicamente manejada por las personas que forman parte del equipo. La participación de su hijo es valiosa para nosotros dado que los datos recabados nos ayudarán a obtener mejores programas destinados a ayudar a los jóvenes como su hijo.

Es importante mencionar que los datos recabados de la implementación del Grupo de Entrenamiento en Habilidades se utilizarán también con fines de investigación y llegarán a formar parte de artículos de investigación, siempre respetando y conservando la identidad y confidencialidad de los datos personales de los participantes.

De igual forma, le comentamos que las sesiones del grupo serán viedograbadas/audiograbadas, para analizar la calidad de las mismas, mejorar los diversos elementos del programa y con fines de supervisión para los terapeutas encargados de los grupos.

Si autoriza que su hijo participe en el grupo de entrenamiento en habilidades y está de acuerdo con los puntos anteriormente mencionados, por favor firme este documento.

Autorizo y estoy de acuerdo en que mi hijo participe

No autorizo y no estoy de acuerdo en que mi hijo participe

Nombre del hijo: _____

Nombre y firma del
Padre/tutor

Anexo 3: emociones y estado de ánimo en las últimas dos semanas

A continuación se muestra una lista de emociones y sentimientos que probablemente hayas experimentado en las últimas dos semanas. Por favor indica durante cuántos días de estas últimas semanas te sentiste así, o si te ocurrió casi a diario. Indica cruzando con una equis (x).

	Durante cuántos días de las DOS ÚLTIMAS SEMANAS:	0 días	1-2 días	3-4 días	5-7 días	8-14 días
CD1	No tenía ganas de comer.	0	1	2	3	4
CD2	No podía quitarme la tristeza.	0	1	2	3	4
CD3	Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que hacía.	0	1	2	3	4
CD4	Me sentía deprimido(a).	0	1	2	3	4
CD5	Dormía pero sin descansar.	0	1	2	3	4
CD6	Me sentía triste.	0	1	2	3	4
CD7	No podía seguir adelante.	0	1	2	3	4
CD8	Nada me hacía feliz.	0	1	2	3	4
CD9	Sentía que era una mala persona.	0	1	2	3	4
CD10	Había perdido interés en mis actividades diarias.	0	1	2	3	4
CD11	Dormía más de lo acostumbrado.	0	1	2	3	4
CD12	Sentía que me movía muy lento(a).	0	1	2	3	4
CD13	Me sentía inquieto(a).	0	1	2	3	4
CD14	Sentía deseos de estar muerto(a).	0	1	2	3	4
CD15	Quería hacerme daño.	0	1	2	3	4
CD16	Me sentía cansado(a) todo el tiempo.	0	1	2	3	4
CD17	Estaba a disgusto conmigo mismo(a).	0	1	2	3	4
CD18	Perdí peso sin intentarlo.	0	1	2	3	4
CD19	Me costaba mucho trabajo dormir.	0	1	2	3	4
CD20	Era difícil concentrarme en las cosas importantes.	0	1	2	3	4
CD21	Me molestaba por cosas que generalmente no me molestan.	0	1	2	3	4
CD22	Sentía que era tan bueno(a) como los demás.	0	1	2	3	4
CD23	Sentía que todo lo que hacía era con esfuerzo.	0	1	2	3	4
CD24	Me sentía esperanzado(a) hacia el futuro.	0	1	2	3	4
CD25	Pensé que mi vida ha sido un fracaso.	0	1	2	3	4
CD26	Me sentía temeroso(a).	0	1	2	3	4
CD27	Me sentía feliz.	0	1	2	3	4
CD28	Hablé menos de lo usual.	0	1	2	3	4
CD29	Me sentía solo(a).	0	1	2	3	4
CD30	Sentía que las personas eran poco amigables conmigo.	0	1	2	3	4
CD31	Disfruté de la vida.	0	1	2	3	4
CD32	Tenía ataques de llanto.	0	1	2	3	4
CD33	Me divertí mucho.	0	1	2	3	4
CD34	Sentía que iba a darme por vencido(a).	0	1	2	3	4
CD35	Sentía que le desagradaba a la gente.	0	1	2	3	4
CD36	Tenía pensamientos sobre la muerte.	0	1	2	3	4
CD37	Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a).	0	1	2	3	4
CD38	Pensé en matarme.	0	1	2	3	4
CD39	Sentía que me costaba mucho trabajo hacer las cosas.	0	1	2	3	4

Anexo 4: los recursos psicológicos

Las personas reaccionamos de manera diferente ante las distintas situaciones de la vida. Indica cruzando con una X (equis), qué tan frecuentemente reaccionas de la misma manera. Tú respuesta puede ser:

4- CASI SIEMPRE, 3- ALGUNAS VECES, 2- RARA VEZ O 1- CASI NUNCA.

		CS	AV	RV	CN
RA-MT-1	Cuando estás muy triste sientes que tus problemas no tienen solución.	4	3	2	1
RA-ME-2	Pierdes el control cuando te enojas.	4	3	2	1
RA-AU-3	Cuando estás nervioso(a), si te lo propones, puedes relajarte fácilmente.	4	3	2	1
RA-ME-4	Cuando te enojas avientas lo primero que tengas a la mano.	4	3	2	1
RA-MT-5	Si las cosas no salen como las tenías planeadas te desanimas fácilmente.	4	3	2	1
RA-RE-6	Cuando te pones triste, te dices frases que te levanten el ánimo.	4	3	2	1
RA-MT-7	Te es difícil recuperar la tranquilidad después de que te sientes triste.	4	3	2	1
RA-MT-8	Es muy difícil que vuelvas a sentirte bien cuando se frustran tus planes.	4	3	2	1
RA-MT-9	Cuando empiezas a sentirte triste ya no te puedes detener.	4	3	2	1
RA-ME-10	Evitas alterarte cuando te enojas.	4	3	2	1
RA-RE-11	Cuando te sientes frustrado(a), platicas contigo mismo(a) para tranquilizarte.	4	3	2	1
RA-RE-12	Darte cuenta de cómo te sientes te ayuda a recuperarte de los problemas.	4	3	2	1
RA-ME-13	Cuando tienes problemas tratas de permanecer tranquilo(a).	4	3	2	1
RA-AU-14	Sientes que tienes control sobre tu vida.	4	3	2	1
RA-AU-15	Cuando es necesario tienes la capacidad de controlar tus emociones.	4	3	2	1
RA-AU-16	Cuando algo te sale mal, continúas esforzándote sin darte por vencido(a).	4	3	2	1
RA-AU-17	Puedes enfrentar situaciones difíciles permaneciendo en calma.	4	3	2	1
RA-ME-18	Tratas de no alterarte y de hablar “como gente decente”.	4	3	2	1
RS-RA-19	Tratas de platicar con alguien para desahogarte.	4	3	2	1
RS-ISA-20	Para ti es muy difícil pedir ayuda a los demás.	4	3	2	1
RS-ISA-21	Si tuvieras un problema muy grave, no sabrías a quién recurrir.	4	3	2	1
RS-RA-22	Cuando te sientes mal, buscas ayuda en la gente que te rodea.	4	3	2	1

RS-ISA-23	Evitas acercarte a la gente cuando tienes problemas.	4	3	2	1
RS-ISA-24	Cuando has pedido ayuda a los miembros de tu familia te han fallado.	4	3	2	1
RS-RA-25	Cuentas con una persona de tu confianza a quien le puedes pedir consejo.	4	3	2	1
RS-ISA-26	Te da pena acercarte a la gente cuando la necesitas.	4	3	2	1
RS-RA-27	Por lo menos tienes a una persona a quien contarle lo que te pasa.	4	3	2	1
RC-CR-28	Tus creencias religiosas te sostienen cuando piensas que no tienes salidas.	4	3	2	1
RC-CR-29	Ante las situaciones problema te consuelan tus creencias religiosas.	4	3	2	1
RC-CR-30	Te sientes más tranquilo(a) cuando te acercas a tu religión y a sus preceptos.	4	3	2	1
RC-OP-31	Ves el lado favorable de lo que te sucede aunque esto pueda no ser tan agradable.	4	3	2	1
RC-OP-32	Sueles reconocer el lado positivo de las personas.	4	3	2	1
RC-OP-33	Cuando las cosas no van bien, tú solo(a) te das ánimos.	4	3	2	1
RC-OP-34	Cuando recibes una crítica, piensas en lo que puedes hacer para mejorar.	4	3	2	1
RS-AL-35	Sin que te pidan tu ayuda, tú la ofreces.	4	3	2	1
RS-AL-36	Buscas ayudar a personas que están pasando por una situación parecida a la tuya, para que no batallen como tú.	4	3	2	1
RS-AL-37	Buscas cómo ayudar a otros.	4	3	2	1
RS-AL-38	Si alguien te pide ayuda y puedes, le ayudas.	4	3	2	1
RS-AL-39	Varias personas saben que pueden contar contigo.	4	3	2	1
RS-AL-40	Te hace sentir bien el ofrecer ayuda a otros.	4	3	2	1

Anexo 5: desregulación emocional

INSTRUCCIONES: Por favor indica qué tan frecuentemente te pasa lo siguiente en el último mes, marcando con una X en la parte derecha de cada frase la respuesta que corresponda, puedes tomar en cuenta que cada respuesta tiene el siguiente significado:

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

¿Qué tan seguido te pasa esto en el último mes?	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
1. Tengo claros mis sentimientos					
2. Pongo atención a cómo me siento					
3. Mis sentimientos me sobrepasan y están fuera de control					
4. No tengo idea de cómo me siento.					
5. Me cuesta trabajo entender por qué me siento como me siento					
6. Le hago caso a mis sentimientos					
7. Sé exactamente cómo me siento					
8. Estoy confundid@ por cómo me siento					
Para contestar todas las frases siguientes, piensa en las ocasiones en que te has sentido mal en el último mes. <u>Cuando me siento mal yo:</u>	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
9. Puedo reconocer cómo me siento					
10. Me enojo conmigo mism@ por sentirme de esa manera.					
11. Me cuesta trabajo hacer mis deberes					
12. Creo que así me sentiré por mucho tiempo.					
13. Me cuesta trabajo ocuparme de otras cosas					
14. Siento que soy débil					
15. Me siento culpable por sentirme de esa manera					
16. Me cuesta trabajo concentrarme					
17. Me cuesta trabajo controlar lo que hago					
18. Creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor					
19. Me molesto conmigo mism@ por sentirme de esa manera					
20. Me empiezo a sentir muy mal conmigo mism@					
21. Creo que no puedo hacer otra cosa que dejarme llevar por cómo me siento					
22. Pierdo el control de cómo me porto					
23. Se me dificulta pensar en algo más					
24. Me toma mucho tiempo sentirme mejor					

Anexo 6

AUTOESTIMA

Enseguida se presentan algunas frases sobre la opinión que puede (s) tener sobre su propia persona, marca con una cruz (x) que tan de acuerdo está (s) con esa afirmación atendiendo a la siguiente escala: **totalmente de acuerdo** (TA), **de acuerdo** (DA), **en desacuerdo** (ED), **totalmente en desacuerdo** (TD). Recuerda (a) que no hay respuestas buenas ni malas.

		TA	DA	ED	TD
AE1	Siento que soy una persona que vale, al menos, como los demás.	4	3	2	1
AE2	Siento que tengo buenas cualidades.	4	3	2	1
AE3	En general me inclino a pensar que soy un fracaso.	1	2	3	4
AE4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.	4	3	2	1
AE5	Siento que no tengo mucho de qué estar orgulloso(a) de mí.	1	2	3	4
AE6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo(a).	4	3	2	1
AE7	En general estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a).	4	3	2	1
AE8	Desearía poder tener más respeto para mí mismo(a).	1	2	3	4
AE9	A veces me siento inútil.	1	2	3	4
AE10	A veces pienso que soy un(a) bueno(a) para nada.	1	2	3	4