



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Instituto de Ciencias Sociales y Administración

Departamento de Ciencias Sociales

Maestría en Psicología

“Intervención para pacientes presentando ideación suicida desde la psicoterapia dialéctico-conductual.”

Tesis para obtener el grado de

Maestra en Psicología

Alondra Guadalupe Gómez Flores

Becada por el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías

Directora

Doctora Priscila Montañez Alvarado

Sínodo

Dra. Marisela Gutiérrez Vega, Presidente del Sínodo

Dr. Oscar Armando Esparza Del Villa, Secretario del Sínodo

Dra. Sarah Margarita Chávez Valdez, Vocal del Sínodo

Ciudad Juárez, Chihuahua, 1^{ro} de mayo 2026.



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Instituto de Ciencias Sociales y Administración

Departamento de Ciencias Sociales

Maestría en Psicología

**“Intervención para pacientes presentando ideación suicida
desde la psicoterapia dialéctico-conductual.”**

Tesis para obtener el grado de

Maestra en Psicología

Alondra Guadalupe Gómez Flores

Becada por el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías

Directora

Doctora Priscila Montañez Alvarado

Sínodo

Dra. Marisela Gutiérrez Vega, Presidente del Sínodo

Dr. Oscar Armando Esparza Del Villa, Secretario del Sínodo

Dra. Zoë Haime, Primer Vocal del Sínodo

Ciudad Juárez, Chihuahua, 1^{ro} de mayo 2026.

Dedicatoria

Dedico esta tesis, desde la experiencia vivida, a todo aquel que ha sido impactado por el suicidio y las conductas suicidas, directa o indirectamente.

Agradecimientos

Infinitamente agradezco a todos aquellos seres que me brindaron guía y sabiduría para continuar con mi camino de vida.

Gracias a mi esposo, Misael Ortega, por todo y por tanto.

Gracias a mi directora de tesis, Dra. Priscila Montañez Alvarado, por su apoyo, enseñanzas, paciencia, calidez, y por ser un ejemplo a seguir. De igual manera y por las mismas razones agradezco a la Mtra. Ana Cecilia Gutiérrez De La Peña, a la Dra. Marisela Gutiérrez Vega, a la Dra. Zoë Haime y al Dr. Oscar Armando Esparza Del Villar.

Gracias a Venus, protectora de mi alma ☸☸ .

Índice de contenido

Índice de tablas	10
Índice de figuras	13
Resumen	14
Abstract	15
Introducción	16
Planteamiento del problema	16
Antecedentes y marco teórico	17
Suicidio	18
Ideación suicida	19
Teorías del suicidio: marco de la ideación a la acción	20
<i>Teoría interpersonal de Joiner</i>	<i>21</i>
<i>Teoría de los tres pasos de Klonsky</i>	<i>22</i>
<i>Modelo integrado motivacional-volitivo de la conducta suicida de O'Connor</i>	<i>25</i>
Factores de riesgo de suicidio	28
Factores protectores frente al suicidio	29
Prevalencia del suicidio	30
Tratamiento multidisciplinario para pacientes presentando ideación suicida	33
Estrategias desde la psicología para la intervención con pacientes que presentan ideación suicida: terapia dialéctico-conductual	35
<i>Razonamiento</i>	<i>35</i>
<i>Evidencia</i>	<i>38</i>
Objetivo e hipótesis	40

	6
Objetivo general	40
Objetivos particulares	41
Hipótesis	41
Método	41
Diseño	41
Material e instrumentos	43
<i>Hojas de trabajo</i>	<i>43</i>
<i>Escalas de medición</i>	<i>44</i>
<i>Formatos protocolarios del Centro de Bienestar Universitario</i>	<i>48</i>
Operacionalización de variables	49
<i>Variables dependientes</i>	<i>49</i>
<i>Variable independiente</i>	<i>50</i>
Escenario	51
Participantes	51
<i>Criterios de inclusión</i>	<i>51</i>
<i>Criterios de exclusión</i>	<i>52</i>
Procedimiento	52
Consideraciones éticas	56
Resultados de la intervención	57
Variables sociodemográficas	57
Eficacia del tratamiento	60
<i>Asistencia y adherencia al tratamiento</i>	<i>60</i>
<i>Puntajes de ansiedad – GAD-7</i>	<i>60</i>

<i>Puntajes de depresión – PHQ-9</i>	62
<i>Puntajes de riesgo suicida – ASQ</i>	63
<i>Puntajes de severidad del riesgo suicida – C-SSRS</i>	64
<i>Puntajes de ideación suicida – BSI</i>	65
Seguimiento	67
<i>Puntajes de ansiedad – GAD-7 al seguimiento</i>	67
<i>Puntajes de depresión – PHQ-9 al seguimiento</i>	71
<i>Puntajes de riesgo suicida – ASQ al seguimiento</i>	75
<i>Puntajes de severidad del riesgo suicida – C-SSRS al seguimiento</i>	77
<i>Puntajes de ideación suicida – BSI al seguimiento</i>	79
Discusión	86
Características sociodemográficas	86
Eje teórico: interpretación de los resultados a la luz de los modelos de ideación suicida	87
Eje metodológico: alcances e implicaciones del diseño de investigación	88
Eje clínico: implicaciones prácticas y apreciaciones desde la intervención	88
Conclusiones	90
Referencias	92
Apéndices	105
Apéndice A Objetivos del entrenamiento en habilidades	105
Apéndice B Opciones para resolver cualquier problema	106
Apéndice C Análisis en cadena	107
Apéndice D Análisis en cadena, paso a paso	111
Apéndice E Habilidades de atención plena	115

Apéndice F Objetivos de practicar la atención plena	116
Apéndice G Definiciones de la atención plena	117
Apéndice H Mente sabia: los estados de la mente	119
Apéndice I Ideas para la práctica de la mente sabia	120
Apéndice J Reducir la vulnerabilidad ante la mente emocional	123
Apéndice K Cuida tu mente cuidando tu cuerpo	124
Apéndice L Habilidades de efectividad interpersonal	125
Apéndice M Objetivos de efectividad interpersonal	126
Apéndice N Factores que se interponen en el camino de la efectividad interpersonal ...	127
Apéndice O Mitos que se interponen en el camino de la efectividad interpersonal	129
Apéndice P Efectividad en el autorrespeto: mantener o mejorar el autorrespeto	131
Apéndice Q Atención plena hacia los otros	132
Apéndice R Identificando la atención plena hacia los demás	133
Apéndice S Terminando relaciones	134
Apéndice T Identificar cómo terminar relaciones	135
Apéndice U Dialéctica	136
Apéndice V Cómo pensar y actuar dialécticamente	137
Apéndice W Ejemplos de lados opuestos donde ambos pueden ser ciertos	139
Apéndice X Opuestos importantes para equilibrar	140
Apéndice Y Identificando la dialéctica	141
Apéndice Z Habilidades de regulación emocional	142
Apéndice AA Objetivos de la regulación emocional	143
Apéndice AB Factores que dificultan la regulación emocional	144

Apéndice AC Mitos acerca de las emociones	145
Apéndice AD Acción opuesta.....	147
Apéndice AE Construyendo una vida digna	148
Apéndice AF Lista de valores y prioridades	149
Apéndice AG Desarrollar dominio y afrontamiento	153
Apéndice AH Objetivos de la tolerancia al estrés y la angustia	154
Apéndice AI Habilidades de supervivencia a crisis	155
Apéndice AJ STOP	156
Apéndice AK Pros y contras	157
Apéndice AL TIP	158
Apéndice AM Mejorando el momento	159
Apéndice AN Conciencia sensorial	161
Apéndice AO Habilidades de aceptación de la realidad	163
Apéndice AP Aceptación radical	164
Apéndice AQ Factores que interfieren en la aceptación	165
Apéndice AR Paso por paso de la aceptación	166
Apéndice AS Cambiando la mente	167
Apéndice AT Voluntad	168
Apéndice AU Aceptando la realidad con el cuerpo	169
Apéndice AV Atención plena de la corriente de pensamientos	170
Apéndice AW Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)	171
Apéndice AX Beck's Suicide Ideation Scale (BSI)	172
Apéndice AY Generalized Anxiety Disorder-7 Scale (GAD-7)	174

	10
Apéndice AZ Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	175
Apéndice BA Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)	176
Apéndice BB Drug Abuse Screening Test (DAST-10)	177
Apéndice BC Entrevista de primer contacto	178
Apéndice BD Plan de seguridad	180
Apéndice BE Carta compromiso para personas de confianza	181
Apéndice BF Historia clínica	182
Apéndice BG Consentimiento informado en materia de investigación	187

Índice de tablas

Tabla 1 Clasificación de las variables dependientes	49
Tabla 2 Diseño de la intervención para pacientes presentando ideación suicida desde la psicoterapia dialéctico-conductual	53
Tabla 3 Características sociodemográficas de la muestra	58
Tabla 4 Prueba t de muestras emparejadas: puntajes de ansiedad GAD-7	61
Tabla 5 Prueba t de muestras emparejadas: puntajes de depresión PHQ-9	62
Tabla 6 Prueba t de muestras emparejadas: puntajes de riesgo suicida ASQ	63
Tabla 7 Prueba t de muestras emparejadas: puntajes de severidad de riesgo suicida C-SSRS	64
Tabla 8 Prueba t de muestras emparejadas: puntajes de ideación suicida BSI	65
Tabla 9 Prueba de medidas repetidas: puntajes totales de ansiedad GAD-7 al seguimiento	67
Tabla 10 Comparaciones por parejas: puntajes totales de ansiedad GAD-7 al seguimiento	68

Tabla 11 Prueba de medidas repetidas: puntajes síntomas cognitivos GAD-7 al seguimiento	69
Tabla 12 Comparaciones por parejas: puntajes síntomas cognitivos GAD-7 al seguimiento	70
Tabla 13 Prueba de medidas repetidas: puntajes síntomas somáticos GAD-7 al seguimiento	70
Tabla 14 Comparaciones por parejas: puntajes síntomas somáticos GAD-7 al seguimiento	71
Tabla 15 Prueba de medidas repetidas: puntajes totales de depresión PHQ-9 al seguimiento	72
Tabla 16 Comparaciones por parejas: puntajes totales de depresión PHQ-9 al seguimiento	72
Tabla 17 Prueba de medidas repetidas: puntajes síntomas cognitivos PHQ-9 al seguimiento	73
Tabla 18 Comparaciones por parejas: puntajes síntomas cognitivos PHQ-9 al seguimiento	74
Tabla 19 Prueba de medidas repetidas: puntajes síntomas somáticos PHQ-9 al seguimiento	74
Tabla 20 Comparaciones por parejas: puntajes síntomas somáticos PHQ-9 al seguimiento	75
Tabla 21 Prueba de medidas repetidas: puntajes totales de riesgo suicida ASQ al seguimiento	76

Tabla 22 Comparaciones por parejas: puntajes totales de riesgo suicida ASQ al seguimiento	76
Tabla 23 Prueba de medidas repetidas: puntajes totales de riesgo suicida C-SSRS al seguimiento	77
Tabla 24 Comparaciones por parejas: puntajes totales de riesgo suicida C-SSRS al seguimiento	78
Tabla 25 Prueba de medidas repetidas: puntajes ideación suicida C-SSRS al seguimiento	78
Tabla 26 Comparaciones por parejas: puntajes ideación suicida C-SSRS al seguimiento	79
Tabla 27 Prueba de medidas repetidas: puntajes totales de ideación suicida BSI al seguimiento	80
Tabla 28 Comparaciones por parejas: puntajes totales de ideación suicida BSI al seguimiento	81
Tabla 29 Prueba de medidas repetidas: puntajes dimensiones de la ideación suicida BSI al seguimiento	81
Tabla 30 Comparaciones por parejas: puntajes dimensiones de la ideación suicida BSI al seguimiento	82
Tabla 31 Prueba de medidas repetidas: puntajes pensamientos y deseos suicidas BSI al seguimiento	83
Tabla 32 Comparaciones por parejas: puntajes pensamientos y deseos suicidas BSI al seguimiento	84
Tabla 33 Prueba de medidas repetidas: puntajes características del intento suicida BSI al seguimiento	84

Tabla 34 Comparaciones por parejas: puntajes características del intento suicida BSI al seguimiento	85
---	----

Índice de figuras

Figura 1 Principal terminología del suicidio	18
Figura 2 Diagrama de la teoría interpersonal del suicidio de Joiner	21
Figura 3 Esquema de la teoría de los tres pasos	23
Figura 4 Categorías de variables que contribuyen a la capacidad suicida	24
Figura 5 Modelo IMV de conducta suicida de O'Connor	26
Figura 6 Premisas clave del modelo IMV de la conducta suicida	27
Figura 7 De la ideación suicida a la conducta suicida dentro del modelo IMV	27
Figura 8 Comparación de suicidios consumados entre los años 2013 y 2023 en México (tasa por cada 100 mil habitantes)	31
Figura 9 Comparación de suicidios consumados entre los años 2022 y 2023 en México especificados por: hombres y mujeres (tasa por cada 100 mil habitantes)	32
Figura 10 Tasa estandarizada de suicidios por entidad federativa de residencia habitual 2024 en mapa (tasa por cada 100 mil habitantes)	33
Figura 11 Habilidades de la TDC	38

Resumen

El suicidio representa un problema crítico de salud pública a nivel mundial, con un impacto significativo en la población joven de países como México. La ideación suicida, predictor determinante de conductas autolesivas, requiere abordajes clínicos específicos basados en evidencia, dada su complejidad y el impacto devastador en el bienestar integral de los individuos y la sociedad. Es así como el objetivo general de este trabajo fue evaluar la efectividad de un programa de intervención basado en la psicoterapia dialéctico-conductual para reducir la ideación suicida en población adulta.

Respecto al método, se realizó un estudio de enfoque cuantitativo con un diseño cuasiexperimental de grupo único ($N = 10$). La intervención consistió en 15 sesiones semanales de una hora, diseñadas para entrenar habilidades de atención plena, efectividad interpersonal, regulación emocional y tolerancia a la angustia y al estrés.

Los resultados mostraron reducciones estadísticamente significativas en los niveles de ideación suicida ($p = .001$), ansiedad ($p = .000$) y depresión ($p = .000$). Asimismo, el seguimiento reveló que la mejoría persistió tras concluir el tratamiento en todas las variables analizadas ($p < .000$).

En conclusión, la terapia dialéctico-conductual es una herramienta robusta para mitigar el riesgo suicida. Se recomienda ampliar la muestra para la generalización de resultados, establecer procedimientos seguros para añadir grupo control en futuros estudios. Finalmente, se subraya la importancia de contar con protocolos especializados para apoyar a todo aquel afectado por conductas suicidas.

Palabras clave: suicidio, ideación suicida, terapia dialéctico-conductual.

Abstract

Suicide represents a critical public health problem worldwide, with a significant impact on young population of countries such as Mexico. Suicidal ideation, a major predictor of self-harming behaviours, requires targeted, evidence-based clinical interventions due to its complexity and the devastating impact on the overall well-being of individuals and society. Therefore, the general objective of this study was to evaluate the effectiveness of an intervention program based on dialectical behaviour therapy to reduce suicidal ideation among adult population.

Regarding the method, a quantitative study was conducted using a single-group quasi-experimental design ($N = 10$). The intervention comprised 15 weekly sessions of one hour each, aimed at developing skills in mindfulness, interpersonal effectiveness, emotional regulation, and distress tolerance.

The findings indicated statistically significant reductions in levels of suicidal ideation ($p = .001$), anxiety ($p = .000$), and depression ($p = .000$). Furthermore, follow-up assessments revealed sustained improvement after the conclusion of treatment in all analysed variables ($p < .000$).

In conclusion, dialectical behaviour therapy proves to be an effective tool for reducing suicide risk. It is recommended to expand the sample size for the generalization of results and to establish safe procedures for adding a control group in future studies. Finally, the importance of having specialized protocols to support anyone affected by suicidal behaviours is emphasized.

Key words: Suicide, suicidal ideation, dialectical behaviour therapy.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (World Health Organization [WHO], 2025) refiere que más de 720 000 personas mueren por suicidio cada año, estimando que por cada suicidio consumado se producen 20 intentos de suicidio, con la población en mayor riesgo a nivel global identificada como aquellos entre 15 a 29 años de edad, concentrándose el 73 % de suicidios en países de ingresos bajos y medios.

Aunado a esto, los suicidios y los intentos de suicidio tienen un efecto dominó que afecta a familias, amigos, colegas, comunidades y sociedades; encontrándose dentro de los factores de riesgo experiencias de pérdida, soledad, discriminación, problemas financieros, dolor y enfermedades crónicas, violencia, abuso u otras emergencias humanitarias; además del hecho de que debido al estigma en torno a las afecciones de salud mental y el suicidio, ocurre que gran cantidad de personas que piensan en suicidarse no buscan ayuda (WHO, 2024).

Asimismo, los pensamientos suicidas y los intentos de suicidio no fatales también requieren atención, dado que estos son fuertemente predictivos de muertes por suicidio y, por lo general, pueden resultar en consecuencias negativas como lesiones, hospitalización y pérdida de libertad; en este sentido, es urgente mejorar y avanzar en la comprensión y prevención del suicidio y la conducta suicida (Klonsky et al., 2016), así como en el tratamiento de estas afecciones.

Planteamiento del problema

La comprensión de las causas del suicidio, así como las mejores prácticas para la evaluación, prevención y tratamiento de las conductas suicidas, se han identificado como una prioridad crítica de salud pública y un imperativo global (Joiner et al., 2017).

El suicidio es un problema complejo, influenciado por la interacción entre factores de protección y factores de riesgo a lo largo del tiempo y del desarrollo de la persona, por ende,

comprender las causas del suicidio es fundamental para su prevención (Martínez-Alés et al., 2022). Dicho esto, el progreso en estrategias de prevención e intervención más eficaces probablemente requerirá una comprensión más profunda de los procesos fundamentales que causan la ideación suicida, los intentos y las muertes por suicidio (Klonsky & May, 2015). De manera que, lamentablemente, aún existen vacíos significativos en el campo de la suicidiología, donde resultados de metaanálisis sugieren que la capacidad para predecir e intervenir de manera efectiva respecto a la ideación y las conductas suicidas muestra un progreso mínimo (Hallford et al., 2023).

Por lo anterior, el presente estudio busca proporcionar una estructura replicable, sustentando la eficacia de la psicología clínica para el tratamiento de la ideación suicida (Van Ballegooijen et al., 2025), así como la promoción de la importancia de contar con protocolos especializados para apoyar a quienes presenten estas afectaciones (David Rudd et al., 2022), sirviendo como base para la formación de futuros profesionales. Esto, a través de una intervención para pacientes presentando ideación suicida desde la psicoterapia dialéctico-conductual.

Antecedentes y marco teórico

El uso de términos y definiciones vagos o inconsistentes ha obstaculizado el progreso en la investigación y la teoría del suicidio, por ejemplo: utilizar *comportamiento suicida* como una categoría general que abarca cualquier pensamiento o acción relacionada al suicidio, sin tomar medidas adicionales para distinguir adecuadamente entre ideación, planeación, intentos no fatales e intentos que resultan en la muerte; de igual manera, usar el término *autolesión* para abarcar todas las conductas autolesivas deliberadas, independientemente de la intención de morir (Klonsky et al., 2016). Debido a que estos diferentes aspectos de la suicidalidad y la

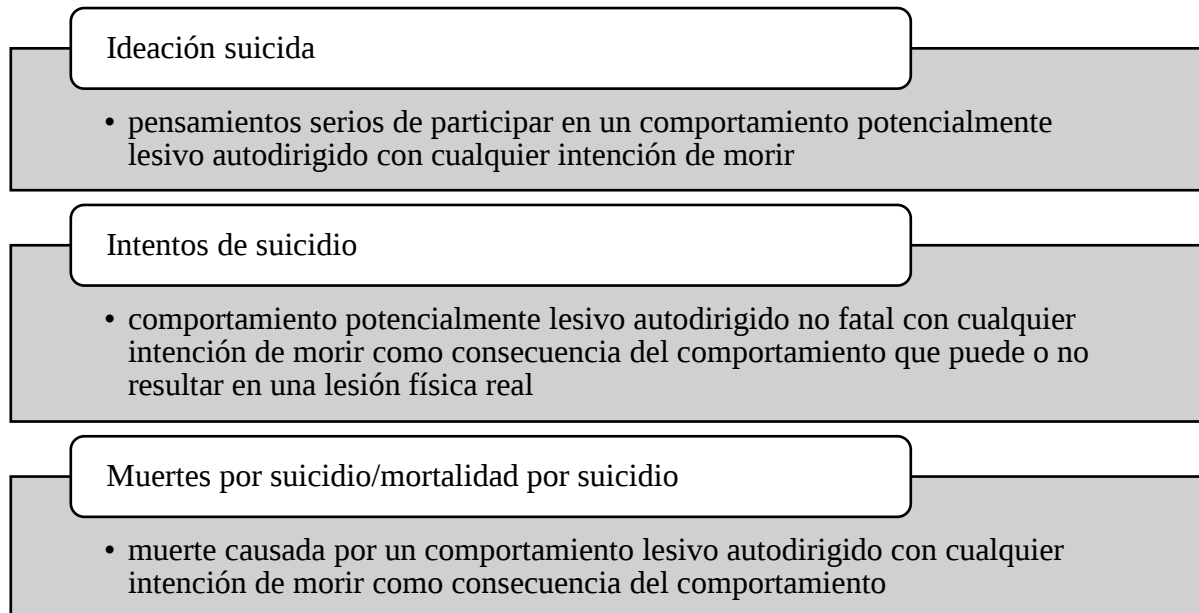
autolesión pueden presentar diferencias significativas en sus tasas de prevalencia, funciones, correlatos clínicos y resultados, es fundamental emplear definiciones y terminología precisas.

Suicidio

El suicidio es la muerte que resulta de un acto intencional de terminar con la propia vida, encontrándose consecuencias relacionadas que se conocen colectivamente como conductas suicidas: ideación suicida (pensamientos o deseos sobre terminar con la propia vida), planificación del suicidio (organización de métodos concretos para terminar con la propia vida), e intentos de suicidio (acto con intención de terminar con la propia vida)(ver Figura 1); siendo estas conductas fenómenos continuos que aumentan el riesgo de suicidio (Cai et al., 2021).

Figura 1

Principal terminología del suicidio



Nota. Elaborada a partir de Joiner et al. (2017).

Ideación suicida

La ideación suicida, a menudo llamada pensamientos o ideas suicidas, es un término amplio que se utiliza para describir una variedad de contemplaciones, deseos y preocupaciones respecto a la muerte y el suicidio; es así que no existe una definición universalmente aceptada y consistente de la ideación suicida, lo cual genera desafíos constantes para el personal de salud, investigadores y educadores (Harmer et al., 2020). Se plantea entonces que, es de vital importancia que los profesionales de la salud reconozcan a la ideación suicida como un fenómeno heterogéneo: varía en intensidad, duración y carácter; esta descripción puede desempeñar un papel importante en la detección, intervención y prevención del riesgo de suicidio, ya que se encontró que la ideación es un predictor de intentos y muertes por suicidio, independientemente de la edad del individuo (Harmer et al., 2020). En consecuencia, la ideación suicida presenta una de las medidas clave de la suicidalidad (Selak et al., 2024).

Ampliando lo anterior, la ideación suicida es un antecedente importante para la progresión a la autolesión significativa y los intentos de suicidio: las personas que expresan ideación suicida tienen una prevalencia significativamente mayor de autolesión y suicidio consumado en un período de 12 meses, especialmente si existe una planificación asociada, siendo su prevalencia más de tres veces mayor que la de los intentos de suicidio (Hafferty et al., 2019).

Es así como se subraya la necesidad de explorar cómo surgen los pensamientos suicidas y cómo persisten, teniendo en cuenta un conjunto complejo de factores, como la frustración de pertenencia, percepción de ser una carga, la derrota y el encierro; además, existe la necesidad de un modelo que pueda explicar la complejidad y dinámica subyacentes del proceso de ideación suicida (Nguyen et al., 2021).

Teorías del suicidio: marco de la ideación a la acción

Para avanzar en la comprensión científica de los factores que conducen a los intentos de suicidio y a la muerte por suicidio, y esclarecer los puntos de intervención, es crucial que la investigación sobre el suicidio utilice marcos teóricos (Joiner et al., 2017).

Klonsky y May (2015) realizan un breve recorrido de las teorías tradicionales del suicidio, mencionando a distintos autores: Shneidman explicando el suicidio como una respuesta a un dolor abrumador, Durkheim enfatizando el papel del aislamiento social, Baumeister describiendo el suicidio como un escape de un estado mental aversivo, y Beck y Abramson destacando el papel de la desesperanza. Estas teorías han sido significativamente útiles para orientar la investigación del suicidio y los esfuerzos de prevención, al mismo tiempo compartiendo una característica particular que puede estar limitando el progreso en la comprensión del suicidio: no logran diferenciar las explicaciones de los pensamientos y la conducta suicidas (Klonsky & May, 2015).

En concordancia con lo anterior, Klonsky y May (2015) proponen que un marco de referencia que vaya de la ideación a la acción debería guiar la teoría, la investigación y la prevención del suicidio puesto que, desde esta perspectiva, el desarrollo de la ideación suicida y la progresión de la ideación a los intentos de suicidio son procesos distintos con explicaciones distintas.

De igual manera, O'Connor y Kritley (2018) señalan que, si bien en las últimas décadas se han producido muchos avances en la comprensión del riesgo de suicidio, la capacidad para predecirlo no es mejor ahora que hace 50 años, existiendo varias posibles explicaciones para esta falta de progreso, pero la ausencia, hasta hace poco, de modelos teóricos integrales que predigan la aparición de la ideación suicida, distinta de la transición

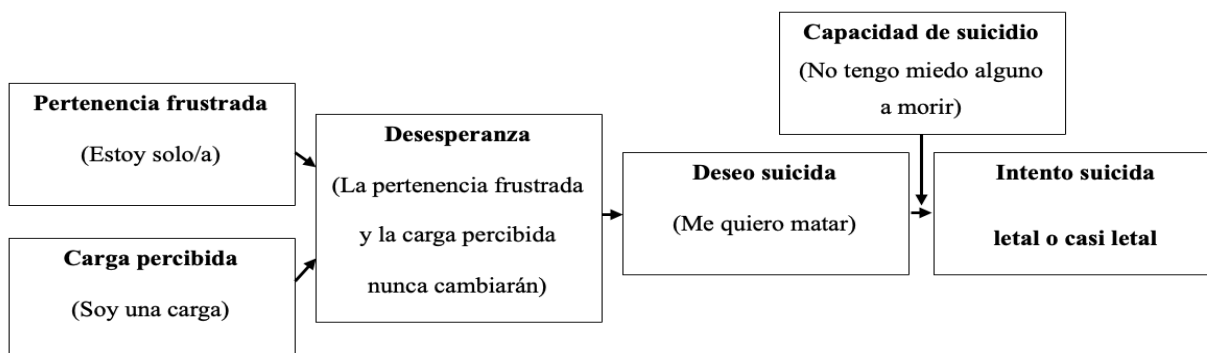
entre la ideación suicida y los intentos de suicidio/suicidio consumado, es clave para solventar esta falta de progreso.

La teoría interpersonal de Joiner

De acuerdo con Joiner et al. (2017), la teoría interpersonal del suicidio ha contribuido a sustanciales avances en la comprensión científica y clínica del suicidio y condiciones relacionadas, como la evaluación y recomendaciones de tratamiento. Esta teoría postula que el deseo suicida surge cuando los individuos experimentan sentimientos intratables de carga percibida y pertenencia frustrada, llevándose a cabo, entonces, el comportamiento suicida casi letal o letal en presencia del deseo suicida y la capacidad para suicidarse (ver Figura 2).

Figura 2

Diagrama de la teoría interpersonal del suicidio de Joiner



Nota. Tomado de Joiner et al. (2017).

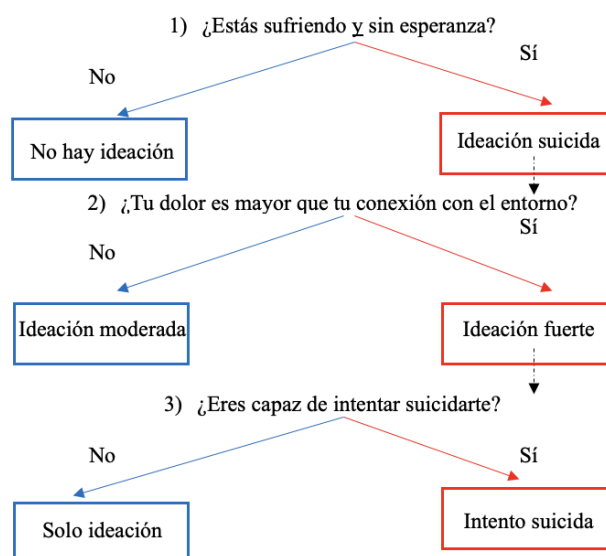
Asimismo, Joiner et al. (2017) indican como punto clave de la teoría interpersonal su énfasis en ofrecer una explicación de por qué la gran mayoría de las personas que piensan en suicidarse no lo intentan. La teoría también sustenta vías distintas por las que se desarrollan el deseo y las conductas suicidas, tanto fatales como no fatales.

Es así que Joiner y su equipo (2017) condujeron una revisión sistemática y metaanálisis, encontrando que la interacción entre la pertenencia frustrada y la carga percibida se asoció significativamente con la ideación suicida; y la interacción entre la pertenencia

frustrada, la carga percibida y la capacidad de suicidio se relacionó significativamente con un mayor número de intentos de suicidio previos. Por ende, si la teoría interpersonal es capaz de identificar a individuos en riesgo basándose en niveles elevados de cada uno de sus tres constructos primarios, se podría esperar que la intervención terapéutica dirigida a reducir la gravedad de estos constructos pueda reducir el riesgo de suicidio: centrarse en el fortalecimiento de las habilidades de eficacia interpersonal para mejorar el apoyo social, la reestructuración de los pensamientos automáticos negativos que rodean las creencias de ser una carga para los demás o para la sociedad, la mejora de la participación en actividades sociales para construir conexiones sociales significativas y la reducción de las experiencias que puedan aumentar el aislamiento y la pertenencia frustrada.

La teoría de los tres pasos de Klonsky

La teoría de los tres pasos plantea, primero, la hipótesis de que la ideación suicida es el resultado de la combinación de dolor (generalmente psicológico) y desesperanza; segundo, entre aquellos que experimentan tanto dolor como desesperanza, la conexión con el entorno es un factor protector clave contra la escalada de la ideación; y tercero, esta teoría considera que la progresión de la ideación a los intentos es facilitada por contribuyentes disposicionales, adquiridos y prácticos a la capacidad de intentar el suicidio (ver Figura 3) (Klonsky & May, 2015).

Figura 3*Esquema de la teoría de los tres pasos*

Nota. Elaborado por Klonsky y May (2015).

Abarcando estos tres pasos, Klonsky y May (2015) refieren que diferentes fuentes de dolor pueden conducir a una disminución del deseo de vivir. Estas pueden incluir sufrimiento físico, aislamiento social, sensación de carga y baja pertenencia, derrota y encierro, autopercepciones negativas, entre otras.

El primer paso hacia la ideación suicida comienza con el dolor, sin embargo, el dolor por sí solo no es suficiente para producir ideación suicida ya que si alguien que vive con dolor tiene la esperanza de que la situación pueda mejorar, probablemente se centrará en lograr un futuro con menos dolor. Por esta razón, la desesperanza también es necesaria para el desarrollo de la ideación suicida: cuando la experiencia cotidiana de una persona se caracteriza por el dolor y la persona no tiene esperanza de que este mejore, considerará el suicidio (Klonsky & May, 2015).

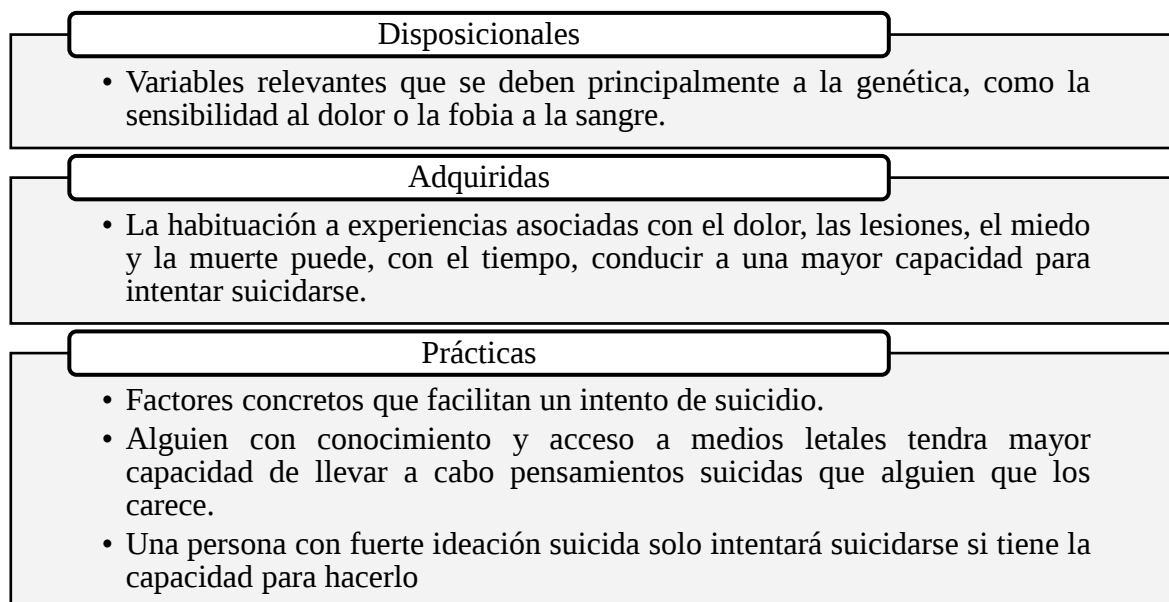
Continuando con el segundo paso hacia una conducta suicida potencialmente letal, este implica la conexión. La conexión suele significar unión con otras personas, así como también

puede referirse al apego a un trabajo, proyecto, rol, interés o cualquier sentido de propósito o significado percibido que mantenga a la persona comprometida con la vida. La conexión es importante, porque incluso si alguien siente dolor y desesperanza y considera el suicidio, la ideación suicida se mantendrá moderada mientras el vínculo con la vida sea mayor que el dolor (Klonsky & May, 2015).

Finalmente, esta teoría sostiene que las personas están biológica y evolutivamente programadas para evitar el dolor, las lesiones y la muerte, por lo tanto, es muy difícil que intenten suicidarse, incluso si presentan una fuerte ideación suicida (Klonsky & May, 2015). Es así como se encuentran tres categorías específicas de variables que contribuyen a la capacidad suicida: disposicionales, adquiridas y prácticas (ver Figura 4).

Figura 4

Categorías de variables que contribuyen a la capacidad suicida



Nota. Elaborado a partir de Klonsky y May (2015).

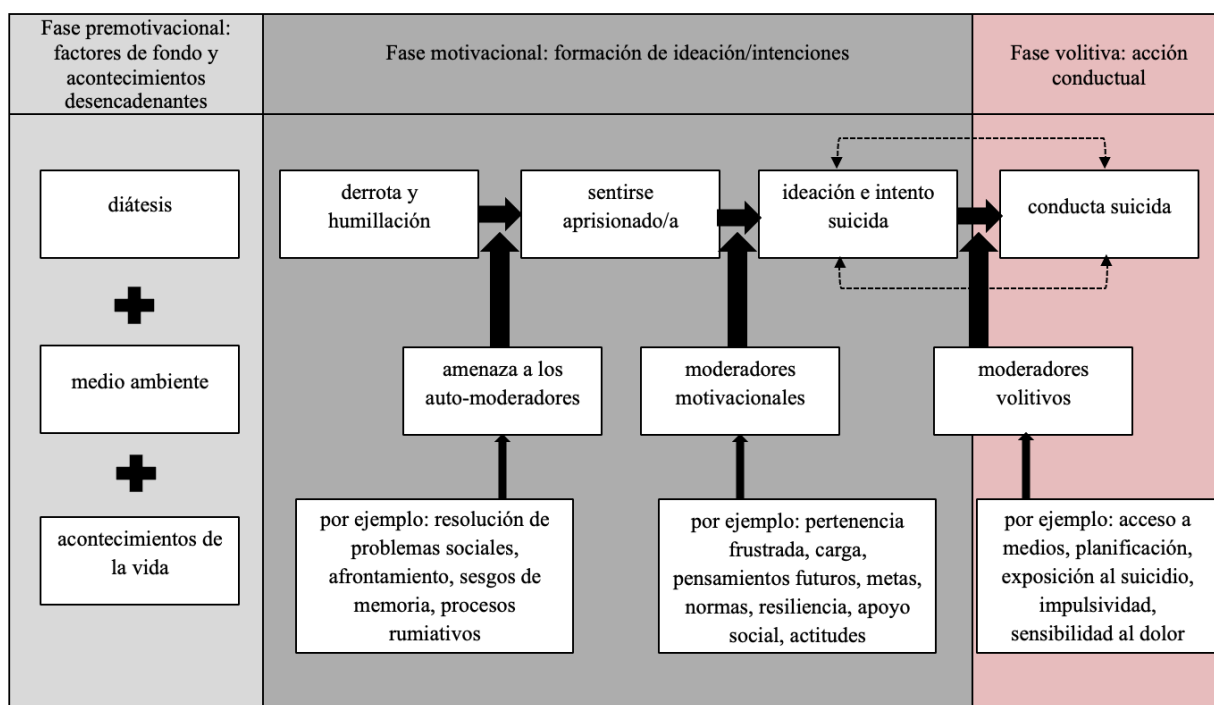
Expuesto lo anterior, los factores disposicionales, adquiridos y prácticos que contribuyen a la capacidad suicida explican la progresión de la ideación suicida a los intentos, siendo fundamental que futuras investigaciones sigan aclarando cómo y cuándo la ideación suicida conduce a la conducta suicida (Klonsky & May, 2015).

En conclusión, la teoría de los tres pasos sugiere objetivos específicos para disminuir el riesgo de suicidio: (a) reducir el dolor, (b) aumentar la esperanza, (c) mejorar la conexión y/o (d) reducir la capacidad suicida, mismos objetivos que se pueden abordar a nivel individual desde la psicoterapia (Klonsky & May, 2015).

El modelo integrado motivacional-volitivo (IMV) de conducta suicida de O'Connor

El modelo IMV es una de las estructuras teóricas líderes de pensamientos y comportamientos suicidas, desarrollado por O'Connor y posteriormente perfeccionado por O'Connor y Kirtley (Winstone et al., 2024).

Establecido lo anterior, O'Connor y Kirtley (2018) explican el modelo IMV como un enfoque tripartito que describe el contexto biopsicosocial en el que puede surgir la ideación y la conducta suicida (fase premotivacional), los factores que conducen a la aparición de la ideación suicida (fase motivacional) y los factores que gobiernan la transición de la ideación suicida a los intentos de suicidio-muerte por suicidio (fase volitiva) (ver Figura 5).

Figura 5*Modelo IMV de conducta suicida de O'Connor*

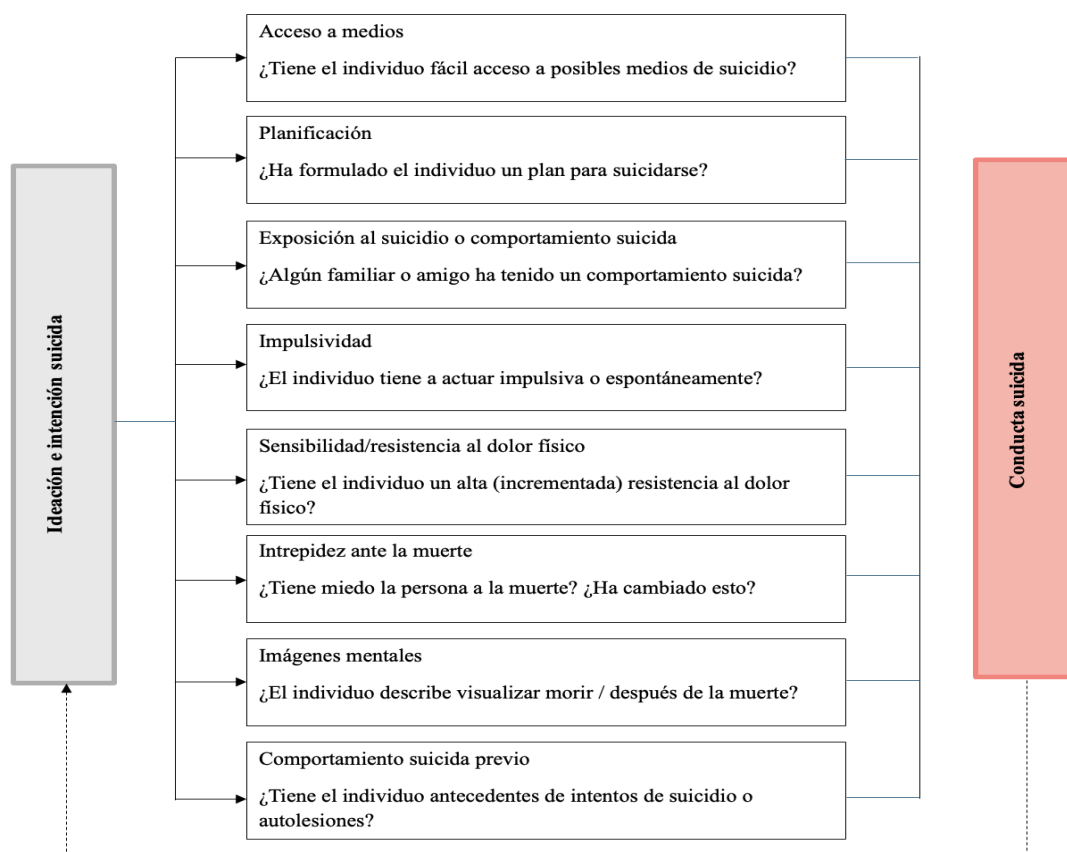
Nota. Tomado de O'Connor y Kirtley (2018).

La base de la teoría IMV es el modelo de diátesis-estrés que reconoce que las vulnerabilidades individuales confieren un riesgo elevado de desarrollar ideación suicida cuando se activan por la presencia de factores estresantes (O'Connor & Kirtley, 2018) (ver Figuras 6 y 7).

Figura 6*Premisas clave del modelo IMV de la conducta suicida*

1	Los factores de vulnerabilidad combinados con acontecimientos vitales estresantes (incluida la adversidad en la vida temprana) proporcionan el trasfondo para el desarrollo de la ideación suicida.
2	La presencia de factores de vulnerabilidad premotivacionales (por ejemplo, el perfeccionismo prescrito socialmente) aumenta la sensibilidad a las señales de derrota.
3	La derrota/humillación y el sentirse aprisionado son los principales factores que impulsan el surgimiento de la ideación suicida.
4	El sentirse aprisionado es el puente entre la derrota y la ideación suicida.
5	Los factores de la fase volitiva rigen la transición de la ideación/intención a la conducta suicida.
6	Las personas con antecedentes de intentos de suicidio o autolesiones exhibirán niveles más altos de variables de la fase motivacional y volitiva que aquellas sin antecedentes.
7	La angustia es mayor en aquellos que participan en conductas suicidas repetidas y a lo largo del tiempo, y la intención se traduce en conducta con creciente rapidez.

Nota. Tomado de O'Connor y Kirtley (2018).

Figura 7*De la ideación suicida a la conducta suicida dentro del modelo IMV*

Nota. Tomado de O'Connor y Kirtley (2018).

Factores de riesgo de suicidio

Los intentos y conductas suicidas, las autolesiones no suicidas, la ideación suicida, la psicopatología, los conflictos y traumas interpersonales y la baja conectividad social son factores de riesgo de suicidio comprobados, donde numerosas investigaciones se han centrado en comprender, identificar e intervenir a nivel de estos precursores, con especial énfasis en la ideación y los intentos de suicidio (Arango et al., 2021).

Los factores de riesgo suelen describirse como estáticos o dinámicos: los factores de riesgo estáticos son variables históricas o relacionadas con información demográfica, como el género, la etnia o los antecedentes personales de autolesiones e intentos de suicidio; por el contrario, los factores de riesgo dinámicos son situacionales y cambian con el tiempo, como el abuso de sustancias, los problemas de salud mental, el acoso, la desesperanza, la impulsividad, la percepción de ser una carga o los acontecimientos vitales estresantes (Holman & Williams, 2020).

Por lo anterior, Favril et al. (2022) realizaron un metaanálisis en el cual sugieren que identificar los factores asociados al suicidio puede mejorar la clasificación del riesgo y ayudar a orientar intervenciones para los grupos de riesgo. En este estudio, la principal implicación es que el suicidio se asocia con numerosos factores en los ámbitos clínicos, eventos clave durante la vida, antecedentes familiares y sociodemográficos, encontrando consonancia con un modelo de estrés-diátesis, subrayando la necesidad de entender el suicidio como el resultado de una acumulación de múltiples factores de riesgo. Siendo uno de los principales hallazgos de esta revisión la importancia tanto de la evaluación como del tratamiento de los trastornos mentales en entornos de salud, recalcando que la aplicación de tamizajes y valoración por sí solos no mejorarán los resultados, a menos que conduzcan a una intervención eficaz.

Asimismo, Too et al. (2019), llevaron a cabo un metaanálisis en el cual encontraron que las personas a las que se les ha diagnosticado un trastorno mental tienen un riesgo ocho veces mayor de suicidio a comparación de aquellas que no cumplen con un diagnóstico. En consonancia, Chesney et al. (2014), realizaron un metaanálisis exponiendo que el trastorno límite de la personalidad, la depresión, el trastorno bipolar, el consumo de opioides y la esquizofrenia, así como la anorexia nerviosa y el trastorno por consumo de alcohol en mujeres, presentaron tasas de mortalidad por suicidio considerablemente mayores (más de 10 veces) en comparación con la población general.

Factores protectores frente al suicidio

Los factores de protección contra el suicidio no se han investigado tan prolíficamente como los factores de riesgo; resaltando la importancia de lo anterior, los factores protectores aumentan la capacidad de una persona para afrontar situaciones y pueden reducir la probabilidad de suicidio (Holman & Williams, 2020). Algunos ejemplos son: el apoyo social, la autoestima, el sentido de pertenencia, el empleo estable, las habilidades para resolver problemas, la resiliencia, el acceso a servicios de salud mental y una actitud positiva hacia estos (Holman & Williams, 2020), reencuadrar una vida con sentido, nutrición adecuada, actividades de diversión positivas, la fe o la religiosidad (Ati et al., 2021).

De este modo, organizar entrevistas de evaluación de riesgos para preguntar sobre la presencia de factores de protección en las primeras etapas de la evaluación clínica también puede contribuir a mejorar la cooperación y facilitar la conexión con los pacientes, pues este enfoque de evaluación de riesgos proporcionaría información crucial sobre los incentivos del paciente para el seguimiento y la participación en un plan de seguridad (Elbogen et al., 2020).

Desarrollar factores de protección crea una interacción más positiva, esperanzadora, orientada a la recuperación, y además de una interacción terapéutica consistente con los principios de la rehabilitación psicosocial (Elbogen et al., 2020).

Prevalencia del suicidio

El suicidio es un problema de salud pública mundial, pues cada año más de 720.000 personas mueren por suicidio, produciéndose la mayoría de estas muertes (73%) en países de ingresos bajos y medios (WHO, 2025), no obteniendo tanto éxito como los países de ingresos altos en la reducción de muertes por suicidio, encontrándose implicados factores como el acceso a los medios para cometer el suicidio, la pobreza, el consumo de alcohol y la violencia (Hawton & Pirkis, 2024).

Según datos del reporte regional que elabora Pan American Health Organization ([PAHO], 2021) más de 93.000 personas en la región de las Américas murieron por suicidio anualmente entre 2015 y 2019, lo que representa una tasa estandarizada por edad de 9.0 por cada 100.000 habitantes.

Dicho lo anterior, Dávila-Cervantes (2022) señala que la mortalidad por suicidio está aumentando gradualmente en varios países de América Latina, la mayoría de los cuales se clasifican como economías de ingresos bajos o medios. Cada año se producen alrededor de 45.800 muertes por suicidio en la región, con una tasa de suicidio estandarizada por edad de 5.23 por 100.000 habitantes, 8.39 para los hombres y 2.12 para las mujeres, encontrando de esta manera que las tasas de suicidio masculino en América Latina siguen siendo más altas que las de las mujeres, con una relación estimada de 4:1, además, las tasas de suicidio también han aumentado entre los adolescentes y los ancianos.

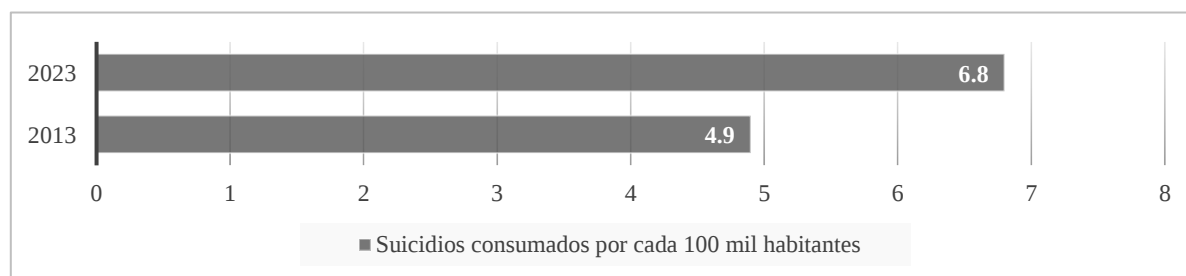
En concordancia con los datos ya expuestos, Vázquez et al. (2024) describen que, durante las últimas dos décadas, las tasas de suicidio disminuyeron en todas las regiones del

mundo, excepto en la región de las Américas; en México, puntualmente, aumentaron especialmente en el grupo de adolescentes y jóvenes. A modo de respuesta a esta problemática, México se sitúa como el sexto país de las Américas en desarrollar un Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS) que aborda esta problemática desde una perspectiva contextual de salud pública (Vázquez et al., 2024).

Asimismo, en México los lugares con mayores prevalencias en suicidio son el Estado de Chihuahua, y como municipio, Ciudad Juárez, siendo los hombres jóvenes la población más afectada (Acosta Gutiérrez & Limas Hernández, 2024). Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2024), la tasa de muertes por suicidio ha incrementado, siendo que en el 2013 se registraron 4.9 suicidios por cada 100 mil habitantes y en el 2023 aumentó a 6.8 suicidios consumados (ver Figura 8).

Figura 8

Comparación de suicidios consumados entre los años 2013 y 2023 en México (tasa por cada 100 mil habitantes)

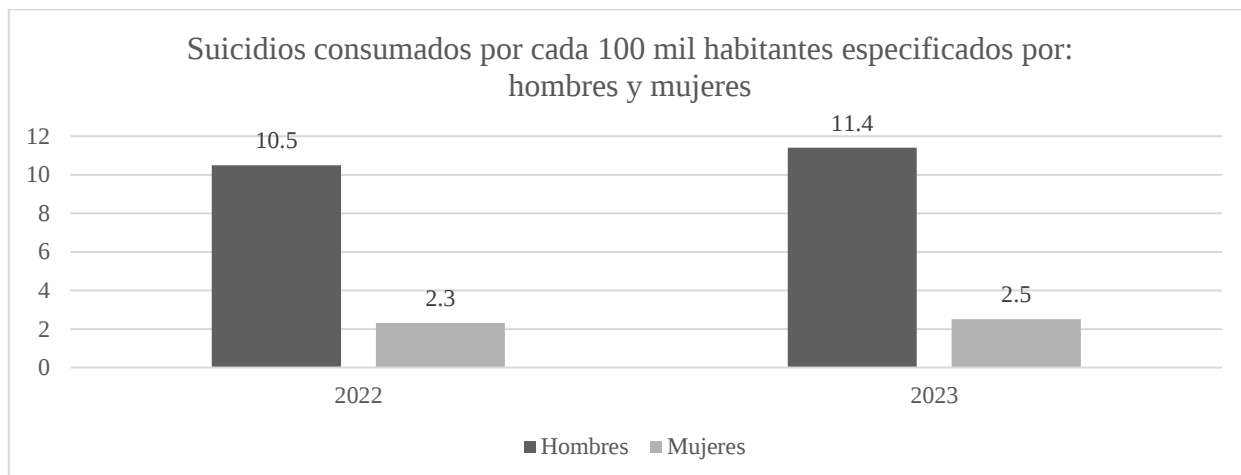


Nota. Recuperado del Instituto Nacional de Estadística y Geografía ([INEGI], 2024).

Aunado a lo anterior, en el año 2022, la tasa de suicidio en hombres fue de 10.5 por cada 100 mil habitantes, en tanto que en mujeres fue de 2.3; en el 2023 pasó a 11.4 en hombres y 2.5 en mujeres (ver Figura 9).

Figura 9

Comparación de suicidios consumados entre los años 2022 y 2023 en México especificados por: hombres y mujeres (tasa por cada 100 mil habitantes)

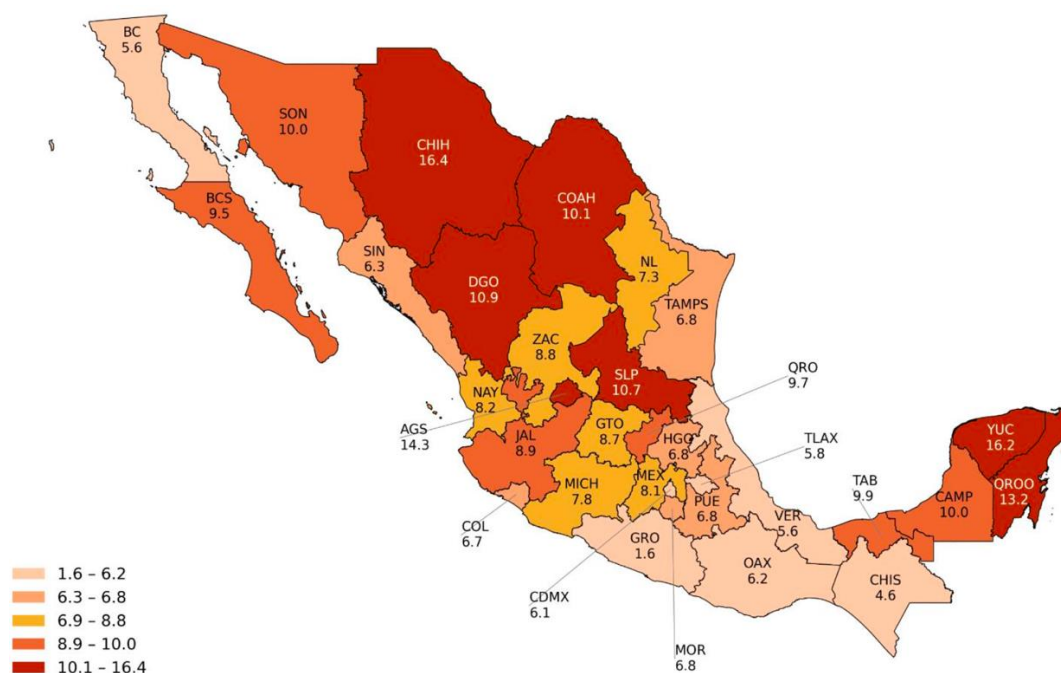


Nota. Recuperado del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2024).

Respecto a la tasa estandarizada de suicidios por entidad federativa (ver Figura 10), Chihuahua ocupa el primer sitio con una tasa de 16.4 por cada 100 mil habitantes, seguido de Yucatán con 16.2, y Aguascalientes con 14.3 (INEGI, 2025). En la misma línea, Ciudad Juárez registró una tasa de 8.43 defunciones por suicidio por cada 100.000 habitantes (Brambila Sánchez, 2024).

Figura 10

Tasa estandarizada de suicidios por entidad federativa de residencia habitual 2024 en mapa (tasa por cada 100 mil habitantes)



Nota. Recuperado del Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI, 2025)

Tratamiento multidisciplinario para pacientes presentando ideación suicida

El enfoque de salud pública para la prevención del suicidio requiere que se deje atrás el pensamiento del suicidio como un problema puramente clínico y se preste atención a la variedad de determinantes sociales, como las dificultades económicas o la violencia intrafamiliar, que pueden llevar a las personas a considerar el suicidio como una opción, destacando la necesidad de intervenciones selectivas y universales que aborden el problema generalizado del suicidio de una manera más temprana, evitando que las personas lleguen a un punto de crisis, por lo que se hace la observación del compromiso que deben tener los gobiernos de cada país hacia la prevención del suicidio. (Hawton & Pirkis, 2024)

De modo que, la prevención eficaz del suicidio requiere atención tanto a nivel clínico como social, donde los profesionales de la salud desempeñan un papel vital, no solo al evaluar y tratar con compasión, sino también al promover y apoyar iniciativas de prevención del suicidio; si bien la investigación debe priorizar el desarrollo y la evaluación de intervenciones eficaces, los estudios adicionales sobre las causas subyacentes siguen siendo valiosos cuando el conocimiento es limitado; en última instancia, los servicios de salud deben centrarse en aplicar la evidencia existente y garantizar que toda persona que presente una conducta suicida reciba atención integral y de alta calidad (Knipe et al., 2022).

Hofstra et al. (2019) realizaron un metaanálisis donde los resultados arrojaron que las intervenciones multinivel son más efectivas que las intervenciones de un solo nivel y, además, que el tamaño del efecto aumenta significativamente con el número de niveles involucrados, resaltando así la importancia de los tratamientos multidisciplinarios.

Por añadidura, una herramienta de suma importancia para la intervención con pacientes que presentan ideación suicida es el plan de seguridad: la planificación de seguridad es una práctica de uso común y ampliamente recomendada para la intervención con personas que manifiestan riesgo elevado de suicidio (Arango et al., 2021). Dado que una crisis suicida suele tener un límite temporal y los pensamientos suicidas pueden disminuir con el paso del tiempo, la planificación de seguridad tiene como objetivo evitar que la persona actúe según sus pensamientos suicidas hasta que la crisis se disipe. Los componentes del plan de seguridad incluyen el reconocimiento de las señales de advertencia del suicidio, el uso de habilidades de afrontamiento internas y la distracción sana, el acceso al apoyo social, el contacto con profesionales de la salud mental y la restricción de los medios disponibles que se pueden utilizar para autolesionarse (Arango et al., 2021).

Como ya ha sido mencionado, la restricción de medios debe ser parte de la intervención; Hawton et al. (2024), afirman que una de las medidas de salud pública más eficaces para prevenir el suicidio es la restricción del acceso a los medios utilizados en los actos suicidas, puesto que este enfoque puede ser especialmente eficaz si el método es común y de fácil acceso (los factores que contribuyen a la disponibilidad de los métodos de suicidio pueden incluir el acceso a los medios físicos, así como la conciencia cognitiva de los métodos). Aun existiendo desafíos asociados con la restricción del acceso a los medios, incluida la resistencia a las medidas necesarias para cambiar la disponibilidad de algunos métodos y la sustitución de estos (por la cual un método de suicidio se reemplaza por otro), la restricción de los medios debe ser una parte integral de todas las estrategias nacionales y locales de prevención del suicidio (Hawton et al., 2024).

Estrategias desde la psicología para la intervención con pacientes que presentan ideación suicida: terapia dialéctico-conductual

Razonamiento

La terapia dialéctico-conductual (TDC) es un tratamiento cognitivo-conductual desarrollado por la Dra. Marsha M. Linehan para abordar las necesidades de personas con tendencias suicidas crónicas, validado inicialmente en mujeres diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad (Koerner et al., 2021). Esta población suele presentar múltiples y graves dificultades psicológicas en medio de crisis persistentes y conductas suicidas de alto riesgo, lo que hace que el tratamiento sea particularmente completo. La TDC surgió como respuesta a estos desafíos, ofreciendo un marco terapéutico estructurado pero flexible que integra estrategias organizadas en protocolos para guiar la terapia y la toma de decisiones clínicas. Mediante la observación sistemática de los resultados del tratamiento, Linehan

perfeccionó el modelo para ayudar a los profesionales clínicos a gestionar las necesidades cambiantes y multifacéticas de pacientes de alto riesgo (Koerner et al., 2021).

Desarrollando lo anterior, la TDC es un tratamiento conductual integral que incorpora diversas estrategias terapéuticas diseñadas para equilibrar la aceptación del individuo con la promoción de habilidades de afrontamiento más efectivas; basada en la teoría del aprendizaje, el budismo zen y la filosofía dialéctica, la TDC integra estos marcos en un enfoque unificado (Boritz et al., 2023).

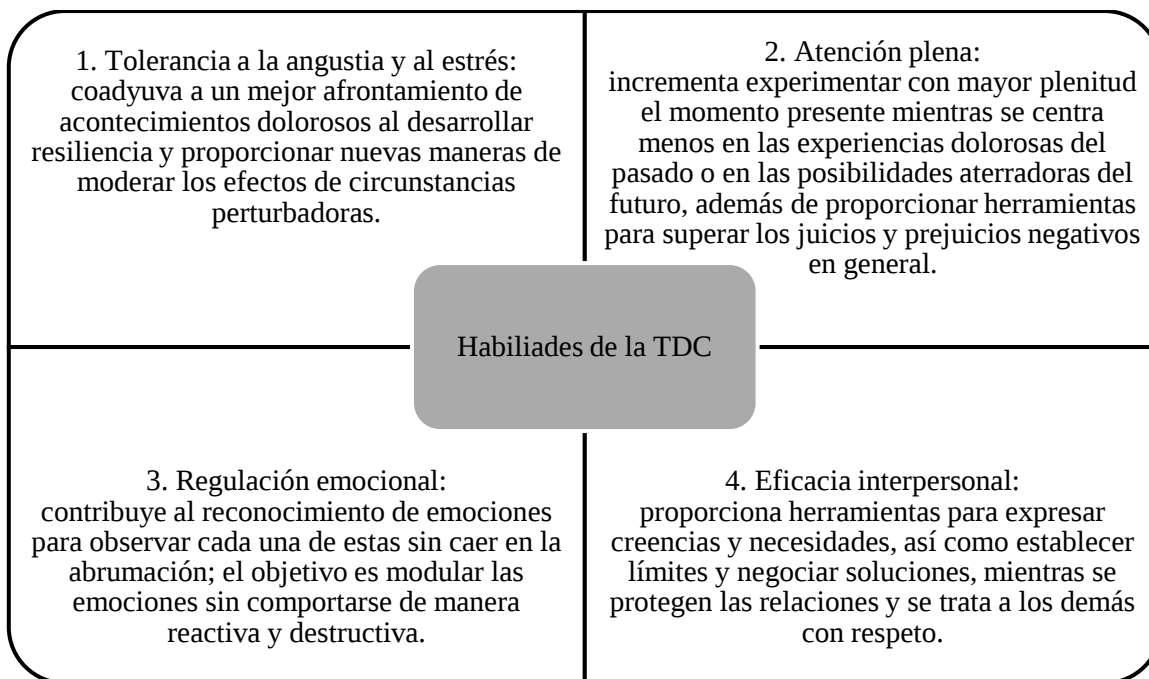
Partiendo de la teoría del aprendizaje, este modelo adopta el principio de que la conducta se aprende y puede modificarse mediante la resolución de problemas y estrategias de cambio basadas en el refuerzo; respecto al budismo zen, con este enfatiza la reducción del sufrimiento mediante la aceptación de la realidad tal como es, empleando técnicas de validación para cultivar la atención plena y la tolerancia; y la filosofía dialéctica como base principal destaca la síntesis de fuerzas opuestas - el equilibrio entre la aceptación y el cambio -, guiando a los pacientes para que reconozcan y acepten sus experiencias emocionales, al mismo tiempo que desarrollan y aplican habilidades que fomentan un cambio conductual significativo (Boritz et al., 2023).

Continuando con el último punto, la filosofía dialéctica conduce a los siguientes supuestos que sustentan la TDC: el primer supuesto explícito es que los pacientes están haciendo lo mejor que pueden, al mismo tiempo, los pacientes quieren mejorar, pero necesitan hacerlo mejor, esforzarse más y estar más motivados para cambiar; un segundo supuesto es que los pacientes pueden no haber causado todos sus problemas, pero tienen que resolverlos de cualquier manera; y un supuesto adicional es que los pacientes no pueden fracasar en la terapia, más bien, si ocurre el fracaso, es el tratamiento el que fracasa (Stanley et al., 2021).

A través de su estructura, la TDC centra a los terapeutas y a los pacientes en los problemas cruciales que deben abordarse (por ejemplo: la conducta suicida y la autolesión), aporta a mantenerse en el camino evitando desvíos que pueden tomarse fácilmente cuando el paciente tiene una vida impulsada por crisis, pues mantiene en ruta a la díada terapéutica avanzando hacia los objetivos acordados (Brodsky & Stanley, 2013).

De igual manera, la TDC enfatiza explícitamente la necesidad de equilibrar las estrategias de cambio con las técnicas de aceptación y validación, siendo importante este equilibrio por dos razones principales que a continuación se desglosan (Stanley et al., 2021). En primer lugar, la aceptación y el cambio en sí mismos son ingredientes importantes para el éxito de cualquier tratamiento, pues varios de los problemas y cuestiones que se enfrentan en la psicoterapia no se pueden cambiar, sirviendo de ejemplo la historia de vida y las experiencias de la infancia, pues en ocasiones los pacientes se ven atrapados en un lugar de no aceptación de su pasado y, en consecuencia, son incapaces de superar la postura de "no debería haber sucedido". En segundo lugar, la aceptación y el cambio tienen una interacción dinámica que crea una dialéctica: una mayor aceptación permite un mayor cambio, y un mayor cambio permite una mayor tolerancia y aceptación de lo que no se puede cambiar.

Además, este modelo enseña cuatro habilidades de importancia crítica que pueden reducir el impacto emocional y ayudar a mantener el equilibrio y la regulación (McKay et al., 2019) (ver Figura 11), siendo la TDC un tratamiento multicomponente que enfatiza el desarrollo de habilidades mejoradas de regulación emocional, mayor tolerancia a la angustia, habilidades sociales y otras más con el objetivo de construir una vida de calidad (Arango et al., 2021).

Figura 11*Habilidades de la TDC*

Nota. Elaborado a partir de McKay et al. (2019).

Evidencia

La literatura científica muestra que, además de ser las intervenciones más prevalentes en uso, las terapias dialécticas y cognitivo conductuales son las más efectivas en el tratamiento y manejo de los intentos de suicidio y la ideación suicida. (Sufrate-Sorzano et al., 2023).

De acuerdo con lo establecido anteriormente, la TDC prioriza la conducta suicida y otras formas de violencia autoinfligida como objetivos primarios de tratamiento, y se ha demostrado que reduce la violencia autoinfligida en ensayos clínicos: se han sintetizado los hallazgos de ensayos controlados que evaluaron la violencia autoinfligida y la tendencia suicida, incluidos los intentos de suicidio, las autolesiones no suicidas, la ideación suicida y el acceso a servicios de crisis psiquiátricas (DeCou et al., 2019).

La TDC considera que la conducta suicida es una forma de resolución de problemas desadaptativa y utiliza técnicas de terapia cognitivo-conductual (TCC), como aquellas enfocadas en la regulación emocional y la tolerancia al estrés y la angustia, para ayudar a los pacientes a resolver problemas de maneras más adaptativas (Koerner et al., 2021).

De igual manera, se refuerza que una de las razones de la popularidad actual de la TDC es su sólida y creciente base empírica, puesto que desde sus inicios se han realizado numerosas investigaciones que respaldan la utilidad de este tratamiento para una variedad de problemas y poblaciones (Chapman & Dixon-Gordon, 2020). Ampliando en lo anterior, los ensayos controlados aleatorios han encontrado eficacia para adultos con depresión crónica, así como evidencia de que la TDC reduce la depresión general y la desesperanza, además de la ideación suicida y los intentos de suicidio para una variedad de condiciones clínicas (Vinograd, 2021).

Asimismo, este modelo cuenta con una trayectoria comprobada para abordar los síntomas más debilitantes del trastorno límite de la personalidad: autolesiones y amenazas o intentos de suicidio (Corliss, 2024). En la actualidad, también se utiliza para tratar el trastorno de estrés postraumático, los trastornos alimentarios y los trastornos por consumo de sustancias; aún más, el entrenamiento de habilidades - pieza central de la TDC - puede ayudar a cualquier persona en el afrontamiento de situaciones cargadas de emociones con mayor facilidad (Corliss, 2024).

Finalmente, los resultados encontrados en una revisión sistemática sobre la TDC muestran que este tratamiento tiene el potencial de mejorar funciones cognitivas clave como la atención, la memoria, la fluidez, la inhibición de respuestas, la planificación, el cambio de escenarios, la tolerancia a las recompensas retrasadas y la percepción del tiempo, según se evalúa mediante pruebas neuropsicológicas, autoinforme de funciones cognitivas y técnicas de neuroimagen; siendo así posible que la TDC se elija como un método preferido para garantizar

que los pacientes alcancen niveles óptimos de funcionamiento cognitivo (Vijayapriya & Tamarana, 2023).

La evidencia presentada indica que la TDC es un tratamiento robusto que genera reducciones estadísticamente significativas en las conductas suicidas, destacándose como uno de los modelos más adecuados y efectivos para la ideación suicida, pues fue específicamente diseñado para abordar las necesidades de personas con tendencias suicidas persistentes, en comparación con tratamientos convencionales. Por ello, la presente intervención se basa en la TDC, con la finalidad de disminuir la ideación suicida en pacientes adultos. Asimismo, se busca que este proyecto pueda ser replicado, con el fin de continuar trabajando en torno a la prevención del suicidio. Y, por último, este estudio aporta a la evidencia científica sobre los tratamientos psicoterapéuticos efectivos para reducir la ideación suicida, así como la sintomatología asociada.

Objetivos e hipótesis

El objetivo principal de la presente propuesta es analizar la reducción de la ideación suicida en pacientes del Centro de Bienestar Universitario del Instituto de Ciencias Sociales y Administración (CBU-ICSA) de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ), empleando la intervención psicoterapéutica desde el modelo dialéctico-conductual. Por lo tanto, se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo general

Evaluar la efectividad del programa de intervención TDC, en pacientes de CBU-ICSA que presenten ideación suicida, a través de una evaluación pre-post.

Objetivos particulares

1. Implementar el programa de intervención TDC en pacientes que acuden a CBU-ICSA presentando ideación suicida.
2. Evaluar el nivel de ideación suicida, síntomas de depresión y síntomas de ansiedad, en pacientes de CBU-ICSA, antes y después del tratamiento TDC.
3. Analizar la reducción de la ideación suicida, síntomas de depresión y síntomas de ansiedad, en pacientes de CBU-ICSA después de haber recibido psicoterapia basada en el modelo dialéctico-conductual.

Hipótesis

Las hipótesis de la presente intervención plantean lo siguiente:

H1: El tratamiento psicoterapéutico dialéctico-conductual reducirá la ideación suicida, síntomas depresión y síntomas de ansiedad, en pacientes que acuden a CBU-ICSA presentando ideación suicida.

H0: El tratamiento psicoterapéutico dialéctico-conductual no reducirá la ideación suicida, síntomas de depresión y síntomas de ansiedad, en pacientes que acuden a CBU-ICSA presentando ideación suicida.

Método

Diseño

El diseño de la intervención es cuasiexperimental con pre-test post-test de un solo grupo, desde un enfoque cuantitativo, donde las variables dependientes (ideación suicida, depresión y ansiedad) se miden una vez antes de la implementación del tratamiento y una vez después de la implementación de éste (Jhangiani et al., 2019). El objetivo es probar hipótesis causales descriptivas sobre causas manipulables empleando las medidas pre y post para

sustentar una inferencia contraria sobre lo que habría sucedido en ausencia del tratamiento, (Shadish et al., 2002).

Se justifica no emplear grupo control por varias consideraciones éticas, pues las características clínicas de los y las participantes se sitúan dentro de la población vulnerable por la propia naturaleza complicada de la ideación suicida. En la investigación es pertinente equilibrar la necesidad de una evaluación rigurosa con la obligación moral que se tiene hacia los pacientes (Shadish et al., 2002).

Los ejes de esta intervención son tratamiento clínico y terapia individual, ya que estos presentan un enfoque personalizado, considerando así las circunstancias, historia y objetivos únicos de cada paciente, dado que concentrarse en las necesidades individuales permite una exploración más profunda de los pensamientos, sentimientos y comportamientos, lo cual aporta a la obtención de información sobre desafíos y desarrollo de estrategias de afrontamiento (Norcross & Wampold, 2011). Asimismo, este método mejora la alianza terapéutica, fomentando una relación de confianza crucial para un tratamiento efectivo, al igual que se delimita un espacio seguro para la expresión, pues la terapia individual proporciona un ambiente confidencial y seguro donde los pacientes pueden expresarse abiertamente sin temor al juicio, fomentando la vulnerabilidad, lo que permite una mayor efectividad en el proceso psicoterapéutico (Norcross & Wampold, 2011).

El tipo de intervención es terciaria, dado que se enfoca en el tratamiento, mismo que se basa en la TDC. Varios ensayos clínicos han sugerido que la TDC, como ya se ha mencionado anteriormente, es el tratamiento más adecuado para la prevención de la conducta suicida, ya que éste ha surgido como una de las terapias de mayor importancia dentro del modelo cognitivo-conductual, siendo su propósito prevenir los intentos de suicidio y disminuir los

pensamientos suicidas a través de construcción de habilidades (atención plena, tolerancia a la angustia, eficacia interpersonal y regulación de las emociones) (Chaudhary & Rafiq, 2020).

Material e instrumentos

Hojas de trabajo

Durante el tratamiento se emplearon hojas de trabajo con el propósito de incorporar las habilidades de la intervención dialéctico-conductual. A continuación, se puede encontrar la lista detallada de estas actividades, así como su ubicación en la sección de Apéndices:

- Objetivos del entrenamiento de habilidades (Apéndice A)
- Ejemplos de lados opuestos donde ambos pueden ser ciertos (Apéndice W)
- Opciones para resolver cualquier problema (Apéndice B)
- Opuestos importantes para equilibrar (Apéndice X)
- Análisis en cadena (Apéndice C)
- Identificando la dialéctica (Apéndice Y)
- Análisis en cadena, paso a paso (Apéndice D)
- Habilidades de regulación emocional (Apéndice Z)
- Habilidades de atención plena (Apéndice E)
- Objetivos de la regulación emocional (Apéndice AA)
- Objetivos de practicar la atención plena (Apéndice F)
- Factores que dificultan la regulación emocional (Apéndice AB)
- Definiciones de la atención plena (Apéndice G)
- Mitos acerca de las emociones (Apéndice AC)
- Mente Sabia: los estados de la mente (Apéndice H)
- Acción opuesta (Apéndice AD)
- Ideas para la práctica de mente sabia (Apéndice I)
- Construyendo una vida digna (Apéndice AE)
- Reducir la vulnerabilidad ante la mente emocional (Apéndice J)
- Lista de valores y prioridades (Apéndice AF)
- Cuida tu mente cuidando tu cuerpo (Apéndice K)
- Desarrollar dominio y afrontamiento (Apéndice AG)
- Objetivos de la tolerancia al estrés y la angustia (Apéndice AH)

- Habilidades de efectividad interpersonal (Apéndice L)
- Objetivos de efectividad interpersonal (Apéndice M)
- Factores que se interponen en el camino de la efectividad interpersonal (Apéndice N)
- Mitos que se interponen en el camino de la efectividad interpersonal (Apéndice O)
- Efectividad en el autorrespeto: mantener o mejorar el autorrespeto (Apéndice P)
- Atención plena hacia los otros (Apéndice Q)
- Identificando la atención plena hacia los demás (Apéndice R)
- Terminando relaciones (Apéndice S)
- Identificar cómo terminar relaciones (Apéndice T)
- Dialéctica (Apéndice U)
- Cómo pensar y actuar dialécticamente (Apéndice V)
- Habilidades de supervivencia a crisis (Apéndice AI)
- STOP (Apéndice AJ)
- Pros y contras (Apéndice AK)
- TIP (Apéndice AL)
- Mejorando el momento (Apéndice AM)
- Conciencia sensorial (Apéndice AN)
- Habilidades de aceptación de la realidad (Apéndice AO)
- Aceptación radical (Apéndice AP)
- Factores que interfieren en la aceptación (Apéndice AQ)
- Paso por paso a la aceptación (Apéndice AR)
- Cambiando la mente (Apéndice AS)
- Voluntad (Apéndice AT)
- Aceptando la realidad con el cuerpo (Apéndice AU)
- Atención plena de la corriente de pensamientos (Apéndice AV)

Escalas de medición

Para realizar el proceso de evaluación dentro de este proyecto se aplicaron los siguientes instrumentos:

Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS, Posner, 2007) (Apéndice AW).

Se compone de diez categorías, las cuales mantienen respuestas binarias (sí/no) para indicar la presencia o ausencia del comportamiento (Interian et al., 2017). Evalúa la presencia, gravedad

y frecuencia de la ideación y conducta suicida, integrando preguntas para explorar la presencia de la ideación, la intensidad de la ideación y la conducta suicida, incluida información sobre acciones preparatorias, así como intentos reales, interrumpidos y abortados (Austria-Corrales et al., 2023). Las diez categorías incluidas en el C-SSRS son las siguientes: deseo de estar muerto, pensamientos suicidas activos no específicos, ideación suicida activa con cualquier método (no plan) sin intención de actuar, ideación suicida activa con alguna intención de actuar sin plan específico, ideación suicida activa con plan e intención específicos, actos o comportamiento preparatorios, intento abortado, intento interrumpido, intento real (no fatal) y suicidio consumado. Además, se evalúa la conducta autolesiva sin intención suicida en respuesta binaria sí/no (Interian et al., 2017).

El análisis de confiabilidad, el análisis factorial confirmatorio y las propiedades psicométricas se calcularon utilizando un modelo de dos parámetros, sobre los cuales los resultados mostraron un nivel razonable de confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.814, y evidencia de unidimensionalidad y validez de constructo para el riesgo de suicidio en tres niveles de riesgo: bajo, medio y alto. Los resultados también demuestran que los parámetros son estables y capaces de discriminar de manera eficiente a los individuos con alto riesgo de suicidio, realizado en población mexicana, con $n = 3645$ (Austria-Corrales et al., 2023). El instrumento se evalúa realizando la suma la severidad de los pensamientos suicidas de 1 a 5 según las preguntas anteriores, añadiendo el análisis de las respuestas conductuales (Interian et al., 2017).

Beck's Suicide Ideation Scale (BSI, Beck et al., 1979) (Apéndice AX). Consta de 19 ítems, administrándose en una entrevista clínica semiestructurada para medir la intensidad de actitudes, conductas y planes específicos relacionados con el suicidio. El instrumento está compuesto por cuatro dimensiones, que incluyen actitudes hacia la vida y la muerte,

pensamientos y deseos relacionados con el suicidio, características de un intento de suicidio y la concreción de un intento de suicidio. El análisis de fiabilidad de los 20 ítems de la escala BSI arrojó un coeficiente alfa de Cronbach = 0.84., y, al excluir el último ítem sobre el número de intentos de suicidio previos, los 19 ítems restantes mantienen el mismo nivel de fiabilidad en alfa = .84, realizado con población mexicana ($n = 122$). Cada ítem se registra en un formato de respuesta de 3 opciones, con puntuaciones que van de 0 a 2, y la suma de estas mediciones proporciona una puntuación general que va de 0 a 38, si la puntuación de los reactivos número 4 “Deseo de intentar suicidarse” y número 5 “Intento pasivo de suicidarse”, es “0”, la entrevista se interrumpe con el código “No aplicable”. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, a mayor puntuación más elevado es el riesgo de suicidio (González Macip et al., 2000).

Generalized Anxiety Disorder-7 Scale (GAD-7, Spitzer et al., 2006) (Apéndice AY). Consta de 7 ítems, en cada uno de los cuales se pide al paciente que califique la gravedad de sus síntomas durante las últimas dos semanas en una escala tipo Likert de 4 puntos (0-3). El análisis del instrumento arrojó un modelo de un solo factor con 7 reactivos que explican el 62.3 % de la varianza y un alfa de Cronbach = 0.899, con una estructura factorial confirmatoria donde el modelo indicó que la razón Chi cuadrado/gl de ajuste global (2.180, $p = 0.008$) indica errores nulos en la varianza, realizado en población mexicana ($n = 163$) (Galindo-Vázquez et al., 2023). El puntaje va de 0 a 21, donde las puntuaciones más altas indican síntomas del trastorno de ansiedad generalizada más graves; las puntuaciones de 5, 10 y 15 se toman como puntos de corte para ansiedad leve, moderada y grave, respectivamente (Gaitán-Rossi et al., 2021).

Patient Health Questionnaire (PHQ-9, Spitzer et al., 2001) (Apéndice AZ). El PHQ-9 es el módulo de nueve ítems que mide la depresión del instrumento completo Patient

Health Questionnaire. Se compone de una consistencia interna global de 0.92, donde el análisis arrojó un modelo de un solo factor con 9 reactivos que explican el 54.8 % de la varianza y un valor alfa de Cronbach = 0,896. En el caso de la estructura factorial confirmatoria, la razón Chi cuadrado/gl de ajuste global (1.893, $p = 0,004$) indica errores casinulos en las varianzas, realizado en población mexicana ($n = 163$) (Galindo-Vázquez et al., 2023). La puntuación puede oscilar entre 0 y 27, ya que cada uno de los 9 ítems puede puntuar desde 0 (nunca) hasta 3 (casi todos los días). También se añadió un ítem al final de la parte diagnóstica del PHQ-9 en el que se pregunta a los pacientes si habían marcado algún problema en el cuestionario: *¿En qué medida estos problemas le han dificultado hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?* Los puntos de corte propuestos son: 1-4: depresión mínima, 5-9: depresión leve, 10-14: depresión moderada, 15-19: depresión moderadamente grave, y 20-27: depresión grave (Spitzer et al., 2001).

Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) (Horowitz et al., 2020) (Apéndice BA).

Consta de 5 preguntas en total, con respuesta cerrada sí/no, donde en los ítems 4 y 5 se pide una descripción cuando la respuesta ha sido “sí”, evaluando el riesgo actual de suicidio a través de preguntas que examinan pensamientos suicidas y conductas autolesivas recientes. No tiene subescalas, ya que su propósito es realizar una evaluación rápida en lugar de una evaluación integral, empleado como tamizaje para la evaluación del riesgo suicida en el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS) en México (Vázquez García, 2022).

El ASQ demostró fuertes propiedades psicométricas, con una sensibilidad del 100%, una especificidad del 89% y un valor predictivo negativo del 100%, $n = 727$ (Horowitz et al., 2020). Los puntos de corte son los siguientes: “Sí” a la 1 y 2 y al resto “No”, es riesgo bajo, 1er orden de riesgo de suicidio; “Sí” de la 1 a la 3 y “No” a la 4 y 5, corresponde a riesgo

moderado, 2do orden de riesgo de suicidio; “Sí” de la 1 a la 4, es riesgo alto, 3er orden de riesgo; “Sí” de la 1 a la 5 es riesgo inminente, 4to orden de riesgo; “Sí” a las preguntas 1, 2, 3 y 5 es riesgo inminente, sin antecedentes de intentos suicidio, 4to orden de riesgo integral (Vázquez García, 2022).

Drug Abuse Screening Test (DAST-10, Skinner, 1982) (Apéndice BB). Instrumento para medir consecuencias relacionadas con el abuso de drogas, con un alfa de Cronbach = 0.80, donde la sensibilidad más alta se obtuvo cuando la puntuación de corte fue 3, con una eficiencia diagnóstica igual al 97%, realizado en población mexicana ($n = 565$) (Villalobos-Gallegos et al., 2015). Se constituye con 10 ítems, sobre los cuales el paciente recibe un punto (1) por cada “Sí” que responda, excepto en la pregunta #3 en el cual “No” recibe un (1) punto, desglosándose la puntuación de la siguiente manera: 0 puntos = no hay problema, 1-2 = nivel bajo, 3-5 = nivel moderado, 6-8 = nivel sustancial, 9-10 = nivel severo (Spitzer et al., 2001).

Formatos protocolarios del Centro de Bienestar Universitario

Al haberse implementado la intervención dentro del Centro de Bienestar Universitario del ICSA, se utilizaron formatos propios de este Centro por cuestión de protocolo, así como de pertinencia al estudio (e.g. plan de seguridad). En materia de replicabilidad del presente proyecto, se especifican aquellos documentos administrados:

- Entrevista de primer contacto (Apéndice BC)
- Plan de seguridad (Apéndice BD)
- Carta compromiso para personas de confianza (Apéndice BE)
- Historia clínica (Apéndice BF)

Operacionalización de variables

Variables dependientes

Tabla 1

Clasificación de las variables dependientes

	DSM-V-TR	CIE-11	Instrumentos
Ideación suicida	Clasificación: Otras afecciones que pueden ser objeto de atención clínica; comportamiento suicida Comportamiento potencialmente autolesivo con al menos cierta intención de morir. Comorbilidad (trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de sustancias, trastorno límite de la personalidad, trastorno de personalidad antisocial, trastornos alimentarios y trastornos de adaptación).	Clasificación: MB26.A Pensamientos, ideas o reflexiones en torno a la posibilidad de poner fin a la vida propia, desde pensar que uno estaría mejor muerto hasta la formulación de planes detallados para suicidarse.	C-SRSS BSI ASQ
Depresión	Clasificación: Trastornos depresivos Los trastornos depresivos incluyen el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno depresivo mayor el trastorno depresivo persistente, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y el trastorno depresivo no especificado. La característica común de todos estos trastornos es la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios relacionados que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo (p. ej., cambios somáticos y cognitivos en el trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo	Clasificación: 6A70 – 6A7Z Los trastornos depresivos se caracterizan por un estado de ánimo depresivo (por ejemplo, tristeza, irritación, sensación de vacío) o pérdida de placer, acompañado por otros síntomas cognitivos, conductuales o neurovegetativos que afectan significativamente la capacidad del individuo de funcionar.	PHQ-9

	persistente). Las diferencias entre ellos residen en la duración, el momento de aparición o la presunta etiología.		
Ansiedad	Clasificación: Trastornos de ansiedad Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva), que ocurren más días que no durante al menos seis meses, respecto a diversos eventos o actividades. La persona encuentra difícil controlar la preocupación y presenta al menos tres de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño.	Clasificación: 6B00 – 6B0Z El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por síntomas marcados de ansiedad que persisten durante al menos varios meses, durante más días que los que no se manifiestan, ya sea por aprehensión general o preocupación excesiva centrada en múltiples eventos cotidianos, con mayor frecuencia relacionados con la familia, la salud, las finanzas, y la escuela o el trabajo, junto con síntomas adicionales como tensión muscular o inquietud motora, actividad simpática autónoma, experiencia subjetiva de nerviosismo, dificultad para mantener la concentración, irritabilidad o trastornos del sueño. Los síntomas causan una angustia significativa o un deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento. Los síntomas no son una manifestación de otra condición de salud y no se deben a los efectos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central.	GAD-7

Nota. Datos obtenidos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, texto revisado de la 5ª edición (DSM-V-TR, 2022) y de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión (CIE-11) por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022).

Variable independiente

La intervención psicológica, a través del tratamiento TDC para pacientes presentando ideación suicida, es la variable independiente de este estudio.

Escenario

La intervención se realizó en el CBU-ICSA, ubicado en el edificio G. Este centro cuenta con dos plantas: en la planta baja se ubica recepción, evaluación psicológica, y el área clínica; en planta alta se encuentran el laboratorio de computadoras, la cámara de Gesell, dos salas de usos múltiples, el área de servicio social y oficinas.

De manera específica, el proceso se llevó a cabo en el área clínica, misma que cuenta con sala de espera, oficina de jefatura, oficinas individuales de psicólogos clínicos, sala de practicantes, ocho cubículos para terapia individual y dos más para terapia familiar. Las sesiones se tomaron en uno de los cubículos familiares, ya que estos garantizan contar con ventanas, mejor iluminación y mobiliario, así como menor filtración de ruidos externos.

Participantes

Las personas destinatarias de la intervención fueron aquellos pacientes (sexo indistinto), en un rango de edad de 18 a 64 años, que acudieron a CBU-ICSA solicitando una entrevista de primer contacto y, a partir de la evaluación de las escalas: tamizaje breve de evaluación del trastorno de ansiedad generalizada GAD-7, tamizaje de depresión PHQ-9 y tamizaje para el riesgo suicida ASQ MODORIS, presentaron riesgo suicida. Los resultados de dichas pruebas fueron complementados con la aplicación de la escala de ideación suicida C-SSRS, así como la escala de Ideación Suicida de Beck, descartando abuso de sustancias con el cuestionario de abuso de drogas DAST-10.

Criterios de inclusión

- Pacientes que se encuentren en un rango de edad de 18 a 64 años.
- Pacientes que presenten ideación suicida según las escalas ASQ, C-SSRS y BSI.

Criterios de exclusión

- Niños, niñas, adolescentes y adultos mayores.
- Pacientes que no estén de acuerdo participar en la intervención.
- Pacientes que presenten uso y consumo de sustancias.
- Pacientes que se encuentren en otra intervención psicológica.
- Pacientes que necesiten hospitalización por riesgo suicida inminente.

Procedimiento

Terapia individual, con duración de 15 sesiones semanales de una hora, más tres sesiones de seguimiento con aplazamiento de un mes cada una, realizando una adaptación basada en el modelo de la TDC de Marsha M. Linehan (2015) (Tabla 2).

Tabla 2

Diseño de la intervención para pacientes presentando ideación suicida desde la psicoterapia dialéctico-conductual

Objetivo	Tema	Desarrollo	Materiales
Sesión I: Presentación del programa, alianza terapéutica y evaluación inicial.	Presentación.	Introducción del programa de intervención a los pacientes, presentando consentimiento informado, enfatizando la apertura al diálogo y aclaraciones. Establecimiento de rapport con el propósito de fomentar la alianza terapéutica. Implementación de la evaluación inicial.	Consentimiento informado CBU-ICSA. Consentimiento informado de la investigación. Tamizajes: PHQ-9, GAD-7, ASQ MODORIS, C-SSRS, BSI, DAST-10. Plan de seguridad CBU-ICSA.
Sesión II: Historia clínica, análisis funcional de la conducta.	Historia clínica.	Aplicación de entrevista semiestructurada para el desarrollo de la historia clínica. Análisis funcional de la conducta a través del análisis en cadena de la TDC. Introducción al diario de agradecimiento.	Formato de historia clínica CBU-ICSA. Hojas de trabajo: objetivos del entrenamiento de habilidades, análisis en cadena.
Sesión III y IV: fomentar habilidades de atención plena.	Atención plena.	Psicoeducación, a modo de introducción, sobre las habilidades de atención plena, estructurando los objetivos principales que fomenta la TDC y añadiendo aquellos que el paciente considere dentro de esta habilidad. Aplicación del esquema de la mente sabia. Psicoeducación respecto a reducir la vulnerabilidad ante la mente emocional. Conclusión de las herramientas revisadas con el análisis de fomento al cuidado integral tanto físico como psicológico. Enfoque y revisión del diario de agradecimiento.	Hojas de trabajo: habilidades de atención plena, objetivos, definiciones, mente sabia, reducir la vulnerabilidad ante la mente emocional, cuida tu mente cuidando tu cuerpo. Pizarrón, marcadores y borrador.

Sesión V y VI: Relaciones interpersonales saludables	Habilidades de efectividad interpersonal.	Psicoeducación, a modo de introducción, sobre las habilidades de efectividad interpersonal, estructurando los objetivos principales que fomenta la TDC y añadiendo aquellos que el paciente considere dentro de esta habilidad. Análisis y discernimiento respecto a los factores y mitos que se interponen en la efectividad interpersonal. Psicoeducación e interiorización sobre el autorrespeto, así como la atención plena hacia los demás. Psicoeducación y distinción sobre el tema de terminar con relaciones perjudiciales. Revisión del diario de agradecimiento.	Hojas de trabajo: habilidades de efectividad interpersonal, objetivos, factores que se interponen, mitos que se interponen, efectividad en el autorrespeto, atención plena hacia los otros, terminando relaciones. Pizarrón, marcadores y borrador.
Sesión VII: Dialéctica.	Establecer el análisis dialéctico.	Psicoeducación, a modo de introducción, sobre la dialéctica. Análisis e integración del tema a partir de las hojas de trabajo. Revisión del diario de agradecimiento.	Hojas de trabajo: dialéctica, cómo pensar y actuar dialécticamente, ejemplos de lados opuestos, opuestos importantes para equilibrar. Pizarrón, marcadores y borrador.
Sesión VIII y IX: Regulación emocional.	Fomentar habilidades de regulación emocional.	Psicoeducación, a modo de introducción, sobre las habilidades de regulación emocional estructurando los objetivos principales que fomenta la TDC y añadiendo aquellos que el paciente considere dentro de esta habilidad. Identificación de las emociones, así como de los factores y mitos que se interponen en la regulación de estas. Habilidades enfocadas en la valoración y prevención. Revisión del diario de agradecimiento.	Hojas de trabajo: habilidades de regulación emocional, objetivos, comprendiendo y nombrando emociones, factores que dificultan la regulación emocional, mitos, maneras de describir emociones, acción opuesta, reduciendo la vulnerabilidad ante la mente emocional, lista de valores y prioridades, construyendo maestría y prevención, Pizarrón, marcadores y borrador.

Sesión X y XI: Tolerancia al estrés y la angustia.	Fomentar habilidades tolerancia al estrés y la angustia.	Psicoeducación, a modo de introducción, sobre las habilidades de tolerancia al estrés y la angustia estructurando los objetivos principales que fomenta la TDC y añadiendo aquellos que el paciente considere dentro de esta habilidad. Psicoeducación y práctica de habilidades selectas en caso de que el paciente presente crisis. Revisión del diario de agradecimiento.	Hojas de trabajo: objetivos, habilidades de supervivencia a crisis, STOP, pros y contras, TIP, mejorando el momento, conciencia sensorial. Pizarrón, marcadores y borrador.
Sesión XII y XIII: Aceptación de la realidad.	Fomentar habilidades de aceptación de la realidad.	Psicoeducación, a modo de introducción, sobre las habilidades de aceptación de la realidad. Psicoeducación y práctica de habilidades selectas para la aceptación de la realidad. Revisión del diario de agradecimiento.	Hojas de trabajo: habilidades de aceptación de la realidad, aceptación radical, factores que interfieren, paso por paso, cambiando la mente, voluntad, aceptando la realidad con el cuerpo, atención plena de la corriente de pensamientos. Pizarrón, marcadores y borrador.
Sesión XIV: Evaluación final.	Aplicar las pruebas post-test.	Aplicación de evaluación post-test. Revisión del diario de agradecimiento.	PHQ-9, GAD-7, ASQ MODORIS, C-SSRS, BSI, DAST-10.
Sesión XV: Terminación del proceso y planificación de seguimiento	Analizar el progreso percibido y finalizar el proceso.	Reflexionar y analizar respecto al progreso obtenido a lo largo de las sesiones. Breve esquema de las habilidades y herramientas revisadas, incluido el diario de agradecimiento, para el reforzamiento de estas. Planificar las sesiones de seguimiento.	Pizarrón, marcadores y borrador. Formato de egreso de CBU-ICSA. Agenda.

Nota. Adaptación basada en el modelo de la TDC de Marsha M. Linehan (2015).

Consideraciones éticas

El panorama ético que rodea las intervenciones psicológicas para pacientes que experimentan ideación suicida es complejo y requiere una exploración cuidadosa para garantizar tanto la seguridad como la dignidad del individuo. En el centro de este marco ético se encuentran los principios de no maleficencia y beneficencia, que enfatizan la importancia de prevenir el daño y promover el bienestar del paciente (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009).

El consentimiento informado es un requisito ético fundamental en la práctica psicológica. Los profesionales deben asegurarse de que los pacientes comprendan la naturaleza de su tratamiento, incluidos los posibles riesgos y beneficios, así como las limitaciones relacionadas con la confidencialidad. Dada la naturaleza compleja de la ideación suicida, es imperativo que los profesionales comuniquen las circunstancias en las que se puede violar la confidencialidad, en particular en situaciones en las que existe un riesgo inminente de daño al paciente o a otras personas (Sharan, 2023).

Asimismo, la evaluación y el manejo de riesgos son componentes vitales de la práctica ética. Los psicólogos están obligados a realizar evaluaciones de riesgos exhaustivas para medir la gravedad e inmediatez de los pensamientos suicidas. Esto incluye la evaluación de factores de protección, apoyos sociales y posibles desencadenantes. En los casos en que los pacientes representan un riesgo significativo para sí mismos, la intervención ética puede requerir la hospitalización involuntaria o la derivación a servicios de crisis. Tales decisiones deben tomarse con criterio, sopesando las implicaciones éticas de la autonomía frente a la necesidad de seguridad inmediata (Sharan, 2023).

En conformidad con lo anterior, a lo largo de esta investigación la colaboración con otros profesionales de la salud es esencial para brindar una atención integral. Un enfoque

interdisciplinario puede mejorar la eficacia del tratamiento, incorporando, sobre todo, tratamiento psiquiátrico. Este marco colaborativo no solo aborda la naturaleza multifacética de la ideación suicida, sino que también refuerza el compromiso ético con la atención integral del paciente. Asimismo, el desarrollo profesional y la supervisión continuos son necesarios para dotar a los profesionales del conocimiento y las habilidades necesarias para abordar las complejidades de la ideación suicida de manera eficaz. La práctica ética requiere una reflexión continua sobre los enfoques que se aplican, y garantizar la alineación con las últimas metodologías basadas en la evidencia y las pautas éticas (Pal & Ramanathan, 2023).

Es por ello por lo que, además de proporcionar el consentimiento informado por parte del Centro donde se realiza la intervención, también se hace entrega del consentimiento informado en materia de investigación (Apéndice BG), conservando como prioridad el bienestar integral de los pacientes.

Resultados de la intervención

Con la finalidad de analizar los datos y variables de la intervención que a continuación se presentan, se empleó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 22.0.

Variables sociodemográficas

En cuanto a la exploración de las variables sociodemográficas, se llevaron a cabo análisis descriptivos y de frecuencias respectivos al sexo, edad, nivel educativo, situación laboral, situación de pareja sentimental, orientación sexual, número de hijos y religión; añadiendo a estos análisis el tratamiento psiquiátrico, asistencia de la persona de confianza e intentos suicidas durante el periodo de la intervención (Tabla 3).

Tabla 3*Características sociodemográficas de la muestra*

Variable		N				
			Mínimo	Máximo	M	DE
Edad		10	19	29	22.10	2.923
			Porcentaje			
Sexo						
	Masculino	2		20%		
	Femenino	8		80%		
Estudios						
	Pregrado en curso	9		90%		
	Pregrado concluido	1		10%		
Empleo						
	Sí trabaja	8		80%		
	No trabaja	2		20%		
Relación de pareja						
	Sí	4		40%		
	No	6		60%		
Orientación sexual						
	Heterosexual	9		90%		
	Bisexual	1		10%		
Descendencia						
	Sí	1		10%		
	No	9		90%		
Religión						
	Sí practica	6		60%		
	No practica	4		40%		
Psiquiatría						
	Sí sigue tratamiento	10		100%		
Persona de confianza						
	Sí acudió	10		100%		
Incidencias						
	Sí presentó incidencia	7		70%		
	No presentó incidencia	3		30%		

Nota. El número total de la muestra es N = 10; M = Media; DE = Desviación estándar.

La muestra estuvo conformada por 10 participantes, dos de sexo masculino y ocho de sexo femenino, con edades comprendidas entre los 19 y 29 años, donde el promedio fue $M = 22.10$, con una desviación estándar (DE) igual a 2.923.

Respecto al nivel educativo, nueve se encontraban cursando estudios de pregrado y uno ya había culminado la licenciatura. En relación con la situación laboral, ocho participantes reportaron estar empleados, mientras que dos no se encontraban trabajando al momento del estudio.

Referente al estado civil, cuatro participantes indicaron estar en una relación de pareja, aunque legalmente solteros, y seis indicaron no estar en una relación. En lo que respecta a la orientación sexual, nueve se identificaron como heterosexuales y uno como bisexual. Además, solo uno de los participantes reportó tener descendencia (una hija). Por otro lado, en cuanto a la afiliación religiosa, seis participantes manifestaron profesar alguna religión, mientras que cuatro indicaron no adherirse a alguna.

Adicionalmente, como parte del protocolo de riesgo suicida, se encuentra establecido el requisito de la participación de una persona de confianza del paciente en al menos una reunión con la terapeuta, misma que es autora del presente trabajo de investigación. En todos los casos, las personas de confianza asistieron conforme a lo estipulado. Asimismo, la totalidad de la muestra reportó haber acudido a consulta psiquiátrica y encontrarse en tratamiento farmacológico a lo largo de la intervención.

Durante las sesiones, siete de los participantes relataron haber realizado al menos un intento suicida durante la semana previo a la consulta, mientras que tres no reportaron intentos en el curso de la intervención. Se considera pertinente señalar que uno de los participantes refirió haber realizado dos intentos, mientras que los seis restantes reportaron un único intento.

Eficacia del tratamiento

Previo a los análisis estadísticos, se realizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk empleando los totales de las pruebas GAD-7, PHQ-9, ASQ, C-SSRS y BSI. De estas, GAD-7, PHQ-9 y BSI arrojaron puntajes de significancia mayores al 0.05, lo que indica el uso apropiado de pruebas paramétricas (Molina & Molina, 2025). Sin embargo, para las pruebas ASQ y C-SSRS se obtuvieron valores de significancia menores al 0.05, indicando el uso de pruebas no paramétricas. Para propósitos de estadística homogénea, en este estudio se optó por utilizar pruebas paramétricas en todas las variables, en consonancia con los resultados de la prueba Shapiro-Wilk realizada (Angelini, 2019).

Asistencia y adherencia al tratamiento

El número total de participantes ($N = 10$) recibió las 15 sesiones programadas dentro del tratamiento, sin embargo, no todas las sesiones fueron semanales, ya que hubo fechas inhábiles que no se lograron reprogramar la misma semana. Dicho lo anterior, se reporta una adherencia del 100% al tratamiento.

Puntajes de ansiedad – GAD-7

Se realizó una prueba t de muestras emparejadas para comparar los puntajes totales del pretest y posttest del instrumento GAD-7, así como los puntajes de las subescalas de los síntomas cognitivos y los síntomas somáticos de la ansiedad (Tabla 4).

Tabla 4*Prueba t de muestras emparejadas: puntajes de ansiedad GAD-7*

GAD-7	M	DE	t	gl	Sig.	d
Total pretest	16.30	2.452	6.973	9	.000	4.13
Total posttest	7.00	2.055				
Pretest cognitivo	7.00	1.826	4.768	9	.001	2.23
Posttest cognitivo	3.50	1.310				
Pretest somático	9.30	1.640	7.975	9	.000	3.60
Posttest somático	3.50	1.581				

Nota. M = Media; DE = Desviación estándar; gl = grados de libertad; Sig. = significancia; d = tamaño del efecto.

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa, $t(9) = 6.973$, $p = .000$, para los puntajes totales del GAD-7, observándose una disminución notoria en el posttest ($M_{\text{pre}} = 16.30$, $DE = 2.452$; $M_{\text{post}} = 7.00$, $DE = 2.055$). El tamaño del efecto de los puntajes totales del GAD-7 es grande, según Cohen (1977), donde $d = 4.13$. Cohen (1977) enseña que un valor de d alrededor de 0.20 indica una diferencia pequeña, un valor de 0.50 indica una diferencia moderada y una diferencia de 0.80 indica una diferencia grande.

Respecto a los puntajes de la subescala de síntomas cognitivos del GAD-7, también se identificó una diferencia estadísticamente significativa, $t(9) = 4.76$, $p = .001$, evidenciándose una disminución notoria en el posttest ($M_{\text{pre}} = 7.00$, $DE = 1.826$; $M_{\text{post}} = 3.50$, $DE = 1.310$). El tamaño del efecto de los puntajes de la subescala de síntomas cognitivos es grande, según los criterios de Cohen (1977), donde $d = 2.23$.

Sobre los puntajes de la subescala de síntomas somáticos del GAD-7, de igual manera se registró una diferencia estadísticamente significativa, $t(9) = 7.975$, $p = .000$, con una

disminución evidente en el postest ($M_{\text{pre}} = 9.30$, $DE = 1.640$; $M_{\text{post}} = 3.50$, $DE = 1.581$). El tamaño del efecto de los puntajes de la subescala de síntomas somáticos es grande, conforme a los lineamientos de Cohen (1977), donde $d = 3.60$.

Puntajes de depresión – PHQ-9

Se realizó una prueba t de muestras emparejadas con el propósito de comparar los puntajes totales del instrumento PHQ-9 en el pretest y el postest, así como los puntajes correspondientes a las subescalas de los síntomas cognitivos y los síntomas somáticos de la depresión (Tabla 5).

Tabla 5

Prueba t de muestras emparejadas: puntajes de depresión PHQ-9

PHQ-9	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>	<i>d</i>
Total pretest	18.70	3.802	6.544	9	.000	3.30
Total posttest	7.50	2.991				
Pretest cognitivo	10.70	2.627	10.498	9	.000	3.06
Posttest cognitivo	4.20	1.619				
Pretest somático	8.00	2.582	3.714	9	.005	1.98
Posttest somático	3.30	2.163				

Nota. M = Media; DE = Desviación estándar; gl = grados de libertad; $Sig.$ = significancia; d = tamaño del efecto.

En relación con los puntajes totales del PHQ-9, se encontró una diferencia estadísticamente significativa, $t(9) = 6.544$, $p = .000$, evidenciándose una disminución notoria en el postest ($M_{\text{pre}} = 18.70$, $DE = 3.802$; $M_{\text{post}} = 7.50$, $DE = 2.991$). El tamaño del efecto de los puntajes totales del PHQ-9 es grande, según Cohen (1977), donde $d = 3.30$.

Respecto a los puntajes correspondientes a la subescala de los síntomas cognitivos del PHQ-9, también se identificó una diferencia estadísticamente significativa, $t(9) = 10.498$, $p = .000$, observándose una reducción notable en el postest ($M_{\text{pre}} = 10.70$, $DE = 2.627$; $M_{\text{post}} = 4.20$, $DE = 1.619$). El tamaño del efecto de los puntajes de la subescala de síntomas cognitivos es grande, según los criterios de Cohen (1977), donde $d = 3.06$.

En cuanto a los puntajes de la subescala de los síntomas somáticos del PHQ-9, se observó una diferencia estadísticamente significativa, $t(9) = 3.714$, $p = .005$, con una disminución evidente en el postest ($M_{\text{pre}} = 8.00$, $DE = 2.582$; $M_{\text{post}} = 3.30$, $DE = 2.163$). El tamaño del efecto se clasificó como grande, conforme a los lineamientos de Cohen (1977), donde $d = 1.98$.

Puntajes de riesgo suicida – ASQ

Se realizó una prueba t de muestras emparejadas con el objetivo de comparar los puntajes totales del pretest y el postest del instrumento ASQ, donde los resultados evidenciaron una diferencia estadísticamente significativa, $t(9) = 4.636$, $p = .001$, observándose una disminución notoria en el postest ($M_{\text{pre}} = 3.00$, $DE = .816$; $M_{\text{post}} = 1.30$, $DE = .675$) (Tabla 6). Asimismo, el tamaño del efecto fue grande, de acuerdo con los criterios de Cohen (1977), donde $d = 2.28$.

Tabla 6

Prueba t de muestras emparejadas: puntajes de riesgo suicida ASQ

ASQ	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	Sig.	<i>d</i>
Total pretest	3.00	.816	4.636	9	.001	2.28
Total posttest	1.30	.675				

Nota. M = Media; DE = Desviación estándar; gl = grados de libertad; Sig. = significancia; d = tamaño del efecto.

Puntajes de severidad de riesgo suicida – C-SSRS

Se realizó una prueba *t* de muestras emparejadas con el propósito de comparar los puntajes totales del pretest y el posttest del instrumento C-SSRS, así como los puntajes correspondientes a las subescalas de ideación suicida y conducta suicida (Tabla 7).

Tabla 7

Prueba t de muestras emparejadas: puntajes de severidad de riesgo suicida C-SSRS

C-SSRS	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>	<i>d</i>
Total pretest	3.50	1.269	4.472	9	.002	2.23
Total posttest	1.50	.527				
Pretest ideación suicida	2.90	1.101	5.811	9	.000	2.84
Posttest ideación suicida	.60	.516				
Pretest conducta suicida	.60	.516	1.964	9	.081	0.72
Posttest conducta suicida	.90	.316				

Nota. *M* = Media; *DE* = Desviación estándar; *gl* = grados de libertad; *Sig.* = significancia; *d* = tamaño del efecto.

En relación con los puntajes totales del C-SSRS, se encontró una diferencia estadísticamente significativa, $t(9) = 4.472$, $p = .002$, evidenciándose una disminución notoria en el posttest ($M_{\text{pre}} = 3.50$, $DE = 1.269$; $M_{\text{post}} = 1.50$, $DE = .527$). El tamaño del efecto fue grande, según Cohen (1977), donde $d = 2.23$.

Respecto a la subescala de ideación suicida, también se observó una diferencia estadísticamente significativa, $t(9) = 5.811$, $p = .000$, con una reducción notable en el posttest ($M_{\text{pre}} = 2.90$, $DE = 1.101$; $M_{\text{post}} = .60$, $DE = .516$). El tamaño del efecto para esta subescala se clasificó como grande conforme a Cohen (1977), donde $d = 2.84$.

Puntajes de ideación suicida – BSI

Se realizó una prueba *t* de muestras emparejadas con el objetivo de comparar los puntajes totales del pretest y el posttest del instrumento BSI. De igual manera, se analizaron las diferencias en las subescalas correspondientes a dimensiones de la ideación suicida, características de los pensamientos y deseos suicidas, características del intento suicida, e intentos previos de suicidio (Tabla 8).

Tabla 8

Prueba t de muestras emparejadas: puntajes de ideación suicida BSI

BSI	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	Sig.	<i>d</i>
Total pretest	16.60	5.125	6.784	9	.000	2.37
Total posttest	4.70	4.900				
Pretest DIS	3.80	1.989	5.622	9	.000	1.52
Posttest DIS	1.40	1.174				
Pretest CPDS	8.00	2.108	6.975	9	.000	2.39
Posttest CPDS	2.30	2.669				
Pretest CIS	2.30	1.567	4.125	9	.003	2.34
Posttest CIS	.10	.316				
Pretest IPS	2.50	1.650	2.388	9	.041	1.16
Posttest IPS	.90	1.101				

Nota. *M* = Media; *DE* = Desviación estándar; *gl* = grados de libertad; Sig. = significancia; *d* = tamaño del efecto; DIS = dimensiones de la ideación suicida; CPDS = características de los pensamientos y deseos suicidas; CIS = características del intento suicida; IPS = intentos previos de suicidio.

En cuanto a los puntajes totales del BSI, se encontró una diferencia estadísticamente significativa, $t(9) = 6.784$, $p = .000$, evidenciándose una disminución significativa en el posttest ($M_{\text{pre}} = 16.60$, $DE = 5.125$; $M_{\text{post}} = 4.70$, $DE = 4.900$). El tamaño del efecto fue grande según Cohen (1977), donde $d = 2.37$.

Respecto a la subescala de las dimensiones de la ideación suicida, los resultados evidenciaron una diferencia estadísticamente significativa en los puntajes totales, $t(9) = 5.622$, $p = .000$, observándose una disminución notoria en el posttest ($M_{\text{pre}} = 3.80$, $DE = 1.989$; $M_{\text{post}} = 1.40$, $DE = 1.174$). Asimismo, el tamaño del efecto fue grande, de acuerdo con los criterios de Cohen (1977), donde $d = 1.52$.

Continuando con la subescala de las características de los pensamientos y deseos suicidas, se observó una diferencia estadísticamente significativa, $t(9) = 6.975$, $p = .000$, con una disminución evidente en el posttest ($M_{\text{pre}} = 8.00$, $DE = 2.108$; $M_{\text{post}} = 2.30$, $DE = 2.669$). El tamaño del efecto se clasificó como grande, conforme a los lineamientos de Cohen (1977), donde $d = 2.39$.

Asimismo, la subescala de las características del intento suicida muestra una diferencia estadísticamente significativa, $t(9) = 4.125$, $p = .003$, evidenciándose una disminución notoria en el posttest ($M_{\text{pre}} = 2.30$, $DE = 1.567$; $M_{\text{post}} = .10$, $DE = .316$). El tamaño del efecto fue grande, según Cohen (1977), donde $d = 2.34$.

Por último, la subescala de intentos previos de suicidio registra una diferencia estadísticamente significativa, $t(9) = 2.388$, $p = .041$, observándose una reducción notable en el posttest ($M_{\text{pre}} = 2.50$, $DE = 1.650$; $M_{\text{post}} = .90$, $DE = 1.101$). El tamaño del efecto fue grande según los criterios de Cohen (1977), donde $d = 1.16$.

Seguimiento

La evaluación de seguimiento a tres meses únicamente fue posible realizarse a cinco de los diez participantes, esto debido principalmente a cuestiones de disponibilidad de horario por parte de éstos. Por lo tanto, la muestra total para el análisis con seguimiento es $N = 5$.

A continuación, se presentan los datos correspondientes a las pruebas aplicadas previamente, incorporando los puntajes de seguimiento ($N = 5$). Para este análisis, se ejecutó la prueba de medidas repetidas, considerando como tiempo 1 el pretest, tiempo 2 el posttest y tiempo 3 el seguimiento a tres meses.

Puntajes de ansiedad - GAD-7 al seguimiento

La prueba de medidas repetidas muestra una diferencia estadísticamente significativa en los puntajes totales del GAD-7 entre los tres tiempos, $F(2, 8) = 58.473$, $p = .000$, donde se reporta un tamaño de efecto η_p^2 (eta parcial al cuadrado) = .936, lo que indica un tamaño de efecto grande (Lakens, 2013) (Tabla 9).

Tabla 9

Prueba de medidas repetidas: puntajes totales de ansiedad GAD-7 al seguimiento

GAD-7	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	gl	Sig.	η_p^2
Total pretest	16.20	1.483				
Total posttest	7.60	1.517	58.473	2, 8(error)	.000	.936
Total seguimiento	4.60	1.949				

Nota. *M* = Media; *DE* = Desviación estándar; *gl* = grados de libertad; Sig. = significancia; η_p^2 = eta parcial al cuadrado.

Al encontrarse diferencias significativas entre los puntajes totales de los tres tiempos, se procedió a realizar una prueba de comparaciones por parejas con ajuste Bonferroni, en

donde se comparó pretest (tiempo 1) con posttest (tiempo 2), pretest (tiempo 1) con seguimiento (tiempo 3), y posttest (tiempo 2) con seguimiento (tiempo 3), para identificar diferencias significativas entre dichos momentos de la intervención. Se encontró, diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo 1 y el tiempo 2, con una diferencia de medias = 8.60, error estándar = 1.288, sig. = .008. Asimismo, se comparó el tiempo 1 con el tiempo 3, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa, con una diferencia de medias = 11.60, error estándar = 1.364, sig. = .003. También se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo 2 y el tiempo 3, con diferencia de medias = 3.00, error estándar = .447, sig.= .008 (Tabla 10).

Tabla 10

Comparaciones por parejas: puntajes totales de ansiedad GAD-7 al seguimiento

GAD-7 Total		Diferencia de medias	Error estándar	Sig.
Tiempo				
1	2	8.600	1.288	.008
1	3	11.600	1.364	.003
2	3	3.000	0.447	.008

Nota. Sig. = significancia.

De igual manera, se analizaron posibles diferencias en la subescala de síntomas cognitivos del GAD-7. Se encontró que hay una diferencia estadísticamente significativa entre los tres tiempos, $F(2,8) = 9.774$, sig. = .007, $\eta_p^2 = .710$, lo que indica un tamaño de efecto grande (Lakens, 2013) (tabla 11).

Tabla 11

Prueba de medidas repetidas: puntajes síntomas cognitivos GAD-7 al seguimiento

GAD-7	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	gl	Sig.	η_p^2
SC pretest	6.20	1.643				
SC posttest	3.20	1.095	9.774	2, 8(error)	.007	.710
SC seguimiento	2.80	.447				

Nota. SC = Síntomas cognitivos; *M* = Media; *DE* = Desviación estándar; gl = grados de libertad; Sig. = significancia; η_p^2 = eta parcial al cuadrado.

Encontrándose este resultado, se procedió a realizar comparaciones por pareja, empleando el ajuste Bonferroni. Al comparar el pretest con el posttest, no se encontró diferencia estadísticamente significativa, diferencia de medias = 3.00, error estándar = 1.095, sig. = .156. Tampoco se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el pretest y el seguimiento, diferencia de medias = 3.40, error estándar = .872, sig. = .053. Por último, tampoco se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el posttest y el seguimiento, diferencia de medias = .40, error estándar = .40, sig. = 1.00. Es posible, en algunos escenarios de estudios psicológicos, encontrar diferencias significativas en el análisis de la varianza (ANOVA) de medidas repetidas y no mostrarse en las pruebas post hoc de comparaciones por parejas, esto debido al pequeño tamaño de la muestra (Giner-Sorolla et al., 2024) (Tabla 12).

Tabla 12

Comparaciones por parejas: puntajes síntomas cognitivos GAD-7 al seguimiento

GAD-7 SC		Diferencia de medias	Error estándar	Sig.
Tiempo				
1	2	3.000	1.095	.156
1	3	3.400	.872	.053
2	3	.400	.400	1.000

Nota. SC = Síntomas cognitivos; sig. = significancia.

Asimismo, se analizaron posibles diferencias en la subescala de síntomas somáticos del instrumento GAD-7. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los tres tiempos, $F(2,8) = 99.396$, sig. = .000, $\eta_p^2 = .961$, lo que indica un tamaño de efecto grande (Lakens, 2013) (Tabla 13).

Tabla 13

Prueba de medidas repetidas: puntajes síntomas somáticos GAD-7 al seguimiento

GAD-7	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	gl	Sig.	η_p^2
SS pretest	10.00	1.000				
SS posttest	4.40	1.140	99.396	2, 8(error)	.000	.961
SS seguimiento	1.80	1.643				

Nota. SS = Síntomas somáticos; *M* = Media; *DE* = Desviación estándar; *gl* = grados de libertad; Sig. = significancia; η_p^2 = eta parcial al cuadrado.

Al encontrarse este resultado, se procedió a realizar comparaciones por pareja, aplicando el ajuste Bonferroni. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la comparación del tiempo 1 y tiempo 2, con diferencia de medias = 5.60, error estándar = .400,

sig. = .000. También se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo 1 y el tiempo 3, diferencia de medias = 8.20, error estándar = .735, sig. = .001. Por último, se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo 2 y el tiempo 3, con diferencia de medias = 2.60, error estándar = .60, sig. = .037 (Tabla 14).

Tabla 14

Comparaciones por parejas: puntajes síntomas somáticos GAD-7 al seguimiento

GAD-7 SS		Diferencia de medias	Error estándar	Sig.
Tiempo				
1	2	5.600	.400	.000
1	3	8.200	.735	.001
2	3	2.600	.600	.037

Nota. SS = Síntomas somáticos; sig. = significancia.

Puntajes de depresión - PHQ-9 al seguimiento

Se analizaron los puntajes totales del instrumento PHQ-9 para comparar posibles diferencias entre los 3 tiempos, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa, $F(2, 8) = 49.688$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .925$, lo que indica un tamaño de efecto grande (Lakens, 2013) (Tabla 15).

Tabla 15

Prueba de medidas repetidas: puntajes totales de depresión PHQ-9 al seguimiento

PHQ-9	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	gl	Sig.	η_p^2
Total pretest	17.40	2.881				
Total posttest	8.80	2.280	49.688	2, 8(error)	.000	.925
Total seguimiento	3.40	1.140				

Nota. *M* = Media; *DE* = Desviación estándar; gl = grados de libertad; Sig. = significancia; η_p^2 = eta parcial al cuadrado.

Al encontrarse esta diferencia, se procedió a realizar comparaciones por parejas con ajuste Bonferroni. Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo 1 y el tiempo 2, con una diferencia de medias = 8.60, error estándar = 1.435, sig. = .012. Asimismo, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo 1 y el tiempo 3, con una diferencia de medias = 14.00, error estándar = 1.612, sig. = .003. Por último, también se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo 2 y el tiempo 3, con diferencia de medias = 5.40, error estándar = 1.166, sig. = .029 (Tabla 16).

Tabla 16

Comparaciones por parejas: puntajes totales de depresión PHQ-9 al seguimiento

PHQ-9 Total		Diferencia de medias	Error estándar	Sig.
Tiempo				
1	2	8.600	1.435	.012
1	3	14.000	1.612	.003
2	3	5.400	1.166	.029

Nota. Sig. = significancia.

De igual manera, se analizaron posibles diferencias en la subescala de síntomas cognitivos del PHQ-9. Se encontró que hay una diferencia estadísticamente significativa entre los tres tiempos, $F(2,8) = 93.778$, $\text{sig.} = .000$, $\eta_p^2 = .959$, lo que indica un tamaño de efecto grande (Lakens, 2013) (Tabla 17).

Tabla 17

Prueba de medidas repetidas: puntajes síntomas cognitivos PHQ-9 al seguimiento

PHQ-9	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	gl	Sig.	η_p^2
SC pretest	10.20	1.483				
SC posttest	4.80	.447	93.778	2, 8(error)	.000	.959
SC seguimiento	1.40	1.140				

Nota. SC = Síntomas cognitivos; *M* = Media; *DE* = Desviación estándar; gl = grados de libertad; Sig. = significancia; η_p^2 = eta parcial al cuadrado.

Encontrándose este resultado, se procedió a realizar comparaciones por pareja, empleando el ajuste Bonferroni. Al comparar el pretest con el posttest, se encontró una diferencia estadísticamente significativa, diferencia de medias = 5.40, error estándar = .510, $\text{sig.} = .001$. También se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el pretest y el seguimiento, diferencia de medias = 8.80, error estándar = .800, $\text{sig.} = .001$. Por último, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el posttest y el seguimiento, diferencia de medias = 3.40, error estándar = .60, $\text{sig.} = .014$ (Tabla 18).

Tabla 18

Comparaciones por parejas: puntajes síntomas cognitivos PHQ-9 al seguimiento

PHQ-9 SC		Diferencia de medias	Error estándar	Sig.
Tiempo				
1	2	5.400	.510	.001
1	3	8.800	.800	.001
2	3	3.400	.600	.014

Nota. SC = Síntomas cognitivos; sig. = significancia.

Asimismo, se analizaron posibles diferencias en la subescala de síntomas somáticos del instrumento PHQ-9. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los tres tiempos, $F(2,8) = 13.403$, sig. = .003, $\eta_p^2 = .770$, lo que indica un tamaño de efecto grande (Lakens, 2013) (Tabla 19).

Tabla 19

Prueba de medidas repetidas: puntajes síntomas somáticos PHQ-9 al seguimiento

PHQ-9	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	gl	Sig.	η_p^2
SS pretest	7.20	1.924				
SS posttest	4.00	2.000	13.403	2, 8(error)	.003	.770
SS seguimiento	2.00	.000				

Nota. SS = Síntomas somáticos; *M* = Media; *DE* = Desviación estándar; *gl* = grados de libertad; Sig. = significancia; η_p^2 = eta parcial al cuadrado.

Al encontrarse este resultado, se procedió a realizar comparaciones por pareja, aplicando el ajuste Bonferroni. Al comparar el tiempo 1 y tiempo 2, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa, con diferencia de medias = 3.200, error estándar =

1.241, sig. = .184. Por otro lado, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo 1 y el tiempo 3, diferencia de medias = 5.200, error estándar = .860, sig. = .011. Finalmente, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo 2 y el tiempo 3, con diferencia de medias = 2.000, error estándar = .894, sig. = .267 (Tabla 20).

Tabla 20

Comparaciones por parejas: puntajes síntomas somáticos PHQ-9 al seguimiento

PHQ-9 SS		Diferencia de medias	Error estándar	Sig.
Tiempo				
1	2	3.200	1.241	.184
1	3	5.200	.860	.011
2	3	2.000	.894	.267

Nota. SS = Síntomas somáticos; sig. = significancia.

Puntajes de riesgo suicida - ASQ al seguimiento

Se analizaron los puntajes totales del instrumento ASQ para comparar posibles diferencias entre los 3 tiempos. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa, $F(2, 8) = 11.652$, $p = .004$, $\eta_p^2 = .744$, lo que indica un tamaño de efecto grande (Lakens, 2013) (Tabla 21).

Tabla 21

Prueba de medidas repetidas: puntajes totales de riesgo suicida ASQ al seguimiento

ASQ	M	DE	F	Gl	Sig.	η_p^2
Total pretest	2.60	.894				
Total posttest	1.20	.447	11.652	2, 8(error)	.004	.744
Total seguimiento	.80	.447				

Nota. M = Media; DE = Desviación estándar; gl = grados de libertad; Sig. = significancia; η_p^2 = eta parcial al cuadrado.

Al encontrarse esta diferencia, se procedió a realizar comparaciones por parejas con ajuste Bonferroni. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo 1 y el tiempo 2, con una diferencia de medias = 1.40, error estándar = .510, sig. = .155. En cambio, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo 1 y el tiempo 3, con una diferencia de medias = 1.80, error estándar = .374, sig. = .026. Por último, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo 2 y el tiempo 3, con diferencia de medias = .400, error estándar = .245, sig. = .533 (Tabla 22).

Tabla 22

Comparaciones por parejas: puntajes totales de riesgo suicida ASQ al seguimiento

ASQ Total		Diferencia de medias	Error estándar	Sig.
Tiempo				
1	2	1.400	.510	.155
1	3	1.800	.374	.026
2	3	.400	.533	.533

Nota. Sig. = significancia.

Puntajes de severidad del riesgo suicida - C-SSRS al seguimiento

Se analizaron los puntajes totales del instrumento C-SSRS para comparar posibles diferencias entre los 3 tiempos, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa, $F(2, 8) = 11.217$, $p = .005$, $\eta_p^2 = .737$, lo que indica un tamaño de efecto grande (Lakens, 2013) (Tabla 23).

Tabla 23

Prueba de medidas repetidas: puntajes totales de riesgo suicida C-SSRS al seguimiento

C-SSRS	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>	η_p^2
Total pretest	3.40	1.517				
Total posttest	1.80	.447	11.217	2, 8(error)	.005	.737
Total seguimiento	.80	.447				

Nota. *M* = Media; *DE* = Desviación estándar; *gl* = grados de libertad; *Sig.* = significancia; η_p^2 = eta parcial al cuadrado.

Al encontrarse esta diferencia, se procedió a realizar comparaciones por parejas con ajuste Bonferroni. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo 1 y el tiempo 2, con una diferencia de medias = 1.60, error estándar = .678, sig. = .233. Tampoco se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo 1 y el tiempo 3, con una diferencia de medias = 2.60, error estándar = .678, sig. = .056. Por último, no fue posible calcular la prueba entre el tiempo 2 y el tiempo 3 debido a que la desviación fue exactamente igual (Tabla 24).

Tabla 24

Comparaciones por parejas: puntajes totales de riesgo suicida C-SSRS al seguimiento

C-SSRS Total		Diferencia de medias	Error estándar	Sig.
Tiempo				
1	2	1.600	.678	.233
1	3	2.600	.678	.056
2	3	1.000	.000	-

Nota. Sig. = significancia.

De igual manera, se analizaron posibles diferencias en la subescala de ideación suicida del C-SSRS. Se encontró que hay una diferencia estadísticamente significativa entre los tres tiempos, $F(2,8) = 25.167$, sig. = .000, $\eta_p^2 = .863$, lo que indica un tamaño de efecto grande (Lakens, 2013) (Tabla 25).

Tabla 25

Prueba de medidas repetidas: puntajes ideación suicida C-SSRS al seguimiento

C-SSRS	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>Gl</i>	Sig.	η_p^2
IS pretest	2.80	1.095				
IS posttest	1.00	.000	25.167	2, 8(error)	.000	.863
IS seguimiento	.00	.000				

Nota. IS = Ideación suicida; *M* = Media; *DE* = Desviación estándar; *gl* = grados de libertad;

Sig. = significancia; η_p^2 = eta parcial al cuadrado.

Se procedió a realizar comparaciones por pareja, empleando el ajuste Bonferroni. Al comparar el pretest con el posttest, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa, diferencia de medias = 1.80, error estándar = .490, sig. = .064. Por otra parte, se encontró una

diferencia estadísticamente significativa entre el pretest y el seguimiento, con diferencia de medias = 2.80, error estándar = .490, sig. = .014. Por último, no fue posible calcular la prueba entre el posttest y el seguimiento debido a que el error estándar fue cero (Tabla 26).

Tabla 26

Comparaciones por parejas: puntajes ideación suicida C-SSRS al seguimiento

C-SSRS IS		Diferencia de medias	Error estándar	Sig.
Tiempo				
1	2	1.800	.490	.064
1	3	2.800	.490	.014
2	3	1.000	.000	-

Nota. IS = Ideación suicida; sig. = significancia.

Puntajes de ideación suicida - BSI al seguimiento

Se analizaron los puntajes totales del instrumento BSI para comparar posibles diferencias entre los 3 tiempos, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa, $F(2, 8) = 34.380$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .896$, lo que indica un tamaño de efecto grande (Lakens, 2013) (Tabla 27).

Tabla 27

Prueba de medidas repetidas: puntajes totales de ideación suicida BSI al seguimiento

BSI	M	DE	F	Gl	Sig.	η_p^2
Total pretest	18.60	6.348				
Total posttest	6.60	4.278	34.380	2, 8(error)	.000	.896
Total seguimiento	2.60	2.408				

Nota. M = Media; DE = Desviación estándar; gl = grados de libertad; Sig. = significancia; η_p^2 = eta parcial al cuadrado.

Al encontrarse esta diferencia, se procedió a realizar comparaciones por parejas con ajuste Bonferroni. Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo 1 y el tiempo 2, con una diferencia de medias = 12.00, error estándar = 2.302, sig. = .019. Asimismo, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo 1 y el tiempo 3, con una diferencia de medias = 16.00, error estándar = 2.387, sig. = .008. Por último, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo 2 y el tiempo 3, con diferencia de medias = 4.00, error estándar = 1.049, sig. = .057, sin embargo, el efecto se observa en la dirección esperada (tabla 28).

Tabla 28

Comparaciones por parejas: puntajes totales de ideación suicida BSI al seguimiento

BSI Total		Diferencia de medias	Error estándar	Sig.
Tiempo				
1	2	12.000	2.302	.019
1	3	16.000	2.387	.008
2	3	4.000	1.049	.057

Nota. Sig. = significancia.

De igual manera, se analizaron posibles diferencias entre los 3 tiempos en la subescala de dimensiones de la ideación suicida del BSI, encontrándose una diferencia estadísticamente, $F(2,8) = 16.867$, sig. = .001, $\eta_p^2 = .809$, lo que indica un tamaño de efecto grande (Lakens, 2013) (Tabla 29).

Tabla 29

Prueba de medidas repetidas: puntajes dimensiones de la ideación suicida BSI al seguimiento

BSI	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>Gl</i>	Sig.	η_p^2
DIS pretest	4.40	2.302				
DIS posttest	1.80	1.095	16.896	2, 8(error)	.001	.809
DIS seguimiento	.60	.548				

Nota. DIS = Dimensiones de la ideación suicida; *M* = Media; *DE* = Desviación estándar; *gl* = grados de libertad; Sig. = significancia; η_p^2 = eta parcial al cuadrado.

Encontrándose este resultado, se procedió a realizar comparaciones por pareja, empleando el ajuste Bonferroni. Al comparar el pretest con el posttest, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa, diferencia de medias = 2.60, error estándar = .678,

sig. = .056. Por otra parte, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el pretest y el seguimiento, diferencia de medias = 3.80, error estándar = .860, sig. = .035. Por último, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el posttest y el seguimiento, diferencia de medias = 1.20, error estándar = .374, sig. = .098, sin embargo, el efecto se observa en la dirección esperada (Tabla 30).

Tabla 30

Comparaciones por parejas: puntajes dimensiones de la ideación suicida BSI al seguimiento

BSI DIS		Diferencia de medias	Error estándar	Sig.
Tiempo				
1	2	2.600	.678	.056
1	3	3.800	.860	.035
2	3	1.200	.374	.098

Nota. DIS = Dimensiones de la ideación suicida; sig. = significancia.

Asimismo, se analizaron posibles diferencias entre los 3 tiempos de la subescala de características de los pensamientos y deseos suicidas del instrumento BSI, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa, $F(2,8) = 23.766$, sig. = .000, $\eta_p^2 = .856$, lo que indica un tamaño de efecto grande (Lakens, 2013) (Tabla 31).

Tabla 31

Prueba de medidas repetidas: puntajes pensamientos y deseos suicidas BSI al seguimiento

BSI	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	Gl	Sig.	η_p^2
CPDS pretest	9.00	2.550				
CPDS posttest	3.40	2.408	23.766	2, 8(error)	.000	.856
CPDS seguimiento	1.60	1.517				

Nota. CPDS = Características de los pensamientos y deseos suicidas; *M* = Media; *DE* =

Desviación estándar; gl = grados de libertad; Sig. = significancia; η_p^2 = eta parcial al cuadrado.

Al encontraste este resultado, se procedió a realizar comparaciones por pareja, aplicando el ajuste Bonferroni. Realizando la comparación entre el tiempo 1 y tiempo 2, se encontró una diferencia estadísticamente significativa, con diferencia de medias = 5.60, error estándar = 1.40, sig. = .048. También se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo 1 y el tiempo 3, diferencia de medias = 7.40, error estándar = 1.208, sig. = .011. Por último, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo 2 y el tiempo 3, con diferencia de medias = 1.80, error estándar = .583, sig. = .110, sin embargo, las medias indican que el efecto va en la dirección esperada (Tabla 32).

Tabla 32

Comparaciones por parejas: pensamientos y deseos suicidas BSI al seguimiento

BSI CPDS		Diferencia de medias	Error estándar	Sig.
Tiempo				
1	2	5.600	1.400	.048
1	3	7.400	1.208	.011
2	3	1.800	.583	.110

Nota. CPDS = Características de los pensamientos y deseos suicidas; sig. = significancia.

De igual manera, se analizaron posibles diferencias entre los 3 tiempos de la subescala de características del intento suicida del instrumento BSI, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa, $F(2,8) = 7.579$, sig. = .014, $\eta_p^2 = .655$, lo que indica un tamaño de efecto grande (Lakens, 2013) (Tabla 33).

Tabla 33

Prueba de medidas repetidas: puntajes características del intento suicida BSI al seguimiento

BSI	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	Gl	Sig.	η_p^2
CIS pretest	2.40	1.949				
CIS posttest	.00	.000	7.579	2, 8(error)	.014	.655
CIS seguimiento	.00	.000				

Nota. CIS = Características del intento suicida; *M* = Media; *DE* = Desviación estándar; gl = grados de libertad; Sig. = significancia; η_p^2 = eta parcial al cuadrado.

Al encontrarse este resultado, se procedió a realizar comparaciones por pareja, aplicando el ajuste Bonferroni. Realizando la comparación entre el tiempo 1 y tiempo 2, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa, con diferencia de medias = 2.40, error

estándar = 8.72, sig. = .154. Tampoco se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo 1 y el tiempo 3, diferencia de medias = 2.40, error estándar = .872, sig. = .154. Por último, no fue posible realizar el cálculo para el tiempo 2 y el tiempo 3 ya que la diferencia de medias, así como el error estándar, fue igual cero (Tabla 34).

Tabla 34

Comparaciones por parejas: características del intento suicida BSI al seguimiento

BSI CIS		Diferencia de medias	Error estándar	Sig.
Tiempo				
1	2	2.400	.872	.154
1	3	2.400	.872	.154
2	3	.000	.000	-

Nota. CIS = Características del intento suicida; sig. = significancia.

Discusión

El presente apartado se abordará a través de la interpretación y análisis de los objetivos propuestos para este estudio. Se plantearán inicialmente las características sociodemográficas de los y las participantes; posteriormente, a través de ejes, se discutirá lo fundamental de esta intervención: la reducción de la ideación suicida en pacientes del Centro de Bienestar Universitario del Instituto de Ciencias Sociales y Administración. Adicionalmente, se mencionarán las limitaciones y conclusiones de esta investigación.

Características sociodemográficas

Tras el análisis de los datos poblacionales, los resultados indican que el 80% de la muestra pertenece al sexo femenino, estadística que concuerda con los datos sistematizados donde se indica que son las mujeres las que acuden en mayor porcentaje a solicitar servicios de atención psicológica en comparación a los hombres (Johnson, 2023). Esto puede explicarse debido a varios factores que algunos autores identifican, tales como actitudes y creencias, estigma social, y a ciertos obstáculos en cuanto a logística y economía, así como a barreras sistémicas (Morgan et al., 2022). Abundando al respecto, se conoce que las mujeres tienden a utilizar más los servicios de salud mental ya que mantienen una actitud más positiva hacia la búsqueda de ayuda (Lee et al., 2020). Puede considerarse, además, una mayor exposición a factores estresantes socioculturales como la discriminación y la violencia, y mayores tasas de trastornos como la depresión y la ansiedad, donde estadísticamente las mujeres tienen una probabilidad considerable de ser diagnosticadas con algún trastorno de salud mental a comparación de los hombres, incluso cuando presentan síntomas idénticos (Baños & Miragall, 2024).

Asimismo, la edad de los y las pacientes fue de 19 a 29 años, rango que coincide con la literatura en ser uno de los grupos con mayor riesgo de conductas suicidas en México

(Cabello-Rangel et al., 2020). Igualmente, y dado el escenario donde se realizó la intervención, la mayor parte de la muestra se encontraba cursando estudios de pregrado, característica que también resulta sobresaliente en cuanto a porcentaje de población en riesgo de conductas suicidas por diversos factores de riesgo (García Cecchin et al., 2022) tales como depresión, ansiedad, desesperanza, desconexión social e higiene del sueño deficiente, lo que coincide con lo señalado por Kirlic et al. (2023) que sostienen que los estudiantes universitarios atraviesan diversos desafíos de transición en los ámbitos social, económico, académico y psicológico.

Además, lo anteriormente citado se vincula directamente con el marco de teorías de la ideación a la acción, a través sus premisas, tal como la pertenencia frustrada (Joiner et al. 2017), dolor psicológico y desconexión con el entorno (Klonsky et al., 2021), y el enfoque diátesis-estrés (O'Connor, 2021).

Eje teórico: interpretación de los resultados a la luz de los modelos de ideación suicida

Los resultados del presente estudio muestran una reducción significativa en la ideación suicida, así como en los síntomas de depresión y ansiedad tras la implementación de una intervención basada en la TDC. Desde una perspectiva teórica, estos hallazgos pueden interpretarse como consistentes con los modelos contemporáneos de la conducta suicida particularmente aquellos que distinguen entre la génesis de la ideación y su transición a la acción (Ordóñez-Carrasco et al., 2023) particularmente aquellos que distinguen entre la génesis de la ideación y su transición a la acción. En este sentido, los hallazgos de esta investigación se sostienen en lo propuesto por los modelos de la ideación a la acción, sobre los cuales se plantea que la ideación suicida es un fenómeno distinto a la conducta suicida, explicado a través de procesos secuenciales específicos que consideran el dolor, desesperanza, percepción de derrota y aprisionamiento, entre otros (Torino et al., 2026).

Puede inferirse que la reducción observada en la ideación suicida se debe al impacto de la intervención propuesta. Se considera, además, que la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión podría señalarse como un efecto directo de la intervención al reducir las dificultades en la regulación emocional y a una baja tolerancia al malestar, resultados que son coherentes con otros estudios aquí revisados (Linehan, 1993; Klonsky et al., 2020; Jobes & Rizvi, 2024).

Eje metodológico: alcances e implicaciones del diseño de investigación

Desde el punto de vista metodológico, el uso de un diseño cuasiexperimental de grupo único con medidas pre, post y de seguimiento permitió observar cambios intra-sujeto a lo largo del tiempo. En particular, no puede obviarse que la ausencia de un grupo control impide descartar explicaciones alternativas a los cambios observados (Capili & Anastasi, 2024). Esta limitación se plantea, considerando que todos los participantes se encontraban simultáneamente bajo tratamiento psiquiátrico, lo cual introduce un factor en la atribución de los efectos exclusivamente a la intervención psicológica.

Asimismo, el tamaño de la muestra ($N = 10$) y la pérdida del 50% de los participantes en la fase de seguimiento pudieron afectar la potencia estadística del estudio (Álvarez et al., 2021). Este hallazgo evidencia que los análisis sugieren cambios significativos, aunque los análisis más específicos revelan una menor consistencia en dichos cambios. No obstante, es importante señalar que estos elementos no invalidan los hallazgos, ni les restan significancia a los resultados del estudio.

Más aún, la intervención demostró alcances clínicos significativos al mantener la reducción sostenida de la ideación suicida en la fase de seguimiento a tres meses, demostrando que la adquisición de habilidades genera cambios estables en el funcionamiento psicológico de los pacientes (Gillespie et al., 2022).

Eje clínico: implicaciones prácticas y apreciaciones desde la intervención

Se considera que este estudio aporta elementos relevantes desde una perspectiva clínica, ya que la reducción de la ideación suicida y de la sintomatología asociada sugiere que la intervención implementada puede constituir una estrategia útil en contextos universitarios, particularmente cuando se aborda desde un enfoque integral.

Dicho lo anterior, un aspecto fundamental es que la intervención no se limitó a la aplicación de técnicas de TDC, sino que se desarrolló dentro de un modelo multidisciplinario que incluyó tratamiento psiquiátrico, acompañamiento continuo, participación de una persona de apoyo y el uso de planes de seguridad (Krishnamoorthy et al., 2023). Este enfoque integral probablemente potenció los efectos observados, lo que plantea una reflexión importante: en contextos de riesgo suicida, la efectividad de las intervenciones puede depender menos de una técnica aislada y más de la articulación de múltiples estrategias de cuidado, tal y como lo plantean Horoşan y colaboradores (2024).

Asimismo, la alta adherencia al tratamiento constituye un hallazgo clínicamente significativo (Laranjeira et al., 2023), ya que uno de los principales retos en la atención de pacientes con ideación suicida es precisamente la continuidad terapéutica (Arnon et al., 2024). Sin embargo, este resultado debe interpretarse considerando el contexto estructurado en el que se desarrolló la intervención, lo cual podría no ser replicable en escenarios con menor contención institucional.

Desde esta perspectiva, el estudio sugiere que la implementación de programas basados en TDC en centros universitarios puede ser viable y potencialmente beneficiosa, siempre que se acompañe de condiciones institucionales que favorezcan la adherencia y el seguimiento. No obstante, también evidencia la necesidad de desarrollar modelos de intervención que sean

sostenibles en contextos reales (Werdin et al., 2025) donde los recursos, por lo general, son más limitados.

Finalmente, surge una reflexión más amplia sobre el papel de las universidades como espacios de prevención e intervención en salud mental (Nielsen et al., 2024). La evidencia obtenida, aunque preliminar, apunta a la importancia de fortalecer los servicios de atención psicológica con enfoques estructurados, basados en evidencia y sensibles a las necesidades específicas de la población (Johnson & Possemato, 2019).

Conclusiones

En conjunto, el presente estudio ofrece una aproximación valiosa a la comprensión e intervención de la ideación suicida en población universitaria, si se toma en cuenta que se integraron fundamentos teóricos, evidencia empírica y práctica clínica. No obstante, sus hallazgos deben ser comprendidos dentro de un marco de cautela metodológica por la implicación clínica que representó la muestra, reconociendo tanto sus potenciales como sus límites.

Aunado a lo anterior, como propuesta de trabajos deseables se sugiere desarrollar investigaciones con diseños experimentales y muestras de mayor escala para robustecer la evidencia de la TDC en México; explorar la transición de la ideación a la acción incorporando modelos teóricos que permitan identificar con mejor precisión a quienes se encuentran en mayor riesgo de intento suicida; y utilizar el presente proyecto como base para la formación de estudiantes de psicología que realicen sus prácticas profesionales en los CBU de la UACJ, promoviendo la replicabilidad de intervenciones basadas en evidencia.

Más que ofrecer conclusiones definitivas, este trabajo abre preguntas relevantes sobre cómo, para quién y bajo qué condiciones las intervenciones basadas en TDC pueden ser efectivas. En este sentido, su mayor aportación no radica únicamente en los resultados

obtenidos, sino en la posibilidad de seguir construyendo conocimiento éticamente comprometido y clínicamente significativo.

Referencias

- Acosta Gutiérrez, C. O. & Limas Hernández, A. (2024). Youth and suicide in the northern border region of Mexico: a case study from Bronfenbrenner's Ecological Theory. *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal*, 21, 219-246. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2024.0009>
- Álvarez, G., Núñez-Cortés, R., Solà, I., Sitjà-Rabert, M., Fort-Vanmeerhaeghe, A., Fernández, C., Bonfill, X. & Urrútia, G. (2021). Sample size, study length, and inadequate controls were the most common self-acknowledge limitations in manual therapy trials: a methodological review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 130, 96-106. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.10.018>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).
- Angelini, C. (2019). Hypothesis testing. *Encyclopedia of bioinformatics and computational biology*, 1, 691-697. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809633-8.20356-7>
- Arango, A., Gipson, P. Y., Votta, J. G. & King, C. A. (2021). Saving lives: recognizing and intervening with youth at risk for suicide. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 259-284. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-103740>
- Arnon, S., Shahar, G. & Brunstein Klomek, A. (2024). Continuity of care in suicide prevention: current status and future directions. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1266717>
- Ati, N. A. L., Paraswati, M.D. & Windarwati, H.D. (2021). What are the risk factors and protective factors of suicidal behavior in adolescents? A systematic review. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 34, 7–18. <https://doi.org/10.1111/jcap.12295>

- Austria-Corrales, F., Jiménez-Tapia, A., Astudillo-García, C. I., Arenas-Landgrave, P., Xochihua-Tlecuitl, T., Cruz-Cruz, C., Rivera-Rivera, L., Gómez-García, J. A., Palacios-Hernández, B., Pérez-Amezcu, B., Toledano-Toledano, F., Richards, J. & Galyunker, I. (2023). The Columbia-suicide severity rating scale: validity and psychometric properties of an online Spanish-language version in a Mexican population sample. *Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1157581>
- Baños, R. M. & Miragall, M. (2024). Gender matters: a critical piece in mental health. *The Spanish Journal of Psychology*, 27. <https://doi.org/10.1017/SJP.2024.29>
- Beck, A. T., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.47.2.343>
- Brambila Sánchez, J. E. (2024). Salud: ¿cuáles son los datos del informe Así Estamos Juárez 2024? *Plan Estratégico de Juárez, Asociación Civil*. <https://planjuarez.org/2024/06/13/salud-cuales-son-los-datos-del-informe-asi-estamos-juarez-2024/>
- Boritz, T., McMain, S., Vaz, A. & Rousmaniere, T. (2023). *Deliberate practice in dialectical behavior therapy*. American Psychological Association.
- Brodsky, B. S. & Stanley, B. (2013). *The dialectical behavior therapy primer: how DBT can inform clinical practice*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118556603>
- Cabello-Rangel, H., Márquez-Caraveo, M. E. & Díaz-Castro, L. (2020). Suicide rate, depression and the human development index: an ecological study from Mexico. *Frontiers Public Health*; 8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.561966>
- Cai, H., Jin, Y., Liu, S., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., Balbuena, L. & Xiang, Y. T. (2021). Prevalence of suicidal ideation and planning in patients with major depressive

- disorder: a meta-analysis of observation studies. *Journal of Affective Disorders*, 293, 148-158. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.115>
- Capili, B., & Anastasi, J. K. (2024). An introduction to types of quasi-experimental designs. *The American Journal of Nursing*, 124(11), 50-52. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0001081740.74815.20>
- Chapman, A. L. & Dixon-Gordon, K. L. (2020). *Dialectical behavior therapy*. American Psychological Association.
- Chaudhary, N. I. & Rafiq, M. (2020). Efficacy of dialectical behavior therapy for the management of suicidal ideation & deliberate self-harm: a case study from the clinical population in Lahore, Pakistan. *Pakistan Journal of Medical Research*, 59(2), 84-87. <https://pjmr.org.pk/index.php/pjmr/article/view/116>
- Chesney, E., Goodwin, G.M. & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry* 13, 153–160. <https://doi.org/10.1002/wps.20128>
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Academic Press.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.112.1.155>
- Corliss, J. (2024). *Dialectical behavior therapy: what is it and who can it help?* Harvard Health Publishing.
- David Rudd, M., Bryan, C. J., Jobes, D. A., Feuerstein, S. & Conley, D. (2022). A standard protocol for the clinical management of suicidal thoughts and behavior: implications for the suicide prevention narrative. *Frontiers Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.929305>

- Dávila-Cervantes, C. A. (2022). Suicide burden in Latin America, 1990-2019: findings from the global burden of disease study 2019. *Public Health*, 205, 28-36.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.01.014>
- DeCou, C. R., Comtois, K. A. & Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 50(1), 60-72. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.009>
- Elbogen, E. B., Molloy, K., Wagner, H. R., Kimbrel, N. A., Beckham, J. C., Van Male, L., Leinbach, J., & Bradford, D. W. (2020). Psychosocial protective factors and suicidal ideation: Results from a national longitudinal study of veterans. *Journal of affective disorders*, 260, 703–709. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.062>
- Favril, L., Yu, R., Uyar, A., Sharpe, M., & Fazel, S. (2022). Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evidence-based mental health*, 25(4), 148–155. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300549>
- Gaitán-Rossi, P., Pérez-Hernández, V., Vilar-Compte, M. & Teruel-Belismelis, G. (2021). Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Pública México*, 63, 478-485.
<https://doi.org/10.21149/12257>
- Galindo-Vázquez, O., Núñez Gómez, P., Vidal Millán, S., Bargalló Rocha, E., Lerma, A., Sánchez Contreras, Y. & Álvarez Gómez, R. M. (2023). Evidencia psicométrica del Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) y Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) en pacientes con asesoramiento genético en Oncología. *Psicooncología*, 20(2), 267-281. <https://doi.org/10.5209/psic.91526>

- García Cecchin, H. F., Giardini Murta, S., Silva de Macedo, E. O. & Moore, R. A. (2022). Scoping review of 30 years of suicide prevention in university students around the world: efficacy, effectiveness, and cost-effectiveness. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 35. <https://doi.org/10.1186/s41155-022-00227-x>
- Gillespie, C., Murphy, M., Kells, M. & Flynn, D. (2022). Individuals who report having benefitted from dialectical behaviour therapy (DBT): a qualitative exploration of processes and experiences at long-term follow-up. *Borderline Personality Disorder Emotional Dysregulation*, 9(8). <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00179-9>
- Giner-Sorolla, R., Montoya, A. K., Reifman, A., Carpenter, T., Lewis, N. A., Jr, Aberson, C. L., Bostyn, D. H., Conrique, B. G., Ng, B. W., Schoemann, A. M., & Soderberg, C. (2024). Power to detect what? Considerations for planning and evaluating sample size. *Personality and Social Psychology Review*, 28(3), 276–301. <https://doi.org/10.1177/10888683241228328>
- González Macip, S., Díaz Martínez, A., Ortiz León, S., González, C. & González Núñez, J. Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck (BSI) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21-30.
- Hafferty, J. D., Navrady, L. B., Admas, M. J., Howard, Campbell, A. I., Whalley, H. C., Lawrie, S. M., Nicodemus, K. K., Porteous, D. J., Deary, I. J. & McIntosh, A. M. (2019). The role of neuroticism in self-harm and suicidal ideation: results from two UK population-based cohorts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54, 1505-1518. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01725-7>
- Hallford, D. J., Rusanov, D., Winestone, B., Kaplan, R., Fuller-Tyszkiewicz, M. & Melvin, G. (2023). Disclosure of suicidal ideation and behaviours: a systematic review and meta-

analysis of prevalence. *Clinical Psychology Review*, 101.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102272>

Harmer, B., Lee, S. & Saadabadi, A. (2020). *Suicidal ideation*. StatPearls Publishing.

Hawton, K., Knipe, D. & Pirkis, J. (2024). A public health approach to suicide prevention 2: Restriction of access to means used for suicide. *Lancet Public Health*.

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00157-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00157-9)

Hawton, K. & Pirkis, J. (2024). A public approach to suicide prevention 6. *Lancet Public Health*. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00159-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00159-2)

Hofstra, E., van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S. J., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2020). Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. *General hospital psychiatry*, 63, 127–140.

<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.04.011>

Holman, M. S. & Williams, M. N. (2020). Suicide risk and protective factors: a network approach. *Archives of Suicide Research*, 137-154.

<https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1774454>

Horoşan, L., Nistor, D. E., Ion, A., Corban, M. & Giurgiuca, A. (2024). Understanding suicide. *Discoveries*, 12(1). <https://doi.org/10.15190/d.2024.2>

Horowitz, L. M., Snyder, D. J., Boudreaux, E. D., He, J-H., Harrington, C. J., Cai, J., Claassen, C. A., Salhany, J. E., Dao, T., Chaves, J. F., Jobes, D. A., Merikangas, K. R., Bridge, J. A. & Pao, M. (2020). Validation of the ask suicide-screening questions for adult medical inpatients: a brief tool for all ages. *Psychosomatics*, 61, 713-722.

Interian, A., Chesin, M., Kline, A., Miller, R., St. Hill, M., Latorre, M., Shcherbakov, A., King, A. & Stanley, B. (2017). Use of the Columbia-suicide rating scale (C-SSRS) to classify

suicidal behaviors. *Archives of Suicide Research*, 22(2), 278-294.

<https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1334610>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). *Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio (10 de septiembre)*.

<https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=9294>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025). *Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio (10 de septiembre)*.

<https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia/10209>

Jhangiani, R. S., Chiang, I. A., Cuttler, C. & Leighton, D. C. (2019). *Research methods in psychology*. The Saylor Foundation.

Jobes, D. A. & Rizvi, S. L. (2024). The use of CAMS and DBT to effectively treat patients who are suicidal. *Frontiers Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1354430>

Johnson, B. E. (2023). *Gender differences in mental health*. EBSCO Research Starters.

<https://www.ebsco.com/research-starters/psychology/gender-differences-mental-health>

Johnson, E. M., & Possemato, K. (2019). Defining the things we can change to improve access to mental health care. *Families, Systems, & Health*, 37(3), 195–205.

<https://doi.org/10.1037/fsh0000435>

Joiner, T. E., Chu, C., Buchman-Schmitt, J., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer-Moberg, F. B., Michaels, M. S. & Patros, C. (2017). The interpersonal theory of suicide: a systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1313-1345. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>

Kirlic, N., Akeman, E., DeVille, D. C., Yeh, H. W., Cosgrove, K. T., McDermott, T. J.,

Touthang, J., Clausen, A., Paulus, M. P. & Aupperle, R. L. (2023). A machine learning

analysis of risk and protective factors of suicidal thoughts and behaviors in college students. *Journal of American College Health*, 71(6), 1863–1872.

<https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1947841>

Klonsky, E. D. & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): a new theory of suicide rooted in the ideation-to-action framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>

Klonsky, E. D., May, A. M. & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307-330.

<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>

Klonsky, E. D., Pachkowski, M. C. & Shahnaz, A. (2020, diciembre). Understanding suicide to prevent suicide. *The Behavior Therapist*.

<https://www2.psych.ubc.ca/~klonsky/publications/BehaviorTherapist.pdf>

Klonsky, E.D., Dixon-Luinenburg, T. & May, A.M. (2021), The critical distinction between suicidal ideation and suicide attempts. *World Psychiatry*, 20, 439-441.

<https://doi.org/10.1002/wps.20909>

Knipe, D., Padmanathan, P., Newton-Howes, G., Fong Chan, L. & Kapur, N. (2022). Suicide and self-harm. *Lancet*, 399, 1903-16. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00173-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00173-8)

Koerner, K., Dimeff, L. A. & Rizvi, S. (2021). *Dialectic behavior therapy in clinical practice*. The Guilford Press.

Krishnamoorthy, S., Mathieu, S., Armstrong, G., Ross, V., Francis, J., Reifels, L. & Kõlves, K. (2023). Utilisation and application of implementation science in complex suicide prevention interventions: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 330, 57-73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.140>

- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863>
- Laranjeira, C., Carvalho, D., Valentim, O., Moutinho, L., Morgado, T., Tomás, C., Gomes, J., & Querido, A. (2023). Therapeutic adherence of people with mental disorders: an evolutionary concept analysis. *International journal of environmental research and public health*, 20(5), 3869. <https://doi.org/10.3390/ijerph20053869>
- Lee, H. Y., Hwang, J., Ball, J. G., Lee, J., Yu, Y. & Albright, D. (2020). Mental health literacy affects mental health attitude: is there a gender difference? *American Journal of Health Behavior*, 44(10), 282-291. <https://doi.org/10.5993/AJHB.44.3.1>
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training handouts and worksheets. Second edition*. The Guilford Press.
- Martínez-Alés, M., Jiang, T., Keyes, K. M. & Gradus, J. L. (2022). The recent rise of suicide mortality in the United States. *Annual Review of Public Health*, 43, 99-116.
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-051920-123206>
- McKay, M., Wood, J. C. & Brantley, J. (2019). *The dialectical behavior therapy skills workbook*. New Harbinger Publications.
- Molina Panchi, P. A. & Molina Panchi, D. F. (2025). Pruebas estadísticas de normalidad: un análisis comparativo entre Kolmogórov-Smirnov, Shapiro-Wilk, Anderson-Darling, Ryan-Joiner Y Jarque-Bera. *CIENCIA UNEMI*, 18(49).
- Morgan, P. C., Stanfield, M. H. & Durtschi, J. A. (2022). “There may be a problem, but I’m not going because...”: examining classes of men and their rationales for not seeking

- mental health treatment. *Journal of Mental Health*, 31(2), 180–187.
<https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1922639>
- Nguyen, M-H., Le, T-T., Nguyen, H-K. T., Ho, M-T., Nguyen, H. T. T. & Vuong, Q-H. (2021). Alice in Suicideland: exploring the suicidal ideation mechanism through the sense of connectedness and help-seeking behaviors. *International Environmental Research and Public Health*, 18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073681>
- Nielsen, L., Bermejo-Martins, E., Nelausen, M. K., Madsen, C. S., Riva, E., Koushede, V. J. & Meilstrup, C. B. (2024). The ABCs of mental health at the university: a multi-level intervention design for promoting mental well-being. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1382393>
- Norcross, J.C. & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy (Chic)*, 48(1), 98-102.
<https://doi.org/10.1037/a0022161>
- O'Connor, R.C. & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions Royal Society Publishing B*, 373, 1-10.
<https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- O'Connor, R. C. (2021). *When it is darkest: why people die by suicide and what we can do to prevent it*. Vermilion.
- Ordóñez-Carrasco, J.L., Sayans-Jiménez, P. & Rojas-Tejada, A.J. (2023). Ideation-to-action framework variables involved in the development of suicidal ideation: A network analysis. *Current Psychology*, 42, 4053–4064. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01765-w>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima Revisión (CIE-11)*. Ginebra: OMS.

- Pal, S. & Ramathan, S. (2023). Ethical considerations in dealing with suicide in different populations. *Focus*, 21(2), 173-177. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220082>
- Pan American Health Organization. (2021). *Suicide mortality in the Americas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53348>
- Posner, K. (2007). Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *APA PsycTests*. <https://doi.org/10.1037/t52667-000>
- Selak, S., Crnkovic, N., Šorgo, A., Gabrovec, B., Cesar, K. & Zmavc, M. (2024). Resilience and social support as protective factors against suicidal ideation among tertiary students during COVID-19: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 24, 1942. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19470-1>
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*. Houghton Mifflin.
- Sharan, P. (2023). Ethical challenges in clinical care of suicidal patients. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 39(4), 319-324. https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_271_23
- Skinner, H. A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive Behaviors*, 7(4), 363-371. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90005-3](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90005-3)
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código ético del psicólogo*. Ed. Trillas. México.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K. & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

Stanley, B., Brodsky, B. S. & Gratch, I. (2021). *Textbook of personality disorders*. American Psychiatric Association.

Sufrate-Sorzano, T., Santolalla-Arnedo, I., Garrote-Cámara, M. E., Angulo-Nalda, B., Cotelos Sáenz, R., Pastells-Peiró, R., Bellon, F., Blanco-Blanco, J., Juárez-Vela, R. & Molina-Luque, F. (2023). Interventions of choice for the prevention and treatment of suicidal behaviors: an umbrella review. *Nursing Open*, 10(8), 4959-4970.
<https://doi.org/10.1002/nop2.1820>

Too, L. S., Spittal, M. J., Bugeja, L., Reifels, L., Butterworth, P., & Pirkis, J. (2019). The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *Journal of affective disorders*, 259, 302–313.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.054>

Torino, G., Calati, R., Brambilla, P. & Delvecchio, G. (2026). Ideation-to-action framework of suicide: a systematic review of the integrated motivational-volitional model and the three step theory. *Journal of Affective Disorders*, 399.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.121138>

Van Ballegooijen, W., Rawee, J., Palantza, C., Miguel, C., Harrer, M., Cristea, I., De Winter, R., Gilissen, R., Eikelenboom, M., Beekman, A. & Cuijpers, P. (2025). Suicidal ideation and suicide attempts after direct or indirect psychotherapy: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 82(1):31–37.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.2854>

Vázquez García, A. (2022). Evaluación del Riesgo Suicida, ASQ MODORIS. *Programa Nacional para la Prevención del Suicidio*.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/757444/ASQ_MODORIS_Pagina.pdf

- Vázquez, A., Arenas, P., Tejadilla, D. I. & Espinosa, P. (2024). Estructura del programa nacional para la prevención del suicidio en México. *Acta Pediátrica*, 45, 89-99.
<https://doi.org/10.18233/apm.v45i1S.2756>
- Vijayapriya, C. V. & Tamarana, R. (2023). Effectiveness of dialectical behavior therapy as a transdiagnostic treatment for improving cognitive functions: a systematic review. *Research in Psychology*, 26(2), 662. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2023.662>
- Villalobos-Gallegos, L., Pérez-López, A., Mendoza-Hassey, R., Graue-Moreno, J. & Marín-Navarrete, R. (2015). Psychometric and diagnostic properties of the drug abuse screening test (DAST): comparing the DAST-20 vs. the DAST-10. *Salud Mental*, 38(2), 89-94.
- Vinograd, M. (2021). Dialectical behavior therapy. Handbook of cognitive behavioral therapy: overview and approaches. *American Psychological Association*, 1, 539-565.
- Werdin, S., Hollenstein, E. & Wyss, K. (2025). Promoting the sustainability of suicide prevention projects in Switzerland. *Public Health Reviews*, 46.
<https://doi.org/10.3389/phrs.2025.1607824>
- Winstone, L., Heron, J., John, A., Kirtley, O. J., Moran, P., Muehlenkamp, J., O'Connor, R. C. & Mars, B. (2024). Ecological momentary assessment of self-harm thoughts and behaviors: systematic review of constructs from the integrated motivational-volitional model. *JMIR Mental Health*, 11. <https://doi.org/10.2196/63132>.
- World Health Organization. (2024). *Suicide prevention*. https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1
- World Health Organization. (2025). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Apéndice A

Objetivos del entrenamiento en habilidades

Objetivo general

Aprender cómo cambiar tus propias conductas, emociones, y pensamientos que están ligados a problemas con vivir y están causando miseria y angustia.

Objetivos específicos

Conductas por disminuir:

- ☐ Inconsciencia; vacío; falta de contacto con uno mismo y con los demás; prejuicios.
- ☐ Conflicto interpersonal y estrés; soledad.
- ☐ Falta de flexibilidad; dificultades con el cambio.
- ☐ Emociones extremas y con altibajos; conducta dependiente del estado de ánimo; dificultades para regular las emociones.
- ☐ Conductas impulsivas; actuar sin pensar; dificultades para aceptar la realidad tal como es; obstinación; adicción.

Conductas por incrementar:

- ☐ Habilidades de atención plena.
- ☐ Habilidades de eficacia interpersonal.
- ☐ Habilidades de regulación emocional.
- ☐ Habilidades de tolerancia a la angustia.

Metas personales

Conductas por disminuir:

1.

2.

3.

Conductas por incrementar:

1.

2.

3.

Apéndice B

Opciones para resolver cualquier problema

Cuando la vida te presenta problemas, ¿cuáles son tus opciones?

1. Resuelve el problema

Cambia la situación... o evítala, aléjate o sal de la situación para siempre.

2. Siéntete mejor respecto al problema

Cambia (o regula) tu respuesta emocional al problema.

3. Tolera el problema

Acepta y tolera tanto el problema como tu respuesta al mismo.

4. Mantente miserable

¡O posiblemente empeóralo!

1. Para resolver problemas:

Utiliza habilidades de eficacia interpersonal

Sigue el camino del medio (de las habilidades de eficacia interpersonal)

Utiliza habilidades de resolución de problemas (de las habilidades de regulación emocional)

2. Para sentirse mejor respecto al problema:

Utiliza habilidades de regulación emocional

3. Para tolerar el problema:

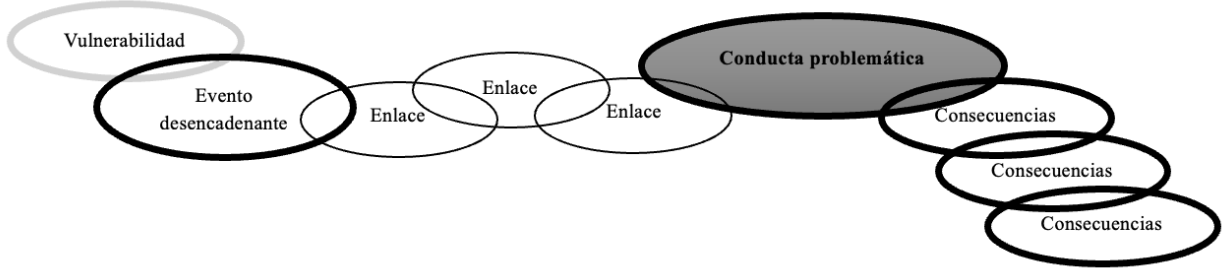
Utiliza habilidades de tolerancia a la angustia y de atención plena

4. Para seguir sintiéndote miserable:

No utilices ninguna habilidad.

Apéndice C

Análisis en cadena


1. ¿Cuál es exactamente el principal comportamiento problemático que estoy analizando?
2. ¿Qué evento desencadenante en el entorno me inició en la cadena de mi conducta problemática? Incluir lo que sucedió justo antes de que el impulso o el pensamiento vinieran a mi mente. Día en que ocurrió el evento desencadenante:
3. Describir qué cosas en mí y en mi entorno me hicieron vulnerable. Día en que comenzaron los eventos que me hicieron vulnerable:

Enlaces en la cadena de eventos: comportamientos (acciones, sensaciones corporales, cogniciones/pensamientos, sentimientos) y eventos (en el entorno)

Posibles tipos de enlaces:

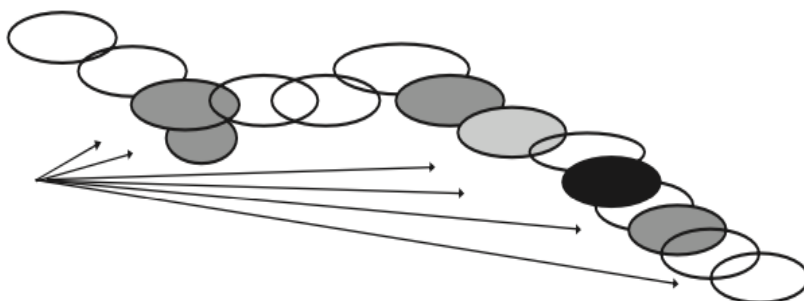
A. Acciones

B. Sensaciones corporales

C. Cogniciones/pensamientos

E. Eventos

F. Sentimientos



4. Enumera la *cadena de eventos*

(comportamientos específicos y eventos ambientales que realmente sucedieron). Utiliza la lista ABC-EF anterior.

1ro. _____

2do. _____

3ro. _____

4to. _____

5to. _____

6to. _____

7mo. _____

5. Enumera conductas nuevas y más *hábiles* para reemplazar conductas ineficaces. Utiliza la lista ABC-EF.

1ro. _____

2do. _____

3ro. _____

4to. _____

5to. _____

6to. _____

7mo. _____

8vo.	8vo.
9no.	9no.
10mo.	10mo.
11ro.	11ro.
12do.	12do.
13ro.	13ro.
14to.	14to.
15to.	15to.
16to.	16to.
17mo.	17mo.

6. ¿Cuáles fueron exactamente las **consecuencias** en el medio ambiente?

¿Y en mí mismo?

¿Qué **daño** causó mi comportamiento problemático?

7. **Planes de prevención:**

Formas de reducir mi **vulnerabilidad** en el futuro:

Formas de evitar que el **evento desencadenante** vuelva a ocurrir:

8. Planes para **reparar**, corregir y sobrecorregir el daño:

Apéndice D

Análisis en cadena, paso a paso

1. Describe el comportamiento problemático específico (comer o beber en exceso, gritarles a sus hijos, tirar una silla, tener un arrebató emocional abrumador, disociarse, no asistir o llegar tarde a la capacitación de habilidades, posponer o negarse a realizar la práctica de habilidades, etc.).

A. Sé muy específico y detallado. No uses términos vagos.

B. Identifica exactamente lo que hiciste, dijiste, pensaste o sentiste (si los sentimientos son el comportamiento problemático objetivo). Identifica lo que no hiciste.

C. Describe la intensidad del comportamiento y otras características del comportamiento que sean importantes.

D. Describe el comportamiento problemático con suficiente detalle que un actor en una obra de teatro o película pudiera recrear el comportamiento exactamente.

E. Si el comportamiento es algo que tú no hiciste, pregúntate si (a) no sabías que debías hacerlo (no quedó en la memoria a corto plazo); (b) lo olvidaste y luego nunca se te ocurrió hacerlo (no quedó en la memoria a largo plazo); (c) lo postergaste cuando sí pensaste en ello; (d) te negaste a hacerlo cuando pensaste en ello; o (e) fuiste deliberado y rechazaste hacerlo, o alguna otra conducta, pensamiento o emoción interfirió con tu realización. Si se da el caso (a) o (b), salta al paso 6 a continuación (trabajar en las soluciones). De lo contrario, continúa desde aquí.

2. Describe el evento desencadenante específico que inició toda la cadena de conducta. Comienza con el evento ambiental que inició la cadena. Comienza siempre con algún evento en tu entorno, incluso si no te parece que el evento ambiental “causó” la conducta problemática. De lo contrario, podríamos preguntar sobre cualquier conducta, pensamiento, sentimiento o experiencia: “¿Qué lo provocó?”. Las posibles preguntas para ayudarte a llegar a esto son:

- A. ¿Qué evento exacto precipitó el inicio de la reacción en cadena?
- B. ¿Cuándo comenzó la secuencia de eventos que llevaron a la conducta problemática? ¿Cuándo comenzó el problema?
- C. ¿Qué estaba sucediendo justo antes de que ocurriera el pensamiento o impulso para la conducta problemática?
- D. ¿Qué estabas haciendo/pensando/sintiendo/imaginando en ese momento?
- E. ¿Por qué la conducta problemática sucedió ese día en lugar del día anterior?

3. Describe los factores de vulnerabilidad específicos que sucedieron antes del evento desencadenante. ¿Qué factores o eventos te hicieron más vulnerable a reaccionar al evento desencadenante con una cadena problemática? Las áreas por examinar son:

- A. Enfermedad física; alimentación o sueño desequilibrados; lesiones.
- B. Uso de drogas o alcohol; uso indebido de medicamentos recetados.
- C. Eventos estresantes en el entorno (ya sean positivos o negativos).
- D. Emociones intensas, como tristeza, ira, miedo, soledad.
- E. Comportamientos previos propios que te resultaron estresantes y que vienen a tu mente.

4. Describe con todo lujo de detalles la cadena de acontecimientos que llevaron al comportamiento problemático. Imagina que tu comportamiento problemático está encadenado al acontecimiento desencadenante en el entorno. ¿Qué longitud tiene la cadena? ¿Adónde va? ¿Cuáles son los eslabones? Escribe todos los eslabones de la cadena de acontecimientos, sin importar lo pequeños que sean. Sé muy específico, como si estuvieras escribiendo un guion para una obra de teatro. Los eslabones de la cadena pueden ser:

- A. Acciones o cosas que haces.
- B. Sensaciones o sentimientos corporales.
- C. Cogniciones (es decir, creencias, expectativas o pensamientos).

D. Acontecimientos en el entorno o cosas que hacen los demás.

E. Sentimientos y emociones que experimentas.

¿Qué pensamiento (o creencia), sentimiento o acción exactos siguieron al acontecimiento

desencadenante? ¿Qué pensamiento, sentimiento o acción siguió a eso? ¿Qué siguió? ¿Qué siguió? Y así sucesivamente.

- Observa cada eslabón de la cadena después de escribirlo. ¿Hubo otro pensamiento, sentimiento o acción que podría haber ocurrido? ¿Podría otra persona haber pensado, sentido o actuado de manera diferente en ese momento? Si es así, explica cómo surgió ese pensamiento, sentimiento o acción en particular.
- Para cada eslabón de la cadena, pregunta si hay un eslabón más pequeño que puedas describir.

5. Describe las consecuencias de esta conducta. Sé específico. (¿Cómo reaccionaron otras personas inmediatamente y después? ¿Cómo te sentiste inmediatamente después de la conducta? ¿Y después? ¿Qué efecto tuvo la conducta en ti y en tu entorno?)

6. Describe en detalle en cada punto en el que podrías haber utilizado una conducta hábil para evitar la conducta problemática. ¿Qué vínculos clave fueron los más importantes para conducir a la conducta problemática? (En otras palabras, si hubieras eliminado estas conductas, la conducta problemática probablemente no se hubiera producido).

A. Vuelve a la cadena de conductas que siguió al evento desencadenante. Encierra en un círculo cada vínculo en el que, si hubieras hecho algo diferente, hubieras evitado la conducta problemática.

B. ¿Qué podrías haber hecho de manera diferente en cada vínculo de la cadena de eventos para evitar la conducta problemática? ¿Qué conductas de afrontamiento o conductas hábiles podrías haber utilizado?

7. Describe en detalle una estrategia de prevención sobre cómo podrías haber evitado que la cadena se pusiera en marcha reduciendo tu vulnerabilidad a la misma.

8. Describe lo que vas a hacer para reparar las consecuencias importantes o significativas del comportamiento problemático.

A. Analiza: ¿Qué daño hiciste realmente? ¿Cuál fue la consecuencia negativa que puedes reparar?

B. Observa el daño o la angustia que realmente causaste a los demás y el daño o la angustia que te causaste a ti mismo. Repara lo que dañaste. (No lleves flores para reparar una ventana que rompiste: ¡arregla la ventana! Repara una traición a la confianza siendo muy confiable el tiempo suficiente para que se ajuste a la traición, en lugar de tratar de arreglarla con cartas de amor y disculpas constantes. Repara el fracaso teniendo éxito, no reprendiéndote a ti mismo).

Apéndice E

Habilidades de atención plena

Mindfulness (atención/conciencia plena) es el acto de concentrar conscientemente la mente en el momento presente, sin juicio y sin apego al momento. Una persona que está atenta es consciente en y del momento presente. Mindfulness es lo opuesto a estar en “piloto automático” o estar perdido en el devenir diario. Tiene que ver con cuán consciente es una persona en su vida cotidiana. Es una forma de vivir despierto, con los ojos bien abiertos. Como un conjunto de habilidades, la práctica de mindfulness es el proceso intencional de observar, describir y participar en la realidad sin juzgar, en el momento y con efectividad (es decir, utilizando medios hábiles). Podemos contrastar mindfulness con aferrarnos rígidamente al momento presente, como si pudiéramos evitar que un momento presente cambie si nos sujetamos a él lo suficiente. Cuando estamos atentos, estamos abiertos a la fluidez de cada momento a medida que este surge y desaparece.

Apéndice F

Objetivos de practicar la atención plena

Reducir el sufrimiento y aumentar la felicidad

☐ Reducir el dolor, la tensión y el estrés.

☐ Otro: _____

Aumentar el control sobre tu mente

☐ Dejar de permitirle a tu mente que te controle.

☐ Otro: _____

Experimentar la realidad tal como es

☐ Vive la vida con los ojos bien abiertos.

☐ Experimenta la realidad de tu...

- conexión con el universo.

- “bondad” esencial.

- validez esencial.

☐ Otro: _____

Apéndice G

Definiciones de la atención plena

¿Qué es mindfulness?

- Vivir intencionalmente con conciencia en el momento presente.
(Dejar de lado conductas automáticas o realizadas de memoria para participar y estar presente en nuestras propias vidas).
- Sin juzgar ni rechazar el momento.
(Notar las consecuencias, distinguir lo nocivo, pero dejar de evaluar, evitar, suprimir o bloquear el momento presente).
- Sin apego al momento.
(Prestar atención a la experiencia de cada nuevo momento en lugar de ignorar el presente, aferrarse al pasado o buscar el futuro).

¿Qué son las habilidades de mindfulness?

- Son las conductas específicas a practicar que, cuando se juntan, conforman *mindfulness*.

¿Qué es la práctica de mindfulness?

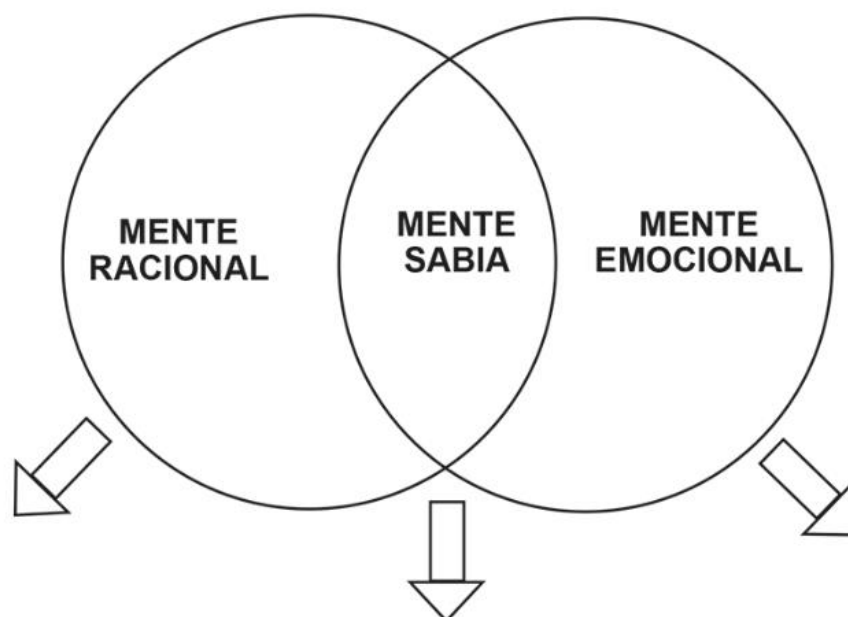
- **Mindfulness y sus habilidades** se pueden practicar en cualquier momento, en cualquier lugar, mientras se hace cualquier cosa. Prestar atención al momento intencionalmente, sin juzgarlo ni aferrarse a él, es todo lo que se necesita.
- **La meditación** es practicar tanto *mindfulness* como sus habilidades mientras uno está sentado, de pie o recostado en silencio durante un período de tiempo predeterminado. Al meditar, enfocamos la mente (por ejemplo, nos enfocamos en las sensaciones corporales, las emociones, los pensamientos o nuestra respiración), o abrimos la mente (prestando atención a todo lo que

entra en nuestra conciencia). Hay diferentes formas de meditar, con la mente abierta o focalizando la atención en algo en particular.

- **La oración contemplativa** (como la oración centrada cristiana, el rosario, el shema judío, la práctica sufi islámica o el raja yoga hindú) es una práctica espiritual de mindfulness.
- **El movimiento de mindfulness** también tiene muchas formas. Los ejemplos incluyen yoga, artes marciales (como Qigong, tai chi, akido y karate) y baile espiritual. Caminar, montar a caballo y escalar también pueden ser formas de practicar mindfulness.

Apéndice H

Mente sabia: los estados de la mente



La mente racional es:

Fría

Razonable

Orientada a las metas

Cuando estás en mente racional, estás gobernado/a por hechos, razón, lógica y pragmática. Los valores y los sentimientos no son importantes.

La mente sabia es:

La sabiduría dentro de cada persona

Ver el valor tanto de la razón como de la emoción.

Juntar el cerebro izquierdo y el derecho.

El sendero del medio.

La mente emocional es:

Caliente

Dependiente del humor

Orientada a las emociones

Cuando estás en mente emocional, estás gobernado/a por tu estado de ánimo, sentimientos e impulsos de hacer o decir cosas. Los hechos, la razón y la lógica no son importantes.

Apéndice I

Ideas para la práctica de la mente sabia

Las habilidades de mindfulness a menudo requieren mucha práctica. Al igual que con cualquier habilidad nueva, es importante practicarla primero cuando no se necesita. Si practicas en situaciones fáciles, la habilidad se volverá automática y la tendrás cuando la necesites. Practica con los ojos cerrados y con los ojos abiertos.

1. ☐ **Piedra en el lago.** Imagina que estás junto a un lago azul y transparente en un hermoso día soleado. Entonces imagina que eres una pequeña piedra, plana y ligera. Imagina que has sido arrojada al lago y ahora estás flotando suave y lentamente a través del agua azul, clara y apacible hacia el fondo liso y arenoso del lago.
 - Nota lo que ves, lo que sientes al flotar hacia abajo, tal vez en círculos lentos. A medida que te acercas al fondo del lago, establece tu atención allí, dentro de ti.
 - Nota la serenidad del lago; toma conciencia de la calma y la tranquilidad en lo profundo.
 - A medida que te acercas al centro de tu ser, enfoca tu atención allí.
2. ☐ **Descender por la escalera en espiral.** Imagina que dentro de ti hay una escalera de caracol que baja hacia tu centro. Comenzando en la cima, desciende muy lentamente por la escalera, yendo más y más profundo dentro de ti.
 - Nota las sensaciones. Descansa sentado/a en un escalón, o si quieres enciende las luces mientras descienes. No te fuerces en bajar más de lo que desees. Presta atención al silencio. Cuando llegues al centro de tu ser, enfoca tu atención allí, tal vez en tu vientre o abdomen.
3. ☐ **Inhalar “mente”, exhalar “sabia”.** Cuando inhalas piensa en la palabra “mente”; cuando exhalas en la palabra “sabia”.
 - Enfoca toda tu atención en la palabra “mente”, luego, enfócala nuevamente en la palabra “sabia”.
 - Continúa hasta que sientas que has llegado a tu mente sabia.

4. ☐ **Preguntar a la mente sabia.** Mientras inhalas, silenciosamente hazle una pregunta a tu mente sabia.
 - Mientras exhalas, escucha la respuesta.
 - Escucha, pero no te des una respuesta. No respondas; escúchala.
 - Continúa preguntando en cada inhalación por algún tiempo. Si no recibes una respuesta, vuelve a intentarlo en otro momento.
5. ☐ **Pregúntate ¿esto es mente sabia?** Mientras inhalas, pregúntate “¿es esta (acción, pensamiento, plan, etc.) mente sabia?”.
 - Al exhalar, escucha la respuesta.
 - Escucha, pero no te des la respuesta. No digas la respuesta; escúchala.
 - Continúa preguntando en cada inhalación por algún tiempo. Si no recibes una respuesta, vuelve a intentarlo en otro momento.
6. ☐ **Atender a la respiración y dejar que tu atención se asiente en tu centro.**
 - Inhalando profundamente, nota y sigue las sensaciones de tu respiración mientras entra.
 - Deja que tu atención se asiente en tu centro, en la parte inferior de tu respiración, en tu plexo solar o diafragma.
 - Deja que tu atención se asiente en el centro de tu frente, en la parte superior de tu respiración.
 - Manteniendo tu atención en tu centro, exhala, respirando normalmente, manteniendo la atención.
 - Establécete en tu mente sabia.
7. ☐ **Expandir la conciencia.** Inhalando, focaliza la atención en tu centro.
 - Al exhalar, mantente concentrado en tu centro, pero amplía la conciencia al espacio en el que te encuentras ahora.
 - Continúa en el momento.
8. ☐ **Caer en las pausas entre la inhalación y la exhalación.**

- Inhalando, nota la pausa después de inhalar (parte superior de la respiración).
- Exhalando, nota la pausa después de exhalar (parte inferior de la respiración).
- Déjate “caer” en el espacio central dentro de la pausa.

9. ☐ **Otras ideas para practicar mente sabia:**

Apéndice J

Reducir la vulnerabilidad ante la mente emocional

Construir una vida que valga la pena vivir

A

A acumula experiencias positivas

Corto plazo: haz cosas agradables que sean posibles ahora.

Largo plazo: haz cambios en tu vida para que los eventos positivos sucedan con más frecuencia en el futuro. Construye una “vida que valga la pena vivir”.

C

Construye competencia

Haz cosas que te hagan sentir competente y efectivo/a para combatir la impotencia y la desesperanza.

A

Anticipate a situaciones emocionales

Ensayar un plan con anticipación para estar preparado/a para hacer frente hábilmente a situaciones emocionales.

CUIDA

Cuida tu mente cuidando tu cuerpo

Trata las enfermedades físicas, equilibra la alimentación, evita sustancias que alteran el estado de ánimo, equilibra el sueño y haz ejercicio.

Apéndice K

Cuida tu mente cuidando tu cuerpo

C	1. <u>C</u>uerpo	Cuida tu cuerpo. Consulta a un médico cuando sea necesario. Toma los medicamentos que te hayan recetado.
U	2. No <u>u</u>tilices drogas	Evita las drogas ilícitas y consume alcohol con moderación (en todo caso).
I	3. <u>I</u>nicia ejercitándote	Realiza algún tipo de ejercicio físico todos los días, intenta hacer 20 minutos de ejercicio diario.
D	4. <u>D</u>uerme de manera equilibrada	Intenta dormir entre 7 y 9 horas por noche, o al menos la cantidad de horas que te ayuden a sentirte bien. Mantén un horario de sueño constante, especialmente si tienes dificultades para dormir.
A	5. <u>A</u>limentación	No comas ni mucho ni muy poco. Come con regularidad y de forma consciente a lo largo del día. Evita los alimentos que te hagan sentir demasiado emocional.

Apéndice L

Habilidades de efectividad interpersonal

Las habilidades de efectividad interpersonal te ayudan a construir nuevas relaciones, fortalecer las actuales y enfrentar situaciones de conflicto. Te ayudan a pedir efectivamente lo que deseas y rechazar lo que no. En DBT se proporcionan tres grupos principales para habilidades de efectividad interpersonal. El primer conjunto se focaliza en la obtención de objetivos hábilmente, es decir, cómo obtener lo que deseas de los demás, al mismo tiempo que mantienes las buenas relaciones y tu autorrespeto. El segundo conjunto, construir relaciones y terminando con las destructivas, se centra en cómo conocer amigos, agradecerles y sostener los vínculos, así como en cómo terminar con las relaciones dañinas. El tercer conjunto cubre las habilidades de caminando por el sendero del medio, que en este módulo tienen que ver con equilibrar la aceptación y el cambio en las relaciones.

Apéndice M

Objetivos de la efectividad interpersonal

Sé habilidoso para obtener lo que quieres y necesitas de los otros

- ☐ Haz que otros hagan las cosas que te gustaría que hicieran
- ☐ Haz que otros tomen tus opiniones en serio
- ☐ Rechazar los pedidos y demandas de los otros que no queremos hacer o dar de manera efectiva
- ☐ Otro: _____

Construir relaciones y terminar con aquellas que sean destructivas

- ☐ Fortalece las relaciones actuales
 - ☐ No dejes que las heridas y los problemas se acumulen
 - ☐ Usa las habilidades interpersonales para evitar problemas
 - ☐ Repara las relaciones cuando sea necesario
 - ☐ Resuelve los conflictos antes de que se vuelvan abrumadores
- ☐ Encuentra y construye nuevas relaciones
- ☐ Acaba con las relaciones irreparables
- ☐ Otro: _____

Caminando por el sendero del medio

- ☐ Crear y mantener el equilibrio en las relaciones
- ☐ Equilibrar la aceptación y el cambio en las relaciones
- ☐ Otro: _____

Apéndice N

Factores que se interponen en el camino de la efectividad interpersonal

☐ **No tienes las habilidades interpersonales que necesitas**

No sabes lo que quieres

- ☐ Tienes las habilidades, pero no puedes decidir lo que realmente quieres de la otra persona.
- ☐ No puedes descubrir cómo equilibrar tus necesidades frente a las necesidades de la otra persona:
 - ☐ Pedir demasiado versus no pedir nada.
 - ☐ Decir no a todo versus ceder ante todo.

Tus emociones se interponen

- ☐ Tienes las habilidades, pero las emociones (ira, orgullo, desprecio, miedo, vergüenza, culpa) controlan lo que haces.

Te olvidas tus objetivos a largo plazo a causa de tus objetivos a corto plazo

- ☐ Pones tus impulsos y deseos inmediatos por delante de tus metas a largo plazo. El futuro se desvanece de tu mente.
-

Otras personas se interponen

- ☐ Tienes las habilidades, pero otras personas se interponen en el camino.
- ☐ Otras personas son más poderosas que tú.
- ☐ Otras personas pueden sentirse amenazadas o puedes no agradarles si obtienes lo que quieres.
- ☐ Otras personas pueden no hacer lo que tú quieres a menos que sacrifiques tu autoestima, al menos un poco.

Tus pensamientos y creencias se interponen

- ☐ Las preocupaciones por las consecuencias negativas si pides lo que quieres o dices que no a la solicitud de alguien, se interponen para actuar de manera efectiva.
- ☐ Las creencias de que no mereces lo que quieres te frenan.
- ☐ Las creencias de que otros no merecen lo que quieren te hacen inefectivo.

Apéndice O

Mitos que se interponen en el camino de la efectividad interpersonal

Mitos sobre los objetivos

- ☐ 1. No merezco obtener lo que quiero o necesito.
- ☐ 2. Si hago una petición, esto demostrará que soy una persona muy débil.
- ☐ 3. Tengo que saber si una persona va a decir que sí antes de hacer una solicitud.
- ☐ 4. Si pido algo o digo que no, no podría soportarlo si se enojaran conmigo.
- ☐ 5. Si me dicen que no, me destruirá.
- ☐ 6. Pedir cosas es muy agresivo (malo, egocéntrico, egoísta, etc.).
- ☐ 7. Decir que no a una solicitud es siempre egoísta.
- ☐ 8. Debería estar dispuesto/a a sacrificar mis propias necesidades por los demás.
- ☐ 9. Si no puedo arreglar algo por mí mismo/a es porque soy inadecuado/a.
- ☐ 10. Obviamente, el problema está en mi cabeza. Si solo pensara diferente, no tendría que molestar a los demás.
- ☐ 11. Si no tengo lo que quiero o necesito, no hace ninguna diferencia; realmente no me importa.
- ☐ 12. Ser habilidoso/a es un signo de debilidad.

Otro mito: _____

Otro mito: _____

Mitos sobre las relaciones y el autorrespeto

- ☐ 13. No debería tener que pedir (decir no); deberían saber lo que quiero (y hacerlo).
- ☐ 14. Deberían haber sabido que su conducta heriría mis sentimientos; no debería tener que decírselo.
- ☐ 15. No debería tener que negociar o trabajar para obtener lo que quiero.
- ☐ 16. Otras personas deberían estar dispuestas a hacer más por mí.
- ☐ 17. Otras personas deberían agradecerme, aprobarme y apoyarme.
- ☐ 18. Otros no merecen que yo sea hábil o los trate bien.
- ☐ 19. Conseguir lo que quiero cuando quiero es lo más importante.
- ☐ 20. No debo ser justo/a, amable, cortés o respetuoso/a si los demás no lo son conmigo.
- ☐ 21. La venganza se sentirá muy bien; valdrán la pena las consecuencias negativas.
- ☐ 22. Solo los/las debiluchos/as tienen valores.
- ☐ 23. Todo el mundo miente.
- ☐ 24. Obtener lo que quiero es más importante que cómo lo obtengo; el fin realmente justifica los medios.

Otro mito: _____

Otro mito: _____

Apéndice P

Efectividad en el autorrespeto: mantener o mejorar el autorrespeto

Respetar tus propios valores y creencias.

Actuar de manera que te sientas moralmente satisfecho.

Actuar de una manera que te haga sentir capaz y efectivo/a.

Preguntas

1. ¿Cómo quiero sentirme conmigo mismo/a al finalizar la interacción (ya sea que obtenga o no los resultados o cambios que deseo)?

2. ¿Qué tengo que hacer para sentirme así conmigo mismo/a?

¿Qué funcionará?

Apéndice Q

Atención plena hacia los otros

- ☐ **Las relaciones son más duraderas cuando somos conscientes de los otros.**

Observa

- ☐ Presta atención con interés y curiosidad a quienes te rodean.
- ☐ Deja de hacer varias cosas a la vez; concéntrate en las personas que te rodean.
- ☐ Mantente en el presente en lugar de planificar qué decir a continuación.
- ☐ Deja de centrarte en ti mismo y concéntrate en quienes te rodean.
- ☐ Sé abierto a nueva información sobre los demás.
- ☐ Observa los pensamientos críticos sobre los demás y déjalos ir.
- ☐ Deja de aferrarte a tener siempre la razón.

Describe

- ☐ Reemplaza las palabras críticas por palabras descriptivas.
- ☐ Evita suponer o interpretar lo que otras personas piensan sobre ti sin verificar los hechos.
(Recuerda, nadie ha observado nunca los pensamientos, motivos, intenciones, sentimientos, emociones, deseos o experiencias de otra persona.)
- ☐ Evita cuestionar los motivos de otras personas (a menos que tenga muy buenas razones para hacerlo).
- ☐ Da a los demás el beneficio de la duda.

Participa

- ☐ Lánzate a interactuar con los demás.
- ☐ Déjate llevar por la corriente, en lugar de intentar controlarla.
- ☐ Hazte uno con las actividades y conversaciones grupales.

Apéndice R

Identificando la atención plena hacia los demás

Para cada par A y B, marca la respuesta más eficaz.	
A. Realiza varias tareas a la vez y espera que la otra persona comprenda. B. Presta toda tu atención a la persona con la que estás.	A. Ten apertura a que las personas cambien de opinión, así como de creencias o sentimientos. B. Asume que cuando las personas cambian, no son confiables.
A. Piensa que si ya conoces a alguien, ya no tienes por qué prestarle tanta atención. B. Reconoce que la cercanía se construye prestando atención y aprendiendo cada vez más sobre las personas que te importan.	A. Evalúa las conductas y los pensamientos de los demás y diles que están equivocados o que deberían ser diferentes cuando estés seguro de que tienes razón. B. Si no apruebas o no estás de acuerdo con lo que otra persona hace o piensa, intenta comprender cómo tendría sentido si conocieras las causas.
A. “Lo que hiciste me dolió mucho y pensé que me odiabas. Sé que en realidad no es así, pero ¿te sentías así en ese momento?” B. “Sé que me odias. No hay otra razón para lo que me hiciste. No me digas lo contrario tampoco”.	A. “Deberías dejar de hacer eso”. B. “Me gustaría que dejaras de hacerlo”. A. “Eres un holgazán y te has dado por vencido”. B. “Me preocupa que te hayas dado por vencido”. A. “No creo que eso sea correcto” B. “¿Cómo puedes pensar eso?”
A. En situaciones sociales, participa en las interacciones. B. Mantente reservado y observa las interacciones sociales para no cometer errores.	A. Mantén el control para que las relaciones resulten como deseas. B. Déjate llevar la corriente la mayor parte del tiempo cuando interactúes socialmente con grupos de amigos.
A. Busca personas con tus mismos valores. B. Haz pequeñas cosas inmorales para no ser un lastre para tus amistades.	A. No entables una conversación hasta que estés seguro de que te agrada la persona. B. Lánzate a una conversación hasta que estés seguro de que no te agrada.

Apéndice S

Terminando relaciones

Una relación destructiva tiene la cualidad de destruir o arruinar por completo la calidad de la relación o aspectos de ti mismo, como tu cuerpo físico y tu seguridad, tu autoestima o sentido de integridad, tu felicidad o paz mental, o tu cuidado de la otra persona.

Una relación que interfiere es aquella que bloquea o dificulta la consecución de objetivos que son importantes para ti; tu capacidad de disfrutar la vida y hacer cosas que te gustan; tus relaciones con otras personas; o el bienestar de otras personas que amas.

Decide terminar relaciones en mente sabia. Nunca en mente emocional.

Si la relación es importante, no es destructiva y hay razones para pensar que pueda mejorar, intenta resolución de problemas para repararla.

Anticípate para resolver problemas y poner fin a una relación de antemano.

Sé directo/a: utiliza habilidades de efectividad interpersonal.

¡Practica la seguridad primero!

Antes de abandonar una relación altamente abusiva o que ponga en peligro tu vida, llama a la línea directa local de violencia doméstica para obtener ayuda, defender tu seguridad y ser derivado a un profesional calificado.

Apéndice T

Identificar cómo terminar relaciones

Para cada par A y B, marca la respuesta más eficaz.	
A. Si una relación está amenazando tu integridad o bienestar físico, probablemente sea tu culpa, y deberías ver a un terapeuta. B. Una relación que amenaza tu integridad o bienestar físico es destructiva, y deberías considerar abandonarla.	A. Si terminar una relación destructiva será difícil, es más efectivo permanecer juntos. B. Si terminar una relación destructiva será difícil, es más efectivo anticiparte.
A. Las relaciones deben ser fáciles. Si es difícil tener una relación con alguien, es probable que no valga la pena, y debes terminarla. B. La mayoría de las relaciones necesitan la resolución de problemas para funcionar.	A. En una relación abusiva, si la persona te golpea, debes usar tus habilidades interpersonales para decirle a la persona que estás dejando la relación. B. En una relación abusiva, debes buscar asistencia profesional para abandonar la relación.
En medio de una discusión, estás tan enojado/a con la otra persona que ya no quieres tener nada más que ver con él/ella: A. ¡Deberías terminar la relación en ese momento! Puede que te olvides de lo irritante que es la persona si esperas. B. Debes salir de mente emocional y entrar en mente sabia para evaluar si permanecer en la relación o abandonarla.	A. Si te sientes invalidado/a constantemente en una relación, probablemente sea tu culpa. B. Si eses constantemente invalidado/a, la relación probablemente sea destructiva.

Apéndice U

Dialéctica

La dialéctica nos recuerda que:

1. El universo está lleno de lados opuestos/fuerzas opuestas.

Siempre hay más de una manera de ver una situación y más de una manera de resolver un problema.

Dos cosas que parecen opuestas pueden ser ambas ciertas.

2. Todo y cada persona está conectado de alguna manera.

Las olas y el océano son uno.

El más mínimo movimiento de la mariposa afecta a la estrella más lejana.

3. El cambio es la única constante.

El significado y la verdad evolucionan con el tiempo.

Cada momento es nuevo; la realidad misma cambia con cada momento.

4. El cambio es transaccional.

Lo que hacemos influye en nuestro entorno y en las personas que lo habitan.

El entorno y las personas nos influyen.

}

Apéndice V

Cómo pensar y actuar dialécticamente

1. Siempre hay más de una cara en todo lo que existe. Explora ambas caras.

Pregúntale a Wise Mind: ¿Qué me estoy perdiendo? ¿Dónde está la verdad en el otro lado?

Deja de lado los extremos: cambia "uno u otro" por "ambos y", "siempre" o "nunca" por "a veces".

Equilibra los opuestos: valida ambos lados cuando no estás de acuerdo, acepta la realidad y trabaja para cambiar.

Utiliza metáforas y narraciones para despejar y liberar la mente.

Otras maneras de ver todos los aspectos de una situación:

2. Sé consciente de que estás conectado.

Trata a los demás como quieres que te traten.

Busca similitudes entre las personas en lugar de diferencias.

Observa las conexiones físicas entre todas las cosas.

Otras maneras de estar atento a las conexiones:

3. Acepta el cambio.

Sumérgete en el cambio: Permítelo. Abrázalo.

Practica la aceptación radical del cambio cuando las reglas, las circunstancias, las personas y las relaciones cambien de formas que no le gusten.

Practica acostumbrarte al cambio: Haz pequeños cambios para practicarlo (por ejemplo, cambia a propósito dónde te sientas, con quién hablas, qué ruta tomas al ir a un lugar conocido).

Otras maneras de aceptar el cambio:

4. El cambio es transaccional: Recuerda que tú influyes en tu entorno y tu entorno te influye a ti.

Presta atención a tu efecto sobre los demás y cómo te afectan a ti.

Practica liberarte de la culpa observando cómo tu propio comportamiento y el de los demás son consecuencia de muchas interacciones a lo largo del tiempo.

Recuerda que todas las cosas, incluidas todas las conductas, tienen una causa.

Otras maneras de ver transacciones:

Apéndice W

Ejemplos de lados opuestos donde ambos pueden ser ciertos

Puedes querer cambiar y dar lo mejor de ti, y aun así necesitar mejorar, esforzarte más y estar más motivado para cambiar.

2. Eres fuerte y eres amable.

3. Puedes ser independiente y también querer ayuda. (Puedes permitir que alguien más sea independiente y también brindarle ayuda).

4. Puedes querer estar solo y también querer conectar con los demás.

5. Puedes compartir algunas cosas con los demás y también mantener otras en privado.

6. Puedes estar solo y aun así conectar con los demás.

7. Puedes estar con otros y sentirte solo.

8. Puedes no encajar en un grupo y encajar perfectamente en otro. (Un tulipán en un jardín de rosas también puede ser un tulipán en un jardín de tulipanes).

9. Puedes aceptarte tal como eres y aun así querer cambiar. (Puedes aceptar a los demás como son y aun así querer que cambien).

10. A veces necesitas controlar y tolerar tus emociones.

11. Puedes tener una razón válida para creer lo que crees, Y aun así, puedes estar equivocado.

12. Alguien puede tener razones válidas para querer algo de ti, Y tú puedes tener razones válidas para decir que no.

13. El día puede ser soleado, Y puede llover.

14. Puedes estar enojado con alguien Y también amar y respetar a esa persona.

15. Puedes estar enojado contigo mismo Y también amarte y respetarte.

16. Puedes tener un desacuerdo con alguien Y también ser amigos.

17. Puedes estar en desacuerdo con las reglas Y también seguirlas.

18. Puedes entender por qué alguien se siente o se comporta de cierta manera, Y también estar en desacuerdo con su comportamiento y pedir que lo cambie.

19. Otro: _____

Apéndice X

Opuestos importantes para equilibrar

1. Aceptar la realidad y trabajar para cambiarla.
2. Validarte a ti mismo y a los demás y reconocer los errores.
3. Trabajar y descansar.
4. Hacer cosas que necesitas hacer y hacer cosas que quieres hacer.
5. Trabajar en tu superación personal y aceptarte tal como eres.
6. Resolución de problemas y aceptación de problemas.
7. Regulación emocional y aceptación de emociones.
8. Dominar algo por tu cuenta y pedir ayuda.
9. Independencia y dependencia.
10. Apertura y privacidad.
11. Confianza y sospecha.
12. Observar y participar.
13. Recibir de los demás y dar a los demás.
14. Enfocarse en uno mismo y enfocarse en los demás.
15. Otro: _____
16. Otro: _____
17. Otro: _____

Apéndice Y

Identificando la dialéctica

Para cada sección, marca la respuesta más eficaz.	
A. Presta atención a tu efecto en los demás. B. Asume que las reacciones de los demás hacia ti no tienen relación con tu trato hacia ellos.	A. Examina una relación difícil observando cómo las interacciones a lo largo del tiempo entre tú y la otra persona pueden ser problemáticas. B. Asume que las dificultades en una relación son causadas completamente por ti o por la otra persona.
Decir: A. “Sé que estoy en lo correcto en esto.” B. “Puedo ver tu punto de vista, aunque no este de acuerdo con él.” C. “La manera en la que estas pensando no tiene sentido.”	Decir: A. “No hay esperanza. No lo puedo hacer.” B. “Esto esta muy fácil. No tengo ningún problema.” C. “Esto es verdaderamente difícil para mí, y lo seguiré intentando.”
Decir: A. “Todos siempre me tratan de manera injusta.” B. “Creo que el entrenador debería reconsiderar su decisión de sacarme del equipo.” C. “Los entrenadores son los que mejor saben a quien mantener en el equipo y a quien sacar.”	A. Cuando no estas de acuerdo con alguien, asegúrate de ser muy claro acerca de tu punto de vista. B. Cuando no estas de acuerdo con alguien, intenta ver su punto de vista.
A. Juzga a tus amistades como desleales e indiferentes si comienzan a cambiar en maneras que a ti no te agradan. B. Acepta que los intereses cambian.	A. Exige que las relaciones sean estables, sin cambios. B. Acepta el cambio y veolo como inevitable.

Apéndice Z

Habilidades de regulación emocional

El objetivo de la regulación emocional es reducir el sufrimiento emocional. No se trata de eliminar las emociones; estas cumplen funciones importantes en nuestras vidas. Las habilidades de regulación emocional te ayudan a cambiar las emociones que tú (no otras personas) desees cambiar, o a reducir la intensidad de tus emociones. También pueden reducir tu vulnerabilidad a volverte extremadamente o dolorosamente emocional y aumentar tu resiliencia emocional.

Apéndice AA

Objetivos de la regulación emocional

Comprender y nombrar tus propias emociones

- ☐ Identificar (observar y describir) tus emociones.
- ☐ Saber lo que las emociones hacen para ti.
- ☐ Otro: _____

Disminuir la frecuencia de emociones no deseadas

- ☐ Frenar las emociones no deseadas antes de que inicien.
- ☐ Cambiar las emociones no deseadas una vez que hayan aparecido.
- ☐ Otro: _____

Disminuir la vulnerabilidad emocional

- ☐ Disminuir la vulnerabilidad ante la mente emocional.
- ☐ Incrementar resiliencia, tu habilidad para sobrellevar situaciones difíciles y emociones positivas.
- ☐ Otro: _____

Disminuir el sufrimiento emocional

- ☐ Disminuir el sufrimiento cuando emociones dolorosas te superen.
- ☐ Manejar emociones extremas para no empeorar las cosas.
- ☐ Otro: _____

Apéndice AB

Factores que dificultan la regulación emocional

Biología

- ☐ Factores biológicos pueden dificultar aún más la regulación emocional.

Falta de habilidades

- ☐ No saber qué hacer para regular las emociones.

Reforzamiento del comportamiento emocional

- ☐ Tu entorno te refuerza cuando te encuentras en un estado altamente emocional.

Mal estado de humor

- ☐ Tu estado emocional actual controla lo que haces en lugar de tu Mente Sabia.
- ☐ En realidad no quieres esforzarte en regular tus emociones.

Carga emocional

- ☐ Excitación emocional alta causa que llegues a un punto te quiebre en habilidades. No te es posible seguir instrucciones de las habilidades o no te es posible saber qué hacer.

Mitos acerca de las emociones

- ☐ Mitos (creencias equivocadas) acerca de las emociones se entrometen en tus habilidades de regulación emocional.
- ☐ Mitos acerca de que las emociones son malas o débiles te llevan a evadir emociones.
- ☐ Mitos acerca de que las emociones extremas son necesarias o son parte de quién eres te frenan de intentar regular tus emociones.

Apéndice AC

Mitos acerca de las emociones

- ☐ 1. Hay una manera correcta de sentirse para toda situación.

Desafío: _____

- ☐ 2. Dejarle saber a los demás que me estoy sintiendo mal es una debilidad.

Desafío: _____

- ☐ 3. Los sentimientos negativos son malos y destructivos.

Desafío: _____

- ☐ 4. Estar emocional significa estar fuera de control.

Desafío: _____

- ☐ 5. Algunas emociones son estúpidas.

Desafío: _____

- ☐ 6. Todas las emociones dolorosas son el resultado de una mala actitud.

Desafío: _____

- ☐ 7. Si los demás no aprueban mis emociones, obviamente no me debería estar sintiendo de esa manera.

Desafío: _____

- ☐ 8. Otras personas son los mejores jueces acerca de cómo me siento.

Desafío: _____

- ☐ 9. Las emociones dolorosas no son importantes y deberían ser ignoradas.

Desafío: _____

- ☐ 10. Las emociones extremas te llevan más lejos que intentar regular tus emociones.

Desafío: _____

- ☐ 11. La creatividad requiere de emociones intensas, casi siempre fuera de control.

Desafío: _____

- ☐ 12. El drama es genial.

Desafío: _____

- ☐ 13. No es autentico intentar cambiar mis emociones.

Desafío: _____

- ☐ 14. La verdad emocional es la que cuenta, no la verdad fáctica.

Desafío: _____

- ☐ 15. Las personas deberían de hacer lo que sea que quieran hacer.

Desafío: _____

- ☐ 16. Actuar conforme a tus emociones es la marca de un verdadero individuo libre.

Desafío: _____

- ☐ 17. Mis emociones son quien soy.

Desafío: _____

- ☐ 18. Mis emociones son la razón por la cual las personas me aman/quieren.

Desafío: _____

- ☐ 19. Las emociones pueden suceder sin razón alguna.

Desafío: _____

- ☐ 20. Siempre se deber confiar en las emociones.

Desafío: _____

- ☐ 21. Otro mito: _____

Desafío: _____

Apéndice AD

Acción opuesta

Emplea acción opuesta cuando tus emociones no concuerden con los hechos o cuando actuar conforme a tus emociones no está siendo efectivo.

Cada emoción tiene una acción de urgencia.

Cambia la emoción actuando de manera opuesta a la acción de urgencia.

<u>Emoción</u>	<u>Acción de urgencia</u>	<u>Acción opuesta</u>
Miedo	Huir/evadir	Aproximarse/no evadir
Enojo	Atacar	Evitar amablemente
Tristeza	Aislarse	Activarse
Vergüenza	Esconderse/evitar	Compartir el secreto con personas que lo aceptarán

Paso a paso para realizar acción opuesta

- Paso 1.** Identifica y nombra la emoción que quieres cambiar.
 - Paso 2.** Verifica los hechos para ver si tu emoción esta justificada por los hechos. También revisa si la intensidad y duración de la emoción encaja con los hechos.
 - Paso 3.** Identifica y describe tu acción de urgencia.
 - Paso 4.** Utiliza Mente Sabia preguntando si expresarte o actuar conforme a esa emoción es efectivo para la situación.
- Si tu emoción no encaja con los hechos o si actuar conforme a tu emoción no es efectivo:
- Paso 5.** Identifica las acciones opuestas a las acciones de urgencia.
 - Paso 6.** Actúa de manera totalmente opuesta a las acciones de urgencia.
 - Paso 7.** Repite actuar de manera opuesta a las acciones de urgencia hasta que la emoción cambie.

Apéndice AE

Construyendo una vida digna

¿Qué es para ti una vida que vale la pena vivir?

Acumula emociones positivas

Corto plazo: Haz actividades placenteras que te sean posible hacer en el presente/ahora.

Largo plazo: Haz cambios en tu vida para que los eventos positivos sucedan más seguido en el futuro. Construye una vida que valga la pena vivir.

Desarrolla maestría

Haz actividades que te hagan sentir competente y efectivo para combatir la desesperanza y la impotencia.

Afronta las situaciones emocionales con antelación

Ensayá un plan con antelación para estar preparado para afrontar hábilmente situaciones emocionales.

Cuida tu mente cuidando tu cuerpo

Trata las enfermedades fisiológicas, aliméntate balanceadamente, evita sustancias que alteren el estado de ánimo, procura la buena higiene del sueño y haz ejercicio.

Apéndice AF

Lista de valores y prioridades

En mi Mente Sabia, considero importante:

A. Atender relaciones

1. Reparar antiguas relaciones.
2. Buscar generar nuevas relaciones.
3. Trabajar en mis relaciones actuales.
4. Terminar con relaciones destructivas.

Otro: _____

B. Pertenecer a un grupo

5. Tener relaciones cercanas y satisfactorias con los demás.
6. Contar con sentido de pertenencia.
7. Recibir afecto y amor.
8. Involucrarme y tener intimidad con los demás, tener y mantener amistades cercanas.
9. Tener una familia, mantener cercanía y pasar tiempo con la familia.
10. Tener personas con quien pueda hacer actividades.

Otro: _____

C. Tener poder y la habilidad de influenciar a otros

11. Tener la autoridad para aprobar o desaprobar lo que la gente haga, o controlar como se emplean los recursos.
12. Ser un líder.
13. Hacer mucho dinero.
14. Ser respetado/a por otros.
15. Ser visto/a por los demás como exitoso/a, tener fama, obtener reconocimiento y estatus.
16. Competir exitosamente con los demás.

17. Ser popular y aceptado/a.

Otro: _____

D. Lograr cosas en la vida

18. Lograr metas significativas en la vida, involucrarme en cuestiones que considere y crea tienen significancia.

19. Ser productivo/a.

20. Trabajar en torno a metas, trabajar duro.

21. Ser ambicioso/a.

Otro: _____

E. Vivir una vida de placer y satisfacción

22. Pasar un buen rato.

23. Buscar diversión y cosas que brinden placer.

24. Tener tiempo libre.

25. Disfrutar el trabajo que haga.

Otro: _____

F. Mantener una vida llena de eventos, relaciones y cosas emocionantes

26. Probar cosas nuevas y diferentes en la vida.

27. Ser atrevido/a y buscar aventuras.

28. Tener una vida emocionante.

Otro: _____

G. Comportarme respetuosamente

29. Ser humilde y modesto/a, no llamar la atención.

30. Seguir tradiciones y costumbres, comportarme de manera apropiada.

31. Hacer lo que se me diga y seguir las reglas.

32. Tratar bien a los demás.

Otro: _____

H. Ser autodirigido/a

- 33. Seguir mi propio camino en la vida.
- 34. Ser innovador/a, pensar nuevas ideas, y ser creativo/a.
- 35. Tomar mis propias decisiones y ser libre.
- 36. Ser independiente, cuidar de mí y de aquellos de los que soy responsable.
- 37. Tener libertad de pensamiento y acción, ser capaz de actuar en términos de mis propias prioridades.

Otro: _____

I. Ser una persona espiritual

- 38. Hacer espacio en la vida para la espiritualidad, vivir la vida acorde a principios espirituales.
- 39. Practicar una religión o fe.
- 40. Crecer en la comprensión de mí mismo/a, mi llamado personal, y el verdadero propósito de la vida.
- 41. Discernir y hacer la gracia de Dios (o cualquier poder superior) y encontrar el significado de la vida.

Otro: _____

J. Tener seguridad

- 42. Vivir en alrededores seguros y salvos.
- 43. Estar físicamente sano/a y en forma.
- 44. Tener un ingreso estable que cubra mis necesidades básicas y las de mi familia.

Otro: _____

K. Reconocer la bondad universal de todas las cosas

- 45. Ser justo/a, tratar a los demás con igualdad, y proveer oportunidades iguales.
- 46. Entender a personas diferentes, tener la mente abierta.
- 47. Cuidar de la naturaleza y el medio ambiente.

Otro: _____

L. Contribuir a la comunidad

- 48. Ayudar a la gente y a aquellos que lo necesiten, cuidar del bienestar de los demás, mejorar la sociedad.
- 49. Tener lealtad a amistades y entrega a la gente cercana, estar comprometido/a con un grupo que comparta mis creencias, valores, y principios éticos.
- 50. Estar comprometido/a a una causa o grupo que tenga un propósito más allá del mío.
- 51. Hacer sacrificios por los demás.

Otro: _____

M. Trabajar en el desarrollo personal

- 52. Desarrollar una filosofía personal de vida.
- 53. Aprender y hacer cosas que me reten y me ayuden a crecer y madurar como ser humano.

Otro: _____

N. Tener integridad

- 54. Ser honesto/a, y reconocer y defender mis creencias personales.
- 55. Ser responsable, mantener mi palabra.
- 56. Ser valiente al enfrentar y vivir la vida.
- 57. Ser una persona que pague sus deudas y repare el daño causado.
- 58. Aceptarme, aceptar a los demás, y aceptar la vida como es, vivir sin resentimiento.

Otro: _____

O. Otro:

Apéndice AG

Desarrollar dominio y afrontamiento

Desarrolla dominio

1. Planea hacer al menos una cosa cada día para construir un sentido logro.
Ejemplo: _____
2. Planea para tener éxito, no para fallar.
Haz algo difícil, pero posible.
3. Gradualmente incrementa la dificultad con el tiempo.
Si la primera tarea es muy difícil, haz algo un poco más fácil la siguiente ocasión.
4. Busca un desafío.
Si la tarea es muy fácil, intenta algo un poco más difícil la próxima vez.

Afronta situaciones difíciles con anticipación

1. Describe la situación que probablemente desencadene la conducta problemática.
 - Revisa los hechos. Sé específico/a al describir la situación.
 - Nombra las emociones y acciones que podrían interferir con el que utilices tus habilidades.
2. Decide qué habilidades de afrontamiento o resolución de problemas quieres utilizar en la situación.
 - Sé específico/a. Escribe a detalle de qué manera afrontarás la situación, tus emociones y tus urgencias de acción.
3. Imagina la situación en tu mente de la manera más vívida posible.
 - Imagínate en la situación ahora, no observando la situación.
4. Ensaya en tu mente el afrontamiento efectivo.
 - Ensaya en tu mente exactamente qué puedes hacer para afrontar la situación de manera efectiva.
 - Ensaya tus acciones, tus pensamientos, lo que dices, y como lo dices.
 - Ensaya el afrontamiento efectivo con nuevos problemas que surgen.
 - Ensaya el afrontamiento efectivo con la catástrofe que más temes.
5. Practica la relajación después de ensayar.

Apéndice AH

Objetivos de la tolerancia al estrés y la angustia

Sobrevive a situaciones de crisis

- sin empeorarlas

Acepta la realidad

- reemplaza el sufrimiento y el estar atorado
con dolor ordinario y la posibilidad de seguir adelante

Libérate

- de tener que satisfacer las demandas de tus propios deseos, impulsos y emociones intensas

Otro: _____

Apéndice AI

Habilidades de supervivencia a crisis

Estas son habilidades para tolerar eventos dolorosos, impulsos, y emociones cuando no puedes mejorar las cosas de inmediato.

Habilidad STOP

Pros y Contras

TIP: cambia tu química corporal

Distrae con Mente Sabia acepta

Cálmate con los cinco sentidos

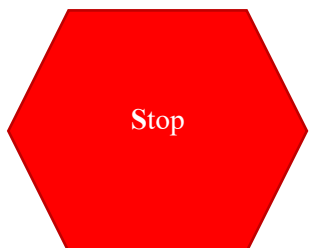
Mejora el momento

Cuando usar estas habilidades: 1) tienes dolor intenso que no se puede aliviar rápidamente, 2) quieres actuar conforme a tus emociones, pero esto solo emporaría las cosas, 3) la mente emocional amenaza con abrumarte, y necesitas ser hábil, 4) estas abrumado, pero las demandas del entorno se deber cumplir, 5) la estimulación es extrema, pero los problemas no se pueden resolver de manera inmediata.

Cuando NO usar estas habilidades: para problemas cotidianos, para resolver todos los problemas de tu vida, para hacer que tu vida valga la pena ser vivida.

Apéndice AJ

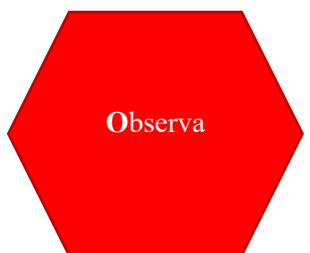
STOP



No solo reacciones. ¡Para! ¡Congélate! ¡No muevas ni un musculo! Puede que tus emociones traten hacerte actuar sin pensar. ¡Mantente en control!



Toma un paso atrás para alejarte de la situación. Toma un descanso. Deja ir. Toma un respiro profundo. No permitas que tus emociones te hagan actuar de manera impulsiva.



Observa lo que está sucediendo dentro y fuera de ti. ¿Cuál es la situación? ¿Cuáles son tus pensamientos y emociones? ¿Qué están haciendo o diciendo los demás?



Actúa con conciencia. Al decidir qué hacer, considera tus pensamientos y emociones, la situación, y los pensamientos y emociones de las demás personas. Piensa en tus metas. Pregunta a la Mente Sabia: ¿Cuáles acciones lo mejorarían o empeorarían?

Apéndice AK

Pros y contras

Utiliza pros y contras cada vez que tengas que decidir entre dos cursos de acción.

- ☐ Un impulso es una crisis cuando este es muy fuerte y cuando actuar conforme a ese impulso empeoraría las cosas a largo plazo.
- ☐ Haz una lista de pros y contras sobre actuar conforme a tus impulsos de crisis. Estos podrían ser el involucrarte en comportamientos peligrosos, adictivos o dañinos; o pueden ser rendirte, vencerte o evitar hacer los que es necesario para construir una vida que quieras vivir.
- ☐ Haz otra lista de pros y contras de resistirte a tus impulsos, es decir, tolerar la angustia y el estrés y no sucumbir ante los impulsos.

Antes de que una crisis de impulso abrumadora golpee:

Escribe tus pros y contras, llévalos contigo.

Ensaya tus pros y contras una y otra vez.

Cuando una crisis de impulso abrumadora golpee:

Revisa tus pros y contras. Saca tu lista y léela de nuevo.

- Imagina las consecuencias positivas de resistir el impulso.
- Piensa en las consecuencias negativas que traerá el rendirte ante comportamientos de crisis.
- Recuerda consecuencias pasadas de cuando has actuado en tus impulsos de crisis.

Apéndice AL

TIP

Para reducir la mente emocional extrema de manera rápida.

Temperatura:

Cambia la temperatura de tu rostro con agua fría.

(Para calmarte rápidamente.)

- Sosteniendo la respiración, sumerge tu rostro en agua fría, o sostén una compresa fría sobre tus ojos o mejillas.
- Sostén por 30 segundos. Mantén el agua encima de los 10° C.

Intensidad:

Ejercicio intenso.

(Para calmar a tu cuerpo cuando ha sido acelerado por alguna emoción.)

- Haz ejercicio intenso, aunque sea por un corto tiempo.
- Gasta la energía física acumulada en tu cuerpo corriendo, caminando rápido, saltando, jugando baloncesto, levantando pesas, etc.

Pausa:

Respiración rítmica pausada.

(Desacelera tu respiración al relajarla.)

- Respira profundamente desde el abdomen.
- Ralentiza tu ritmo de inhalación y exhalación (en promedio, 5 a 6 respiraciones por minuto).
- Exhala más lento de lo que inhalas (por ejemplo, 5 segundos inhala, 7 segundos exhala).

Par:

Relajación muscular por pares.

(Tranquilizarse al hacer relación muscular por pares exhalando.)

- Mientras respiras desde el abdomen, tensa profundamente los músculos de tu cuerpo (no tanto como para causar un calambre).
- Pon atención a la tensión en tu cuerpo.
- Exhalando, di la palabra “relájate” en tu mente.
- Suelta la tensión.
- Pon atención a la diferencia en tu cuerpo.

Apéndice AM

Mejorando el momento

Con imágenes:

- Trae a tu mente imágenes relajantes.
- Imagina un cuarto secreto dentro de ti. Amuéblalo como te guste. Cierra la puerta a cualquier cosa que pueda causarte dolor.
- Imagina que todo está saliendo bien.
- Crea un mundo de fantasía tranquilo.
- Imagina como emociones dolorosas salen de ti como agua drenándose de una pipa.
- Recuerda un momento feliz e imagínate ahí de nuevo.
- Otro: _____

Con significado:

- Encuentra el propósito o el sentido a una situación dolorosa.
- Enfócate en los aspectos positivos que puedas encontrarle a una situación dolorosa.
- Recuerda, escucha, o lee sobre valores espirituales.
- Otro: _____

Con rezo:

- Abre tu corazón a un ser superior, a Dios, o a tu propia Mente Sabia.
- Pide fuerza para soportar el dolor.
- Entrega las cosas a Dios o a un ser superior.
- Otro: _____

Con acciones relajantes:

- Toma un baño caliente.
- Toma una bebida caliente.
- Masajea tu cuello y nuca.
- Practica yoga o haz estiramientos.
- Respira profundamente.
- Cambia tu expresión facial.
- Otro: _____

Con una cosa a la vez:

- Enfoca tu completa atención en solo lo que estás haciendo.
- Mantente en el momento.
- Mantén tu mente en el presente.
- Enfoca tu total atención en lo físico.
- Escucha algún audio de conciencia sensorial.
- Otro: _____

Con unas breves vacaciones:

- Metete a la cama, cúbrete totalmente con tu cobija.
- Vete al parque o a algún sitio natural por el día.
- Toma un libro y léelo con un postre.

- Apaga tu teléfono por el día.
- Llévate una manta al parque y siéntate por el resto de la tarde.
- Tomate un descanso de una hora del trabajo duro.
- Tomate unas breves vacaciones de la responsabilidad.
- Otro: _____

Con ánimos para ti mismo y replanteándote la situación:

- ¡Date porras!
- “Estoy haciendo lo mejor que puedo.”
- Repite “lo puedo soportar”.
- “Esto también pasará”.
- “Va a estar bien”.
- “No será para siempre”.
- Otro: _____

Apéndice AN

Conciencia sensorial

Busca una posición cómoda. Manteniéndote en esta posición, escucha las preguntas a continuación, prestando atención a tu respuesta después de cada pregunta. (Primero haz una grabación de estas preguntas, puedes hacer una tú mismo o pedirle a un amigo que la haga, grabando cada pregunta con aproximadamente 5 segundos de diferencia entre cada una).

1. ¿Puedes sentir tu cabello tocando tu cabeza?
2. ¿Puedes sentir tu abdomen subir y bajar al respirar?
3. ¿Puedes sentir el espacio entre tus ojos?
4. ¿Puedes sentir la distancia entre tus orejas?
5. ¿Puedes sentir tu aliento tocando la parte posterior de tus ojos al inhalar?
6. ¿Puedes visualizar algo lejano?
7. ¿Puedes notar tus brazos tocando tu cuerpo?
8. ¿Puedes sentir las plantas de tus pies?
9. ¿Puedes imaginar un hermoso día en la playa?
10. ¿Puedes notar el espacio dentro de tu boca?
11. ¿Puedes notar la posición de tu lengua en tu boca?
12. ¿Puedes sentir la brisa en tu mejilla?
13. ¿Puedes sentir que un brazo pesa más que el otro?
14. ¿Puedes sentir hormigueo o entumecimiento en una mano?
15. ¿Puedes sentir que un brazo está más relajado que el otro?
16. ¿Puedes notar algún cambio en la temperatura del aire a tu alrededor?
17. ¿Puedes notar tu brazo izquierdo está más caliente que el derecho?
18. ¿Puedes imaginar cómo se sentiría ser una muñeca de trapo?
19. ¿Puedes notar alguna tensión en tu antebrazo izquierdo?
20. ¿Puedes imaginar algo muy agradable?
21. ¿Puedes imaginar cómo se sentiría flotar en una nube?

22. ¿Puedes sentir una pesadez en las piernas?
23. ¿Puedes imaginarte flotando en agua tibia?
24. ¿Puedes notar que tu cuerpo cuelga de tus huesos?
25. ¿Puedes permitirte flotar perezosamente?
26. ¿Puedes sentir que tu rostro se suaviza?
27. ¿Puedes imaginar una hermosa flor?
28. ¿Puedes sentir cómo un brazo y una pierna son más pesados que el otro?

Apéndice AO

Habilidades de aceptación de la realidad

Estas son habilidades para vivir una vida que no es la que deseas.

Aceptación radical

Cambiando la mente

Voluntad

Media sonrisa y manos dispuestas

Atención plena de la corriente de pensamientos

Apéndice AP

Aceptación radical

Cuando no puedes evitar que ocurran eventos y emociones dolorosos.

¿Qué es aceptación radical?

1. Radical significa del todo, completa y totalmente.
2. Es aceptar en tu mente, tu corazón y tu cuerpo.
3. Es cuando dejas de luchar contra la realidad, dejas de hacer berrinches porque la realidad no es lo que quieres y dejas ir la amargura.

¿Qué tiene que aceptarse?

1. La realidad es como es (los hechos sobre el pasado y el presente son los hechos, incluso si no te gustan).
2. Hay limitaciones en el futuro para todos (pero solo las limitaciones realistas son las que necesitan ser aceptadas).
3. Todo tiene una causa (incluyendo eventos y situaciones que te causan dolor y sufrimiento).
4. La vida vale la pena vivirse incluso cuando tiene eventos dolorosos.

¿Por qué aceptar la realidad?

1. Rechazar la realidad no cambia la realidad.
2. Cambiar la realidad requiere que primero se acepte la realidad.
3. El dolor no se puede evitar, es la manera de la naturaleza de señalar que algo anda mal.
4. Rechazar la realidad convierte el dolor en sufrimiento.
5. El negarse a aceptar la realidad te puede mantener atascado en la infelicidad, amargura, enojo, tristeza, vergüenza, u otras emociones dolorosas.
6. La aceptación puede llevar a la tristeza, pero usualmente le sigue una calma profunda.
7. El camino fuera del infierno es a través de la miseria. Al negarse a aceptar la miseria, que es la parte de escalar fuera del infierno, caerás de nuevo en este último.

Apéndice AQ

Factores que interfieren en la aceptación

La aceptación radical NO es:

Aprobación, compasión, amor, pasividad, o ir en contra del cambio.

Factores que interfiere con la aceptación

1. No tienes las habilidades de aceptación; no sabes cómo aceptar eventos y hechos realmente dolorosos.
2. Crees que si aceptas un evento doloroso, que lo estas tomando a la ligera o que estas aprobando los hechos, y que nada se puede hacer para cambiar o prevenir eventos dolorosos a futuro.
3. Las emociones se entrometen (tristeza insoportable; enojo hacia una persona o grupo que causo un evento doloroso; furia hacia la injusticia del mundo; vergüenza sofocante sobre quién eres; culpa sobre tu propio comportamiento.
4. Otro: _____

Apéndice AR

Paso a paso de la aceptación

- ☐ Observa que estás cuestionando o luchando contra la realidad (“No debería ser así”).
- ☐ Recuerda que la desagradable realidad es como es y no se puede cambiar (“Esto es lo que sucedió”).
- ☐ Recuerda que existen causas para la realidad. Reconoce que algún tipo de historia condujo a este preciso momento. Considera cómo la vida de las personas ha sido moldeada por una serie de factores. Observa que, dados estos factores causales y cómo la historia condujo a este momento, esta realidad tenía que ocurrir de esta manera (“Así es como sucedieron las cosas”).
- ☐ Practica la aceptación con todo tu ser (mente, cuerpo y espíritu). Sé creativo para encontrar maneras de involucrar todo tu ser. Usa el diálogo interno de aceptación, pero también considera usar la relajación; la atención plena de tu respiración; una media sonrisa y manos dispuestas mientras piensas en lo que te resulta inaceptable; la oración; ir a un lugar que te ayude a aceptar; o la visualización.
- ☐ Practica la acción opuesta. Haz una lista de todas las acciones que realizarías si aceptaras los hechos. Luego, actúa como si ya los hubieras aceptado. Realiza las acciones que harías si realmente los hubieras aceptado.
- ☐ Enfrentate a los eventos que parecen inaceptables. Imagina creer lo que no quieres aceptar. Repasa mentalmente lo que harías si aceptaras lo que parece inaceptable.
- ☐ Presta atención a las sensaciones corporales mientras piensas en lo que necesitas aceptar.
- ☐ Permite que surjan la decepción, la tristeza o el dolor.
- ☐ Reconoce que la vida puede valer la pena incluso cuando hay dolor.
- ☐ Si te encuentras resistiéndote a practicar la aceptación, analiza los pros y los contras.

Apéndice AS

Cambiando la mente

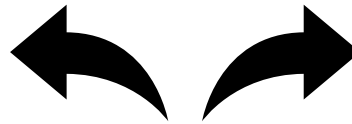
CAMBIAR DE MENTALIDAD es como encontrarse ante una bifurcación en el camino.

Debes dirigir tu mente hacia la aceptación y
alejarte del rechazo a la realidad.

CAMBIAR DE MENTALIDAD es elegir aceptar.

La ELECCIÓN de aceptar no equivale a la aceptación en sí misma.

Simplemente te pone en el camino.



Cambiando la mente, paso a paso:

1. Observa que no estás aceptando.
(Busca ira, amargura, irritación; evitación de emociones; decir "¿Por qué a mí?", "¿Por qué está pasando esto?", "No lo soporto", "No debería ser así").
2. Conecta contigo mismo y haz un compromiso interno para aceptar la realidad tal como es.
3. Repite el proceso una y otra vez.
Sigue orientando tu mente hacia la aceptación cada vez que te encuentres ante una encrucijada, donde puedas rechazar o aceptar la realidad.
4. Elabora un plan para corregir esta situación en el futuro cuando te alejes de la aceptación.

Apéndice AT

Voluntad

La voluntad es estar listo para adentrarse y participar completamente en la vida y vivir.

Encuentra una respuesta dispuesta a cada situación.

La disposición y voluntad es HACER EXACTAMENTE LO QUE SE NECESITA:

- En cada situación.
- De todo corazón, sin titubear.

La disposición y voluntad es escuchar con mucha atención a tu MENTE SABIA y luego actuar desde tu MENTE SABIA.

La disposición y voluntad es ACTUAR CON LA CONCIENCIA de que estás conectado con el universo (con las estrellas, las personas que te agradan y las que no, el suelo, etc.).

Sustituye la obstinación por la voluntad.

- La obstinación es negarse a tolerar el momento.
- La obstinación es negarse a hacer los cambios necesarios.
- La obstinación es rendirse.
- La obstinación es lo opuesto a “hacer lo que funciona”.
- La obstinación es intentar solucionar cada situación.
- La obstinación es insistir en tener el control.
- La obstinación es apego a “yo, yo, yo” y a “¡lo que quiero ahora mismo!”.

Voluntad paso a paso.

1. Observa la obstinación. Identifícala. Experimenta.
2. Acepta radicalmente que en este momento te sientes (y tal vez actúas) obstinado. No puedes combatir la obstinación con más obstinación.
3. Dirige tu mente hacia la aceptación y la disposición.
4. Intenta una media sonrisa y una postura dispuesta.
5. Cuando la obstinación sea inamovible, pregúntate: “¿Cuál es la amenaza?”.

Situaciones en las que me doy cuenta de mi propia:

Obstinación: _____

Voluntad: _____

Apéndice AU

Aceptando la realidad con el cuerpo

Media sonrisa

1. Relaja el rostro desde la coronilla hasta la barbilla y la mandíbula.
Suelta cada músculo facial (frente, ojos y cejas; mejillas, boca y lengua; dientes ligeramente separados). Si tienes dificultad, intenta tensar los músculos faciales y luego relajarlos.
Una sonrisa tensa es una mueca (y podría indicarle a tu cerebro que estás ocultando o enmascarando tus verdaderos sentimientos).
2. Permite que las comisuras de tus labios se eleven ligeramente, solo para que puedas sentirlos.
No es necesario que los demás lo vean. Una media sonrisa consiste en labios ligeramente curvados hacia arriba con el rostro relajado.
3. Intenta adoptar una expresión facial serena.
Recuerda que tu rostro se comunica con tu cerebro; tu cuerpo se conecta con tu mente.

Manos dispuestas

- De pie: Baja los brazos desde los hombros; mantenlos rectos o ligeramente flexionados por los codos. Con las manos relajadas, gíralas hacia afuera, con los pulgares hacia los lados, las palmas hacia arriba y los dedos relajados.
- Tomando asiento: Coloca las manos sobre tu regazo o los muslos. Con las manos sin apretar, gíralas hacia afuera, con las palmas hacia arriba y los dedos relajados.
- Acostado: Los brazos a los costados, las manos sin apretar, voltea tus palmas hacia arriba con los dedos relajados.

Recuerda, tus manos se comunican con tu cerebro; tu cuerpo se conecta con tu mente.

Apéndice AV

Atención plena de la corriente pensamientos

1. Observa tus pensamientos.

- Como olas que van y vienen.
- No reprimir los pensamientos.
- No juzgar los pensamientos.
- Reconocer su presencia.
- No aferrarse a los pensamientos.
- No analizar los pensamientos.
- Practicar la disposición y voluntad.
- Dar un paso atrás y observar los pensamientos mientras entran y salen de la mente.

2. Adopta una mente curiosa

- Pregunta “¿de dónde vienen mis pensamientos”, y observa.
- Observa que cada pensamiento que viene también sale de tu mente.
- Observa pero no evalúes tus pensamientos. Suelta los juicios y déjalos ir.

3. Recuerda: no eres tus pensamientos.

- No necesariamente actúes conforme a tus pensamientos.
- Recuerda momentos en los que has tenido pensamientos muy diferentes.
- Recuerdate que los pensamientos catastróficos son “mente emocional”.
- Recuerda cómo piensas cuando no estas sintiendo dolor y sufrimiento tan intensos.

4. No bloques o reprimas tus pensamientos.

- Pregunta “¿qué sensaciones están intentando evitar estos pensamientos?”. Redirige tu mente a la sensación. Luego regresa al pensamiento. Repite esto varias veces.
- Toma un paso atrás; permite que tus pensamientos vengan y vayan mientras observas tu respiración.
- Juega con tus pensamientos: repítelos en voz alta una y otra vez tan fuerte como puedas. Cántalos. Imagina que los pensamientos son palabras de un payaso, como grabaciones todas enredadas; como animales lindos a los que puedes acurrucar; como colores brillantes atravesando tu mente; como solo sonidos.
- Intenta amar tus pensamientos.

Apéndice AW

Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

Haz siempre las preguntas 1 y 2	Mes pasado	
1) ¿Has deseado estar muerto o haber deseado poder dormir y no despertarte?	SÍ	NO
2) ¿Has tenido realmente la idea de suicidarte?	SÍ	NO
Si SÍ a 2, haz las preguntas 3, 4, 5 y 6. Si NO a 2, salta a la pregunta 6.		
3) ¿Has estado pensando en cómo llevarías esto a cabo?	SÍ	NO
4) ¿Has tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo?	Alto riesgo	
5) ¿Has comenzado a elaborar o has elaborado los detalles sobre cómo suicidarte? ¿Tenías intención de llevar a cabo este plan?	Alto riesgo	
Siempre haz la pregunta 6	Vida	Últimos 3 meses
¿Alguna vez has hecho algo, comenzado a hacer algo o te has preparado para hacer algo para terminar tu vida? <i>Ejemplos: Colectar píldoras, obtener una arma, regalar cosas de valor; escribir un testamento o carta de suicidio, sacado píldoras de la botella pero no las tragado, agarrar una arma pero ha cambiado de mente de usarla o alguien se la ha quitado de sus manos, ha subido al techo pero no ha saltado al vacío; o realmente ha tomado píldoras, ha tratado de disparar una arma, se ha cortado, ha tratado de colgarse, etc.</i> Si es así, ¿fue en los últimos 3 meses?	SÍ	Alto riesgo
	NO	NO

Apéndice AX

Beck's Suicide Ideation Scale (BSI)

I. Características de las actitudes hacia la vida y la muerte		
	Declaraciones	Clasificación
Deseo de vivir	0. Moderado a fuerte	☐ 0
	1. Débil	☐ 1
	2. Ninguno	☐ 2
Deseo de morir	0. Ninguno	☐ 0
	1. Débil	☐ 1
	2. Moderado a fuerte	☐ 2
Razones para vivir/morir	0. Vivir supera morir	☐ 0
	1. Equilibrado (igual)	☐ 1
	2. Morir supera vivir	☐ 2
Deseo de intentar suicidarse activamente	0. Ninguno	☐ 0
	1. Débil	☐ 1
	2. Moderado a fuerte	☐ 2
Deseo suicida pasivo	0. Tomaría precauciones para salvar la vida	☐ 0
	1. Dejaría la vida o la muerte al azar	☐ 1
	2. Evitaría tomar medidas para salvar o mantener la vida	☐ 2
II. Características de los pensamientos/deseos suicidas		
Duración	0. Periodos breves y pasajeros	☐ 0
	1. Largos periodos	☐ 1
	2. Continuo (crónico), casi constante	☐ 2
Frecuencia	0. Raro, ocasional	☐ 0
	1. Intermitente	☐ 1
	2. Persistente y continuo	☐ 2
Actitud hacia los pensamientos/deseos	0. Rechazo	☐ 0
	1. Ambivalente; indiferente	☐ 1
	2. Aceptación	☐ 2
Control sobre pensamientos/deseos suicidas	0. Tiene control sobre ellos	☐ 0
	1. Parece falta de control	☐ 1
	2. No siente ningún control	☐ 2
Razones o motivos que disuaden un intento de suicidio (familia, religión, irreversibilidad o miedo al fracaso)	0. No lo intentaría porque algo le frena	☐ 0
	1. Algunas dudas sobre las razones que le disuaden	☐ 1
	2. Poco o ningún interés en razones que pudieran detenerle. Indica cuáles son esas razones.	☐ 2

Razones para pensar/desear intentar suicidarse	0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse 1. Combinación de 0-2 2. Escapar, terminar, resolver problemas	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
III. Características del intento		
Método: especificidad/planificación del intento	0. No considerado 1. Considerado, pero sin una planificación detallada 2. Planes bien formulados y detallados	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
Método: disponibilidad/oportunidad de pensar en el intento	0. No hay método disponible, no hay oportunidad 1. El método requeriría tiempo/esfuerzo; La oportunidad realmente no está disponible 2. Método y oportunidad disponibles 2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 2A
Sensación de capacidad para llevar a cabo el intento	0. Falta de valor, debilidad, miedo, incompetencia 1. No estoy seguro de tener el valor 2. Seguridad de tener el valor	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
Expectativa/anticipación de un intento real	0. No 1. Sin seguridad, sin claridad 2. Sí	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
IV. Actualización del intento		
Preparación real	0. Ninguno 1. Parcial (guardar pastillas, conseguir método) 2. Completo	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
Nota de suicidio	0. Ninguno 1. Solo pensamiento, empezado, inconcluso 2. Terminado	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
Acciones finales para preparar la muerte (testamento, preparativos, regalos)	0. Ninguno 1. Simplemente pensado, preparativos parciales 2. Terminado	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
Ocultar de la idea de un intento de suicidio	0. Revela abiertamente sus ideas 1. Revela sus ideas con reservas 2. Oculta, engaña, miente	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
Intentos de suicidio anteriores	0. Ninguno 1. Uno 2. Más de uno	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

Apéndice AY

Generalized Anxiety Disorder-7 Scale (GAD-7)

¿En las últimas dos semanas, con qué frecuencia te han molestado los siguientes problemas?

Por favor, marca tu respuesta.

0 = En absoluto; 1 = Varios días; 2 = Más de la mitad de los días; 3 = Casi todos los días

1. Sentirse nervioso, angustiado o muy tenso	0	1	2	3
2. Ser incapaz de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cuestiones	0	1	2	3
4. Tener problemas para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto que resulta difícil permanecer sentado	0	1	2	3
6. Enfadarse o irritarse con facilidad	0	1	2	3
7. Sentir miedo de que algo terrible pueda ocurrir	0	1	2	3

CÓDIGO 0+ __+ __+ __+ __

= PUNTUACIÓN: _____

Los siguientes cortes se correlacionan con el nivel de gravedad de la ansiedad
5-9 leve
10-14 moderado
15-21 grave

Apéndice AZ

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

¿En las últimas dos semanas, con qué frecuencia te han molestado los siguientes problemas?

Por favor, marca tu respuesta.

0 = En absoluto; 1 = Varios días; 2 = Más de la mitad de los días; 3 = Casi todos los días

1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3
3. Problemas para dormir, mantenerse dormido o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o con poca energía	0	1	2	3
5. Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirte mal contigo mismo, o pensar que eres un fracaso o que te has decepcionado a ti mismo o a tu familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. Te movías o hablabas tan despacio que otras personas podrían haberse dado cuenta. O al contrario: estar tan inquieto o agitado que te has estado moviendo mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9. Has pensado que estarías mejor muerto o se te ha ocurrido lastimarte de alguna manera	0	1	2	3

CÓDIGO 0+ __+ __+ __+ __

= PUNTUACIÓN: _____

10. Si has tachado algún problema, ¿qué tan difícil te han hecho hacer tu trabajo, ocuparte de las cosas en casa o llevarte bien con otras personas?

☐ No es nada difícil
 ☐ Algo difícil
 ☐ Muy difícil
 ☐ Extremadamente difícil

Puntuación total	Gravedad de la depresión
1-4	Depresión mínima
5-9	Depresión leve
10-14	Depresión moderada
15-19	Depresión moderadamente severa
20-27	Depresión severa

Apéndice BA

Ask Suicide Screening Questions (ASQ)

Nombre: _____ Fecha: _____ Entrevistador: _____

Introducción

Es común que el usuario espere ser juzgado por el personal de salud. Por lo tanto, es importante que antes de comenzar con las preguntas usted le haga saber lo siguiente:

1. “usted no va a ser juzgado(a) por las preguntas que le haré a continuación”
2. “nuestra intención es apoyar”
3. “por lo tanto, es importante que conteste con sinceridad”
4. “su información será tratada con absoluto respeto”

Pregunte a la persona		
1. En las últimas semanas, ¿ha deseado estar muerto?	Sí	No
2. En las últimas semanas, ¿ha sentido que usted o su familia estarían mejor si estuviera muerto?	Sí	No
3. En la última semana, ¿ha pensado en suicidarse?	Sí	No
4. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	Sí	No
Si contestó que sí, ¿cómo lo hizo?		
¿Cuándo lo hizo? _____		
Si el paciente contesta que Sí a alguna de las preguntas anteriores, hágale la siguiente pregunta para evaluar la agudeza:	Sí	No
5. ¿Está pensando en suicidarse en este momento?		
Describa estos pensamientos (planes, intención, preparativos)		

Si responde “Sí” a la 1 y 2 y al resto “No”, es riesgo bajo.	1er orden de riesgo de suicidio
Si responde “Sí” de la 1 a la 3 y “No” a la 4 y 5, corresponde a riesgo moderado.	2do orden de riesgo de suicidio
Si responde “Sí” de la 1 a la 4, es riesgo alto.	3er orden de riesgo
Si responde “Sí” de la 1 a la 5 es riesgo inminente.	4to orden de riesgo
Si responde “Sí” a las preguntas 1, 2, 3 y 5 es riesgo inminente, sin antecedentes de intentos suicidio.	4to orden de riesgo

Apéndice BB

Drug Abuse Screening Test (DAST-10)

Voy a leerte una lista de preguntas sobre información sobre posible consumo de drogas, excluyendo alcohol y tabaco, durante los últimos 12 meses.

En los siguientes enunciados, "abuso de drogas" se refiere a:

1. Usar medicamentos con receta médica o de venta libre excediéndose de las instrucciones, y
2. Cualquier uso de drogas que no sea uso médico.

Las distintas clases de drogas pueden incluir:

☐ Metanfetaminas (velocidad) ☐ Solventes (solvente de pintura) ☐ Barbitúricos
☐ Cannabis (marihuana, tiesto) ☐ Tranquilizantes (Valium) ☐ Cocaína
☐ Estimulantes (velocidad) ☐ Narcóticos (heroína) ☐ Alucinógenos (LSD)

Recuerda que las preguntas no incluyen alcohol ni tabaco.

Si tienes dificultades con una afirmación, elige la respuesta que sea mayormente correcta. Puedes elegir responder o no responder a cualquiera de las preguntas de esta sección.

Estas preguntas se refieren a los últimos 12 meses.	No	Sí
1. ¿Has usado drogas distintas a las necesarias por motivos médicos?	0	1
2. ¿Abusas de más de una droga a la vez?	0	1
3. ¿Siempre puedes dejar de consumir drogas cuando quieres? (Si nunca has consumido drogas, responde "Sí").	1	0
4. ¿Has tenido "desmayos" o "flashbacks" como resultado del consumo de drogas?	0	1
5. ¿Alguna vez te sientes mal o culpable por tu consumo de drogas? Si nunca has consumido drogas, elige "No".	0	1
6. ¿Tu pareja o tus padres alguna vez se quejan de tu implicación en las drogas?	0	1
7. ¿Has descuidado a tu familia por el consumo de drogas?	0	1
8. ¿Has participado en actividades ilegales para conseguir drogas?	0	1
9. ¿Alguna vez has experimentado síntomas de abstinencia al dejar de consumir drogas?	0	1
10. ¿Has tenido problemas médicos como resultado de tu consumo de drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrado, etc.)?	0	1

Puntuación DAST-10	Grado de problemas relacionados con el abuso de drogas
0	No se han reportado problemas
1-2	Nivel bajo
3-5	Nivel moderado
6-8	Nivel sustancial
9-10	Nivel severo

Apéndice BC

Entrevista de primer contacto

Nombre: _____ Fecha: _____
 Edad: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____ Religión: _____
 Domicilio: _____ Celular: _____
 Estado civil: _____ Nivel educativo: _____ Empleo/Ocupación: _____
 Servicio médico vigente: _____ Correo electrónico: _____
 (Matrícula: _____ Carrera: _____ Semestre: _____ Núm. de Emp. _____ Adscripción: _____)

Persona a la cual se puede dejar mensaje, y si se puede informar sobre SUAPSI o UACJ (si el cliente es un menor anotar aquí el nombre del familiar que participará en el proceso terapéutico):

Estructura familiar (Personas con las que vive: nombre, parentesco, edad y ocupación):

¿Ha recibido alguna vez asistencia psicológica, psiquiátrica y/o neurológica? Sí/No
 Tipo de asistencia, fecha y motivo (en orden cronológico).

¿Está tomando algún tipo de medicamento? (Sí / No ¿Cuál?)
 Razón y tiempo:

Estado mental

¿En qué año estamos?	0-1	Orientación temporal (Max. 3)=
¿En qué mes?	0-1	
¿En qué día de la semana?	0-1	
¿En qué lugar estamos?	0-1	Orientación espacial (Max. 2)=
¿En qué ciudad?	0-1	

Motivo de consulta ¿Por qué está buscando asistencia psicológica? ¿Cuál es el motivo por el que está aquí? Descripción breve de la situación, cuándo comenzó, cómo o en qué circunstancia, frecuencia, síntomas físicos y emocionales, actividades cotidianas afectadas, etc. ¿Qué le gustaría lograr/cambiar/resolver con esta terapia? (En situaciones de emergencia como: violencia, síntomas psiquiátricos, ideación y/o intento suicida, abuso infantil; aplicar y anexar el sondeo de canalización respectivo).

Impresión diagnóstica inicial: SINT. DEPRESIVOS SINT. ANSIEDAD DESARROLLO HUMANO
 PROBS. CONDUCTA DUELO PROBS. PAREJA PROBS. FAMILIARES ESTRÉS
 POSTRAUMÁTICO RIESGO SUICIDA OTRO
 (Especifique): _____
Canalización: VALORACIÓN PSICOLÓGICA EDUCACIÓN ESPECIAL VIOLENCIA
 USO DE SUSTANCIAS PSIQUIATRÍA ASUNTOS LEGALES OTRO
 (Especifique): _____

Apéndice BD

Plan de seguridad

Fecha: _____

Yo: _____
 acuerdo con el/la psicólogo/a: _____

que en caso de sentirme muy mal o aparecer las siguientes señales de precaución

haré lo siguiente:

actividades para mi bienestar (por ejemplo, salir a caminar, hacer ejercicio, etc.) como las siguientes:

también algo que dejé de hacer y me resultaba agradable como lo siguiente:

así mismo llamar y hablar con un/a amigo/a u otra persona:

Nombre	Teléfono	Relación

¿Cómo puedes hacer tu entorno más seguro?

Teléfono de emergencias si tiene pensamientos sobre quitarse la vida:

911

800 614 3311

800 911 2000

800 012 7274

Firma: _____

Apéndice BE

Carta compromiso para persona de confianza

Folio IS _____

Cd. Juárez, Chihuahua, a _____ de _____ del 202_.

El día de hoy, he sido notificada/o que mi _____ el/la C. _____, acudió a _____, en donde se le hizo una entrevista de primer contacto, detectándose síntomas de _____. Debido a lo anterior, es **urgente** una valoración médica psiquiátrica o neurológica como complemento de la terapia psicológica que estará llevando en este centro (o fuera de él si así se lo indicaron), donde el apoyo familiar es fundamental, para ello me comprometo a seguir todos los protocolos que me fueron indicados durante la entrevista de seguimiento, evitando críticas, juicios o comentarios negativos debido a que mi familiar se encuentra en una situación vulnerable en este momento. Lo anterior es un requisito indispensable para su proceso de recuperación emocional.

ATENTAMENTE

Nombre y firma del/los familiares

Guía de apoyo:



Código QR

Apéndice BF

Historia clínica

Nombre: _____ Fecha: _____ Terapeuta: _____

MOTIVO DE CONSULTA

1. Datos adicionales para ahondar sobre la información de la ENTREVISTA DE PRIMER CONTACTO ¿Cuál es el principal problema que estas teniendo? ¿Cuándo iniciaron los síntomas/conflictos? ¿Es la primera vez que ocurre o ya había sucedido antes? ¿Por cuáles situaciones en particular estabas pasando cuando esto inició o se puso peor (disparadores contextuales)? ¿Pasó algo o cambió algo en tu vida?

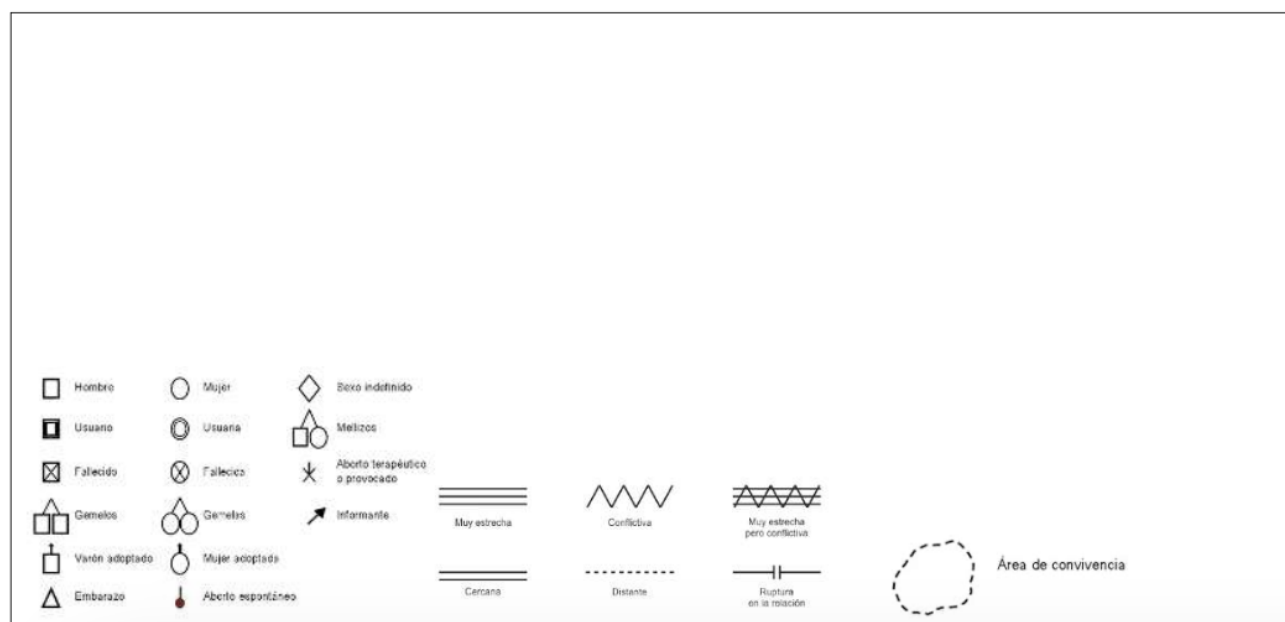
2. ¿Qué es lo que quieres lograr/resolver? ¿Qué quisieras que fuera diferente? Establecer los **2 principales objetivos terapéuticos** en orden de prioridad para el cliente.

3. ¿Qué has intentado para solucionar esta situación y NO te ha funcionado ¿Qué cosas has hecho que SÍ te han funcionado?

SÍ

NO

4. Genograma



RELACIONES FAMILIARES

1. Composición de la familia (edades, ocupación, nivel educativo), **Relación que lleva con las personas que viven con él/ella y con su familia de origen** (¿cómo los describirías a cada uno? y ¿cómo te describirían ellos a ti?).

2. ¿Cómo fue crecer en tu familia? (describir eventos significativos, positivos y negativos).

3. Principales conflictos y medidas que se toman para resolverse (evaluar posibles situaciones de violencia doméstica y/o abuso infantil).

4. Actividades de convivencia.

5. ¿Qué le cambiarías a tu familia o a alguno de los miembros de tu familia?

6. ¿Cómo eres/actúas en cuanto a tu rol en la familia (ej. hijo, padre, hermano)?

ÁREA ESCOLAR/ACADÉMICA

1. Experiencia académica, satisfacciones/insatisfacciones importantes, dificultades, aspiraciones a futuro, relación con compañeros/maestros. Desempeño actual en cuanto a tu rol como estudiante o en cuanto a tu proceso de formación/preparación académica/profesional.

ÁREA LABORAL

1. Experiencia laboral, situación económica actual, actividades en trabajo actual, horario, puesto, antigüedad, satisfacciones/insatisfacciones, relaciones laborales, aspiraciones futuras, trabajo ideal. Desempeño actual en cuanto a tu rol como empleado (jefe/subordinado)

RELACIONES SOCIALES

1. Redes de apoyo social: amistades cercanas (tiempo de conocerse – relaciones a largo plazo), confidentes, actividades sociales, pertenencia a grupos/clubs sociales. Actitudes y/o conductas en tu relación con los demás.

RELACIONES DE PAREJA

1. Experiencia en cuanto a las relaciones de pareja, tiempo juntos (en relación actual y/o la que más duró), satisfacciones/insatisfacciones, vivencia de la sexualidad, actividades de convivencia, conflictos (evaluar posibles situaciones de violencia física y/o psicológica). ¿Cómo eres o te comportas como pareja? Actitudes y conductas hacia tu pareja.

SALUD

1. Estado actual de salud, problemas médicos significativos como enfermedades, hospitalizaciones, operaciones o golpes fuertes en la cabeza (actuales y pasados), **condiciones crónicas y/o hereditarias** (antecedentes familiares), **alergias significativas, medicamentos recetados o auto-recetados.**

2. Autoevaluación sobre el autocuidado de la salud: hábitos de salud (nutrición, ejercicio, descanso), **consumo de alcohol, tabaco, sustancias ilegales/de uso recreativo y problemas asociados** (evaluar frecuencia de consumo y cantidades por lo menos en los últimos 12 meses).

AREA MENTAL / EMOCIONAL

1. Carácter/Temperamento (¿cómo te describirías a ti mismo? ¿Cómo crees que te perciben los demás?). **Estados de ánimo recientes** (en los últimos 2-3 meses). **Problemas en funciones cognoscitivas** (falta de concentración, memoria, ubicación en tiempo, espacio y lugar). **Problemas psicológicos, psiquiátricos, neurológicos anteriores** (diagnósticos, hospitalizaciones, tratamientos, medicamento). **Antecedentes familiares psicológicos y/o psiquiátricos.**

2. Manejo de las emociones (¿cuáles emociones son las que más experimenta? Frecuencia y formas de manejarlas).

AREA RECREATIVA

1. Manejo del tiempo libre, actividades recreativas, hobbies, pasatiempos, distracciones, actividades artísticas.

AREA ESPIRITUAL

1. Creencias (por tradición familiar o por decisión propia), **cómo la practicas, nivel de importancia como fuente de apoyo e impacto en decisiones y vida cotidiana.**

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA Y MODELO PSICOLÓGICO DE TRABAJO

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)

***Apegado a la norma 004 de la Secretaría de Salud**

Modelo psicológico de trabajo

Apéndice BG

Consentimiento informado en materia de investigación

Fecha: _____

A través de la presente,

Se le está invitando a participar en el proyecto de “Intervención para pacientes con ideación suicida desde la psicoterapia dialéctico-conductual” que tiene como objetivo general analizar la reducción de la ideación suicida en pacientes recibiendo intervención psicoterapéutica desde el modelo dialéctico-conductual en el centro de Centro de Bienestar Universitario del Instituto de Ciencias Sociales y Administración (CBU-ICSA) de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ). Aunado a lo anterior, se espera que este proyecto pueda resultar útil como material de búsqueda y contraste en investigación, así como de formación para los estudiantes de la licenciatura en psicología realizando sus prácticas profesionales en el CBU-ICSA de la UACJ. La psicóloga que realiza el presente proyecto se encuentra becada por el Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT).

Su participación consiste en acudir presencialmente a 15 sesiones semanales en el horario y día establecido, más 3 sesiones de seguimiento de manera remota con aplazamiento de un mes cada una, siguiendo el modelo basado en la terapia dialéctico-conductual (TDC) de Marsha M. Linehan (2015), en el CBU-ICSA de la UACJ, ubicado en el edificio G. La intervención no tendrá costo alguno, siendo sus sesiones completamente gratuitas.

Dentro de las sesiones se emplearán ejercicios prácticos y estrategias basadas en la TDC, ajustadas a las necesidades específicas de cada persona. Además, se solicitará completar cuestionarios al comienzo y al término del proceso para evaluar el efecto de la intervención.

Este estudio se considera Categoría II de Riesgo, el cual equivale al riesgo mínimo, ya que podría ocasionar cierta incomodidad emocional al reflexionar sobre experiencias pasadas. Sin embargo, contará con la presencia de un profesional capacitado para ofrecer apoyo y garantizar su bienestar.

Si decide retirar su participación en cualquier momento, podrá hacerlo sin consecuencia alguna. En la situación de experimentarse un malestar considerable, se le brindará apoyo psicológico gratuito o se facilitará su canalización a servicios especializados.

La información recolectada será tratada con absoluta confidencialidad y se empleará exclusivamente para los propósitos de esta investigación. Los resultados se presentarán de forma anónima, garantizando la protección de su identidad.

Participar en este estudio es totalmente voluntario. Usted puede decidir retirarse en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión y sin que esto afecte su acceso servicios de apoyo.

Para cualquier duda o información adicional, puede comunicarse con la investigadora, Lic. Alondra Gómez, a través del correo electrónico al251379@alumnos.uacj.mx, al teléfono 656 860 40 89. Asimismo, puede contactar a la Dra. Priscila Montañez Alvarado, responsable del presente proyecto, al teléfono 656 688 38 41 o al correo electrónico priscila.montanez@uacj.mx.

Su participación es muy valiosa para esta investigación, cuyo objetivo es promover el desarrollo de herramientas psicológicas más efectivas para apoyar a personas que han presentado ideación suicida por diversas causas.

Atentamente,

Psic. Alondra Guadalupe Gómez Flores

Maestrante en Psicología

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

al251379@alumnos.uacj.mx / 656 860 40 89

Declaro que todo lo que se ha mencionado en este documento me fue explicado verbalmente.

Con fecha _____, al haber comprendido la información anterior y una vez resueltas todas las dudas que surgieron respecto al proceso, acepto participar en la intervención.

Nombre y firma de la participante.

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación y el otro en poder de la investigadora. Queda entendido que este documento estará disponible para su consulta y deberá ser conservado por la investigadora responsable durante un mínimo de 5 años (NOM-004-SSA3-2012).

En caso de sentir vulnerados sus derechos, puede comunicarse con la Dra. Gwendolyne Peraza Mercado y/o Dra. Fany Thelma Solís Rodríguez, presidente y secretaria del Comité de Ética en la Investigación de la UACJ, a los correos presidente.cei@uacj.mx y secretaria.cei@uacj.mx.