



Universidad Nacional Autónoma de México

**Facultad de Psicología
División de Estudios Profesionales**

**Intervención psicoeducativa en línea,
informada en Terapia Dialéctico
Conductual, para disminuir conducta
autolesiva**

T E S I S

que para obtener el título de

Licenciado en Psicología

presenta

José Alfredo Vázquez Hernández

Director: Dr. José Alfredo Contreras Valdez

Revisor: Dra. Angélica Juárez Loya

Sinodales: Dra. Paulina Arenas Landgrave

Dra. Janett Esmeralda Sosa Torralba

Dra. María Teresa Monjarás Rodríguez



Ciudad Universitaria, CDMX, agosto de 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Quisiera empezar agradeciendo a las dos personas que más amo en la vida: mis padres, mi puerto en altamar. Sin ustedes nada de esto sería posible, son la mayor bendición que he tenido y tendré a lo largo de mi estancia en este mundo. Gracias por brindarme su amor, sus ánimos y su confianza, pues todo logro mío es un logro suyo también. Siempre juntos los 3 mosqueteros.

Al Dr. José Alfredo Contreras, el director de esta tesis. Gracias por su paciencia y su guía a lo largo del proceso, por compartir su conocimiento conmigo y brindarme las bases para lograr una de mis mayores metas.

A Claudio Salazar, por su excelente apoyo como evaluador. Por ser un gran aliado a lo largo del proceso, no solo como profesional, sino también como amigo. Nada de esto habría sido posible sin un compañero como tú.

A las dos personas que me brindaron todo su apoyo y cariño a lo largo de mi estancia en la licenciatura, Verónica Vázquez e Issel Rodríguez. Tal vez la triste realidad de una emergencia sanitaria nos llegó a separar a mitad del proceso, pero siempre estaré agradecido por haber contado con excelentes amigos en este periodo de mi vida.

A las increíbles profesoras y profesor que formaron parte de mi formación y dejaron una marca en mi vida: Alejandra Valencia, Ana Chapa, Laura Languren, Isabel Martínez y Gerardo Dinorín.

Las personas con las que me topé en el camino siempre serán lo más preciado de esta etapa, muchísimas gracias por haber compartido vida conmigo.

Dedicatoria

Este proyecto va principalmente dedicado a cada uno de aquellos que se vuelven emoción, a quienes han encontrado en la autolesión un refugio. Si de casualidad estás leyendo esto y resuena contigo, déjame aclararte que no estás solo. Este trabajo es una prueba de que las cosas pueden ser distintas, de que existen mejores formas de lidiar con el malestar. Existe ayuda allí afuera, permítete recibirla, pues la mereces.

Por último, este trabajo me lo dedico a mí, a mi resiliencia, mi visión y mi esfuerzo. Lo logré, me demostré de lo que soy capaz a mí y a todas las personas que me dijeron que no, que me juzgaron e intentaron frenar solamente por vivir con condiciones que los demás no entienden y estigmatizan.

Estoy orgulloso de lo que he creado, de las metas que he cumplido, de lo mucho que crecí durante toda esta aventura que fue la licenciatura. No fue fácil llegar solo con un par de maletas a un lugar desconocido, pero lo hice y cumplí mi objetivo, a pesar de la montaña rusa que esto conllevó.

Hoy me paro con seguridad, sabiendo que entre yo y mis metas, no hay obstáculo que no pueda superar.

Índice

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Autolesión No Suicida.....	7
Introducción.....	7
Autolesión y suicidio.....	8
Prevalencia de la autolesión en estudiantes universitarios de México.....	10
Neurobiología básica de la autolesión.....	11
Funciones.....	13
Funciones Interpersonales.....	13
Funciones Antisuicidio.....	15
Funciones relacionadas con disociación.....	16
Funciones de autocastigo.....	17
Funciones de regulación emocional.....	18
Recapitulación.....	21
Terapia Dialéctico Conductual.....	22
Introducción.....	22
¿Qué es la terapia dialéctica conductual?.....	24
Terapia dialéctico conductual y autolesión no suicida.....	26
COVID-19 y atención psicológica en Línea.....	28
Recapitulación.....	30
Método.....	32
Planteamiento del problema.....	32

Pregunta de investigación	34
Hipótesis	34
Hipótesis del seguimiento	34
Objetivo general.....	35
Objetivos específicos	35
Diseño de investigación.....	36
Definición de variables.....	36
Descripción de variables	36
Participante.....	37
Criterios de inclusión.....	37
Criterios de exclusión.....	38
Criterios de eliminación.....	38
Instrumentos.....	38
Descripción de caso	39
Consideraciones éticas	41
Procedimiento	42
Intervención	43
Fidelidad al tratamiento	47
Escenario	49
Aparatos	49
Análisis de resultados	50
Resultados.....	51
Funciones de autolesión según del instrumento Inventory of Statements About Self-injury (ISAS)	51

Resultados de los efectos del taller psicoeducativo basado en DBT sobre la conducta autolesiva.....	52
Resultados de los efectos del taller psicoeducativo basado en DBT sobre las competencias de regulación emocional.....	53
Resultados cualitativos de los efectos del taller psicoeducativo basado en DBT sobre la conducta autolesiva y la regulación emocional	56
Discusión	58
Conclusiones, limitaciones y fortalezas	62
Implicaciones del estudio	65
Referencias	67
Anexos	79
Anexo 1. Formulario de Selección	79
Anexo 2. Consentimiento informado	81
Anexo 3. Formato de carta semanal	83
Anexo 4. Cartas Descriptivas	86
Anexo 5. Plantilla de plan de acción.....	97
Anexo 6. Fidelidad al tratamiento: Entrevista	98
Anexo 7. Fidelidad al tratamiento: Sesiones.....	101

Resumen

La autolesión no suicida (ANS) es uno de los mayores predictores del riesgo suicida (Vitelli, 2018), presentándose de forma recurrente en 26.90% de los estudiantes universitarios mexicanos (Castro Silva et al., 2017). Quienes se autolesionan, usualmente han sido expuestos a fuerte estrés interpersonal, abuso o diferentes tipos de maltrato emocional (Jacobson y Batejan, 2014). La razón más común por la cual se presenta la autolesión no suicida es la dificultad en la regulación emocional del individuo (Cipriano et al., 2017). Usualmente, quienes se autolesionan reportan emociones negativas previas al acto, utilizando la autolesión como un medio de evitación ante estos estados emocionales negativos, culminando en una liberación de tensión (Nixon et al., 2002; Taylor et al., 2018).

Previas investigaciones han probado la eficacia del entrenamiento en habilidades, que forma parte de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT, por sus siglas en inglés), como tratamiento independiente dirigido a la conducta autolesiva (Booth et al., 2012; Cannon y Umstead, 2018; Chugani, 2015; Muhomba et al., 2017). Por lo cual, esta tesis tuvo como objetivo indagar el efecto de una intervención psicoeducativa en línea, informada en la DBT, dirigida a incrementar las competencias de regulación emocional y disminuir la frecuencia de la ANS.

Se utilizó un diseño de caso único controlado en el que participó una estudiante de 22 años proveniente de una universidad pública de la Ciudad de México, a la cual se evaluó antes, durante y al finalizar la intervención, así como en un seguimiento después de un mes. La conducta de autolesión se evaluó mediante el *Inventory of Statements About Self-Injury* (ISAS), mientras que el Inventario de Competencias de Regulación Emocional (PERCI) se utilizó para medir las dificultades en la regulación emocional. Se emplearon dos preguntas abiertas para realizar la evaluación cualitativa. Se diseñó un

protocolo de fidelidad al tratamiento para evaluar la conducta del responsable de la intervención a lo largo de las sesiones.

Los resultados aportaron evidencia en favor de la eficacia de la intervención realizada, principalmente mostrando un cambio en las competencias de regulación de emociones negativas y una disminución total de la conducta autolesiva de la participante. En conclusión, la intervención en línea, informada en el entrenamiento en habilidades de la DBT, fue eficaz para disminuir la frecuencia de autolesión y aumentar las competencias de regulación emocional.

La eficacia de esta intervención establece las bases para el desarrollo de una línea de investigación sobre intervenciones cortas y en línea, como alternativa de fácil acceso. También pudiendo ser utilizada en otros padecimientos de salud mental relacionados a déficits en la regulación emocional.

Palabras clave: autolesión no suicida, regulación emocional, terapia dialéctica conductual, entrenamiento en habilidades

Abstract

Non-suicidal self-injury (NSSI) is a major predictor of suicide risk (Vitelli, 2018), occurring recurrently in 26.90% of Mexican university students (Castro Silva et al., 2017). Those who self-injure, usually have been exposed to profound interpersonal stress, abuse or other types of emotional mistreatment (Jacobson y Batejan, 2014). The most common reason why non-suicidal self-injury presents is difficulties in an individual's emotion regulation (Cipriano et al., 2017). Usually, people who self-injure report strong negative emotions prior to the behavior, using self-injury as a means of avoidance of these negative emotional states, culminating in tension release (Nixon et al., 2002; Taylor et al., 2018).

Previous research has proven the efficacy in Dialectical Behavior Therapy (DBT) skills training as a stand-alone treatment for self-injury (Booth et al., 2012; Cannon y Umstead, 2018; Chugani, 2015; Muhomba et al., 2017), therefore this thesis has the objective of inquiring the effect of an online psychoeducational intervention informed on DBT, directed towards increasing emotion regulation competences and decreasing NSSI's frequency.

A unique controlled case design was implemented, in which a 22 year old student from a public university in Mexico City participated, whom was evaluated before, during and after the intervention, as well as in a one-month follow-up. Self-injury was measured through the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS), while the Emotional Regulation Competencies Inventory (PERCI) was utilized to measure difficulties in emotion regulation. Two open questions were used to perform the qualitative evaluation. A treatment fidelity protocol was created to evaluate the facilitator's behavior through the sessions.

Results showed a change in negative emotion regulation, and a total diminishing of self-injury in the participant. In conclusion, the online intervention informed in DBT skills was effective decreasing self-injury frequency and increasing emotion regulation competences.

The efficacy of this intervention provides a background for further investigation about short online interventions, as an easy access alternative. Also having the potential of being used in other mental conditions related to emotion regulation deficits.

Keywords: non-suicidal self-injury, emotion regulation, dialectical behavioral therapy, skills training

Introducción

La autolesión no suicida (ANS) es un daño corporal autoinfligido e intencional, que cumple el propósito de reducir o comunicar malestar psicológico, siendo de baja letalidad y no socialmente aceptada (Walsh, 2012). Cuenta con una prevalencia de 17.7% a nivel mundial entre adolescentes y adultos jóvenes (Kiekens et al., 2021), sin embargo, en México, 26.90% de estudiantes universitarios de primer ingreso presenta esta conducta de forma recurrente (Castro Silva et al., 2017). Esta conducta está principalmente asociada con problemáticas de regulación emocional, funcionando como un escape o evitación de experiencias emocionales negativas (Taylor et al., 2018), por lo cual intervenciones dirigidas a la regulación de estas pueden ser beneficiosas para su disminución (Wolff et al., 2019).

La Terapia Dialéctica Conductual (DBT por sus siglas en inglés) es un modelo terapéutico que tiene como propósito mejorar la calidad de vida aun cuando están presentes emociones intensas (Guerra-Baez, 2019), siendo eficaz en padecimientos asociados con problemas de regulación emocional, así como en la autolesión no suicida (Prada et al., 2018). Dentro de este modelo terapéutico, existe un entrenamiento en habilidades, el cual se ha mostrado eficaz como tratamiento único para disminuir la frecuencia de esta conducta (Booth et al., 2012; Cannon y Umstead, 2018; Muhomba et al., 2017).

Esta tesis tuvo como propósito poner a prueba una intervención corta informada en el entrenamiento en habilidades de la DBT para disminuir la ANS en una estudiante universitaria. Al principio se presentan dos capítulos que componen el marco teórico, el primero dedicado a la conceptualización de la autolesión, su prevalencia, neurobiología asociada y funciones; el segundo comprende el entrenamiento en habilidades y el por qué

se le considera como un tratamiento adecuado para la disminución de la conducta autolesiva.

En la siguiente sección se encuentra el método, en el cual se describe a detalle la estructura del estudio, su procedimiento y su propuesta de análisis. Esta investigación cuenta con un diseño de caso único en el cual una participante fue evaluada antes, durante y después de la intervención, junto con un seguimiento al mes después de finalizada. La primera evaluación consistió en una entrevista, la aplicación del *Inventory of Statements About Self-Injury* (ISAS) que identificó las funciones y frecuencia de la ANS, y el Inventario de Competencias de Regulación Emocional (PERCI) que midió las competencias de regulación emocional de la participante. En las evaluaciones subsecuentes, solamente se aplicó el PERCI y la frecuencia de la ANS fue medida de manera independiente.

Adicionalmente, se creó un protocolo de fidelidad al tratamiento, en el cual se elaboraron dos rubricas de evaluación con la finalidad de evaluar que el responsable de la intervención se apegara al plan de trabajo, las cuales fueron calificadas por un alumno de la licenciatura de psicología de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Los resultados se muestran en la sección subsecuente, donde se presentan por medio de tablas y gráficas los datos obtenidos en las evaluaciones, las comparaciones a lo largo del tiempo y respuestas cualitativas que brindó la participante al terminar la intervención psicoeducativa. Este apartado también cuenta con los índices de cambio clínico obtenidos tras contrastar los puntajes obtenidos en el instrumento PERCI y la frecuencia de autolesión.

Para finalizar, se presenta la discusión de esta tesis, en la cual los resultados son interpretados y comparados con la teoría. Al principio, se presenta la explicación de las

funciones que la ANS cumplía en la participante, para después explicar su disminución y cómo los avances en sus competencias de regulación emocional están vinculadas con su decremento. También se incluyen las limitaciones del estudio, y sus implicaciones.

Autolesión No Suicida

Introducción a la autolesión

Llegar a una definición clara de la autolesión es difícil de concebir debido a las distintas formas e intensidades en las que una persona puede lastimarse, ya sea directa o indirectamente. A lo largo de los años se le ha llamado de diversas maneras, por ejemplo, automutilación o parasuicidio (Linehan, 1987; Nock y Favazza, 2009 como se citó en Nock, 2009), y se le ha abordado desde diferentes enfoques. En este trabajo se utilizará el término autolesión no suicida (ANS) para referirse a este tipo de conducta. Walsh (2012) propone la siguiente definición: Daño corporal autoinfligido e intencional de baja letalidad, con el fin de reducir o comunicar malestar psicológico, sin ser una conducta socialmente aceptada (Walsh, 2012, p.4)

Tomando esta definición, el daño no es ambiguo en cuanto a intención, sino que es totalmente deliberado y hecho a uno mismo, siendo de baja letalidad, pues el daño causado al cuerpo no implica riesgos hacia la vida del individuo, por lo cual debe ser diferenciado de la conducta suicida. La autolesión es un daño consciente con la intención de reducir o comunicar el malestar psicológico por el que atraviesa una persona, mas no de acabar con la vida (Walsh, 2012).

Es indispensable identificar el contexto social en el que se desarrolla el individuo, pues la autolesión se define como un acto de naturaleza no aceptada socialmente, ya que existen daños corporales autoinfligidos que forman parte de prácticas religiosas o culturales, por ejemplo, los tatuajes o las perforaciones (Nock y Favazza, 2009 como se citó en Nock, 2009).

De acuerdo con Vitelli (2018), la forma más común de autolesión son los cortes en la piel, que pueden variar desde cortes superficiales hasta heridas profundas que requieran

algún tratamiento médico. Estos cortes suelen encontrarse en los brazos, piernas o abdomen. Otra forma bastante usual es quemar la piel, por ejemplo, utilizando cigarrillos o encendedores. Las quemaduras también pueden ser producto de la fricción en la piel, ya sea con borradores u otros utensilios de fácil alcance.

Estos métodos, a pesar de ser usuales, no son exclusivos, y la autolesión sigue teniendo la misma importancia independientemente del método escogido. Al reconocer la autolesión, lo principal es la intensidad del daño infligido, la frecuencia de este y el por qué ocurre.

Autolesión y suicidio

A pesar de la amplia investigación en cuanto a la ANS como fenómeno independiente, se le sigue confundiendo con la conducta suicida o el suicidio *per se*, lo cual es indispensable diferenciar para poder escoger de mejor manera las intervenciones o tratamientos que se apliquen cuando estas se presenten. Existen varias diferencias entre estas conductas, como la intención, los métodos utilizados, la frecuencia en que se presenta, el nivel de malestar psicológico, entre otros (Walsh, 2012).

La autolesión, en general, es un amplio espectro de experiencias y conceptos, por lo cual Nock y Favazza (2009, como se citó en Nock, 2009) presentan el término *conductas y pensamientos autolesivos*, el cual cubre una amplia gama de formas en que las personas piensan o se involucran en conductas relacionadas al daño autoinfligido, deliberado y de forma directa. Estas conductas y pensamientos se pueden dividir en suicidas y no suicidas.

Las conductas y pensamientos autolesivos suicidas según Nock y Favazza (2009, como se citó en Nock, 2009), incluyen las siguientes:

- Ideación suicida: Son los pensamientos de involucrarse en conductas que tengan la intención de acabar con la vida.
- Plan suicida: La formulación de un método o plan específico con el que la persona tiene la intención de terminar con su vida
- Intento de suicidio: Conducta deliberada y autolesiva con al menos un poco de intención de terminar con la vida.

En cuanto a conductas y pensamientos autolesivos no suicidas, se encuentran los siguientes conceptos:

- Amenaza o gesto suicida: Se refiere a una declaración o conducta en la cual la persona haga creer a otros que se tiene la intención de terminar con la vida, cuando no es el caso.
- Pensamientos autolesivos no suicidas: Situaciones en que las personas piensan en involucrarse en conductas autolesivas que no tienen la intención de acabar con la vida.
- Autolesión no suicida: Nock y Favazza (2009) la definen como la destrucción de tejido corporal sin la intención de morir.

La ANS se diferencia de todas las conductas anteriores al no existir el intento de acabar con la vida o el hacerlo creer a otras personas, y ser un comportamiento instrumental, no solo un pensamiento. A pesar esto, la ANS es uno de los predictores de mayor influencia sobre el riesgo suicida (Vitelli, 2018).

En cuanto al suicidio, Posner et al. (2014) mencionan que existen 3 componentes indispensables en cuanto a su ocurrencia:

- Agencia: Se refiere al hecho de decidir qué acción tomar. Un acto de suicidio debe ser provocado por uno mismo o auto-iniciado, aunque no necesariamente

autoinfligido, por ejemplo, comportarse de forma que un oficial de policía le dispare, todo esto con la intención de morir.

- Intención: En el acto suicida la persona debe tener la intención de terminar con su propia vida.
- Consecuencia: El suicidio tiene como consecuencia la muerte.

Prevalencia de la autolesión en estudiantes universitarios de México

La mayor parte de investigación sobre autolesión en México está centrada en adolescentes, por lo cual la investigación sobre autolesión en estudiantes mexicanos de nivel superior es bastante limitada (Castro Silva, et al., 2017), a pesar de ser un grupo donde existe una prevalencia elevada de ANS. De acuerdo con una encuesta a estudiantes de primer ingreso de nueve países participantes en la Iniciativa Mundial de Salud Mental de estudiantes universitarios (WMH-ICS, por sus siglas en inglés), en la cual participó México, la prevalencia transnacional de la autolesión no suicida es del 17.7%, con 44% de estos estudiantes pertenecientes al 17.7% aun presentando autolesiones en su primer año de universidad (Kiekens et al., 2021).

Castro Silva et al. (2017) condujeron un estudio dirigido a población universitaria, en el cual se utilizó una muestra de 564 estudiantes universitarios de la Ciudad de México con el fin de identificar la prevalencia de la autolesión. En este estudio, la ANS se dividió en dos categorías:

1. Experimental: engloba la existencia de uno a cuatro episodios de autolesión a lo largo de la vida.
2. Recurrente: engloba cinco o más episodios de autolesión a lo largo de la vida.

De acuerdo con sus resultados, el 57.87% de los alumnos ha recurrido a la autolesión al menos una vez en su vida, siendo un 30.97% quienes la presentaron de forma experimental, y un 26.90% de forma recurrente. Estos hallazgos muestran que la ANS es un problema de alta incidencia entre jóvenes universitarios mexicanos.

Adicionalmente, en México se ha identificado que estudiantes universitarios pertenecientes a una minoría sexual (homosexuales, bisexuales, y quienes se encuentran en duda sobre su orientación sexual) se encuentran en un mayor riesgo de presentar conductas autolesivas en comparación a los estudiantes heterosexuales, lo cual está relacionado con el estrés que involucra el estigma sobre la diversidad sexual que esta población experimenta (Rentería et al., 2021)

Neurobiología básica de la autolesión

Para entender los procesos de conducta autolesiva es indispensable conocer las bases biológicas que subyacen a su ocurrencia, pues gracias a investigación de las últimas décadas se ha traído a la luz la existencia de su relación con sustancias dentro del sistema nervioso, llamadas endorfinas.

Vitelli (2018) menciona que el causar daño en la piel estimula terminales nerviosas creando la sensación de dolor, que en consecuencia hace al cerebro liberar estas sustancias, las cuales son opioides con una estructura química que se asemeja a la heroína y cocaína, lo que puede causar una sensación de euforia que puede llegar a durar entre 15 a 20 minutos. Similar a las personas que presentan dependencia a sustancias que desarrollan una tolerancia a la heroína o cocaína, aquellos que se autolesionan pueden hacerlo necesitando lastimarse de formas más intensas para poder

conseguir la misma descarga emocional que anteriormente resultaba de heridas menos graves.

Bresin y Gordon (2013) argumentaron que existe un traslape en las áreas cerebrales que median el dolor tanto físico como emocional, por tanto, las respuestas neuroendocrinas entre ambas son similares. Estos opioides endógenos están implicados en varios procesos dentro del sistema nervioso, que incluyen la modulación de la recompensa, el dolor y la emoción. Es posible que los opioides liberados en respuesta al dolor experimentado durante el acto de autolesión lleven a una reducción del afecto negativo, tomando la función de reguladores emocionales. Parte de la evidencia que apoya este rol de opioides en la autolesión es el funcionamiento de un tratamiento farmacológico para pacientes que la presentan de manera crónica, el cual es un antagonista de receptores a opioides, que ha traído buenos resultados disminuyendo la frecuencia de esta conducta (Sher y Stanley, 2008).

Cabe mencionar que los opioides endógenos no son la única variante biológica relacionada con la autolesión. Existe información sobre la interacción de genes, el sistema dopaminérgico, serotoninérgico y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal con la conducta, mas no hay suficiente investigación concluyente al respecto, sobre todo en cuanto a autolesión deliberada (Sher y Stanley, 2009 en Nock, 2009). Sin embargo, Blasco-Fontecilla et al. (2016) sugieren que la ANS puede ser conceptualizada como una adicción, ya que la liberación de opioides puede producir tolerancia, estando involucrado también el sistema dopaminérgico.

Los rasgos que pueden dar señal de una dependencia a la autolesión son: la pérdida de control en el uso de la autolesión, el haber creado una tolerancia a ésta y el seguir realizándola a pesar de las consecuencias negativas que esto implica (Guérin-

Marion et al., 2018). Las personas que han desarrollado una dependencia tienen más dificultad para aprender alternativas más adaptativas y presentan mayor malestar a la hora de dejar esta conducta (Vitelli, 2018).

Funciones

Las autolesiones tienen varias causas dependiendo del individuo, pues cada persona las realiza por razones distintas. Investigación previa fundamenta la naturaleza compleja del fenómeno de la conducta autolesiva, incluyendo la diversidad de sus funciones, pues en varias personas la autolesión cumple más de una de éstas, comúnmente inter-relacionadas (Taylor et al., 2018). A continuación, se presentan varias funciones que explican el porqué de su ocurrencia:

Funciones Interpersonales

De acuerdo con Peel-Wainwright et al. (2021), la ANS puede ocurrir como un medio de comunicar malestar o afectar el entorno social; puede presentarse cuando una persona se percibe en una posición vulnerable o victimizada, mientras los demás toman roles punitivos, controladores, de rechazo o invalidantes. También cuando se percibe a los otros como indiferentes o que no brindan un apoyo, dejando al individuo aislado, funcionando como un medio para obtener apoyo o cuidado por parte de los demás cuando sus intentos previos de ello no fueron atendidos.

Jacobson y Batejan (2014) presentan las siguientes teorías principales en cuanto a las diversas funciones interpersonales:

- Teoría de comunicación: esta teoría analiza cómo las personas se involucran en conductas autolesivas como un medio de comunicación con su entorno. Nock y Prinstein (2005) identificaron dos funciones

interpersonales: a) reforzamiento social-positivo (SPR por sus siglas en inglés) y b) reforzamiento social-negativo (SNR por sus siglas en inglés). El SPR cuando la autolesión sirve para que la persona obtenga la atención de otros, mientras SNR ocurre cuando un individuo usa la ANS para escapar o evitar una demanda interpersonal. Por ejemplo, en el primer caso veríamos a alguien lastimándose para recibir el cuidado de un ser cercano, mientras en el segundo podríamos observar a un individuo que se lesiona para evitar acudir a una reunión social que le cause malestar y estrés. .

- Teoría de aprendizaje social/Modelado social y efecto de contagio: esta teoría busca ayudar a explicar por qué un individuo puede empezar a autolesionarse. Los infantes pueden aprender a temprana edad que las heridas están asociadas con un aumento de cuidado, así como los adolescentes pueden presenciar cómo otros pares obtienen atención o apoyo a través de la ANS y replicar esta conducta buscando los mismos beneficios. La ANS entre adolescentes suele ser fuertemente afectada por la influencia de pares, incluso siendo una forma de crear lazos con estos (Jacobson y Batejan, 2014).

Adicionalmente, las personas que se autolesionan reportan un alto número de problemas interpersonales que ocurren justo antes del acto (Hepp et al., 2021). Si al experimentar estrés interpersonal existen dificultades en el individuo para manejar las situaciones problemáticas, puede aumentar la propensión a autolesionarse, ya que el no producir soluciones efectivas puede elevar el afecto negativo debido a la falta de resolución del problema. La efectividad de la solución de problemas interpersonales es un factor importante en la relación entre el estrés interpersonal y la autolesión no suicida

(Ammerman et al., 2021). También, la ANS puede estar dirigida hacia el control del propio individuo, por ejemplo, utilizando esta conducta para detener una acción interpersonal, o incluso para reclamar el control de las emociones propias cuando otra persona le está lastimando (por ejemplo, cuando existe bullying) (Peel-Wainwright et al., 2021).

Los eventos interpersonales negativos son un detonante para la ANS, y se sugiere que una evaluación del malestar causado por estos eventos es un factor importante para valorar, pues solo los eventos interpersonales negativos que causan un alto nivel de angustia predicen la autolesión no suicida, mas no los eventos por sí mismos (Hepp et al., 2021).

Correlaciones ambientales interpersonales

De acuerdo con Jacobson y Batejan (2014), es muy probable que las personas que se autolesionan hayan sido expuestas o hayan experimentado fuerte estrés interpersonal, usualmente abuso sexual, agresión física, o diferentes tipos de maltrato emocional. Se han identificado varios factores de riesgo, como la separación o pérdida en la infancia, relaciones familiares disfuncionales e interrupciones en el apego con los cuidadores primarios, fuertes críticas por parte de los padres, soledad y rechazo. Adicionalmente, los individuos que crecen en ambientes invalidantes, donde la comunicación emocional o los sentimientos son ignorados o castigados, cuentan con un mayor riesgo de desarrollar un problema de autolesión.

Funciones Antisuicidio

El modelo anti-suicidio conceptúa la autolesión como un mecanismo de afrontamiento para detener la ideación suicida o los intentos de suicidio. Desde esta perspectiva, la autolesión se puede ver como una forma de expresar ideas suicidas sin

arriesgarse a morir, y sirve de reemplazo al deseo de quitarse la vida (Klonsky, 2007; Nixon, 2002). Es un intento de evitar la completa destrucción canalizando los impulsos destructivos específicamente hacia la autolesión, siguiendo fundamentos psicoanalíticos, al manejarlo como una interacción entre los impulsos de vida y muerte (Suyemoto, 1998)

Funciones relacionadas con disociación

La autolesión no suicida está asociada con experiencias disociativas, ésta pudiendo representar un intento de lidiar con los síntomas o, al contrario, un intento de alcanzar un estado disociativo (Calati et al., 2017; Pérez et al., 2020). La disociación es definida como una interrupción o discontinuidad en la integración normal de conciencia, memoria, identidad, emoción, percepción, representación corporal, control motor y conducta (APA, 2013), ejemplos de esto pueden ser sentirse desconectado del propio cuerpo, que el mundo exterior parezca irreal o “un sueño”, apatía, supresión de emociones o falta de interés en el entorno (Vitelli, 2018). Gran parte de la evidencia que apoya esta teoría es la alta coocurrencia de los trastornos disociativos entre personas que se autolesionan, así como la disociación se considera un factor de riesgo para presentar ANS (Karpel y Jerram, 2015).

Se ha sugerido que un estado disociativo puede preceder la conducta autolesiva, la ANS sirviendo como un alivio ante las experiencias disociativas al recobrar un sentido de sí mismo. En contraste, un estado disociativo puede resultar de la autolesión, con las experiencias disociativas sirviendo como un mecanismo de afrontamiento para desconectarse a sí mismo de emociones negativas (Bracken et al., 2008).

En cuanto a lidiar con síntomas disociativos, la autolesión puede ser una respuesta ante periodos de disociación o despersonalización, que pueden ser un resultado de las

intensas emociones que experimentan quienes se autolesionan. La autolesión puede ser una forma de generar sensaciones físicas y emocionales que permiten al individuo sentirse “real” o “vivo” otra vez (Klonsky, 2007), utilizando el dolor físico como un estímulo para combatir las sensaciones de adormecimiento, vacío, despersonalización o desrealización (Karpel y Jerram, 2015).

En contraparte, un individuo al autolesionarse puede estar buscando crear una respuesta disociativa, lo cual puede ser debido al dolor o el observar sangre, utilizando la disociación como una forma de lidiar con el estrés, que involucra un desapego parcial o total de la realidad (Bracken et al., 2008; Vitelli, 2018).

Funciones de autocastigo

La autolesión puede ser vista como una expresión de enojo o derogación a uno mismo. Se hipotetiza que los individuos que se autolesionan han aprendido de su entorno a castigarse o invalidarse a sí mismos. Varios casos reportan que el enojo autodirigido y la degradación propia son prominentes características de quienes se autolesionan (Klonsky, 2007). En algunos casos, esto también puede presentarse como una forma de castigar a otros (Edmonson et al., 2015).

El modelo “defectuoso” de la ANS propone que algunos individuos se autolesionan para castigarse o responder ante emociones de odio a ellos mismos o ante una baja autoestima. El dolor puede ser percibido como merecido, y el uso de la ANS es un método de afrontamiento que propicia el autocastigo (Burke et al, 2021b; Paul et al., 2014).

De acuerdo con Burke et al (2021a), las personas que se autolesionan muestran menores niveles de autovalía en varios dominios en comparación con quienes no lo hacen, incluyendo la imagen corporal, la insatisfacción con ellos mismos, el disgusto

propio y la autocrítica. Las cogniciones auto punitivas y de auto crítica están relacionadas con creencias fundamentales de que la persona tiene defectos y merece ser castigada, las cuales están asociadas con la intensidad del impulso de autolesionarse.

Quienes se autolesionan no solo experimentan cogniciones de auto crítica y autocastigo de forma más grave, sino que también experimentan una mayor fluctuación en estas experiencias cognitivas en comparación con quienes no se lesionan. Es posible que esta rápida fluctuación cognitiva contribuya al estado interno aversivo que precede episodios de autolesión.

Sheehy et al. (2019), mencionan que los individuos con una historia de ANS típicamente reportan mayores grados de vergüenza en comparación a los que no la tienen. En estos estudios la vergüenza es conceptualizada como juicios propios de que la persona es inherentemente defectuosa, inadecuada o mala (Sheehy et al, 2019; VanDerhei et al., 2014), similar a lo que comentan Burke et al. (2021) sobre las cogniciones auto punitivas y de auto crítica. Los individuos con mayor propensión a la vergüenza suelen internalizar más sus emociones, por tanto, a dirigir el daño a sí mismos. Este modelo es consistente con los modelos de autolesión orientados a la regulación emocional, siendo la vergüenza un estado interno aversivo (Sheehy et al., 2019).

Funciones de regulación emocional

Las dificultades de regulación emocional son la razón más común por la cual se presenta la conducta autolesiva. Quienes se autolesionan comúnmente reportan experiencias emocionales negativas previas al acto, como la ansiedad, la depresión y el enojo. Ya que la autolesión no suicida resulta en una reducción, a corto plazo, de emociones negativas, esta se puede convertir en una respuesta automática a estados aversivos internos (Cipriano et al., 2017). Adicionalmente, las tasas de varios trastornos psiquiátricos que presentan un alto índice de afecto negativo suelen ser altas entre

quienes se autolesionan, como los trastornos del estado de ánimo, el trastorno límite de personalidad, el trastorno por estrés postraumático y los trastornos por consumo de sustancias (Jacobson y Batejan, 2014).

La literatura sugiere que la ANS puede actuar regulando el afecto por dos principales razones: (a) eliminando o disminuyendo emociones negativas o (b) iniciando emociones deseadas en comparación a la ausencia de emoción. Usualmente, las personas que se autolesionan experimentan emociones negativas de forma elevada, y tienen una mayor dificultad y latencia en volver a una línea base, así como otras características ligadas a la regulación del afecto (Jacobson y Batejan, 2014).

Se ha propuesto el Modelo de Evitación Experiencial (Chapman et al., 2006), el cual se basa en el supuesto de que la ANS es una conducta negativamente reforzada, que reduce de forma temporal emociones negativas indeseadas. El término de evitación experiencial engloba toda forma de evitación y conducta de escape que son utilizados como métodos para alterar la forma, intensidad o función de la experiencia, usualmente con la intención de evitar el malestar. Esto denota un deseo de suprimir las emociones, pensamientos y sensaciones indeseadas y se relaciona con la respuesta de un individuo ante sus emociones, en vez de los sentimientos en sí. Si esta conducta se repite de forma recurrente, puede volverse una respuesta condicionada y automática ante la presencia de excitación emocional.

A pesar de que la autolesión puede conceptuarse como una manifestación de evitación emocional, esta conducta también puede servir al individuo para evitar experiencias internas alternas, como los pensamientos, recuerdos o sensaciones somáticas. El involucrarse en conductas autolesivas se puede conceptualizar como una

manifestación específica de una función de afrontamiento más amplia: una forma de conseguir control ante una respuesta de estrés incontrolable.

Al pedir una descripción de las emociones inmediatas tras un episodio autolesivo, la mayoría de las personas reportan el experimentar cierto tipo de cambio de ánimo positivo, como la liberación de tensión (Nixon et al, 2002), sin embargo, la evitación o escape de estados negativos internos es una función más común que el inducir un estado deseado (Taylor et al., 2018). Esta reducción de síntomas a corto plazo sirve para mantener y fortalecer la dependencia a conductas autodestructivas, eliminando o alterando el estado interno, formando un ciclo autopertuante, convirtiéndose en una respuesta de escape automática (Nielsen et al., 2016).

Quienes se autolesionan experimentan mayores niveles de afecto negativo en general, en comparación con las personas que no lo hacen, así como suelen tener una mayor reactividad emocional y dificultades en cuanto a su regulación, son más propensos a utilizar conductas desadaptativas a lo largo de su vida y también suelen sentirse menos cómodos expresando emociones de forma verbal, sobre todo las percibidas como negativas (Buckholdt et al., 2014; Jacobson y Batejan, 2014). Presentar dificultades experimentando y expresando emociones juega un rol dentro de esta conducta, McLane (1996) propone que las personas se lastiman a sí mismas como una consecuencia directa de una inhabilidad o renuencia a expresar sus emociones de forma verbal.

En cuanto a motivos, las dificultades en regulación emocional muestran una prevalencia elevada en la adultez temprana. Los adultos jóvenes, en comparación con los adolescentes, son menos propensos a involucrarse en conductas autolesivas por razones interpersonales o de búsqueda de sensación, dado el declive en la importancia de la influencia de pares y la toma de riesgos a esta edad (Guérin-Marion et al., 2018).

En un metaanálisis conducido por Wolff et al. (2019) se identificó que el acceso limitado a estrategias de regulación emocional era la variable con mayor asociación a la ANS, por tanto, los tratamientos se verían beneficiados al enfocarse en ayudar a los pacientes a conocer y utilizar estrategias de regulación emocional específicas.

Recapitulación

La ANS es un daño corporal autoinfligido de baja letalidad como respuesta ante malestar psicológico, que se puede realizar en forma de cortes, quemaduras, u otro tipo de daños a la piel del individuo. Es importante diferenciarla del suicidio o los intentos de suicidio, pues no es la finalidad de la ANS, ya que esta cumple distintas funciones psicológicas en la persona que se autolesiona.

El acto autolesivo tiene implicaciones tanto psicológicas como neurobiológicas, pues existe evidencia de que el dolor ocasionado al lesionarse está relacionado con la liberación de opioides endógenos, los cuales pueden ser responsables del mantenimiento y repetición de la conducta. En cuanto al ámbito psicológico, puede cumplir distintas funciones en un individuo, pudiendo ser de carácter interpersonal, como estrategia para evitar el suicidio, para causar o dar término a estados disociativos, para castigarse a uno mismo o como estrategia de regulación emocional.

Los problemas de regulación emocional son el factor con una mayor relación con la ANS, por lo cual, enfocarse en dar a conocer y enseñar a utilizar estrategias de regulación emocional pueden ser de gran utilidad al tratar esta problemática.

Terapia Dialéctico Conductual

Introducción a la Terapia Dialéctico Conductual

De acuerdo con Boggiano y Gagliesi (2018), a finales de la década de los años 70 del siglo pasado, Marsha Linehan y su equipo de investigadores comenzaron a estudiar intervenciones psicosociales en consultantes que presentaban conductas suicidas de forma crónica, para los cuales no existía un tratamiento basado en evidencia. Parte de los problemas a los que se enfrentaba el equipo era que los consultantes se sentían rechazados o criticados cuando se les orientaba rápidamente a cambiar, por lo cual se incluyeron estrategias de aceptación, al mismo tiempo que se incitó al cambio para disminuir el sufrimiento extremo. La baja tolerancia al malestar hacía difícil la tarea de focalizarse en resolver problemas si no se incluían habilidades nuevas, el *burnout* de los profesionales era significativamente alto y no existía un modelo que pudiese explicar el padecimiento.

La solución fue el desarrollo de una nueva intervención, en la cual sus supuestos principales eran opuestos entre sí, y del balance surgían las mejores prácticas: la dialéctica entre el cambio y la aceptación, entre la agenda basada en objetivos y protocolos, entre un diagnóstico psiquiátrico y la definición de los problemas desde una perspectiva conductual, la formulación de la teoría biosocial y la inclusión de un balance entre un terapeuta y un grupo de consultoría. A este modelo se le denominó Terapia Dialéctica Conductual (DBT, por sus siglas en inglés).

Durante la década de los 80 del siglo pasado, el modelo fue alcanzando madurez a partir de la puesta en práctica y, en 1991, se publicó un artículo fundacional en la revista *Archives of General Psychiatry* por Marsha Linehan y sus colaboradores. En este estudio se encontró una reducción significativa en la frecuencia y riesgo médico de las conductas

autolesivas y suicidas entre los pacientes que recibieron la DBT en comparación con quienes recibieron terapias alternativas, a las cuales fueron referidos dentro del centro de atención de su elección. También hubo una mayor adherencia terapéutica y los internamientos psiquiátricos disminuyeron (Linehan et al., 1991).

En este mismo artículo, los autores mencionaron las pautas básicas que tiene este tipo de terapia. La DBT es un tratamiento que incluye terapia individual e intervención grupal semanales, a lo largo de un año. La terapia individual es directiva, con un balance entre técnicas orientadas a problemas (entrenamiento en habilidades, modificación cognitiva, entre otras) y técnicas de apoyo (reflexión, empatía y aceptación). El énfasis está en enseñar al paciente a manejar las emociones extremas en lugar de *sacarlo* de la crisis.

Las metas del tratamiento están jerárquicamente ordenadas en relación con su importancia, de la siguiente manera:

1. Reducción de las conductas autolesivas o que ponen en riesgo la vida.
2. Reducción de las conductas que intervienen con el proceso terapéutico.
3. Reducción de las conductas que interfieren con la calidad de vida.

Linehan (2000) menciona que la DBT se basa en la idea de que cualquier tratamiento integral para pacientes con trastornos mentales graves debe cubrir cinco funciones:

1. Optimizar capacidades donde sean necesarias.
2. Incrementar la motivación hacia conductas adaptativas y disminuir la motivación de las conductas disfuncionales.
3. Ayudar a generalizar las nuevas habilidades conductuales al ambiente natural del paciente.

4. Intervenir en el tratamiento y ambiente para asegurarse de que las conductas disfuncionales no están siendo reforzadas ni las adaptativas están siendo castigadas.
5. Optimizar las capacidades y motivación de los terapeutas para tratar a los pacientes.

¿Qué es la terapia dialéctica conductual?

La DBT es parte de las llamadas terapias de tercera generación, que integran principios y ejercicios de aceptación y *mindfulness*, junto con componentes conductuales tradicionales. Esta terapia incorpora una perspectiva dialéctica que argumenta que la realidad no es estática, sino que se conforma de fuerzas internas opuestas (tesis y antítesis) de las cuales su integración (síntesis) crea nuevas fuerzas opuestas (Williams, 2017). Esta corriente terapéutica busca mejorar la calidad de vida estableciendo comportamientos funcionales, incluso cuando emociones intensas están presentes (Guerra-Báez, 2019), reforzando la capacidad de las personas para manejar la angustia sin perder el control ni actuar de forma destructiva (McKay et al., 2017).

La DBT ha mostrado ser eficaz en el tratamiento de distintos padecimientos de salud mental, como lo son el trastorno límite de personalidad, intentos de suicidio, autolesión (Prada et al., 2018), trastorno por estrés postraumático (Bohus et al., 2020) y trastornos alimentarios como la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón (Brown et al., 2020). El grupo de entrenamiento en habilidades como intervención aislada también tiene alta eficacia en otros trastornos, disminuyendo la reactividad emocional en el trastorno bipolar (Eisner et al., 2017) y aumentando los días de abstinencia en trastornos por abuso de sustancias (Cavicchioli et al., 2019). Gran parte de su funcionalidad está basada en la

intervención grupal, en la cual se les brinda psicoeducación a los pacientes en habilidades para manejar el malestar.

De acuerdo con Prada et al. (2018), la meta en el entrenamiento en habilidades es enseñarle al paciente herramientas generales para ayudarlo a resolver problemas de la vida de forma eficiente. Este tipo de entrenamiento es un elemento clave en la DBT, pues apunta hacia patrones disfuncionales conductuales, cognitivos, emocionales e interpersonales que llevan a la autolesión.

Los módulos tienen el propósito de que el paciente se acepte a sí mismo y la realidad tal como son, al mismo tiempo que cambiar lo que se necesita y puede. Cada módulo de herramientas puede sintetizarse de la siguiente forma, de acuerdo con McKay et al. (2017):

- *Mindfulness*: enseñan a focalizar la atención en el momento presente y a observar la realidad tal cual es. Se ocupa de la desregulación del sentido de identidad del paciente y reduce la sensación de estar desconectado de las demás personas.
- Tolerancia al malestar: se enfocan en la habilidad de tolerar y sobrevivir situaciones de crisis, así como aceptar eventos o emociones dolorosas para reducir el sufrimiento. Esto es esencial para evitar la autolesión, al estar relacionada con el sufrimiento arrollador.
- Eficacia Interpersonal: Ayudan a mantener y mejorar relaciones, manejar situaciones de conflicto y satisfacer necesidades sociales de forma adaptativa. Estas herramientas sirven para solucionar problemas interpersonales sin tener que caer en conductas extremas y disfuncionales.
- Regulación emocional: Son el mejorar la observación de las emociones propias, su entendimiento y el reducir la vulnerabilidad.

Terapia dialéctico conductual y autolesión no suicida

En la DBT se conceptualiza a la autolesión como un mecanismo de afrontamiento desadaptativo para reducir tensión o malestar emocional. Las conductas problemáticas como esta son consideradas un resultado de un déficit de habilidades de regulación emocional en el paciente (Booth et al., 2012). Este mecanismo es un esfuerzo cognitivo y conductual, con efectividad a corto plazo, para lidiar con distintas problemáticas, principalmente de carácter interno. Las lesiones proveen un escape efectivo y rápido, un alivio y regulación del intenso malestar emocional que el paciente enfrenta (Goethem et al., 2012).

Los grupos de habilidades son una intervención efectiva como tratamiento en cuanto a ANS, pues se ha probado que causa una reducción en la frecuencia y gravedad de las autolesiones, así como un aumento en el uso de estrategias adaptativas. Además, el entrenamiento en habilidades puede ser más viable al momento de ser implementado en centros de atención escolares en comparación a los otros componentes de la DBT (Muhomba et al., 2017). Esto se ha comprobado en estudios realizados en las últimas décadas, donde se ha puesto a prueba su efectividad como tratamiento individual, como se muestra a continuación:

En el año 2012, se publicó un estudio realizado por Booth et al. (2012), en el cual se adaptó el formato original del grupo de herramientas a un periodo de 6 semanas. Al terminar la intervención, se demostró que hubo una reducción significativa en la conducta autolesiva, así como un aumento en la tolerancia al malestar en los participantes.

Chugani (2015) realizó una recopilación y un análisis sobre intervenciones basadas en DBT en centros educativos, donde mencionó que este tratamiento es

funcional al aplicarse a estudiantes universitarios que se autolesionan o involucran en conductas autodestructivas. La autora creó, junto con sus colaboradores (Chugani et al., 2013), un programa de 11 semanas con sesiones de 90 minutos, en el cual los estudiantes mostraron una mejora significativa en cuanto a regulación emocional y herramientas de afrontamiento después de recibirlo. En su publicación del año 2015, menciona que se modificó la versión del 2013 al incluir una sesión extra, convirtiéndolo en un taller de 12 semanas con sesiones de 90 minutos.

Muhomba et al. (2017) realizaron un estudio en estudiantes, a los cuales se les brindó una intervención grupal basada en herramientas de DBT, donde cada grupo tuvo sesiones con una duración de 90 minutos. Esta versión se ajustó para dar prioridad a enseñar las herramientas de *mindfulness* y tolerancia al malestar. Los estudiantes que participaron en esta intervención mostraron mejoría significativa en la regulación emocional, un decremento en el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas y un aumento en el uso de estrategias adaptativas.

Cannon y Umstead (2018) realizaron un estudio de caso donde se utilizó una intervención basada en habilidades de DBT en un estudiante universitario, el cual presentaba problemas de autolesión relacionadas con desregulación emocional. En este estudio, el primer paso fue identificar lo que significó para el estudiante *una vida que valga la pena ser vivida*, se analizaron cogniciones y conductas disfuncionales, y posteriormente se introdujeron conceptos relacionados con la DBT.

A lo largo de la intervención, la psicoterapeuta validó cómo las conductas disfuncionales del estudiante le habían permitido atravesar situaciones dolorosas previamente, más le mostró cómo estas estrategias le estaban causando más daño que beneficio en la actualidad. También se le explicó que las habilidades de tolerancia al

malestar no tienen el propósito de hacerlo sentir mejor, sino de introducir nuevas conductas que disminuyan el malestar en momentos de tensión para prevenir conductas autolesivas. Al terminar la intervención el participante universitario mostró una disminución en la frecuencia de sus conductas autolesivas, un mayor repertorio conductual para responder ante situaciones de tensión emocional y un constante uso de herramientas de *mindfulness* en su vida diaria.

Este último estudio muestra que una intervención individual basada en habilidades de DBT puede tener un verdadero impacto en las conductas autolesivas de estudiantes, por lo cual en esta disertación se propuso realizar la intervención de manera individual basándose en la eficacia que ha mostrado la DBT para incrementar las habilidades de regulación emocional en diferentes clases de psicopatología, entre ellas, las autolesiones. La intervención se implementó en línea, debido a las consecuencias que la pandemia por COVID-19 generó al momento en el que se desarrolló esta tesis.

COVID-19 y atención psicológica en Línea

El 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró emergencia sanitaria internacional por el brote de coronavirus COVID-19, resultando en un aislamiento social a nivel mundial, en el cual se suspendieron actividades escolares, laborales y algunas económicas. Esto impactó de manera fuerte e impredecible la vida diaria de la población en general, pues el distanciamiento se alargó de forma indefinida.

La pandemia representa un gran riesgo a la salud mental, ya que ha modificado el contexto de los jóvenes estudiantes, pues se han tenido que enfrentar a nuevos retos en diversas áreas de su vida, ya sean personales, familiares, sociales o escolares (Barcelata-Eguiarte et al., 2021). El factor protector que los servicios de salud mental escolar juegan

al ofrecer apoyo psicológico accesible y cara a cara que pueden disminuir los riesgos de autolesión se ven interrumpidos, así como las preocupaciones relacionadas al virus, el distanciamiento y la falta de acceso a recursos de apoyo crean problemáticas adicionales para los estudiantes (Hasking et al, 2021).

El aislamiento social debido a COVID-19 llevó a la población a una situación donde la estructura diaria cambió, y la interacción social se limitó de forma significativa, posicionando a las redes sociales en línea como la principal forma de interacción. Las condiciones de encierro agravaron conflictos existentes en familias, llevando a una mayor necesidad de regular emociones y de recibir apoyo social, que es un factor protector para la ANS, aunque posiblemente este apoyo no pudo darse de forma oportuna en todos los casos (Plener, 2021).

De acuerdo con Barcelata-Eguiarte et al., (2021), los estudiantes mexicanos han presentado constantes miedos y preocupaciones, así como una amplia variabilidad de malestares de índole psicológica, como el estrés, el enojo, la tristeza, la frustración y la soledad. Esto llevó a una creciente necesidad de tratamientos con enfoques alternativos, disponibles en línea.

Migrar a plataformas *online* para proveer servicios de salud mental requirió tiempo para adaptarse a la tecnología y para que los jóvenes se sintieran en un espacio seguro y cómodo para recibirlos. Así se reconoció que las intervenciones terapéuticas tradicionales necesitan modificarse en este nuevo contexto (Hasking et al., 2021).

Las intervenciones en línea donde la meta principal es el educar en distintas habilidades se han probado eficaces. Church y Clond (2019) realizaron un taller en el cual se enseñaron estrategias interpersonales, incluyendo técnicas de mindfulness, los resultados de este estudio fueron positivos, mostrando una mejoría en la satisfacción de

las relaciones de los participantes, así como un declive en sintomatología ansiosa y depresiva. En cuanto a la DBT, Chelsey et al. (2018) realizaron una intervención online basada en entrenamiento en habilidades, la cual tuvo resultados favorables al mostrar una mejoría clínica en ideación suicida, uso excesivo de alcohol y desregulación emocional entre los participantes. Teniendo este referente teórico, se realizó la intervención de esta disertación en modalidad en línea para evaluar los resultados.

Recapitulación

A finales de los años 70 del siglo pasado, Marsha Linehan y su equipo de investigadores desarrollaron una novedosa intervención psicoterapéutica dirigida a consultantes que presentaban de forma constante conducta suicida llamada Terapia Dialéctica Conductual, la cual cuenta con un grupo de entrenamiento en habilidades, que incluye módulos de *mindfulness*, tolerancia al malestar, efectividad interpersonal y regulación emocional, los cuales tienen como propósito educar al consultante en herramientas que le ayuden a resolver problemas de forma más eficiente.

Estos grupos de habilidades han probado ser beneficiosos para tratar la ANS, reduciendo la frecuencia y gravedad de las lesiones y aumentando el uso de estrategias adaptativas. De acuerdo con los estudios de Booth et al., (2012), Chugani (2015), Chugani et al. (2013), Muhomba et al., (2017) y Cannon y Umstead (2018), la implementación de una intervención individual basada en este entrenamiento en habilidades puede tener un impacto beneficioso en las conductas autolesivas de estudiantes.

Tomando en cuenta el panorama actual, en el que se ha desatado una emergencia sanitaria internacional causada por el virus de COVID-19, los estudiantes mexicanos se encuentran en una situación vulnerable, presentando mayores preocupaciones y aumento

en problemas interpersonales. Debido al encierro resultado por esta emergencia, factores protectores ante la ANS se han visto limitados.

De acuerdo con Chelsey et al. (2018), una intervención online basada en el entrenamiento en habilidades anteriormente mencionado, fue efectiva para tratar problemas relacionados a la desregulación emocional, por lo cual se puede inferir que una intervención similar puede ser útil en el tratamiento de ANS en estudiantes universitarios.

Método

Planteamiento del problema

La autolesión no suicida es un daño corporal autoinfligido e intencional de baja letalidad, que cumple con la función de reducir o comunicar malestar psicológico, sin esta ser una conducta socialmente aceptada, como los piercings o tatuajes (Walsh, 2012). La investigación relacionada a este fenómeno está mayormente orientada a adolescentes, aun cuando esta problemática sigue siendo sobresaliente en estudiantes universitarios. De acuerdo con una investigación realizada por Castro et al. (2017), 57.87% de los universitarios en su estudio han mostrado alguna forma de autolesión, siendo un 30.97% quienes lo presentaron de forma experimental (1 a 4 veces), y un 26.90% de forma recurrente (más de 5 veces).

Se sabe que la autolesión es uno de los predictores de mayor influencia sobre el riesgo suicida y, además, parte del riesgo a considerar en cuanto a este fenómeno es la dependencia que puede generar debido a la respuesta neuroendocrina que dispara. Tras el acto autolesivo se liberan opioides endógenos con estructura similar a la heroína y cocaína, los cuales pueden producir tolerancia, orillando a quienes practican la autolesión a lastimarse de formas más intensas para conseguir la misma descarga emocional (Vitelli, 2018).

Los problemas de regulación emocional son las dificultades que han mostrado más relación con la autolesión no suicida, al servir esta como mecanismo de afrontamiento para mitigar el malestar, eliminando o alterando el estado emocional interno (Nielsen et al., 2016). Previa a la conducta de autolesión, suelen presentarse emociones negativas, principalmente el enojo y el aburrimiento. Como consecuencia, principalmente se encuentran emociones neutras o positivas, incluyendo una liberación de tensión (Chapman y Dixon-Gordon, 2007).

Se ha identificado que el acceso limitado a estrategias de regulación emocional esta fuertemente relacionado a la presencia de este fenómeno, por lo cual las intervenciones enfocadas a utilizar estrategias de regulación emocional pueden ser una excelente alternativa de tratamiento (Wolff et al., 2019). Gracias al conocimiento de las causas de la conducta de autolesión, es posible crear estrategias distintas de afrontamiento ante los factores causales, así como encontrar formas diversas de conseguir los resultados que se buscan al realizarla.

La DBT es un modelo psicoterapéutico integral que está diseñado para tratar síntomas relacionados a la desregulación emocional, combinando elementos de tipo cognitivo conductual y filosofías zen y budista (De la Vega y Sánchez, 2013). Una parte fundamental de este tratamiento psicoterapéutico consiste en un entrenamiento en habilidades de regulación emocional, el cual tiene como objetivo ofrecer al paciente estrategias generales para resolver problemas del día a día, enfocándose en patrones disfuncionales de conducta, cognitivos, emocionales e interpersonales.

La posibilidad de utilizar el entrenamiento en habilidades para reducir la conducta autolesiva se fundamenta en distintos estudios en los cuales se ha utilizado este como tratamiento, siendo eficaz para disminuir la autolesión. Un ejemplo es el estudio realizado por Muhomba et al. (2017), en el cual se les brindo un entrenamiento de habilidades de entre 7 a 12 semanas a jóvenes universitarios, el cual provocó una mejoría significativa en los participantes.

También, Cannon y Umstead (2018) reportaron un estudio de caso sobre una intervención corta e individual que se brindó a un estudiante universitario. En esta investigación, las conductas autolesivas que el participante presentaba comenzaron a disminuir tras cinco sesiones, lo cual brinda una base fundamentada para proponer que una intervención corta e individualizada, basada en los mismos preceptos, podría mostrar

resultados eficaces para disminuir la autolesión en un estudiante universitario de otra población. Por consiguiente, el propósito de esta investigación fue desarrollar y llevar a cabo una intervención individual, corta y en línea, informada en la DBT, para probar su eficacia en cuanto a disminuir la conducta autolesiva y aumentar las capacidades de regulación emocional en específico, basando este enfoque en el marco teórico presentado.

Pregunta de investigación

¿En qué medida una intervención psicoeducativa en línea, informada en el entrenamiento en habilidades de la DBT, permitirá disminuir la conducta autolesiva e incrementar las habilidades de regulación emocional en un estudiante universitario?

Hipótesis

Hi¹: Una intervención psicoeducativa en línea, informada en entrenamiento en habilidades de DBT, será eficaz para disminuir la conducta autolesiva e incrementar las habilidades de regulación emocional en un estudiante universitario

H0¹: Una intervención psicoeducativa en línea informada en entrenamiento en habilidades de DBT no será eficaz para disminuir la conducta autolesiva ni para incrementar las habilidades de regulación emocional en un estudiante universitario

Hipótesis del seguimiento

Hi²: Una intervención psicoeducativa en línea, informada en entrenamiento en habilidades de DBT, será eficaz para mantener la disminución de la conducta autolesiva y el incremento de habilidades de regulación emocional en un estudiante universitario un mes después de ser realizada.

H0²: Una intervención psicoeducativa en línea, informada en entrenamiento en habilidades de DBT, no será eficaz para mantener la disminución de la conducta autolesiva y el incremento de habilidades de regulación emocional en un estudiante universitario un mes después de ser realizada.

Objetivo general

Investigar si una intervención psicoeducativa breve y en línea, informada en entrenamiento en habilidades de DBT disminuye la conducta autolesiva de la participante, al término de la intervención y después de un mes de seguimiento.

Objetivos específicos

Diseñar una intervención psicoeducativa breve, a distancia, informada en el entrenamiento en habilidades de la DBT, que se acople a las necesidades específicas del participante.

Impartir la intervención diseñada para aumentar las habilidades de regulación emocional, tolerancia al malestar, mindfulness y eficacia interpersonal del participante, en el tiempo y forma acordados.

Evaluar la eficacia de la intervención implementada, al comparar las medidas tomadas antes, durante, al final y un mes después de que se realizó.

Indagar si la posible disminución de conducta autolesiva estuvo influenciada por el aumento en capacidades de regulación emocional del participante

Diseño de investigación

De acuerdo con Kazdin (2001), el diseño de esta investigación es experimental de caso único ($n = 1$), donde se tomaron mediciones antes y después de la intervención en un individuo.

Definición de variables

- Dependientes: autolesión y habilidades de regulación emocional
- Independiente: intervención psicoeducativa informada en la terapia dialéctico conductual

Descripción de variables.

Autolesión

Definición conceptual: Daño corporal autoinfligido e intencional de baja letalidad, con el fin de reducir o comunicar malestar psicológico, por ejemplo: cortarse, quemarse, golpearse o incluso realizar excoriación de heridas (Walsh, 2007 y 2012).

Definición operacional: Número de autolesiones autorreportadas y puntaje total obtenido en el cuestionario *Inventory of Statements About Self-Injury* (Castro Silva et al., 2016).

Habilidades de Terapia Dialéctica Conductual

Definición conceptual: Habilidades generales que ayudan al individuo a cambiar patrones conductuales, emocionales y de pensamiento, asociados con problemas en la vida cotidiana (Linehan, 2015).

Definición operacional: Puntuación obtenida en el Inventario de Competencias de Regulación Emocional (Mendoza Negrete, 2022).

Intervención psicoeducativa informada en la DBT:

Definición conceptual: La psicoeducación es una estrategia no farmacológica sistematizada y estructurada con el motivo de brindar información sobre problemas de salud mental y su tratamiento, con la finalidad de permitir al paciente lidiar con la problemática a tratar (Guarner-Catalá, 2020). Por su parte, la DBT es un modelo terapéutico, considerado como de tercera generación dentro del enfoque cognitivo conductual, que aborda síntomas de impulsividad e inestabilidad, al reforzar la capacidad del individuo para manejar el malestar sin perder el control o actuar de formas desadaptativas (McKay et al., 2017).

Definición operacional: Las sesiones y las actividades programadas en el taller psicoeducativo.

Participante

Por medio de un muestreo no probabilístico de tipo intencional, participó una estudiante de 22 años de edad, que cursaba estudios universitarios en la Facultad de Estudios Superiores Aragón, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Criterios de inclusión.

- Estar inscrita a una licenciatura o ingeniería de alguna universidad pública o privada de México.
- Haber presentado al menos una de las conductas consideradas “Autolesiones Severas” (Marín, 2013) en al menos 3 semanas antes de la primera evaluación:
 - Cortarse.
 - Quemarse.
 - Frotarse con objetos punzantes.

- Frotarse con ácido.
- Firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Haber tenido intentos de suicidio en los últimos cinco años.
- Haber asistido a psicoterapia en los seis meses previos a la investigación, ya que podría influir en los resultados.
- Haber asistido a tratamiento psiquiátrico en los seis meses previos a la investigación, ya que podría influir en los resultados.
- Presentar un trastorno psicótico.
- Presentar un trastorno de abuso de sustancias.

Criterios de eliminación.

- No haber asistido a todas las sesiones de psicoeducación (Ver sección de Intervención)
- No haber respondido los cuestionarios psicométricos en su totalidad.

Instrumentos

Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS). Traducido al español por Castro-Silva et al. (2016). Consiste en 26 reactivos en escala tipo Likert de 3 puntos: 0, 1 o 2 en cada reactivo (0 = No es relevante, 1 = Es algo relevante, 2 = Es muy relevante), los cuales están distribuidos en 7 factores sobre funciones de autolesión (Búsqueda de sensaciones/fortaleza, auto-regulación, evitando el suicidio, venganza, autodominio, manifestando angustia, embotamiento). Cuenta con un coeficiente de Cronbach de 0.89 para la escala total, y de 0.72 a 0.82 para cada uno de los factores.

Inventario de Competencias de Regulación Emocional (PERCI). Es un instrumento de 32 ítems que evalúa las dificultades para modificar la manifestación emocional

mediante la conducta y experiencias y las dificultades para identificar cuando es adecuado activar metas para regular las emociones. Los ítems del instrumento se agrupan en dos escalas generales (desregulación de emociones positivas, $\alpha = 0.86-0.90$; desregulación de emociones negativas, $\alpha = 0.91-0.93$), cada una compuesta por 16 ítems. A su vez, ambas subescalas se componen por 4 factores (control de experiencias negativas, comportamiento inhibitorio negativo, comportamiento activador negativo, tolerancia de emociones negativas, control de experiencias positivas, comportamiento inhibitorio positivo, comportamiento activador positivo y tolerancia de emociones positivas) de 4 ítems cada uno. Los factores del PERCI cuentan con un coeficiente de Cronbach que oscila entre 0.76-0.91 (Mendoza Negrete, 2022).

Para evaluar de forma cualitativa la intervención se utilizaron las dos siguientes preguntas, diseñadas expreso para esta investigación:

- ¿Consideras que este taller te ayudó a disminuir tu conducta autolesiva? ¿Sí, no y por qué?
¿Consideras que este taller te ayudó a mejorar tu regulación emocional? ¿Sí, no y por qué?

Descripción de caso

La siguiente información se publica con la total autorización de la participante (ver consentimiento informado, Anexo 2). Adicionalmente, antes de llegar a la versión final de la tesis, la participante leyó y autorizó esta descripción de su caso.

La participante es una chica de 22 años, estudiante de licenciatura, vive con su madre, hermano menor, y otros miembros de su familia extendida. Sus papás se separaron hace aproximadamente dos años, mas ella menciona que tras el suceso su relación con sus padres mejoró, al igual que la dinámica entre estos. No ha recibido

tratamiento psicológico ni psiquiátrico anteriormente. Es totalmente consciente de su problema de autolesión, así como de los eventos que lo catalizan, sin embargo, llega a tener dificultades para identificar por completo sus emociones y sus redes de apoyo son deficientes.

Desde la primera vez que se autolesionó, identificó que dicho evento fue ocasionado por fuertes críticas por parte de familiares. Ella menciona que fue una situación en la cual le dijeron que era una *inútil*, y tales palabras se quedaron repitiendo dentro de sí misma. La participante no respondió a los insultos de su familia, sino que se retiró a su cuarto y escribió palabras en sus brazos con una navaja: “Tu nunca dices nada”, no supo qué hacer con su brazo, solamente se puso un suéter y se fue a dormir. A partir de ahí, ella comenzó a recurrir a los cortes con navajas en los antebrazos, en los cuales se escribía frases con connotación negativa a su persona (Por ejemplo, “eres una inútil”). De acuerdo con la cuenta de cada corte individual que formaban las frases, la participante reportó 87 lesiones en las 3 semanas previas a la primera evaluación, usualmente en momentos de fuerte tensión emocional, especialmente en situaciones donde se quedó callada ante malos tratos de otras personas. Momentos antes de autolesionarse reporta sentir presión en el pecho, un nudo en la garganta y la cabeza caliente, emociones negativas intensas y a veces difíciles de identificar. Principalmente suele reprocharse el no defenderse, por lo cual su enojo y frustración son dirigidos hacia sí misma.

Cuando ella se autolesiona muestra síntomas disociativos, pues no siente dolor al realizar los cortes, y siente que *se ve en tercera persona*. Dice que quisiera tener un espejo frente a ella, pues cree que hace caras extrañas y no logra distinguir si lo que siente es enojo o frustración. Después de los cortes, experimenta una liberación de tensión.

Consideraciones éticas

A la participante se le pidió firmar un consentimiento informado (ver Anexo 2) en el que se especificaron:

- El objetivo del estudio.
- Que la información recabada sería publicada en un proyecto de tesis, asegurando el anonimato y confidencialidad de los datos de la participante.
- Las identidades de quien estuvo a cargo del estudio, del supervisor y del evaluador.
- La forma en la que se brindaría la intervención.
- Los riesgos y beneficios de esta.

Se le aclaró, a su vez, que la participación era totalmente voluntaria y libre de coerción, y que podía retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto representara alguna repercusión. La investigación se apegó, en todo momento, a los principios enmarcados en el Código de Ética del Psicólogo Mexicano (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

A continuación, se presenta la tabla de riesgos y beneficios que se realizó y se discutió con la participante antes de iniciar la intervención:

Tabla 1. Riesgos y beneficios

Riesgos	Beneficios
Ya que la intervención se dirige a la conducta de autolesión, es posible que el	Esta intervención se fundamenta en el paradigma de la práctica basada en

participante pueda presentar malestar emocional temporal como respuesta, para lo cual se dará contención emocional y si es necesario se le brindará contacto de atención psicológica en la universidad para acudir al terminar el estudio. Debido a la que la intervención abordará temas personales y se realizará en línea, existe el riesgo de que se perdiera la información en la red, por lo cual se utilizó una computadora con antivirus, una red privada de internet y solamente se compartieron las sesiones de Google Meet de forma personal con la participante y el evaluador.

evidencia. Debido a que la intervención se diseñó con base en un modelo teórico que ha mostrado respaldo empírico para el tratamiento de diferentes tipos de psicopatología, incluyendo la conducta autolesiva y la desregulación emocional, es altamente probable que exista una mejoría clínica a corto y largo plazo en la participante, impactando en su calidad de vida.

Ya que el objetivo de esta intervención es la disminución de la autolesión no suicida, los resultados pueden ser favorables para el participante, disminuyendo la frecuencia y gravedad de esta conducta.

La regulación emocional es uno de los temas clave dentro de la intervención, por lo cual el brindar herramientas basadas en evidencia puede causar una mejoría en cuanto a la regulación del participante a corto y largo plazo

Procedimiento

Se compartió una convocatoria abierta en redes sociales (Facebook e Instagram) para invitar participantes interesados en formar parte de la investigación, la cual incluía un

correo electrónico de contacto. Una vez que los interesados se comunicaron, se les envió un link de Google Forms donde se recolectaron datos sociodemográficos básicos, junto con preguntas relacionadas a los criterios de inclusión y exclusión del estudio (ver Anexo 1).

Con base en la información recolectada, se seleccionó una participante, a la cual se le contactó con el propósito de explicarle en qué consistía el estudio. Una vez que esta accedió a participar, se acordó una fecha de entrevista inicial. A las personas que deseaban participar, pero que no cumplieron con los requisitos, se les notificó que no habían sido seleccionados y se les compartió información sobre el centro de atención de la Facultad de Psicología de la UNAM, que es un servicio gratuito que atiende también en modalidad a distancia o presencial

La intervención se desarrolló del 13 de diciembre del 2021 al 12 de enero de 2022. Las 10 sesiones realizadas (Ver sección Intervención) tuvieron una duración aproximada de 90 minutos. La primera sesión consistió en una entrevista en la que se recabaron datos sociodemográficos de la participante, junto con información personal referente a la autolesión que esta presentaba, y se aplicaron los instrumentos ISAS y PERCI. Posteriormente, se utilizaron los datos recabados para diseñar la intervención, eligiendo las habilidades a enseñar de acuerdo con sus necesidades. Los resultados de la evaluación y entrevista se devolvieron a la participante en la siguiente sesión, así como se le explicó a detalle en qué consistiría el taller.

Intervención

La intervención consistió en 10 sesiones, de las cuales, siete estuvieron destinadas a la psicoeducación informada en el entrenamiento en habilidades de la DBT, utilizando la segunda edición del manual de entrenamiento en habilidades de Linehan (2015).

El formato de tiempo de la intervención de esta disertación está influenciado por el estudio realizado por Muhomba et al. (2017), en donde se utilizaron 7 a 10 sesiones semanales de 90 minutos. Basándose en la retroalimentación del grupo piloto de su primer estudio, Chugani et al. (2013) redujeron el entrenamiento en habilidades para estudiantes universitarios a 11 sesiones, con una sesión por semana de 90 minutos, influenciados por el formato creado por Pistorello et al. (2012), en el cual se modificó el formato original de 2 horas del entrenamiento en habilidades, a sesiones de 90 minutos, con el fin de ajustarse a horarios escolares.

En cuanto a la calendarización de las sesiones, se mantuvo la longitud de 10 sesiones de uno de los modelos realizados por Muhomba et al. (2017), sin embargo, la intervención psicoeducativa fue modificada a 2 sesiones semanales con el propósito de ajustarse al fin del ciclo escolar en curso, en las fechas que se inició el proyecto.

Entre sesiones, se le dejó de tarea a la participante practicar las habilidades aprendidas (TIPP, FAST, DEAR MAN, Identificación de emociones, aceptación radical, *mindfulness*, mejorar el momento, y aumento de experiencias positivas a corto y largo plazo), reportar su experiencia con estas diariamente en su carta semanal (ver Anexo 3), y registrar si hubo o no actos autolesivos, la forma cómo se realizaron y la cantidad de lesiones.

Las fechas y actividades realizadas en las 10 sesiones se describen brevemente a continuación (la información completa de las cartas descriptivas se encuentra en el Anexo 4):

Sesión #1 (13/12/21) Se realizó una entrevista inicial a la participante, en la cual se recabó información personal, incluyendo antecedentes de salud mental y autolesión no suicida. También se aplicaron los instrumentos psicométricos ISAS y PERCI.

Sesión #2 (15/12/21): Se hizo la devolución de la información obtenida con los instrumentos psicométricos y la entrevista. Se realizó un análisis funcional de la conducta de autolesión junto con la participante, el cual consiste en identificar los antecedentes y consecuencias de la conducta a analizar; también, se explicó brevemente lo que se haría a lo largo de la intervención.

Sesión #3 (20/12/21): Comenzó el entrenamiento en habilidades, iniciando con la enseñanza de habilidades de tolerancia al malestar, en específico, habilidades TIPP: temperatura, ejercicio intenso, respiración pausada y relajación muscular en paralelo. La habilidad *temperatura* consiste en instruir a la participante a sumergir el rostro en un balde con agua helada, activando su sistema parasimpático, teniendo como resultado una disminución de la excitación emocional. El *ejercicio intenso*, como su nombre lo indica, consiste en realizar de forma intensa ejercicio aeróbico para disminuir el malestar. La *respiración pausada* es una habilidad con la que se busca disminuir el ritmo de inhalación y exhalación, poco a poco logrando que la segunda sea mayor a la primera, disminuyendo la activación emocional. Por último, la *relajación muscular en paralelo*, consiste en la combinación de la respiración pausada con la tensión muscular voluntaria de distintos grupos musculares, logrando una disminución de la tensión emocional.

En esta sesión también se enseñaron habilidades de eficacia interpersonal, utilizando el acrónimo FAST (por sus siglas en inglés; *be fair, no apologies, stick to values y be truthful*), que hace referencia a: sé justo, no te disculpes, mantén tus valores y sé honesto; con el objetivo de aprender a interactuar y comunicar necesidades manteniendo el respeto propio. También se introdujo la carta semanal, cómo utilizarla y cómo se estará llevando su seguimiento. El objetivo de esta sesión fue preparar a la participante con habilidades que brindaran un apoyo para los principales problemas que causan su conducta autolesiva.

Sesión #4 (22/12/21): Iniciando con estrategias de eficacia interpersonal, se enseñó el acrónimo DEAR MAN (por sus siglas en inglés: describe, express, assert, reinforce, mindful, assertive, negotiate), que hace referencia a: describe, expresa, asegura, refuerza, se *mindful*, aparenta confianza y negocia, el cual cumple la función de ayudar a la participante a alcanzar objetivos interpersonales de forma asertiva. También se utilizó la habilidad de “Checar los hechos” para discernir de forma efectiva entre pensamientos e interpretaciones propias y la realidad. El objetivo de esta sesión fue incrementar las habilidades interpersonales en la participante, para identificar y lograr objetivos, y apegarse a los hechos en su vida diaria.

Sesión #5 (27/12/21): El objetivo de esta sesión fue introducir el módulo de regulación emocional, iniciando con psicoeducación sobre las emociones, sus funciones, componentes y propósitos, acompañados de un ejercicio. Para la segunda parte, se educó en la habilidad de “Aceptación radical” con el objetivo de enseñar a la participante a enfrentar la realidad sin juicios o emociones añadidas.

Sesión #6 (29/12/21): La sesión trató de las habilidades “Qué” del *mindfulness*. Se educó en “observar”, “describir” y “participar” por medio de ejercicios teóricos y prácticos. El objetivo de esta sesión fue el iniciar el entrenamiento en *mindfulness*. Las habilidades “Qué” son los conceptos que se llevarán a cabo durante la práctica de éste, enseñándole a la participante a observar su ambiente y sus propios pensamientos y emociones, describiéndolos sin juicios. También se impulsó el participar de forma plena en las actividades de su vida diaria.

Sesión #7 (03/01/22): En esta sesión se revisaron las cartas semanales pasadas, se aplicó de nuevo el instrumento PERCI, se midió la frecuencia de autolesión y se enseñaron las habilidades “Cómo” del *mindfulness*. Las habilidades “Cómo” del *mindfulness* son “sin juicio”, “unicidad” y “efectivamente”, las cuales se aprendieron por

medio de ejercicios teóricos. Estas habilidades refieren a cómo realizar el observar, describir y participar de forma adecuada, enseñados en la sesión previa.

Sesión #8 (05/01/22): Se brindó psicoeducación sobre *mejorar el momento* con ejercicios teóricos y prácticos, y se trabajó en la acumulación de experiencias positivas a corto plazo, creando una lista de actividades que la participante pueda realizar para despertar emociones positivas. El objetivo de esta sesión fue el enseñar a la participante a aumentar los eventos positivos en su vida, para incrementar las emociones positivas en su vida diaria.

Sesión #9 (10/01/22): Esta sesión estuvo enfocada en la acumulación de experiencias positivas a largo plazo, donde se realizó junto con la participante un plan de acción (Ver anexo 5) en el cual se identificaron valores, metas y acciones a realizar. El objetivo de esta sesión fue lograr conseguir emociones positivas en un periodo de tiempo largo, yendo paso a paso en la creación de experiencias positivas.

Sesión #10 (12/01/22): El objetivo de esta sesión fue el hacer el cierre de la intervención. Se hizo una revisión de todas las cartas semanales, así como una breve recapitulación de lo visto a lo largo del taller realizado. Se aplicó el instrumento PERCI, se midió la frecuencia de autolesión, se pidió a la participante responder a las preguntas de tipo cualitativo y se le dio un cierre a la intervención psicoeducativa.

Después de que transcurrió un mes a partir de la última sesión, se realizó un seguimiento (el 9 de febrero de 2022) con el objetivo de volver a evaluar la conducta autolesiva y las habilidades de regulación emocional.

Fidelidad al tratamiento

Con el propósito de garantizar que el autor de esta tesis se apegaría al plan de trabajo general de la intervención, así como a las actividades propuestas en las cartas

descriptivas de cada sesión, se diseñó un protocolo de fidelidad al tratamiento. Se crearon rúbricas de evaluación específicas para la sesión de entrevista y las sesiones subsecuentes, las cuales fueron calificadas por un alumno de quinto semestre de la licenciatura en psicología, de la Facultad de Psicología de la UNAM, quien no formaba parte del grupo de investigación del autor de esta tesis. Este alumno que fungió como evaluador y estuvo presente en todas las sesiones (previo consentimiento de la participante). Con excepción de la primera sesión, cuando se presentaron el evaluador y la participante, el evaluador mantuvo la cámara apagada durante todas las sesiones de la intervención y no intervino en ningún momento. En estas rúbricas se evaluaron elementos paralingüísticos, habilidades y conocimientos del facilitador (ver Anexos 6 y 7).

En cuanto a habilidades y conocimientos, se evaluó: el apego al contenido de la sesión, establecimiento de *rapport*, comunicación respetuosa y empática, orden y tiempo dedicado a las actividades, lograr que la participante se involucrara de forma activa en estas, cumplimiento del objetivo de la sesión, el uso correcto de los instrumentos psicométricos y el cierre de la entrevista y sesiones.

En cuanto a elementos paralingüísticos, se evaluó: vocabulario, pronunciación, volumen de voz, postura corporal, contacto visual, dar bienvenida, empleo de material, actitud profesional, conexión a internet estable, ambiente adecuado, espacio de dudas y reflexión, instrucciones dadas por el facilitador y el cumplimiento de los requisitos de una videoconferencia profesional (equipo de cómputo, audio y video, fondo de pantalla neutro, vestimenta adecuada y comportamiento profesional).

Tras analizar las rúbricas de evaluación, se observó que el porcentaje que obtuvo el facilitador brinda una base de evidencia sobre la fidelidad al tratamiento. Referente a la dimensión de *Conocimientos y habilidades*, el porcentaje obtenido fue de 91.5%; mientras que en *Elementos paralingüísticos* fue de 95.3%.

Escenario

La intervención se realizó en línea por medio de la plataforma Google Meet. Las sesiones tuvieron una duración de 90 minutos, que se acordaron conforme a la disponibilidad de la participante.

El escenario en el cual el autor de esta tesis realizó la intervención consistió en una habitación designada como cuarto de estudio en su domicilio. Este estudio es un espacio en silencio, con paredes blancas, estantes con libros y un escritorio. Durante las sesiones, la participante solamente podía observar al facilitador con un fondo totalmente blanco.

La participante se conectó a las sesiones mediante su teléfono celular, desde su habitación personal, dentro de su domicilio.

El evaluador se conectó a las sesiones desde su computadora personal, desde su habitación privada, dentro de su domicilio.

Aparatos

Para impartir el taller, el autor de esta tesis utilizó una laptop marca ASUS, modelo TP410U, con procesador Intel CORE i3 (Séptima generación). Para el audio en las videollamadas, se utilizaron unos audífonos alámbricos SONY con cancelación de ruido y un micrófono alámbrico con conector de doble canal de 3.5mm. Con el propósito de mejorar la calidad de video, se empleó una cámara web USB Full HD de 1080p.

Para acceder a las videollamadas, el evaluador utilizó una macbook marca Apple, y la participante utilizó su teléfono inteligente personal.

Análisis de resultados

Para identificar el cambio clínico de la autolesión en la participante, se realizó un análisis de frecuencias, contrastando la evaluación previa a la intervención con las realizadas a la mitad de ésta, al terminar y al mes de concluir. Del mismo modo se contrastaron los puntajes del PERCI. Para realizar el análisis estadístico, estas medidas fueron cuantificadas mediante índices de cambio clínico, en donde las diferencias de las medidas a comparar fueron divididas entre la medición pre-intervención, considerando clínicamente significativos los cambios mayores al 20%, con un índice de 0.2 (Cardiel, 1994).

La ecuación quedó de la siguiente forma:

$$\frac{\text{Medida pre} - \text{Medida a comparar}}{\text{Medida pre}} = \text{Índice de cambio clínico}$$

Un ejemplo:

$$\frac{14 - 11}{14} = 0.21$$

En este caso, el índice de cambio clínico es significativo, ya que es mayor al 20%

En cuanto al análisis cualitativo, se realizaron dos preguntas sobre la intervención a la participante, cuyas respuestas se muestran en el apartado de resultados.

Resultados

De acuerdo con los resultados del *Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS)*, las funciones que cumplía mayormente la autolesión en la participante eran las de auto-regulación, manifestando angustia, y búsqueda de sensaciones o fortaleza. En general, la autolesión tuvo una reducción total, con un índice de cambio clínico de 1.

En cuanto al Inventario de Competencias de Regulación Emocional (PERCI), las dificultades de regulación emocional que tuvieron una mayor reducción fueron la tolerancia a emociones negativas (0.82) y el control inhibitorio negativo (0.71). Esto tuvo un fuerte impacto en la regulación de emociones negativas en general, la cual tuvo un cambio clínico de 0.69.

Sobre la evaluación cualitativa, la participante mencionó que la intervención le pareció efectiva tanto en la mejora de su regulación emocional como en la disminución de conducta autolesiva. A continuación, se muestran a detalle los resultados obtenidos:

Funciones de autolesión según del instrumento *Inventory of Statements About Self-injury (ISAS)*

Los enunciados que la participante marcó como relevantes o muy relevantes en el instrumento se muestran en la siguiente tabla (Tabla 2), en conjunto con la función asociada:

Tabla 2. Enunciados sobresalientes en el Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS)

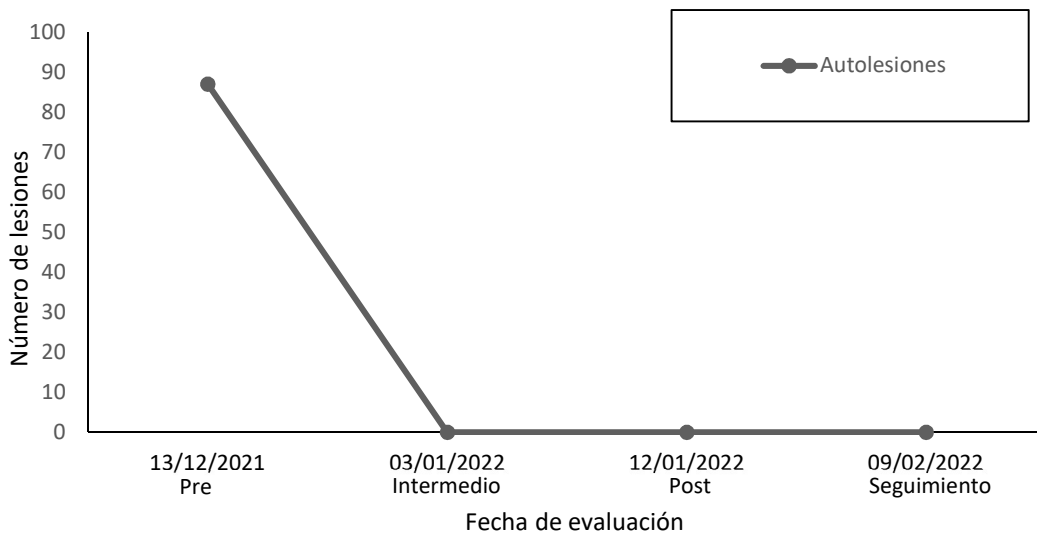
Función	Enunciado
Auto-regulación	Expresando enojo a mí mismo por ser inútil Reaccionando por sentirme infeliz conmigo mismo Liberando presión emocional Haciéndome una herida que es más fácil ocuparme que de mi estrés emocional
Manifestando angustia	Creando una marca física de que me siento terrible Dándole un significado a mi dolor emocional
Busqueda de sensaciones/fortaleza	Probándome que puedo aguantar el dolor físico Viendo si aguanto dolor

Resultados de los efectos del taller psicoeducativo basado en DBT sobre la conducta autolesiva

En cuanto a la frecuencia de la conducta autolesiva (Figura 1), hubo una reducción del 100% desde la segunda evaluación, pasando de 87 lesiones en las 3 semanas previas a la primera evaluación el 13 de diciembre de 2021, a 0 en las tres mediciones subsecuentes.

Figura 1.

Frecuencias de conducta autolesiva



En la siguiente tabla (Tabla 3) se muestran los índices de cambio clínico obtenidos en cuanto a la conducta de autolesión al contrastar la primera evaluación con las 3 subsecuentes, tomando como significativo todo cambio mayor al 20% en comparación con la línea base (Cardiel, 1994).

Tabla 3.

Cambio clínico de la autolesión no suicida

Comparación de la evaluación	Autolesión
Pre/Intermedio	1*
Pre/Post	1*
Pre/Seguimiento	1*

*> .20 indica que hubo cambio clínico significativo

Resultados de los efectos del taller psicoeducativo basado en DBT sobre las competencias de regulación emocional

A continuación, se muestra a detalle el cambio a lo largo del tiempo en los factores del Inventario de Competencias de Regulación Emocional (PERCI). En la Figura 2 se observa el análisis de los cuatro factores que miden dificultades en la regulación de emociones negativas, la Figura 3 muestra el cambio en los cuatro factores de dificultades en la regulación de emociones positivas, mientras que en la Figura 4 se presentan las comparaciones observadas en las dos subescalas globales (dificultad de regulación emocional tanto negativa como positiva), que están conformadas cada una por los 4 factores antes mencionados, orientados a emociones positivas o negativas respectivamente.

Figura 2

Dificultad de regulación de emociones negativas

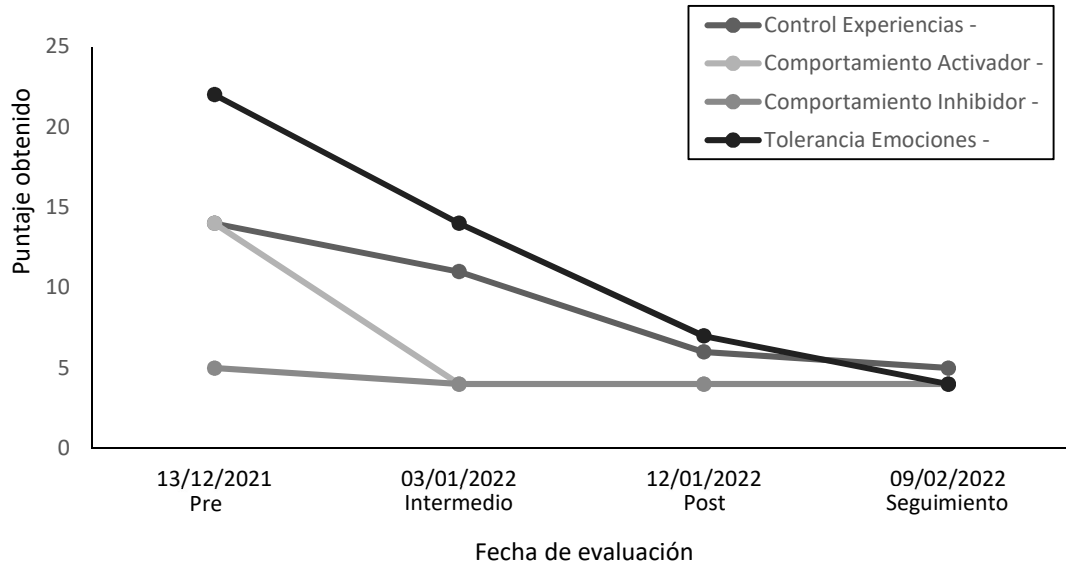


Figura 3

Dificultad de regulación de emociones positivas

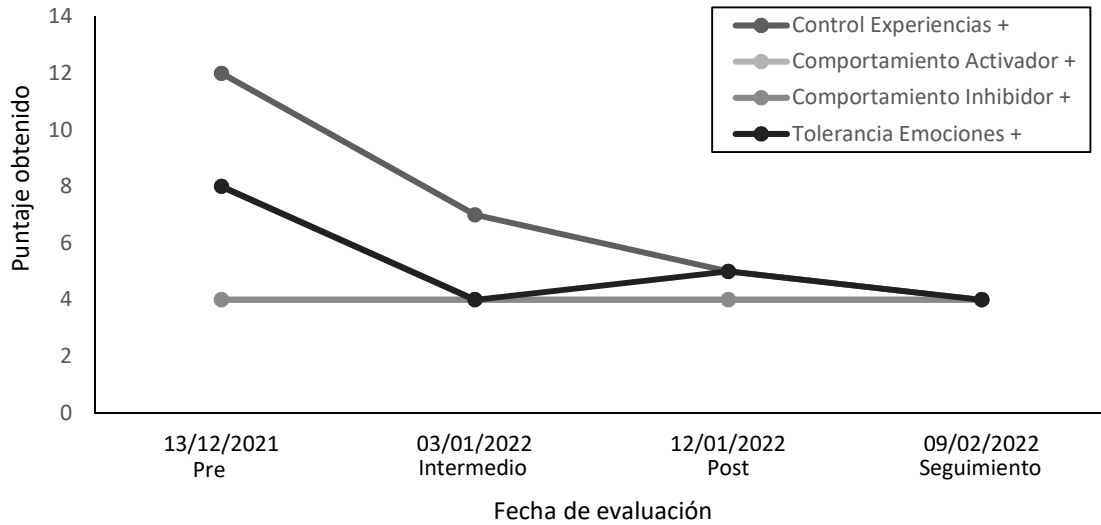
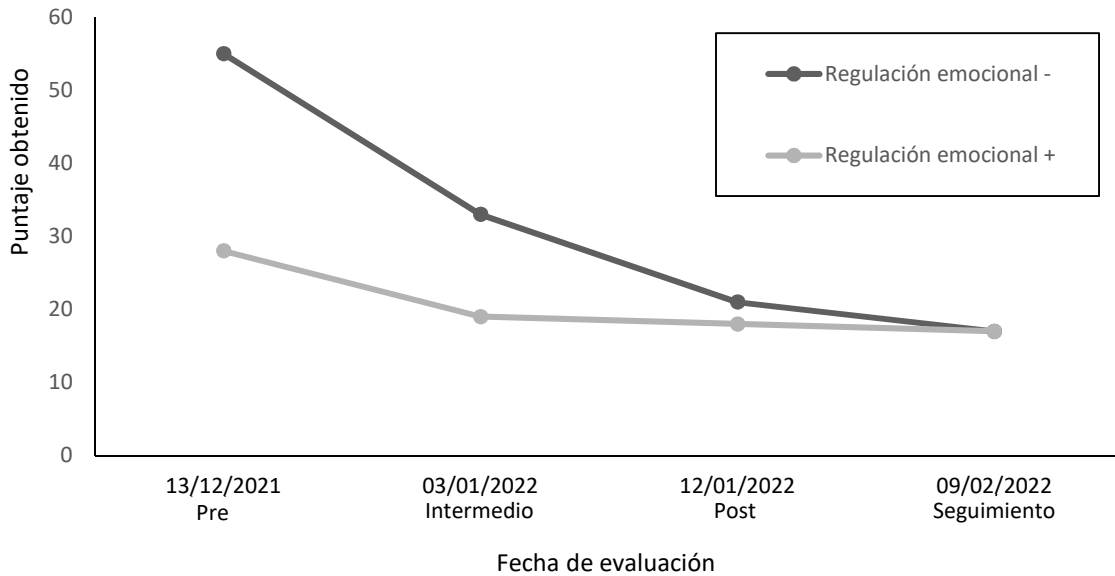


Figura 4

Puntaje compuesto de dificultades en regulación emocional



En la siguiente tabla se muestran los índices de cambio clínico obtenidos en las distintas mediciones con el Inventario de Competencias de Regulación Emocional (PERCI) (Tabla 4), resultado de contrastar las puntuaciones de la primera evaluación con cada una de las subsecuentes.

Tabla 4. Índice de cambio clínico

	CE-	CI-	CA-	TE-	CE+	CI+	CA+	TE+	RE-	RE+
Pre/Intermedio	0.21*	0.71*	0.20*	0.36*	0.42*	0.00	0.00	0.50*	0.40*	0.32*
Pre/Post	0.57*	0.71*	0.20*	0.68*	0.58*	0.00	0.00	0.38*	0.61*	0.35*
Pre/Seguimiento	0.64*	0.71*	0.20*	0.82*	0.67*	0.00	0.00	0.38*	0.69*	0.39*

Nota: CE-= Control de experiencias negativas; CI-=Control inhibitorio negativo; CA-=Control activador negativo; TE-=Tolerancia a emociones negativas; CE+=Control de experiencias positivas; CI+=Control inhibitorio positivo; CA+=Control activador positivo; TE+=Tolerancia a emociones positivas; RE-= Regulación emocional negativa; RE+=Regulación emocional positiva

*Indica que hubo un cambio clínico significativo (Cardiel, 1994)

Para realizar el análisis de cambio clínico se tomó a consideración un cambio del 20% en comparación a la línea base (Cardiel, 1994). Se puede observar que hubo una reducción significativa en las dificultades de regulación emocional en la mayoría de los factores desde la segunda evaluación a la mitad de la intervención, a excepción de los factores *control inhibitorio positivo* y *control activador positivo*, cuyos puntajes fueron 0 desde la primera medición.

A lo largo de las siguientes evaluaciones, continuó una tendencia a la disminución de dificultades de regulación emocional en los factores restantes, solamente hubo un ligero aumento no significativo en la *tolerancia a emociones positivas*, el cual sigue considerándose dentro del rango de cambio clínico significativo en comparación con la línea base. Cabe mencionar que el factor *tolerancia a emociones negativas* fue el que mostró un cambio más sobresaliente en comparación con el resto.

Resultados cualitativos de los efectos del taller psicoeducativo basado en DBT sobre la conducta autolesiva y la regulación emocional

Para evaluar de forma cualitativa el taller, se realizaron dos preguntas abiertas que contestó la participante al terminar la intervención. Sus respuestas se muestran a continuación:

¿Consideras que este taller te ayudó a disminuir tu conducta autolesiva? ¿Sí, no y por qué?

“Sí, porque considero que en estas sesiones que fueron divididas en cuatro módulos me dieron las herramientas y conocimientos necesarios, que puedo utilizar a diario en mi toma de decisiones con el fin de que de esta manera sea más beneficioso para mí sin hacerme daño.”

¿Consideras que este taller te ayudó a mejorar tu regulación emocional? ¿Sí, no y por qué?

“Sí, yo creo que me ayudó de una gran manera, ya que al brindarme el conocimiento de reconocer las emociones puedo ahora actuar de una manera más objetiva al tener conocimiento de que estoy sintiendo, tengo una mejor manera para asimilarlo y actuar; puedo hacerlo de manera física y también mental.”

Discusión

El propósito principal de esta tesis fue desarrollar una intervención psicoeducativa en línea, informada en el grupo de entrenamiento de habilidades de la terapia dialéctica conductual, e identificar si esta tendría un efecto favorable al disminuir la conducta autolesiva en una participante y aumentar sus competencias de regulación emocional, tanto terminando la intervención, como después de un mes de seguimiento. Conforme a los resultados antes presentados es posible afirmar que la intervención fue eficaz, lo cual añade evidencia en favor de las hipótesis de investigación propuestas, tanto la principal, como la de seguimiento. La intervención desarrollada e implementada logró disminuir la conducta de autolesión en un 100%, e incrementó de forma significativa las competencias de regulación emocional de la participante, principalmente aumentando su tolerancia a emociones negativas y el control inhibitorio de estas.

A partir de un análisis funcional de la conducta, se identificaron las funciones de autolesión y problemáticas detectadas en la participante, lo cual permitió el desarrollo de una intervención personalizada. Debido a que la terapia dialéctica conductual ha mostrado ser eficaz para disminuir la conducta autolesiva en estudiantes universitarios (Cannon y Umstead, 2018; Chugani, 2015; Muhomba et al., 2017), se tomó como base este modelo teórico para plantear la intervención.

El hallazgo principal de esta investigación, es decir, que una intervención en línea informada en DBT redujera por completo la conducta autolesiva en una estudiante universitaria, se puede explicar debido a que la DBT entraña diferentes técnicas dirigidas a la regulación emocional en general. A continuación, se revisarán las causas principales de la autolesión que presentaba la participante, relacionándola con las habilidades que se utilizaron para su tratamiento.

En primer lugar, se identificó la presencia de una alta excitación emocional que se percibía de forma física (por ejemplo, sentir la cabeza caliente), junto con síntomas disociativos que se presentaban al momento de lesionarse, por lo cual se puede inferir que la participante buscaba detonar estas respuestas disociativas para mitigar la excitación emocional (Calati et al., 2017; Pérez et al., 2020). Debido a esto, se precisó la necesidad de lograr que la participante pudiera soportar las situaciones de alto estrés afectivo sin recurrir a la autolesión para suprimirlas, por lo cual se inició con la educación en habilidades TIPP.

La participante observó cambios en su respuesta emocional a partir de la primera sesión, principalmente adjudicándolos a la herramienta de temperatura, la cual mencionó repetía constantemente cuando mostraba un intenso malestar. Esto le permitió disminuir la necesidad de lastimarse, dándole una oportunidad de aplicar el resto de las habilidades.

En segundo lugar, esta respuesta emocional intensa y negativa que se presentaba previamente al acto autolesivo concuerda con lo que mencionan Cipriano et al. (2017). Gracias a la teoría revisada previo a la intervención era de esperarse el encontrar emociones difíciles de controlar dentro del caso, así como su necesidad de evitar o escapar de estos estados emocionales negativos (Taylor et al., 2018), con la autolesión siendo un alivio rápido y efectivo ante el malestar (Goethem et al., 2012). Esto se comprobó en la primera evaluación que se realizó a la participante, en la cual su nivel de dificultad de regulación de emociones negativas era notoriamente alto, principalmente el factor de tolerancia a emociones negativas. Para contrarrestar este déficit, se brindó educación en habilidades de tolerancia al malestar, tomando como referencia el estudio de Muhomba et al., (2017).

Como mencionan Wolff et al. (2019), el acceso limitado de la participante a estrategias de regulación emocional era un problema que impedía la disminución o control de la conducta autolesiva. Esto se comprobó con los resultados finales, principalmente con las respuestas cualitativas que la participante brindó, haciendo hincapié en que las habilidades aprendidas le permitieron tener estrategias nuevas para enfrentar el malestar emocional, tal como mencionaron Cannon y Umstead (2018), con el propósito de no recurrir a los cortes.

Por último, la participante solía lesionarse justo después de presentar problemas interpersonales con su familia, tal como mencionan Hepp et al. (2021). Las problemáticas familiares seguían repitiéndose debido a un déficit en las habilidades de efectividad interpersonal, y al no solucionar el problema, las autolesiones se seguían presentando (Ammerman et al., 2021), por lo cual el taller se inició con la habilidad FAST, entrenando a la participante en el establecimiento de límites y en el desarrollo de su autorrespeto. Adicionalmente, al enseñar la habilidad de DEAR MAN, la participante reportó el mejorar la comunicación con su círculo familiar. El entrenamiento de estas dos herramientas permitió que los percances familiares se redujeran, disminuyendo las situaciones detonantes principales de la autolesión en la participante.

En cuanto a la evaluación cuantitativa, desde la primera evaluación, el factor con mayor puntaje de dificultad fue el de tolerancia a emociones negativas, lo cual concuerda con lo encontrado en la entrevista inicial. A lo largo de la intervención, el índice de cambio clínico fue aumentando, siendo el índice con el mayor progreso. Este cambio sugiere un incremento en su habilidad para tolerar emociones desagradables, que anteriormente eran insoportables y conducían a la autolesión. Gracias a las habilidades de tolerancia al malestar, la participante aprendió a enfrentar y vivenciar las emociones negativas sin que estas detonaran la conducta autolesiva.

Otro factor de gran importancia fue el de control inhibitorio negativo, que se refiere al poder inhibir las respuestas conductuales al experimentar emociones desagradables (Mendoza Negrete, 2022). Siendo la autolesión una respuesta conductual ante el malestar experimentado, hace sentido el que el aumento de la capacidad de inhibir estas respuestas sea una causa para la disminución de la conducta de autolesión. Este factor presentó un índice de cambio significativo en todas las mediciones, explicando el por qué las autolesiones disminuyeron en un 100% desde la segunda evaluación, al poder inhibir la conducta autolesiva como respuesta ante el malestar emocional experimentado. Esta disminución está ligada al uso de habilidades TIPP, que la participante reportó empezó a influir desde la primera sesión en momentos de malestar intenso, disminuyendo la excitación emocional, logrando la inhibición de la respuesta autolesiva.

También, el índice del factor de control de experiencias negativas mostró un cambio notorio, el cual mide la dificultad del individuo para controlar o disminuir la manifestación de las emociones desagradables (Mendoza Negrete, 2022). Ya que esta dificultad disminuyó de forma significativa, es posible hablar de un aumento en el control que la participante tiene sobre sus emociones negativas, permitiéndole no realizar la conducta de autolesión al no dejar el malestar escalar a niveles insoportables.

En general, las competencias de regulación de las emociones negativas mostraron un gran progreso. Es posible sugerir que la disminución total de la conducta autolesiva de la participante fue principalmente causada por un aumento en las habilidades de regulación emocional negativa, ya que, conforme a lo mencionado por Wolff, et al. (2019), el acceso a estas nuevas estrategias tiene un efecto directo sobre la frecuencia de autolesión.

En cuanto a la regulación de emociones positivas, el factor que sobresale es el de control de experiencias positivas, que mide la dificultad para controlar o incrementar las

experiencias que contienen emociones positivas (Mendoza Negrete, 2022). Debido a esto, es posible inferir que las herramientas que se brindaron para aumentar eventos positivos tuvieron un impacto sobre esta competencia, permitiéndole aumentar las emociones positivas en su vida diaria, disminuyendo el malestar. En general, hubo un incremento significativo de las competencias de regulación emocional positiva, lo cual brinda evidencia para concluir que la disminución de la conducta autolesiva también estuvo influenciada por la disminución de las dificultades de regulación en esta área.

Como última observación, una de las funciones de la conducta autolesiva de la participante que se encontró en la evaluación inicial era la de autocastigo, conducta que ocurría después de que presentaba pensamientos negativos sobre sí misma (Burke et al, 2021b; Paul et al., 2014), pues mencionaba que era una “inútil” y se castigaba por no reaccionar ante los problemas interpersonales como creía que “debía”, percibiendo el dolor como merecido por sus defectos (Burke et al, 2021). Sin embargo, debido a que esta función de autolesión no fue cuantificada, no se tiene evidencia objetiva sobre su progreso, más vale la pena comentarlo, pues podría ser un punto de consideración para futuras investigaciones.

El tópico de autolesión no suicida puede ser un tema difícil a tratar por parte del clínico, pues es un tema que involucra bastante malestar que puede llegar a causar estrés y fatiga en quien realiza la intervención, por lo cual es de vital importancia que se tenga una debida supervisión en el trabajo clínico. En el caso de este proyecto de tesis, se tuvo una supervisión por parte del director de la misma, así como por una terapeuta externa a la universidad, formada en DBT, que brindó apoyo al tesista a lo largo de la intervención.

Conclusiones, limitaciones y fortalezas

En cuanto a limitaciones, ya que la intervención se llevó a cabo a distancia línea, fue común que existieran problemas de conexión o con los dispositivos utilizados. En

varias ocasiones el internet de la participante falló, por lo cual las sesiones se llegaban a ver interrumpidas por unos cuantos minutos, así como la computadora del autor de esta tesis llegó a alentarse en la primera sesión. Para solventar esto, la computadora del interventor fue llevada a servicio técnico, más la situación con el internet de la participante no pudo ser mitigada a pesar de recibir apoyo técnico por parte de la compañía que le brinda el servicio. En futuros estudios será necesario continuar realizando esfuerzos para encontrar mejores formas de prevenir y solucionar este tipo de problemas. Ejemplos de esto pueden ser el poner especial atención en los puntos referentes al uso de videollamadas y sus indicaciones técnicas, según guías dirigidas a la práctica telepsicológica, por ejemplo, la realizada por la Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists (2013).

Debido al diseño $n = 1$ utilizado, existen varias limitantes referentes a la generalización del estudio, pues al faltar un número mayor de observaciones no se puede tener la seguridad de que es fácilmente aplicado a casos distintos, sobre todo cuando la selección de la participante fue intencional, basada en criterios específicos. Ya que el individuo cuenta con características psicológicas únicas, existen diversos factores que influyen en su conducta que no pueden ser controlados. Esta limitación podría ser cubierta al hacer réplicas consecuentes similares al estudio presentado en esta tesis, con casos diversos que permitan conocer la efectividad de la intervención en participantes con características distintas.

Una limitante más del estudio es que las habilidades enseñadas no siguen el orden específico del manual de Linehan (2015), pues las habilidades que se trabajaron durante la psicoeducación fueron elegidas con base en la información recabada durante el proceso de entrevista y evaluación pre-intervención, también, la elección del formato de la intervención psicoeducativa, con 2 sesiones semanales durante 5 semanas, fue elegida

tomando como referencia distintos estudios para crear una nueva modalidad, sin ser una réplica exacta de alguna de estas previas referencias. Cabe mencionar, que 10 sesiones es un tiempo muy limitado, el cual puede no ser suficiente para que un conjunto de habilidades complejas quede totalmente consolidado.

Otra limitante es la evaluación solamente enfocada a la regulación emocional. A pesar de que se trabajaron habilidades de distintos módulos del entrenamiento en habilidades de la DBT, solamente se evaluó el aumento de las capacidades de regulación emocional, tomando esta decisión ya que la regulación emocional es la variable sobresaliente en cuanto a la conducta autolesiva de acuerdo con el marco teórico previamente presentado.

Adicionalmente, la evaluación de seguimiento a un mes no brinda una garantía de que la intervención sea efectiva a largo plazo, lo cual podría ser contrarrestado haciendo múltiples evaluaciones a lo largo de un periodo más amplio.

Por último, existe el riesgo de un posible sesgo de deseabilidad social por parte de la participante, lo cual no puede ser del todo controlado en investigaciones de caso único. Esto sería más fácil de regular si existiera un mayor número de casos, de forma que se eliminaran los puntajes extremos alejados a la media.

Como fortalezas, se observa que este estudio contó con evaluación tanto cuantitativa como cualitativa, incluyendo medidas de instrumentos psicométricos y preguntas cualitativas respondidas directamente por la participante, lo cual ofrece puntos de referencia más contundentes a la hora de hacer inferencias sobre los resultados de la intervención, en comparación con el uso de solo una modalidad de evaluación.

Adicionalmente, contar con un porcentaje favorable sobre la fidelidad al tratamiento por parte de un tercero, garantiza que la intervención fue realizada tal como

se estableció, brindando las habilidades de manera adecuada, tanto en contenido teórico, como en la forma en que estas fueron presentadas.

Implicaciones del estudio

La realización de esta investigación y su publicación abre la puerta a un mayor número de investigaciones sobre intervenciones cortas y en línea para estudiantes, pues debido a la pandemia por COVID-19 nuestro entorno y funcionamiento como sociedad ha cambiado por completo. Es posible que más adelante la necesidad de intervenciones en línea crezca, pues si algo nos han enseñado estos últimos años es que el futuro es incierto, por lo cual se le debe poner un énfasis especial a esta modalidad de tratamiento.

Este tipo de intervenciones pueden realizarse en un amplio espectro de lugares mientras se cuente con una conexión a internet, haciendo énfasis en que se deben cumplir lineamientos generales que permitan diferenciar entre una llamada informal a una profesional (por ejemplo, un espacio específico y equipado para la videollamada), lo cual la hace una opción muy práctica para cualquier estudiante, sumando su corta duración. Esto permite a universitarios recibir tratamiento para el malestar que padezcan de una forma sencilla y accesible, aumentando la posibilidad de que esta población acceda a servicios de salud mental cuando sea necesario. También, podría ser una buena alternativa para pacientes de edad similar en otras poblaciones de la República en las que no existen servicios de esta índole por falta de espacios físicos, como comunidades marginadas en las que sí se cuente con acceso a internet.

Adicionalmente, al mostrarse efectiva esta modalidad de intervención, se podría ampliar al tratamiento de otros padecimientos para los cuales la DBT se ha mostrado eficaz, como el trastorno por estrés postraumático (Bohus et al., 2020), la bulimia, el trastorno por atracón (Brown et al., 2020), el trastorno bipolar (Eisner et al., 2017) o los trastornos por abuso de sustancias (Cavicchioli et al., 2019).

Por último, este trabajo evidencia la falta de investigación sobre autolesión en adultos en México, pues la mayor parte de esta está centrada en adolescentes. Es entendible que al ser una población más vulnerable a esta problemática se le ponga énfasis, mas no podemos ignorar y dejar de lado el hecho de que es un problema que sigue afectando a adultos, en específico estudiantes universitarios, y necesita ser atendido. Como se mencionó en el marco teórico, la autolesión no suicida está asociada a posibles intentos de suicidio futuros, por lo cual es un indicador indispensable a la hora de prevenir su ocurrencia. Es necesario que clínicos e investigadores volteemos hacia los estudiantes universitarios mexicanos cuando se habla de autolesión, tomando en cuenta la eficacia de intervenciones como esta, cortas y basadas en evidencia, siendo de fácil acceso para este sector de la población.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ammerman, B., Sorgi, K., Fahlgren, M., Puhalla, A. y McCloskey, M. (2021). An experimental examination of interpersonal problem-solving in nonsuicidal self-injury: A pilot study. *Journal of Psychiatric Research*, 114, 146-150.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.09.005>
- Barcelata-Eguiarte, B., Rodríguez-Alcántara, R. y Gonzales-Medina, F. (2021) Respuestas psicológicas durante el confinamiento por la pandemia por COVID-19 en estudiantes mexicanos. *Revista mexicana de orientación educativa*, 18(40), 1-20.
<https://doi.org/10.31206/rmdo342020>
- Blasco-Fontecilla, H., Fernández-Fernández, R., Colino, L., Fajardo, L., Perteguer-Barrio, R. y de León, J. (2016) The Addictive Model of Self-Harming (Non-suicidal and Suicidal) Behavior. *Frontiers in Psychiatry*, 7:8.
<http://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00008>
- Boggiano, J. y Gagliesi, P. (2018). *Terapia Dialéctico Conductual*. Buenos Aires: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., Fydrich, T., Kuehner, C., Resick, P., Stiglmayr, C., Schmahl, C. y Priebe, K. (2020). Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared with Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse. *JAMA Psychiatry*, 77(12), 1235-1245. <http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2148>

- Booth, R., Keogh, K., Doyle, J. y Owens, T. (2012) Living Through Distress: A Skills Training Group for Reducing Deliberate Self-Harm. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 42, 156-165. <http://doi.org/10.1017/S1352465812001002>
- Bracken, K., Berman, M., McCloskey, M. & Bullock, J. (2008) Deliberate Self-Harm and State Dissociation: An Experimental Investigation. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 17(4), 520-532.
<http://doi.org/10.1080/10926770802463230>
- Bresin, K. y Gordon, K. (2013) Endogenous opioids and nonsuicidal self-injury: A mechanism of affect regulation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37, 374-383. <http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.01.020>
- Brown, T., Wisniewski, L. y Anderson, K. (2020). Dialectical Behavior Therapy for Eating Disorders: State of the Research and New Directions. *Eating Disorders*, 28(2), 97-100. <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1728204>
- Burke, T., Fox, K., Kautz, M., Rodriguez-Seijas, C., Bettis, A. y Alloy, L. (2021). Self-Critical and Self-Punishment Cognitions Differentiate Those with and Without a History of Nonsuicidal Self-Injury: A Ecological Momentary Assessment Study. *Behavior Therapy*, 52, 686-697. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.08.006>
- Burke, T., Fox, K., Kautz, M., Siegel, D., Kleiman, E y Alloy, L. (2021b). Real-time monitoring of the associations between self-critical and self-punishment cognitions and nonsuicidal self-injury. *Behaviour Research and Therapy*, 137, 103775. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.08.006>

Calati, R., Bensassi, I. y Courtet, P. (2017). The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Meta-analyses. *Psychiatry Research*, 251, 103-114. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.035>

Cannon, J. y Umstead, L. (2018). Applying Dialectical Behavior Therapy to Self-Harm in College-Age Men: A Case Study. *Journal Of College Counseling*, 21, 87-96. <https://doi.org/10.1002/jocc.12089>

Cardiel, R. M. (1994). La Medición de la Calidad de Vida En Moreno, L., Cano-Valle, F. y García-Romero, H. (Eds.). *Epidemiología Clínica* (pp.189-199). México: Interamericana-McGraw Hill.

Castro Silva, E., Benjet, C., Juárez, F., Jurado, S., Lucio, M., y Valencia, A. (2017). Non-suicidal self-injuries in a sample of Mexican university students. *Salud mental*, 40(5), 191-200. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2017.025>

Cavicchioli, M., Movalli, M., Vassena, G., Ramella, P., Prudenziati, F., y Maffei, C. (2019). The therapeutic role of emotion regulation and coping strategies during stand-alone DBT Skills training program for alcohol use disorder and concurrent substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 98, 106035. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106035>

Chapman, A. y Dixon-Gordon, K. (2007). Emotional Antecedents and Consequences of Deliberate Self-Harm and Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 543-552. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.543>

- Chapman, A., Gratz, K. y Brown, M. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The Experiential Avoidance Model. *Behavior Research and Therapy*, 44, 371–394. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
- Chelsey, R., Lungu, A., Ang, S., Matsumiya, B., Yin, Q. y Linehan, M. (2018). A randomized controlled trial of an Internet delivered dialectical behavior therapy skills training for suicidal and heavy episodic drinkers. *Journal of Affective Disorders*, 233, 2019-228. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.053>
- Chugani, C. (2015). Dialectical Behavior Therapy in College Counseling Centers: Current Literature and Implications for Practice. *Journal of College Student Psychotherapy*, 29, 120-131. <https://doi.org/10.1080/87568225.2015.1008368>
- Chugani, C., Ghali, M. y Brunner, J. (2013). Effectiveness of Short Term Dialectical Behavior Therapy Skills Training in College Students with Cluster B Personality Disorders. *Journal of College Student Psychotherapy*, 27(4), 323-336. <https://doi.org/10.1080/87568225.2013.824337>
- Church, D. y Clond, M. (2019). Is Online Treatment as Effective as In-Person Treatment?: Psychological Change in Two Relationship Skills Groups. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(5), 315-319. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000975>
- Cipriano, A., Cella, S. y Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal Self-Injury: A Systematic Review. *Frontiers of Psychology*. 8, 1946. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>

- De la Vega, I. y Sánchez Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-46.
<http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>
- Edmonson, A., Brennan, C. y House, A. (2015). Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *Journal of Affective Disorders*, 191, 109-117. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.043>
- Eisner, L., Eddie, D., Rebecca, H., Michelle, J., Nierenberg, A. y Deckersbach, T. (2017). Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training for Bipolar Disorder. *Behavior Therapy*, 48, 557-566. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.12.006>
- Goethem, A., Mulders, D., Muris, M., Arntz, A y Egger, J. (2012). Reduction of Self-Injury and Improvement of Coping Behavior during Dialectical Behavior Therapy (DBT) of Patients with Borderline Personality Disorder. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 21-34. ISSN: 15777057
- Guarner Catalá, C. (2020). *Realización y aplicación de manual con material gráfico para intervención psicoeducativa en pacientes con esquizofrenia y trastornos relacionados, dentro del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz* [Tesis de Especialidad, UNAM]. TESIUNAM.
- Guérin-Marion, C., Martin, J., Deneault, A., Lafontaine, M y Bureau, J. (2018). The functions and addictive features of non-suicidal self-injury: A confirmatory analysis of the Ottawa self-injury inventory in a university sample. *Psychiatry Research*, 264, 316-321. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.019>

- Guerra-Báez S., Calderón-Uribe, M., Medina-Galindo, E., León-Duran, L., Olaya-Riascos, D. y Puentes-Ramírez, C. (2019). Efecto de un programa de intervención grupal con DBT para conductas autolesivas sin intencionalidad suicida. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(4), 439-451.
<https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1119>
- Hasking, P., Lewis, S., Bloom, E., Brausch, A., Kaess, M. y Robinson, K. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on students at elevated risk of self-injury: The importance of virtual and online resources. *School Psychology International*, 42(1), 57-78.
<https://doi.org/10.1177/0143034320974414>
- Hepp, J., Störkel, L., Wycoff, A., Freeman, L., Schmahl, C. y Niedtfeld, I. (2021). A test of the interpersonal function of non-suicidal self-injury in daily life. *Behaviour Research and Therapy*, 114, 103930. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.10393>
- Jacobson, C. y Batejan, K. (2014). Comprehensive Theoretical Models of Nonsuicidal Self-Injury en *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury* (pp.308-320). Oxford University Press.
- Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 68(9), 791-800. <http://doi.org/10.1037/a0035001>
- Karpel, M. y Jerram, M. (2015). Levels of Dissociation and Nonsuicidal Self-Injury: A Quartile Risk Model. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(3), 303-321,
<https://doi.org/10.1080/15299732.2015.989645>
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica (3ª ed.)*. Prentice Hall

Kiekens, G., Hasking, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Auerbach, R., Bantjes, J., Benjet, C., Boyes, M., Tat Chiu, W., Claes, L., Cuijpers, P., Ebert, D., Mak, A., Mortier, P., O'Neill, S., Sampson, N., Stein, D., Vilagut, G., Nock, M. y Kessler, R. (2021). Nonsuicidal self-injury among first-year college students and its association with mental disorders: results from the World Mental Health International College Student (WMHICS) initiative. *Psychological Medicine*, 1-12.

<https://doi.org/10.1017/S0033291721002245>

Klonsky, E. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence.

Clinical Psychology Review, 27, 226-239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>

Linehan, M. (1987). Dialectical Behavioral Therapy: A Cognitive Behavioral Approach to Parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, 1(4), 328-333

<https://doi.org/10.1521/pedi.1987.1.4.328>

Linehan, M. (2000). The Empirical Basis of Dialectical Behavior Therapy: Development of New Treatments Versus Evaluation of Existing Treatments. *Clinical Psychology: Science and practice*, 7(1), 113-119

<https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.113>

Linehan, M. (2015). *DBT Skills Training Manual (2nd ed.)*. The Guilford Press.

Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D. y Heard, H. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>

- Marín Tejeda, M. (2013). *Desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan*. [Tesis de doctorado, UNAM]. UNAM - Tesis Digitales
- McKay, M., Wood, J. y Brantley, J. (2017). *Manual práctico de terapia dialéctico conductual*. Desclée De Brouwer, Bilbao.
- McLane, J. (1996). The voice on the skin: Self-mutilation and Merleau-Ponty's theory of language. *Hypatia*, 11(4), 107–118. <http://www.jstor.org/stable/3810395>
- Mendoza Negrete, A. (2022). *Validez y confiabilidad del Perth Emotion Regulation Competency Inventory (PERCI) en adultos de población general mexicana* [Tesis de licenciatura no publicada]. UNAM
- Muhomba, M., Chugani, C., Uliaszek, A. y Kannan, D. (2017). Distress Tolerance Skills for College Students: A Pilot Investigation of a Brief DBT Group Skills Training Program. *Journal of college student psychotherapy*, 31(3), 247-256. <http://dx.doi.org/10.1080/87568225.2017.1294469>
- Nielsen, E., Sayal, K. y Townsend, E. (2016). Exploring the Relationship between Experiential Avoidance, Coping Functions and the Recency and Frequency of Self-Harm. *PLoS ONE*, 11(7), e0159854. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159854>
- Nixon, M., Cloutier, P. y Aggarwal, S. (2002). Affect Regulation and Addictive Aspects of Repetitive Self-Injury in Hospitalized Adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1333-1341. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000024844.60748.C6>

- Nock, M. (Ed.). (2009). *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11875-000>
- Nock, M. y Prinstein, M. (2005). Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation Among Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(1), 140-146. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.140>
- Paul, E., Tsydes, A., Eidlitz, L., Ernhout, C. y Whitlock, J. (2014). Frequency and functions of non-suicidal self-injury: Associations with suicidal thoughts and behaviors. *Psychiatry Research, 225*, 276-282. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.026>
- Peel-Wainwright, Kl., Hartley, S., Boland, A., Rocca, E., Langer, S. y Taylor, P. (2021). The interpersonal processes of non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-synthesis. *Psychology and Psychotherapy, Research and Practice, 94*, 1059-1082. <https://doi.org/10.1111/papt.12352>
- Perez, S., Lorca, F. y Marco, J. (2020). Dissociation, posttraumatic stress symptoms, emotional dysregulation, and invalidating environments as correlates of NSSI in borderline personality disorder patients. *Journal of Trauma & Dissociation, 21*(5), 520-535. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1719262>
- Pistorello, J., Fruzzetti, A. E., MacLane, C., Gallop, R., y Iverson, K. M. (2012). Dialectical behavior therapy (DBT) applied to college students: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(6), 982–994. <https://doi.org/10.1037/a0029096>

Plener, P. (2021). COVID-19 and Nonsuicidal Self-Injury: The Pandemic's Influence on an Adolescent Epidemic. *Am J Public Health, 111*(2), 195-196.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.306037>

Posner, K., Brodsky, B. Yershova, K., Buchanan, J. y Mann, J. (2014). The Classification of Suicidal Behavior En *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury* (pp.7-22). Oxford University Press.

Prada, P., Perroud, N., Rüfenacht, E. y Nicastro, R. (2018). Strategies to deal with suicide and non-suicidal self-injury in borderline personality disorder, the case of DBT.

Frontiers in Psychology, 9, 2595. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02595>

Rentería, R., Benjet, C., Gutierrez-García, R., Ábrego-Ramírez, A., Albor, Y., Borges, G., Díaz-Couder, M., del Socorro-Durán, M., Gonzáles-Gonzáles, R., Guzmán-Saldaña, R., Hermosillo de la Torre, A., Martínez-Jerez, A., Martínez-Martínez, K., Medina-Mora, M., Martínez-Ruiz, S., Paz-Pérez, M., Pérez-Tarango, G., Zavala-Berbena, M., Méndez, E., Auerbach, R. y Mortier, P. (2021). Suicide thought and behaviors, non-suicidal self-injury, and perceived life stress among sexual minority Mexican college students. *Journal of Affective Disorders, 281*, 891-898.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.038>

Sheehy, K., Noureen, A., Khaliq, A., Dhingra, K., Husain, N., Pontin, E., Cawley, R. y Taylor, P. (2019). An examination of the relationship between shame, guilt and self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 73*,

101779. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101779>

- Sher, L. y Stanley, B. (2008). The role of endogenous opioids in the pathophysiology of Self-Injurious and Suicidal Behavior. *Archives of Suicide Research*, 12, 299-308.
<https://doi.org/10.1080/13811110802324748>
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código de Ética del Psicólogo Mexicano*. Trillas.
- Suyemoto, K. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(97\)00105-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(97)00105-0)
- Taylor, P., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmalak, U. y Dickson, J. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of Affective Disorders*, 227, 759-769.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.073>
- VanDerhei, S., Rojahn, J., Stuewig, J. y McKnight, P. (2014). The Effect of Shame-Proneness, Guilt-Proneness, and Internalizing Tendencies on Nonsuicidal Self-Injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 44(3), 317-330.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12069>
- Vitelli, R. (2018). General Information En *Self-Injury: Your Questions Answered* (pp.3-22), Greenwood: Gale eBooks. link-gale-com.pbidi.unam.mx:2443/apps/doc/CX7461700013/GVRL?u=unam&sid=bookmark-GVRL&xid=20d1fcad.
- Walsh, B. (2007). Clinical Assessment Of Self-Injury: A Practical Guide. *Clinical Psychology: In Session*, 63, 1057-1068.
- Walsh, B. (2012). *Treating Self-Injury: A Practical Guide (2nd ed.)*. The Guilford Press.

Williams, J. (2017). Dialectical Behaviour Therapy in the 21st Century: Updates and perspectives from DBT founder, Professor Marsha Linehan. *Clinical Psychology Forum*, 291, 32-35

Wolff., J, Thompson, E., Thomas, S., Nesi, J., Bettis, A., Ransford, B., Scopelliti, K., Frazier, E. y Liu, R. (2019) Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 59, 25-36.

Anexos

Anexo 1. Formulario de Selección

El presente formulario tiene como objetivo el conocer mejor tu situación, para identificar si eres candidato a la investigación a realizar. Los datos aquí obtenidos son totalmente confidenciales y no serán utilizados para ningún otro propósito más allá de la selección de participantes y serán eliminados una vez terminado este proceso.

Por favor responde con total honestidad.

Correo electrónico: _____

Acepto el que mis datos sean utilizados de forma confidencial con propósitos de selección

Sí, acepto

Nombre completo: _____

Edad: _____

¿Con qué pronombre debemos referirnos a ti?

Él

Ella

Otro: _____

¿Actualmente eres estudiante de una licenciatura o ingeniería en la Ciudad de México?

Si

No

En las últimas dos semanas ¿Te has autolesionado?

Si

No

Si respondiste que sí, ¿De qué formas lo has realizado? (Ej. Con cortes, quemaduras, etc.)

En los últimos 5 años ¿Has tenido un intento de suicidio?

Si

No

En los últimos 6 meses, incluyendo el momento actual ¿Has asistido a alguno de los siguientes tratamientos?

Psicológico

Psiquiátrico

Ninguno

¿Algún médico, psiquiatra o psicólogo te ha diagnosticado con un trastorno psicótico?

Si

No

¿Algún médico, psiquiatra o psicólogo te ha diagnosticado con un trastorno de abuso de sustancias?

Si

No

Anexo 2. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO



Intervención psicoeducativa en línea, informada en Terapia Dialéctico Conductual, para disminuir la conducta autolesiva

A 8 de diciembre de 2021

Este estudio tiene como objetivo el probar una intervención corta y en línea, en la cual se educará a la participante en habilidades de regulación emocional, con el fin de analizar si tiene un efecto sobre la presencia y frecuencia de la autolesión que esta presenta. La información recabada será publicada en un proyecto de tesis, asegurando el anonimato y confidencialidad de los datos personales de la participante.

La intervención estará a cargo del Psic. José Alfredo Vázquez Hernández (Tesisista), bajo la supervisión del Dr. José Alfredo Contreras Valdez. Con el único propósito de evaluar el desempeño del interventor, Claudio Salazar Pigeon (Pertenece a la Facultad de Psicología) asistirá a las sesiones para observar y calificar al presente tesisista.

Con el fin de respetar el anonimato y confidencialidad de él o la participante, las sesiones nunca serán grabadas por ninguna de las partes involucradas. Únicamente se podrán tomar capturas de pantalla para verificar el trabajo del presente tesisista, en las cuales será eliminado el rostro y nombre de quien recibe la intervención.

A lo largo de esta investigación se tratarán temas relacionados a la autolesión y manejo emocional, por tanto, puede llegar a ser un detonante que cause malestar psicológico o emocional de forma temporal, ante lo cual se dará contención emocional, y en caso de ser necesario, se brindará un contacto de atención psicológica al terminar la intervención. Cabe destacar que la intervención a realizar está fundamentada en un modelo terapéutico con evidencia empírica sobre su eficacia.

Ya que la intervención será en línea, no se puede garantizar por completo la privacidad de la sesión en caso de intrusos cibernéticos, por lo cual se tomarán medidas para evitar su posible aparición, utilizando una red de internet privada, con contraseña para la reunión de zoom, y utilizando un equipo protegido ante amenazas en línea, con antivirus.

En cuanto a beneficios, el o la participante recibirá esta intervención de forma gratuita, con el posible efecto de disminuir la frecuencia o presencia de la autolesión, así como aumentar sus habilidades de regulación emocional. Debido a la modalidad en línea, otro beneficio es el ahorro del tiempo y costo de transporte

En todo momento la intervención será realizada respetando el código ético del psicólogo y la información obtenida será totalmente confidencial. Los datos recabados serán utilizados única y exclusivamente con motivo de investigación, sin fines distintos a los explicados en este documento. El o la participante tiene el derecho de retirarse voluntariamente del estudio sin que esto conlleve alguna repercusión.

He leído el documento presente y se me ha explicado a detalle lo que conlleva formar parte de esta investigación, por lo cual al firmar este documento acepto formar parte del estudio, y doy autorización al investigador de utilizar mi información única y exclusivamente para este proyecto.

Nombre y firma de la participante

Psic. Vázquez Hernández José Alfredo
(Tesisista)

Psic. Salazar Pigeon Claudio
(Evaluador)

Anexo 3. Formato de carta semanal

Semana: 1		
Lunes 20-12-21		¿Te lesionaste? Si/No
		¿Cuántas veces y de qué forma?
		Pensamientos y emociones
Martes 21-12-21		¿Te lesionaste? Si/No
		¿Cuántas veces y de qué forma?
		Pensamientos y emociones
Miércoles 22-12-21		¿Te lesionaste? Si/No

		¿Cuántas veces y de qué forma?
		Pensamientos y emociones
Jueves 23-12-21		¿Te lesionaste? Si/No
		¿Cuántas veces y de qué forma?
		Pensamientos y emociones:
Viernes 24-12-21		¿Te lesionaste? Si/No
		¿Cuántas veces y de qué forma?
		Pensamientos y emociones
Sábado		¿Te lesionaste?

25-12-21		Si/No
		¿Cuántas veces y de qué forma?
		Pensamientos y emociones:
Domingo 26-12-21		¿Te lesionaste? Si/No
		¿Cuántas veces y de qué forma?
		Pensamientos y emociones:

En esta carta semanal escribirás tu desempeño a lo largo de la semana, en la cual describirás los ejercicios realizados en el día correspondiente, el cómo te sentiste al practicarlos y los resultados obtenidos. También existe un espacio para registrar si te lesionaste, cómo, cuántas veces y los pensamientos o emociones que hayan existido al hacerlo.

Anexo 4. Cartas Descriptivas

Sesión #1 – Entrevista de evaluación				
Actividad	Tiempo aproximado	Materiales	Objetivo	Descripción
Establecimiento del rapport	5 minutos	Ninguno	Crear un ambiente de empatía y cooperación con la participante	Se tuvo una breve conversación inicial con la participante para establecer el rapport en la sesión
Entrevista general	50 minutos	Ninguno	Recabar información básica sobre la participante, así como datos relevantes referentes a su conducta de autolesión	Se realizó una entrevista inicial donde se recabaron datos sociodemográficos, familiares, antecedentes de salud mental y de autolesión no suicida
Aplicación de instrumentos	30 minutos	Instrumentos: Inventory of Statements About Self-injury (ISAS) Inventario de Competencias de Regulación Emocional de Perth (PERCI)	Recabar información cuantitativa sobre la autolesión de la participante y sus competencias de regulación emocional por medio de instrumentos psicométricos	Se presentaron y explicaron a la participante los instrumentos a contestar. Posteriormente se respondieron junto con ella.
Cierre	5 minutos	Ninguno	Dar una breve conclusión y despedida a la participante en la sesión	Se tuvo una breve conversación con la participante que concluyó la sesión de entrevista
Sesión #2 – Devolución y exposición				
Actividad	Tiempo aproximado	Materiales	Objetivo	Descripción
Establecimiento del rapport	5 minutos	Ninguno	Crear un ambiente de empatía y cooperación con la participante	Se tuvo una breve conversación inicial con la participante para establecer el rapport en la sesión.
Devolución de resultados	45 minutos	Presentación de resultados	Presentar a la participante la información recabada, así como discutirla en conjunto para asegurar que los datos obtenidos sean congruentes con su experiencia	Se devolvieron los resultados de los instrumentos aplicados y la información recabada en la entrevista inicial. A lo largo de la devolución se conversó con la participante sobre tales resultados.

Introducción a la participante sobre la intervención	30 minutos	Presentación de PowerPoint	Contextualizar a la participante sobre la intervención a realizar, la forma en que se llevará a cabo, y adicionalmente dar psicoeducación sobre conducta autolesiva	Se le explicó a la participante en qué consiste la intervención, el número de sesiones y las actividades a realizar. También se le educó breve y cuidadosamente sobre la autolesión y sus causas.
Cierre de sesión	10 minutos	Ninguno	Dar una breve conclusión y despedida a la participante en la sesión	Se tuvo una breve conversación con la participante que concluyó la sesión

Sesión #3 – FAST / TIPP				
Actividad	Tiempo aproximado	Materiales	Objetivo	Descripción
Establecimiento del rapport	5 minutos	Ninguno	Crear un ambiente de empatía y cooperación con la participante	Se tuvo una breve conversación inicial con la participante para establecer el rapport en la sesión
Explicación general de la sesión	5 minutos	Ninguno	Dar a conocer a la participante qué se hará, y qué temas se verán durante la sesión	Se le explicó a la participante brevemente en qué consistiría la sesión
Presentación sobre habilidad FAST y ejemplos de la habilidad	25 minutos	Presentación de PowerPoint	Enseñar a la participante a incrementar su autorrespeto en interacciones interpersonales, para reducir percances que detonen la autolesión	Se le presentó a la participante el acrónimo FAST, explicando cada uno de sus componentes y sus funciones, mostrando ejemplos teóricos.
Presentación sobre habilidades TIPP	5 minutos	Presentación de PowerPoint	Contextualizar a la participante sobre las habilidades que se enseñarán a continuación	Se le explicó a la participante de forma teórica en qué consisten las habilidades TIPP.
Explicación y ejercicio sobre habilidad de temperatura	10 minutos	Presentación de PowerPoint Pequeño balde con agua	Enseñar a la participante a poner en practica la habilidad de temperatura, para reducir la excitación emocional en momentos de alto estrés	Se expuso a la participante en qué consiste la habilidad de cambio de temperatura, y se hizo un ejercicio en el cual se usó un balde con agua fría para sumergir el rostro
Explicación sobre habilidad de ejercicio intenso	5 minutos	Presentación de PowerPoint	Educar a la participante sobre cómo utilizar la habilidad de ejercicio intenso en situaciones de alto malestar emocional	Se explicó de forma teórica en qué consiste la habilidad de ejercicio intenso y como llevarla a cabo

Explicación y ejercicio sobre habilidad de respiración pausada	5 minutos	Presentación de PowerPoint	Enseñar a la participante a utilizar la habilidad de respiración pausada en momentos de tensión emocional	Se explicó a la participante cómo llevar a cabo la habilidad de respiración pausada y se realizó un breve ejercicio
Explicación y ejercicio sobre habilidad de relajación muscular en paralelo	10 minutos	Presentación de PowerPoint	Educar a la participante sobre cómo utilizar la habilidad de relajación muscular en paralelo en situaciones de alta excitación emocional	Se explicó a la participante cómo llevar a cabo la habilidad de relajación muscular en paralelo y se realizó un breve ejercicio
Introducción a la carta semanal como actividad en casa	15 minutos	Carta semanal	Enseñarle a la participante qué es la carta semanal y como sería utilizada a lo largo del taller	Se le presentó a la participante la carta semanal, enseñándole la forma en que se utilizaría y llenaría a lo largo de cada semana
Cierre de la sesión	5 minutos	Ninguno	Dar una breve conclusión y despedida a la participante en la sesión	Se tuvo una breve conversación con la participante que concluyó la sesión

Sesión #4 – DEAR MAN / Checar los hechos				
Actividad	Tiempo aproximado	Materiales	Objetivo	Descripción
Establecimiento del rapport	5 minutos	Ninguno	Crear un ambiente de empatía y cooperación con la participante	Se tuvo una breve conversación inicial con la participante para establecer el rapport en la sesión.
Revisión de Carta Semanal	10 minutos	Carta Semanal	Revisar el avance diario y uso de las habilidades día a día para reforzar el empleo de estas	Se examinó el progreso de la participante, dando retroalimentación sobre sus avances
Explicación general de la sesión	5 minutos	Ninguno	Dar a conocer a la participante qué se hará, y qué temas se verán durante la sesión	Se le explicó a la participante brevemente en qué consistiría la sesión
DEAR MAN (Introducción y	10 minutos	Presentación de PowerPoint	Introducir a la participante la habilidad de DEAR MAN junto con un ejercicio	Se le presentó a la participante qué es la efectividad al buscar objetivos en una interacción interpersonal,

ejercicio incompleto)				y se puso un ejercicio incompleto que servirá como reflexión al tema a tratar
DEAR MAN (Habilidad)	25 minutos	Presentación de PowerPoint	Educar a la participante en la habilidad de DEAR MAN junto con ejemplos de su vida	Se presentó a la participante el acrónimo DEAR MAN y cada uno de sus componentes, pidiéndole ejemplos en cada uno de ellos para asegurar su entendimiento
DEAR MAN (Ejercicio)	5 minutos	Presentación de PowerPoint	Se reforzó el aprendizaje de la habilidad DEAR MAN por medio de un ejercicio que ayudara a aclarar dudas sobre esta	Se le pidió a la paciente que completara el ejercicio presentado al inicio de la sesión, haciendo uso de la habilidad aprendida
Checar los hechos (Pregunta inicial)	5 minutos	Presentación de PowerPoint	Introducir a la participante la habilidad de “Checar los hechos” por medio de una pregunta	Se le preguntó a la participante el por qué le parece importante en la vida el diferenciar los hechos de sus interpretaciones propias
Checar los hechos	20 minutos	Presentación de PowerPoint	Enseñar a la participante a diferenciar los hechos de las interpretaciones propias	Se le presentó a la participante la habilidad de “Checar los hechos”
Cierre de la sesión	5 minutos	Ninguno	Dar una breve conclusión y despedida a la participante en la sesión	Se tuvo una breve conversación con la participante que concluyó la sesión

Sesión #5 – Identificación de emociones / Aceptación radical				
Actividad	Tiempo aproximado	Materiales	Objetivo	Descripción
Establecimiento del rapport	5 minutos	Ninguno	Crear un ambiente de empatía y cooperación con la participante	Se tuvo una breve conversación inicial con la participante para establecer el rapport en la sesión.
Revisión de Carta Semanal	10 minutos	Carta Semanal	Revisar el avance diario y uso de las habilidades día a día para reforzar el empleo de estas	Se examinó el progreso de la participante, dando retroalimentación sobre sus avances
Explicación general de la sesión	5 minutos	Ninguno	Dar a conocer a la participante qué se hará, y qué temas se verán durante la sesión	Se le explicó a la participante brevemente en qué consistiría la sesión
Emociones y sus funciones	20 minutos	Presentación de PowerPoint	Enseñar a la participante la función de cada una de las emociones, asegurando	Se le explicó a la participante por medio de diapositivas la función de cada una de las

			su entendimiento con ejemplos de su vida	emociones, pidiendo retroalimentación basada en su propia experiencia
Componentes de las emociones	15 minutos	Presentación de PowerPoint	Educar a la participante en los componentes de las emociones, incluyendo ejemplos	Se presentó a la participante por medio de diapositivas los componentes de las emociones, con ejemplos teóricos
Ejercicio de identificación de emociones	10 minutos	Presentación de PowerPoint	Enseñar a la participante a identificar los componentes de las emociones basándose en un ejemplo de su vida diaria	Se realizó junto con la participante un ejercicio en el cual se identificaron los componentes de una emoción. Esta emoción deberá estar ligada a una situación en particular que la participante escoja
Introducción a la aceptación radical con ejemplo teórico	5 minutos	Presentación de PowerPoint	Introducir a la participante la aceptación radical por medio de un ejemplo	Se le presentó a la participante un ejemplo teórico de la funcionalidad de la habilidad de aceptación radical
Aceptación radical	15 minutos	Presentación de PowerPoint	Educar a la participante sobre qué consiste la habilidad de aceptación radical	Se le presentó a la participante la habilidad de aceptación radical
Cierre de la sesión	5 minutos	Ninguno	Dar una breve conclusión y despedida a la participante en la sesión	Se tuvo una breve conversación con la participante que concluyó la sesión

Sesión #6 – Mindfulness (Qué)				
Actividad	Tiempo aproximado	Materiales	Objetivo	Descripción
Establecimiento del rapport	5 minutos	Ninguno	Crear un ambiente de empatía y cooperación con la participante	Se tuvo una breve conversación inicial con la participante para establecer el rapport en la sesión.
Revisión de Carta Semanal	10 minutos	Carta Semanal	Revisar el avance diario y uso de las habilidades día a día para reforzar el empleo de estas	Se examinó el progreso de la participante, dando retroalimentación sobre sus avances
Explicación general de la sesión	5 minutos	Ninguno	Dar a conocer a la participante qué se hará, y qué temas se verán durante la sesión	Se le explicó a la participante brevemente en qué consistiría la sesión

Introducción al mindfulness (Qué)	10 minutos	Presentación de PowerPoint	Introducir a la participante en las habilidades “Qué” del <i>mindfulness</i>	Se presentó a la participante un breve resumen de las habilidades “Qué” del módulo de <i>mindfulness</i>
<i>Mindfulness</i> (Observar)	10 minutos	Presentación de PowerPoint	Introducir a la participante en la habilidad de “Observar”	Se le explicó de forma teórica a la participante en qué consiste la habilidad de “Observar”
Ejercicio de “Observar”	5 minutos	Canción elegida por la participante	Realizar un ejercicio que ayude a enseñar a la participante a utilizar la habilidad de “Observar”	Se escuchó una canción elegida por la participante, poniendo en práctica la observación, tanto del sonido como de experiencias internas
<i>Mindfulness</i> (Describir)	10 minutos	Presentación de PowerPoint	Introducir a la participante en la habilidad de “Describir”	Se le explicó de forma teórica a la participante en qué consiste la habilidad de “Describir”
Ejercicio de “Describir”	5 minutos	Presentación de PowerPoint	Realizar un ejercicio que ayude a enseñar a la participante a utilizar la habilidad de “Describir”	Se presentaron a la participante imágenes de rostros expresivos, en el cual se describieron las expresiones faciales
<i>Mindfulness</i> (Participar)	15 minutos	Presentación de PowerPoint	Introducir a la participante en la habilidad de “Participar”	Se le explicó de forma teórica a la participante en qué consiste la habilidad de “Participar”
Ejercicio de “Participar”	5 minutos	Ninguno	Realizar un ejercicio que ayude a enseñar a la participante a utilizar la habilidad de “Participar”	Se realizó una actividad de improvisación en la cual sea necesaria la participación plena, creando una historia con un intercambio de palabras con el facilitador
Recapitulación de la sesión	5 minutos	Ninguno	Brindar a la participante un resumen sobre las habilidades aprendidas, resolviendo dudas para asegurar su entendimiento	Se hizo una breve recapitulación de la sesión en la cual la participante exprese lo que entendió de esta, y se resolvieron dudas
Cierre de la sesión	5 minutos	Ninguno	Dar una breve conclusión y despedida a la participante en la sesión	Se tuvo una breve conversación con la participante que concluyó la sesión

Sesión #7 – Revisión de cartas / Aplicación de Instrumento / Mindfulness (Cómo)				
Actividad	Tiempo aproximado	Materiales	Objetivo	Descripción
Establecimiento del rapport	5 minutos	Ninguno	Crear un ambiente de empatía y cooperación con la participante	Se tuvo una breve conversación inicial con la participante para establecer el rapport en la sesión.

Explicación general de la sesión	5 minutos	Ninguno	Revisar el avance diario y uso de las habilidades día a día para reforzar el empleo de estas	Se examinó el progreso de la participante, dando retroalimentación sobre sus avances
Revisión de Cartas Semanales	15 minutos	Cartas semanales	Dar a conocer a la participante qué se hará, y qué temas se verán durante la sesión	Se le explicó a la participante brevemente en qué consistiría la sesión
Aplicación de instrumento	10 minutos	Inventario de Competencias de Regulación Emocional de Perth (PERCI)	Recabar datos cuantitativos sobre las competencias de regulación emocional de la participante y la frecuencia de la conducta autolesiva	Se respondió en conjunto con la participante el Inventario de Competencias de Regulación Emocional de Perth (PERCI) y se evaluó la frecuencia de autolesión
Introducción al <i>mindfulness</i> (Cómo)	5 minutos	Presentación de PowerPoint	Introducir a la participante en las habilidades “Cómo” del <i>mindfulness</i>	Se presentó a la participante un breve resumen de las habilidades “Cómo” del módulo de <i>mindfulness</i>
<i>Mindfulness</i> (Sin Juicio)	15 minutos	Presentación de PowerPoint	Enseñar a la participante a poner en práctica el <i>mindfulness</i> desde una perspectiva sin juicio	Se presentó la habilidad de “Sin Juicio” a la participante junto con ejemplos teóricos de cómo practicar el <i>mindfulness</i> sin juicio
<i>Mindfulness</i> (Unicidad)	15 minutos	Presentación de PowerPoint	Enseñar a la participante a poner en práctica el <i>mindfulness</i> con unicidad	Se presentó la habilidad de “Unicidad” a la participante junto con ejemplos teóricos de cómo practicar el <i>mindfulness</i> con unicidad
<i>Mindfulness</i> (Efectivamente)	15 minutos	Presentación de PowerPoint	Enseñar a la participante a poner en práctica el <i>mindfulness</i> de forma efectiva	Se presentó la habilidad de “Efectivamente” a la participante junto con ejemplos teóricos de cómo poner en práctica el <i>mindfulness</i> efectivamente
Cierre de la sesión	5 minutos	Ninguno	Dar una breve conclusión y despedida a la participante en la sesión	Se tuvo una breve conversación con la participante que concluyó la sesión

Sesión #8 – Mejorar el momento / Acumulación de emociones positivas (Corto plazo)				
Actividad	Tiempo aproximado	Materiales	Objetivo	Descripción
Establecimiento del rapport	5 minutos	Ninguno	Crear un ambiente de empatía y cooperación con la participante	Se tuvo una breve conversación inicial con la participante para establecer el rapport en la sesión.

Revisión de Carta Semanal	6 minutos	Carta Semanal	Revisar el avance diario y uso de las habilidades día a día para reforzar el empleo de estas	Se examinó el progreso de la participante, dando retroalimentación sobre sus avances
Explicación general de la sesión	5 minutos	Ninguno	Dar a conocer a la participante qué se hará, y qué temas se verán durante la sesión	Se le explicó a la participante brevemente en qué consistiría la sesión
Introducción a “Mejorar el momento”	2 minutos	Presentación de PowerPoint	Introducir a la participante el conjunto de habilidades de “Mejorar el momento”	Se le explicó brevemente a la participante en que consiste la habilidad de “Mejorar el momento”
Mejorar el momento (Imaginería)	10 minutos	Presentación de PowerPoint	Enseñar por medio de un ejercicio a la participante a utilizar la habilidad “Imaginería”	Se le presentó a la participante la habilidad de “Imaginería”, junto con un ejercicio guiado
Mejorar el momento (Significado)	5 minutos	Presentación de PowerPoint	Enseñar a la participante a utilizar la habilidad “Significado”	Se le presentó a la participante la habilidad de “Significado” con ejemplos teóricos
Mejorar el momento (Oración)	5 minutos	Presentación de PowerPoint	Enseñar a la participante a utilizar la habilidad “Oración”	Se le presentó a la participante la habilidad de “Oración” con ejemplos teóricos
Mejorar el momento (Relajación)	5 minutos	Presentación de PowerPoint	Enseñar a la participante a utilizar la habilidad “Relajación” e identificar actividades que se puedan realizar en esta habilidad	Se le presentó a la participante la habilidad de “Relajación”, y en conjunto se identificaron 3 actividades que la participante pueda utilizar para practicar esta habilidad
Mejorar el momento (Una cosa al momento)	5 minutos	Presentación de PowerPoint	Enseñar a la participante a utilizar la habilidad de “Una cosa al momento”	Se le presentó a la participante la habilidad de “Una cosa al momento” con ejemplos teóricos
Mejorar el momento (Vacación)	5 minutos	Presentación de PowerPoint	Enseñar a la participante a utilizar la habilidad “Vacación”	Se le presentó a la participante la habilidad de “Vacación” con ejemplos teóricos
Mejorar el momento (Ánimo)	5 minutos	Presentación de PowerPoint	Enseñar a la participante a utilizar la habilidad de “Ánimo”	Se le presentó a la participante la habilidad de “Ánimo” con ejemplos teóricos

Breve recapitulación de “Mejorar el momento”	5 minutos	Ninguno	Brindar un resumen sobre las habilidades aprendidas y asegurar el entendimiento de estas	Se hizo junto con la participante una recapitulación de lo aprendido y se resolvieron dudas
Introducción a “Acumulación de experiencias positivas”	2 minutos	Presentación de PowerPoint	Introducir a la participante la acumulación de experiencias positivas a corto plazo	Se explicó a la participante en qué consiste la habilidad de acumulación de experiencias positivas
Acumulación de experiencias positivas	20 minutos	Presentación de PowerPoint	Desarrollar una lista de acciones que se pueden realizar para detonar experiencias positivas en su vida	Se presentó a la participante la habilidad de acumulación de experiencias positivas, y se creó en conjunto una lista de actividades que se puedan realizar para despertar emociones positivas
Cierre de la sesión	5 minutos	Ninguno	Dar una breve conclusión y despedida a la participante en la sesión	Se tuvo una breve conversación con la participante que concluyó la sesión

Sesión #9 – Acumulación de emociones positivas (Largo plazo)				
Actividad	Tiempo aproximado	Materiales	Objetivo	Descripción
Establecimiento del rapport	5 minutos	Ninguno	Crear un ambiente de empatía y cooperación con la participante	Se tuvo una breve conversación inicial con la participante para establecer el rapport en la sesión.
Revisión de Carta Semanal	10 minutos	Carta Semanal	Revisar el avance diario y uso de las habilidades día a día para reforzar el empleo de estas	Se examinó el progreso de la participante, dando retroalimentación sobre sus avances
Explicación general de la sesión	5 minutos	Ninguno	Dar a conocer a la participante qué se hará, y qué temas se verán durante la sesión	Se le explicó a la participante brevemente en qué consistiría la sesión
Introducción a la acumulación de experiencias positivas a largo plazo	15 minutos	Presentación de PowerPoint	Introducir a la participante la acumulación de experiencias positivas a largo	Se le explicó a la participante en qué consiste la acumulación de experiencias a largo plazo

Desarrollo de un plan de acción para la acumulación de experiencias positivas	45 minutos	Presentación de PowerPoint Plantilla de "Plan de acción"	Desarrollar un plan de acción junto con la participante basado en valores y metas con el propósito de aumentar las experiencias positivas en su vida	Se presentaron a la participante diapositivas sobre la habilidad de acumulación de experiencias positivas a largo plazo, a la par que se llenó la tabla que contiene la plantilla de plan de acción. En esta tabla se identificarán valores, metas y pasos a realizar para la acumulación de experiencias.
Breve recapitulación del plan de acción	5 minutos	Plantilla de plan de acción	Asegurar que el plan de acción fue entendido correctamente	Se recapituló en conjunto con la participante el plan de acción realizado, resolviendo dudas
Cierre de la sesión	5 minutos	Ninguno	Dar una breve conclusión y despedida a la participante en la sesión	Se tuvo una breve conversación con la participante que concluyó la sesión

Sesión #10 – Cierre				
Actividad	Tiempo aproximado	Materiales	Objetivo	Descripción
Establecimiento del rapport	5 minutos	Ninguno	Crear un ambiente de empatía y cooperación con la participante	Se tuvo una breve conversación inicial con la participante para establecer el rapport en la sesión.
Explicación general de la sesión	20 minutos	Cartas semanales	Revisar el avance a lo largo de la intervención por medio de todas las cartas semanales	Se examinó el progreso de la participante, dando retroalimentación sobre sus avances
Explicación general de la sesión	5 minutos	Ninguno	Dar a conocer a la participante qué se hará, y qué temas se verán durante la sesión	Se le explicó a la participante brevemente en qué consistiría la sesión
Resumen del taller	35 minutos	Presentación de PowerPoint	Dar un resumen de lo realizado durante el taller, explicando el porqué de sus componentes y resolviendo dudas	Se le presentó a la participante un resumen de las sesiones del taller. Se explicó el por qué se eligieron tales habilidades y se resolvieron dudas que hayan quedado de estas
Aplicación de instrumento y	10 minutos	Inventario de Competencias de Regulación	Recabar datos cuantitativos sobre las competencias de regulación emocional de la participante, la frecuencia de	Se respondió en conjunto con la participante el Inventario de Competencias de Regulación Emocional de Perth (PERCI), se evaluó la frecuencia

preguntas cualitativas		Emocional de Perth (PERCI)	autolesión y datos cualitativos sobre el impacto de este	de autolesión y se respondieron las preguntas cualitativas de la investigación
Cierre de la sesión	15 minutos	Ninguno	Dar un cierre a la intervención conversando con la participante sobre sus avances a lo largo de esta, brindando también una despedida	Se tuvo una conversación con la participante sobre sus avances obtenidos a lo largo de la intervención y se concluirá el taller

Anexo 5. Plantilla de plan de acción

Valores	
Elige un valor	
Metas	
Elige una meta	
Posibles acciones	
Elige una acción	
Toma un paso	

Anexo 6. Fidelidad al tratamiento: Entrevista

EVALUACIÓN AL FACILITADOR (FIDELIDAD AL TRATAMIENTO - ENTREVISTA)

Rubrica para evaluar al facilitador a lo largo de las sesiones de intervención

Nombre de quien evalúa: _____

Fecha de la evaluación: _____

Hora de inicio: ____

Hora de termino: ____

Instrucciones: Marca con una X la calificación otorgada al facilitador

CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DEL FACILITADOR

Conducta	Deficiente	Muy poco adecuado	Poco adecuado	Moderado	Adecuado	Muy adecuado	Excelente
1. Se apegó al motivo de la sesión	1	2	3	4	5	6	7
2. Estableció rapport	1	2	3	4	5	6	7
3. Realizó preguntas de forma respetuosa y empática	1	2	3	4	5	6	7
4. Respetó el orden de las actividades de la carta descriptiva	1	2	3	4	5	6	7

5. Empleo el tiempo designado en la carta descriptiva para las actividades	1	2	3	4	5	6	7
6. Logró recabar los datos necesarios para el análisis funcional de la conducta	1	2	3	4	5	6	7
7. Logró que el participante comprendiera y se involucrara activamente en la entrevista	1	2	3	4	5	6	7
8. Aplicó los instrumentos psicométricos adecuadamente	1	2	3	4	5	6	7
9. Realizó un cierre a la entrevista	1	2	3	4	5	6	7

ELEMENTOS PARALINGÜÍSTICOS DEL FACILITADOR

Conducta	Deficiente	Muy Bajo	Bajo	Moderado	Bueno	Muy Bueno	Excelente
10. Hablo con volumen y pronunciación claros	1	2	3	4	5	6	7
11. Empleo un vocabulario adecuado al participante	1	2	3	4	5	6	7
12. Adoptó una postura corporal y contacto visual adecuados	1	2	3	4	5	6	7
13. Dio la bienvenida al participante	1	2	3	4	5	6	7

14. Empleo el material propuesto para cada actividad	1	2	3	4	5	6	7
15. Mantuvo una actitud profesional en cada sesión	1	2	3	4	5	6	7
16. Mantuvo una conexión a internet estable a lo largo de la sesión	1	2	3	4	5	6	7
17. Llevó a cabo la sesión en un ambiente adecuado, sin ruidos o distracciones	1	2	3	4	5	6	7
18. Tuvo un servicio de audio adecuado para la sesión	1	2	3	4	5	6	7
19. Ofreció un espacio exclusivo para resolver dudas y de reflexión	1	2	3	4	5	6	7
20. Estableció instrucciones claras para la actividad a realizar en casa	1	2	3	4	5	6	7
21. Cumplió con los requisitos de una videoconferencia profesional (Buen equipo de cómputo, audio y video, fondo de pantalla neutro, vestimenta adecuada, comportamiento profesional)	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 7. Fidelidad al tratamiento: Sesiones

EVALUACIÓN AL FACILITADOR (FIDELIDAD AL TRATAMIENTO)

Rubrica para evaluar al facilitador a lo largo de las sesiones de intervención

Nombre de quien evalúa: _____

Fecha de la evaluación: _____

Hora de inicio: _____

Hora de termino: _____

Instrucciones: Marca con una X la calificación otorgada al facilitador

CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DEL FACILITADOR

Conducta	Deficiente	Muy poco adecuado	Poco adecuado	Moderado	Adecuado	Muy adecuado	Excelente
1. Se apegó al contenido teórico del protocolo	1	2	3	4	5	6	7
2. Estableció rapport	1	2	3	4	5	6	7
3. Contestó dudas adecuadamente	1	2	3	4	5	6	7
4. Respetó el orden de las actividades de la carta descriptiva	1	2	3	4	5	6	7

5. Empleo el tiempo designado en la carta descriptiva para las actividades	1	2	3	4	5	6	7
6. Logró que el participante comprendiera el contenido teórico de la sesión	1	2	3	4	5	6	7
7. Logró que el participante comprendiera y se involucrara en las actividades de la sesión	1	2	3	4	5	6	7
8. Aplicó los instrumentos psicométricos adecuadamente	1	2	3	4	5	6	7
9. Revisó las actividades en casa y ofreció retroalimentación	1	2	3	4	5	6	7

ELEMENTOS PARALINGÜÍSTICOS DEL FACILITADOR

Conducta	Deficiente	Muy Bajo	Bajo	Moderado	Bueno	Muy Bueno	Excelente
10. Hablo con volumen y pronunciación claros	1	2	3	4	5	6	7
11. Empleo un vocabulario adecuado al participante	1	2	3	4	5	6	7
12. Adoptó una postura corporal y contacto visual adecuados	1	2	3	4	5	6	7
13. Dio la bienvenida al participante	1	2	3	4	5	6	7

14. Empleo el material propuesto para cada actividad	1	2	3	4	5	6	7
15. Mantuvo una actitud profesional en cada sesión	1	2	3	4	5	6	7
16. Mantuvo una conexión a internet estable a lo largo de la sesión	1	2	3	4	5	6	7
17. Llevó a cabo la sesión en un ambiente adecuado, sin ruidos o distracciones	1	2	3	4	5	6	7
18. Tuvo un servicio de audio adecuado para la sesión	1	2	3	4	5	6	7
19. Ofreció un espacio exclusivo para resolver dudas y de reflexión	1	2	3	4	5	6	7
20. Estableció instrucciones claras para la actividad a realizar en casa	1	2	3	4	5	6	7
21. Cumplió con los requisitos de una videoconferencia profesional (Buen equipo de cómputo, audio y video, fondo de pantalla neutro, vestimenta adecuada, comportamiento profesional)	1	2	3	4	5	6	7