

Evaluación de la efectividad del programa DBT STEPS-A en estudiantes universitarios mexicanos

Effectiveness evaluation of the DBT STEPS-A program in Mexican university students

Josué Napoleón Huerta-Hernández¹, Michel A. Reyes-Ortega²,
Cecilia Elizabeth Sotelo-González¹, Morelia Erandeni Gil-Díaz³,
Zugary Lima-Téllez¹, Claudia Rebeca Gutiérrez-Cardona¹
y Mayra Teresa Barrientos-García¹

Citación: Huerta Hernández, J.N., Reyes Ortega, M.A., Sotelo González, C.E., Gil-Díaz, M.E., Lima Téllez, Z., Gutiérrez Cardona, C.R. y Barrientos García, M.T. (2021). Evaluación de la efectividad del programa DBT STEPS-A en estudiantes universitarios mexicanos. *Psicología y Salud*, 31(1), 103-112. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2680>.

RESUMEN

El programa DBT STEPS-A es una adaptación para implementar en la escuela habilidades derivada de la terapia dialéctica conductual estándar. En este estudio se evaluó su impacto en universitarios de una institución privada de la ciudad de Puebla (México). Participaron 70 mujeres y 19 varones de entre 18 y 25 años de edad, distribuidos en cuatro grupos: TAU consistió en una materia de educación socioemocional no estandarizada que imparte la universidad; TAU + DBT STEPS-A, la suma de dicha materia más el programa DBT STEPS-A; DBT STEPS-A, exclusivamente el programa, y un grupo control. Como medidas se aplicaron en tres momentos las escalas DERS-E, DASS 21 y GHQ-12. El análisis de datos se realizó por medio de las pruebas estadísticas Kruskal-Wallis y Friedman. Se realizaron comparaciones intergrupales de los puntajes previos y posteriores a la aplicación de dichas escalas. Los resultados sugieren que los grupos se encontraban en igualdad de condiciones antes de la implementación de los tratamientos. En la comparación intragrupal utilizando la prueba de Friedman, los grupos TAU + DBT STEPS-A y DBT STEPS-A tuvieron diferencias estadísticamente significativas, mostrando disminución en las dimensiones ansiedad y depresión de la escala DASS 21, así como modificaciones en el puntaje total de la escala DERS-E; asimismo, en las subdimensiones de aceptación y metas y en los puntajes totales de la escala GHQ-12 en el grupo TAU + DBT STEPS-A. Por el contrario, no hubo diferencias en las comparaciones entre los demás grupos del estudio, ni tampoco por género.

Palabras clave: Terapia dialéctica conductual; Regulación emocional; Educación socioemocional; Entrenamiento en habilidades emocionales; Estudiantes universitarios.

ABSTRACT

The program DBT STEPS-A is an school-based adaptation to implement the skills derived from standard dialectic-behavioral therapy. The present study aimed to measure the effects of such intervention on students of a private university in Puebla, Mexico. A total of 89 students participated, 70 women and 19 men aged of 18 to 25 years with an average of 20. Participants were assigned to four groups-conditions: 1. TAU was a non-standardized subject on socio-emotional education provided

¹ Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, Calle 21 Sur 1103, Barrio de Santiago, 72410 Puebla, Pue., México, tel. (222)229-94-00, correo electrónico: josuenapoleon.huerta@upaep.mx. Artículo recibido el 5 de agosto de 2019 y aceptado el 10 de junio de 2020.

² Instituto de Ciencia y Terapia Conductual Contextual de la Cd. de México, Canadá 177, Col. San Lucas, Del. Coyoacán, 04030 Ciudad de México, México, tel. (55)55-49-18-69, correo electrónico: michel.reyes@dbt-mexico.mx.

³ Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Av. Gral. Francisco J. Múgica s/n, Col. Felicitas del Río, 58004 Morelia, Mich., México, tel. (443)322-35-00, correo electrónico: moregil@hotmail.com.

by the university; 2. TAU+DBT STEPS-A, that subject plus the DBT STEPS-A program; 3. DBT STEPS-A alone, and a 4. a control group. The scales DERS-E, DASS 21, and GHQ-12 were used at three different moments. The data analysis was done through the Kruskal-Wallis and Friedman statistical tests. Intergroup comparisons of the scores were made before and after the implementation of the programs. The results suggest that all groups were equal comparable conditions before the treatments. Within group comparisons, using the Friedman test revealed that the TAU+DBT STEPS-A and DBT STEPS-A groups got a greater number of statistically significant improvement on depression and anxiety symptoms in the DASS 21 scale. These groups also showed improvement in the total scores of the DERS scale and the acceptance and goals subdimensions. Statistically significant differences were found for the total scores of the GHQ 12 scales, but not between men and women in the whole sample.

Keywords: Dialectical behavior therapy; Emotional regulation; Socioemotional learning; Emotional skills training; College students.

INTRODUCCIÓN

Los estudiantes universitarios son un segmento de la población expuesto a diversos estresores sociales y a los propios del desarrollo de esta etapa de vida, tales como la adaptación al contexto universitario, el cambio de residencia –que en muchos ocasiones significa alejarse de los padres y del lugar de origen por primera vez–, la búsqueda de sentido de pertenencia a un grupo social, relaciones de pareja novedosas, preocupaciones por el aspecto físico o problemas de tipo académico que pueden traducirse en un bajo rendimiento o en la deserción escolar (Lara, Saldaña, Fernández y Delgado, 2015). El estrés que experimentan los jóvenes puede variar de leve a grave. Los problemas no graves generalmente afectan el rendimiento académico y están relacionados directamente con las competencias emocionales (Suberviola, 2012), en tanto que los problemas graves, menos frecuentes, pueden inducir depresión, ansiedad y conductas de riesgo, como autolesiones, conducta suicida o abuso de sustancias (Mazza et al., 2016).

A los estresores ambientales se hallan asociados ciertos conflictos emocionales, de los cuales entre 20 y 36% pueden cumplir los criterios diag-

nósticos de un trastorno de salud mental (Auerbach et al., 2016; Melo, Van Oudenhove y López, 2012), problemas conductuales como el aumento significativo del consumo de alcohol y tabaco (Alvear et al., 2015; Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, 2011) y autolesiones (Castro et al., 2017; Klonsky, 2007). Las autolesiones no suicidas (ANS), entendidas como cortes realizados sobre la piel u otras formas de autolesión intencional sin fines suicidas conscientes, son comportamientos comunes entre la población universitaria asociados a problemas de regulación emocional que funcionan como intentos de autorregularse (Klonsky, 2007; Swannell, Martin, Page, Hasking, y St. John, 2014; Titelius et al., 2017). Adicionalmente, debido a su condición etaria, los estudiantes universitarios se ubican dentro del grupo poblacional con mayor índice de suicidio (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015; Suicide Prevention Resource Center, 2004).

Los trastornos mentales son frecuentes en la población estudiantil, y si bien la mayoría de los estudiantes con estos padecimientos son conscientes de la necesidad de tratamiento, la mayoría de ellos no lo reciben durante al menos dos años (Zivin, Eisenberg, Gollust y Golberstein, 2009). De acuerdo con el American College Health Association (ACHA) (2011), las características de depresión, ideación suicida, autolesión no suicida y trastorno límite de la personalidad son problemas importantes de salud mental entre los estudiantes universitarios. Aproximadamente un tercio de ellos informa haber experimentado depresión en el último año, y se ha encontrado que casi la mitad de esta población puede ser diagnosticada con al menos un problema de salud mental (Blanco et al., 2008).

A partir de los índices de psicopatología identificados en la población universitaria, Baa-der et al. (2014) sugieren realizar intervenciones en aspectos psicoeducativos de orientación y atención en la salud mental. En México, en un estudio realizado por Jiménez, Wagner, Rivera y González-Forteza (2015) en una muestra de estudiantes universitarios de Michoacán y Ciudad de México,

recomiendan llevar a cabo acciones de información, sensibilización y capacitación para atender problemas de depresión y salud mental en los ámbitos educativos.

De acuerdo con Cooper (2005), la implementación de tratamientos con apoyo empírico en estudiantes universitarios podría tener un efecto significativo en la salud pública en el largo plazo; sin embargo, considera que existe una falta crítica de estudios sobre la efectividad de tales tratamientos en esta población, por lo que se requiere continuar trabajando en la implementación de programas que estén encaminados a dotar a los estudiantes de estrategias en un plano comportamental (Osornio y Palomino, 2009) y con mediciones sobre su efectividad (Zivin, Eisenberg, Gollust y Golberstein, 2009).

Por otra parte, la terapia dialéctico-conductual (DBT, por sus siglas en inglés) es un modelo de psicoterapia que ha demostrado efectividad documentada para disminuir conductas de riesgo similares a las halladas en población universitaria (Tarrier, Taylor y Gooding, 2008). De acuerdo al modelo biosocial sobre el que se fundamenta (Crowell, Beauchine y Linehan, 2009; Linehan, 1993), comportamientos como la suicidalidad o el abuso de sustancias son consecuencias de las dificultades para regular las propias emociones, lo que ubica la desregulación emocional como una variable causal de diversos problemas de salud mental y subclínicos (Payne, Ellard, Farchione, Fairholme y Barlow, 2014; Reyes, 2013, 2016). Por el contrario, la regulación emocional implica la capacidad de ser consciente y entender las emociones, adaptando flexiblemente las conductas con base en el contexto, los propios fines y las demandas del ambiente, siendo el de la DBT el modelo psicoterapéutico de mayor efectividad documentada para atender problemas de desregulación emocional (Barlow et al., 2015; Gratz y Roemer, 2004; Linehan, 1993; Reyes y Tena, 2016; Stoffers et al., 2012).

En un estudio realizado por Pistorello, Fruzzetti, Maclane, Gallop e Iverson (2012) se analizó la efectividad de la terapia dialéctico-conductual en 63 estudiantes que manifestaban intencionalidad suicida al principio del estudio. Los resultados revelaron que la DBT, en comparación con una condición control, produjo una disminución signifi-

cativa en las tendencias suicidas, la depresión, las ANS y el uso de medicamentos psicotrópicos. La mayoría de los efectos del tratamiento también se observaron en el seguimiento.

Cabe mencionar que la DBT está compuesto por tres elementos: psicoterapia individual, entrenamiento de habilidades en grupo y apoyo telefónico, de los cuales se han hecho, entre otras adaptaciones, adecuaciones para la población adolescente (Linehan, 2014; Miller, Rathus, DuBose, Dexter-Mazza y Goldklang, 2007), las familias de estos (Rathus y Miller, 2014) y el contexto escolar (Mazza et al., 2016).

El programa DBT STEPS-A (*Dialectic-Behavioral Therapy Skills Training for Emotional Problem Solving for Adolescents*, por sus siglas en inglés), que es la adaptación al contexto escolar, cuenta con una forma de trabajo estructurada, orientada a que los participantes aprendan habilidades que les sean de utilidad para regular sus emociones, resolver problemas y manejar de forma efectiva el malestar provocado por las diversas situaciones que pueden llegar a experimentarse en la vida. Datos acerca de la implementación del programa DBT STEPS-A en Estados Unidos e Irlanda indican una disminución en conductas suicidas, autolesiones, depresión y ansiedad, así como también mejoría en los problemas concernientes a la regulación emocional (Mazza y Dexter-Mazza, 2018). Los resultados sugieren que es un programa efectivo para prevenir autolesiones y conductas suicidas, así como para mejorar otros aspectos de la salud mental.

Por todo lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar la efectividad del programa DBT STEPS-A como estrategia de prevención y atención a los problemas relacionados con la salud mental en una muestra de estudiantes universitarios mexicanos.

MÉTODO

Participantes

La muestra, aleatoriamente designada, estuvo conformada por 89 estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Puebla (México). Los participantes, que se encontraban en un rango de entre 18

a 23 años de edad ($X = 20$, D.E. = 1.77) y procedían de diversas licenciaturas, se dividieron en cuatro grupos: 1) TAU, conformado por 39 participantes ya inscritos en una materia que imparte la misma institución; 2) DBT STEPS-A, constituido por 7 estudiantes que participaron voluntariamente y que fueron asignados por los directores de carrera interesados en el proyecto; 3) TAU + DBT STEPS-A, constituido por 32 participantes que, además de haber sido asignados por la universidad a la materia TAU, decidieron participar voluntariamente en el programa DBT STEPS, y 4) Grupo control, conformado por 11 estudiantes asignados por los directores de carrera y que accedieron a participar voluntariamente en la investigación.

Diseño

Este fue un estudio con enfoque cuantitativo, diseño cuasiexperimental, con alcance descriptivo, con tres grupos experimentales que completaron las sesiones de acuerdo a lo establecido por cada programa, y un grupo control que solo participó en los momentos de medición. Como variable independiente se consideró la intervención de los programas DBT STEPS-A y TAU, como variables dependientes los resultados arrojados por los instrumentos DERS-E, GHQ-12 y DASS 21.

Instrumentos

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-E) (Gratz y Roemer, 2004).

Adaptada y validada en población mexicana por Marín, Robles, González y Andrade (2012), tiene como fuente de constructo la depresión, la ansiedad y las conductas desadaptativas. Se compone por cuatro factores: no aceptación de respuestas emocionales, dificultades para dirigir el comportamiento hacia metas, falta de conciencia emocional y de claridad emocional, en un total de 24 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van de “Casi nunca” (0-10%) a “Casi siempre” (91-100%).

Cuestionario de Salud General (GHQ-12) (Goldberg y Hillier, 1979).

Es un instrumento para el autorreporte del grado de bienestar. Originalmente consta de 60 pregun-

tas en cuatro áreas psiquiátricas: depresión, disfunción social, ansiedad e hipocondría, así como funciones intelectuales y fisiológicas. En su adaptación para población mexicana (Solís, Meda, Moreno y Juárez, 2016), el cuestionario se compone de doce reactivos, en los que puntuaciones de 12 o más indican que la persona podría estar sufriendo un trastorno emocional.

Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS 21) (Lovibond y Lovibond, 1995).

Consta de tres subescalas que miden depresión, ansiedad y estrés mediante 21 reactivos. Las respuestas en dicho instrumento se miden a través de cuatro opciones: 0, “No ha ocurrido”; 1, “Ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo”; 2, “Ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo”, y 3, “Ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo” (cf. Ruiz, García, Suárez y Odriozola, 2017).

Procedimiento

Para la adecuada implementación del programa DBT STEPS-A se llevaron a cabo sesiones de capacitación a cargo de un entrenador regional con trece años de experiencia clínica, diez de ellos desde el modelo DBT; un supervisor de los facilitadores con doce años de experiencia clínica, tres de ellos desde el modelo DBT; así como con cuatro facilitadoras del programa, tres de ellas con estudios de posgrado en psicología y experiencia clínica. Finalmente, los facilitadores del grupo TAU fueron profesores asignados por la universidad que ya impartían esa materia.

Se invitó a los participantes a acudir de forma voluntaria al taller DBT STEPS-A a través de los directores de carrera. Por otro lado, el Grupo TAU se eligió por conveniencia, ya que la institución imparte una materia con objetivos similares a los del referido taller, resaltando que la elección de ese grupo fue hecha aleatoriamente por el sistema de inscripciones de la universidad. Todos los participantes firmaron un formato de consentimiento informado, así como una carta de responsabilidad en la que se señalaba la importancia de acudir un mínimo de 85% a las sesiones del programa. La presente investigación fue analizada y aprobada por el comité de bioética de la institución en la que se efectuó.

Para la implementación del programa cada facilitador explicó los objetivos de la investigación y de cada programa, se encargó de entregar las cartas de compromiso, dio la orientación de cada programa, aclaró las dudas de los estudiantes y obtuvo las firmas de las cartas de consentimiento informado. Los cuatro grupos completaron las treinta sesiones que indica el programa, mientras que el grupo control solo participó en los momentos de medición.

En un inicio, el total de participantes que conformó la muestra experimental fue de 95, de los cuales seis fueron dados de baja por abandonar el tratamiento o por incumplir los compromisos del programa; cuatro de ellos pertenecían al grupo TAU + DBT STEPS y dos al DBT STEPS, resultando finalmente un total de 89 participantes, incluidos quienes solamente formaban parte del grupo control.

Grupos de intervención

1) TAU

Materia de formación humanista incluida dentro del plan de estudios, cuyo objetivo es promover el desarrollo personal en los estudiantes. Este grupo se encontraba ya conformado por la propia institución. Las sesiones tenían una duración de una hora y media y se efectuaban dos veces por semana. La evaluación se llevaba a cabo mensualmente, y se realizaban diversas actividades dentro de las sesiones, tales como el análisis de diversos temas a revisarse en la materia, grupos de discusión sobre aprendizajes logrados en clase y puestos en práctica en la vida cotidiana y asignación de tareas.

2) DBT STEPS-A

Entrenamiento de habilidades de DBT, que constó de treinta sesiones divididas en cuatro módulos: a) conciencia plena, b) tolerancia al malestar, c) regulación emocional y d) efectividad interpersonal. Las sesiones del taller tuvieron una duración de hora y media, a razón de dos veces por semana, y la evaluación se lleva a cabo mediante un examen escrito predeterminado por el manual. Las actividades en las sesiones consisten en grupos de discusión, juego de roles, intercambio de aprendizajes y experiencias, asignación de tareas para practicar las habilidades en casa, así como también el uso de tarjetas de diario en las que se

reportan las herramientas utilizadas durante la semana.

3) TAU + DBT STEPS-A

En este grupo experimental se trabajó con los contenidos y procedimientos correspondientes a los formatos de los dos programas. Por lo que, para trabajar en este grupo, los participantes asistían dos días a la semana a las sesiones del programa TAU, y en la misma semana dos días al programa DBT.

4) Grupo control

Con este grupo se trabajó únicamente en los momentos en que se aplicaban los instrumentos para recabar los datos derivados de las tres mediciones.

RESULTADOS

Para realizar los análisis se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas, específicamente las de Kruskal-Wallis y de Friedman, debido a que los datos de la muestra no mostraron una homogeneidad de varianzas ni una distribución normal. A cada uno de los grupos se les hicieron tres mediciones, las cuales se llevaron a cabo en diversos momentos del tratamiento (sesión 1, sesión 15 y sesión 30). Con el propósito de evitar la fatiga en los participantes al contestar los instrumentos, se dejó el espacio de tiempo suficiente entre cada medición, esperando que esos intervalos fuesen de utilidad para prevenir que los datos obtenidos se vieran influidos por las aplicaciones anteriores. Las tres mediciones proporcionaron información sobre el comportamiento de las variables a lo largo de las sesiones. Los análisis estadísticos se efectuaron con el objetivo de hacer comparaciones entre los diferentes grupos y las diversas mediciones.

Se compararon los puntajes totales de los cuatro grupos correspondientes a la primera medición de las escalas DASS 21 ($\chi^2[1] = 6.25$, $p = .100$), DERS-E ($\chi^2[1] = 5.85$, $p = .119$) y GHQ 12 ($\chi^2[1] = 5.26$, $p = .154$), utilizando para ello la prueba estadística de Kruskal-Wallis; esta comparación intergrupala permitió identificar que no había diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de los instrumentos. Dichos resultados sugieren que los grupos se encontraban en

igualdad de condiciones antes de la implementación de los tratamientos. De igual forma, se hizo una comparación con la prueba Kruskal-Wallis de los datos obtenidos de la tercera medición de las escalas DASS 21 ($\chi^2[1] = 12.47, p = .005$), DERS-E ($\chi^2[1] = 21.46, p = .000$) y GHQ 12 ($\chi^2[1] = 27.96, p = .000$), en la cual se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos. En cuanto a los resultados obtenidos por medio de la comparación intragrupal utilizando la prueba de Friedman, se observó que los grupos que obtuvieron un mayor número de diferencias estadísticamente significativas fueron en la modalidad de TAU + DBT STEPS-A y DBT STEPS-A; los grupos TAU y el grupo control no mostraron ninguna diferencia estadísticamente significativa con este análisis.

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS 21). Se realizó el análisis utilizando la prueba no paramétrica de Friedman, el cual indicó que en el grupo con la modalidad de TAU + DBT STEPS-A hubo diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales de la escala ($\chi^2[2] = 7.32, p = .026$); específicamente, se encontraron diferencias en las subdimensiones de depresión ($\chi^2[2] = 8.53, p = .014$) y ansiedad ($\chi^2[2] = 8.33, p = .016$), por lo que, de acuerdo con los puntajes de las medianas derivados de las tres mediciones realizadas (sesión 1, sesión 15 y sesión 30), los puntajes de ansiedad y depresión disminuyeron; en la subdimensión de estrés en este grupo no hubo diferencias estadísticamente significativas. Los participantes del grupo que recibieron la modalidad DBT STEPS-A registraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales ($\chi^2[2] = 7.71, p = .021$) y también en dos de las subdimensiones de la escala: depresión ($\chi^2[2] = 5.82, p = .050$) y ansiedad ($\chi^2[2] = 5.84, p = .050$). En cuanto a la subdimensión de estrés, no se observaron diferencias estadísticamente significativas. En esta escala, los dos grupos restantes (TAU y control) no presentaron diferencias estadísticamente significativas.

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional en Español (DERS-E). El análisis de datos efectuado mediante la comparación de las tres medicio-

nes utilizando la prueba estadística de Friedman señala que en el grupo TAU + DBT STEPS-A hubo diferencias estadísticamente significativas en los puntajes totales ($\chi^2[2] = 26.22, p = .000$), así como también en las subdimensiones de no aceptación ($\chi^2[2] = 16.4, p = .000$), metas ($\chi^2[2] = 23.41, p = .000$) y conciencia ($\chi^2[2] = 8.86, p = .012$). Los puntajes de las medianas correspondientes a cada una de las subdimensiones indican que fueron mayores en la medición efectuada en la sesión 1 del tratamiento, en comparación con los obtenidos en las sesiones 15 y 30. Dichos puntajes refieren que los participantes experimentaron una variación en los niveles de estas variables a medida que avanzaron en el tratamiento.

De igual forma, el grupo en la modalidad DBT STEPS-A reportó diferencias estadísticamente significativas en los puntajes totales de la escala ($\chi^2[2] = 6.74, p = .034$), al igual que en las subdimensiones de no aceptación ($\chi^2[2] = 8.66, p = .013$) y metas ($\chi^2[2] = 5.85, p = .050$). En este grupo, la subdimensión de conciencia no mostró diferencias estadísticamente significativas, las cuales brindan información sobre el comportamiento de las variables a lo largo de las sesiones del tratamiento; así, los niveles de las variables se modificaron en relación a la primera y la tercera mediciones.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las comparaciones en los cuatro grupos en la subdimensión claridad de la escala DERS-E.

Cuestionario de Salud General de 12 Ítems (GHQ 12). En la escala GHQ 12 se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los tres momentos de medición en los puntajes totales de la escala, específicamente en el grupo TAU + DBT STEPS-A ($\chi^2[2] = 21.86, p = .000$). Los puntajes de las medianas en cada una de las tres mediciones indican la manera en la cual el nivel de esta variable se modificó desde la primera sesión cuando se le contrasta con las sesiones 15 y 30. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones de los puntajes en los demás grupos del estudio (véanse Tablas 1 y 2).

Tabla 1. Puntajes de la prueba no paramétrica estadística de Friedman para comparar las mediciones de los participantes del grupo con modalidad de tratamiento TAU + DBT STEPS-A.

TAU + DBT STEPS-A (n = 32)					
Variable	1ª Medición	2ª Medición	3ª Medición	χ^2	p
	Md	Md	Md		
DASS 21 Total	12	8	7	7.32	.026
DASS 21 Depresión	2	1	1	8.53	.014
DASS 21 Ansiedad	4	2	1	8.33	.016
DERS-E Total	46	38	38	26.22	.000
DERS-E No aceptación	14	12	11	16.01	.000
DERS-E Metas	11	9	8	23.41	.000
DERS-E Conciencia	11	12	10	8.86	.012
GHQ 12 Total	9	5	4	21.86	.000

Tabla 2. Puntajes de la prueba estadística no paramétrica de Friedman para comparar las tres mediciones de los participantes del grupo con modalidad de tratamiento DBT STEPS-A.

DBT STEPS-A (n = 7)					
Variable	1ª Medición	2ª Medición	3ª Medición	χ^2	p
	Md	Md	Md		
DASS 21 Total	12.18	7	4	7.71	.021
DASS 21 Depresión	2	1	0.0	5.85	.050
DASS 21 Ansiedad	4	2	1	5.84	.050
DERS-E Total	46	35	30	6.74	.034
DERS-E No aceptación	16	11	9	8.66	.013
DERS-E Metas	13	9	6	5.85	.050

DISCUSIÓN

La presente investigación reporta los principales datos obtenidos de un estudio con diseño cuasiexperimental utilizando DBT STEPS-A en estudiantes universitarios. El grupo que tuvo mayores diferencias estadísticamente significativas fue el que recibió TAU + DBT STEPS-A, seguido del grupo DBT STEPS-A, rechazándose así la hipótesis de investigación. En ambas intervenciones se observó una disminución de los puntajes en las medianas de algunas de las subdimensiones de los instrumentos en los tres momentos de medición.

En relación con las subdimensiones de las escalas que no mostraron diferencias estadísticamente significativas, tales como la de estrés del DASS 21, las de conciencia y claridad de la DERS-E, o en el caso de la escala GHQ 12, para la cual solo un grupo reportó cambios (TAU + DBT STEPS-A),

es conveniente considerar diversos elementos de las modalidades en los grupos que pudieron llegar a influir en dicho resultado. En la escala DERS-E, en los casos de la subdimensión de claridad, la cual no se modificó en ninguno de los grupos, o la de conciencia, en la que no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo que recibió DBT STEPS-A. Será pertinente centrarse en DBT STEPS-A y en las características de los ítems que conforman estas subdimensiones, y establecer una relación con los módulos que conforman DBT STEPS-A; en particular los módulos de atención plena y regulación emocional del programa, a fin de que en próximas implementaciones de DBT STEPS-A se consideren estos aspectos.

En contraste con los resultados anteriormente reportados, debe señalarse que en sendos estudios hechos en Estados Unidos e Irlanda (este último utilizó DBT STEPS-A como estrategia nacional de

prevención universal para la salud mental en ocho diferentes escuelas) se reportó una disminución en las conductas suicidas y autolesiones, así como también en los problemas de regulación emocional, entre otros (Mazza y Dexter-Mazza, 2018). Tales resultados sugieren que DBT STEPS-A es un programa efectivo para prevenir autolesiones y conductas suicidas, así como también otros problemas de salud mental.

En el presente estudio se encuentran similitudes con los resultados obtenidos en los dos estudios anteriormente señalados, recordando que la población con la cual se trabajó en esta investigación es muy diferente a la reportada en aquellos.

Por lo tanto, y retomando los datos obtenidos, un punto de discusión del presente estudio, derivado de los resultados que muestran cómo TAU + DBT STEPS-A fue el grupo que obtuvo los mejores resultados, es identificar los elementos del tratamiento que pareciera cubrir el TAU o algunas características del mismo que añadieran valor a la implementación del DBT STEPS-A. Por otro lado, es importante señalar que el grupo TAU + DBT STEPS-A recibió el doble número de sesiones, lo que podría explicar los resultados obtenidos. Dado que el objetivo principal del estudio fue evaluar el efecto del DBT STEPS-A como estrategia universal de prevención en una población de estudiantes mexicanos universitarios, se considera pertinente identificar los elementos que deben mejorarse para que en futuras aplicaciones de este programa se obtengan resultados más positivos.

Algunos otros factores que pudieron afectar los resultados son los relativos a la implementación del tratamiento en los grupos, como el desarrollo de las sesiones, las características individuales del responsable de implementar las sesiones o la forma de prepararlas, entre muchos más.

Es fundamental apuntar que los resultados del presente proyecto en cuanto a la aplicación y evaluación de DBT STEPS-A son preliminares debido a los elementos relacionados con el tamaño y la forma de asignar a los participantes a cada grupo. Por consiguiente, en futuros estudios se recomienda que el número de participantes en los grupos sea más homogéneo a fin de lograr una distribución normal, e igualmente se sugiere aumentar su número en cada uno de los grupos. Dichas modificaciones proporcionarían una mayor

fortaleza al análisis, haciendo posible explorar los efectos de DBT STEPS-A con mayor profundidad. Otro elemento que permitiría conocer a profundidad el efecto que tiene DBT STEPS-A son los datos de la fase del seguimiento, los cuales harían posible saber si los cambios originados al principio se mantuvieron o desaparecieron a lo largo de ese tiempo.

Otras sugerencias adicionales es retomar los datos reportados por los participantes en las tarjetas diarias, rescatando así la información que proporcionan acerca del uso de las habilidades y la presencia o ausencia de conductas problema, así como retroalimentar no solo a los participantes sobre las sesiones del programa, sino también a los encargados de implementar las sesiones, lo que haría posible tener un mejor panorama.

De este modo, los datos obtenidos en el presente estudio muestran resultados positivos en cuanto a la mejoría o reducción de los puntajes de algunas de las variables evaluadas, ya que se logró la mejoría de diversos factores relacionados con la salud mental de los jóvenes universitarios al entrenarlos en diversas habilidades que son de utilidad para manejar los momentos de estrés o malestar emocional, mejorando así su salud mental. Así, DBT STEPS-A es una propuesta derivada de un tratamiento basado en evidencia científica que puede ser utilizada en las instituciones educativas del país como una herramienta de tipo universal para la prevención de diversos problemas de salud mental en universitarios.

Los resultados del estudio brindan información importante sobre la implementación, evaluación e impacto del DBT STEPS-A en población mexicana; sientan las bases para futuros proyectos, y además proporcionan evidencias para futuras investigaciones cuya finalidad sea obtener datos que corroboren que el mencionado programa es una opción viable y efectiva para el trabajo en contextos escolares. Tales investigaciones contribuirán a lograr su puesta en práctica de una manera más adecuada, a desarrollarlo considerando las características del sistema educativo mexicano, y a utilizarlo en las instituciones educativas del país tomando en consideración las necesidades relacionadas con la salud mental de las poblaciones escolares.

REFERENCIAS

- Alvear G., M.G., Yamamoto K., L.T., Morán Á., I.C., Rodríguez P., A., Solís T., C., Varela M., H.F. y Fajardo Y., M. (2015). Tobacco use, alcohol consumption and family history, such as risk of chronic disorders in university students. *Revista Médica del Hospital General de México*, 78(2), 67-72.
- American College Health Association (ACHA) (2011). *ACHA-National College Health Assessment II: Resumen ejecutivo del grupo de referencia*. Hanover, MD: American College Health Association.
- American Psychological Association (2019). *Research-Supported Psychological Treatments*. Washington, D.C.: APA.
- Auerbach, R., Alonso, J., Axinn, W., Cuijpers, P., Ebert, D., Green, J. y Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental & Health Surveys. *Psychological Medicine*, 46(14), 2955-2970. Doi: 10.1017/S0033291716001665.
- Baader M., T., Rojas C., C., Molina F., J.L., Gotelli V., M., Álamo P., C., Fierro F., C., Venezian B., S. y Dittus B., P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 52(3), 167-176. Doi: 10.4067/S0717-92272014000300004.
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B. y Ehrenreich-May, J. (2015). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales: Manual del terapeuta y manual del paciente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D. S., Grant, B.F., Liu, S.M. y Olfson, M. (2008). Mental health of college students and their non-collegeattending peers: results from the national epidemiologic study on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 65(12), 1429-1437. Doi: 10.1001 / archpsyc.65.12.1429.
- Castro S., E., Benjet, C., Juárez G., F., Jurado C., S., Lucio G.M., M.E. y Valencia C., A. (2017). Non-suicidal self-injuries in a sample of Mexican university students. *Salud Mental*, 40(5), 191-200. Doi: 10.17711/SM.0185-3325.2017.025.
- Cooper, S.E. (2005). Evidence-based psychotherapy practice in college mental health. *Journal of College Student Psychotherapy*, 20(1), 1-6. Doi: 10.1300/J035v20n01_01.
- Crowell, S.E., Beauchaine, T.P., Linehan, M.M. (2009). A biosocial model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135, 495-510. Doi: 10.1037/a0015616.
- Goldberg, D.P. y Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139-145. Doi: 10.1017/S0033291700021644.
- Gratz, K. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio. México: INEGI. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>.
- Jiménez T., A., Wagner, F., Rivera H., M.E. y González-Forteza, C. (2015). Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del estado de Michoacán por medio de la versión revisada de la CES-D. *Salud Mental*, 38(2), 103-107.
- Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226-239.
- Lara, N., Saldaña, Y., Fernández, N. y Delgadillo H., J. (2015). Salud, calidad de vida y entorno universitario en estudiantes mexicanos de una universidad pública. *Hacia la Promoción de la Salud*, 20(2), 102-117. Doi: 10.17151/hpsal.2015.20.2.8.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M.M. (2014). *DBT Skills Training Manual* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Lovibond, P. y Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- Marín T., M., Robles G., R., González F., C. y Andrade P., P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35(6), 521-526.
- Mazza, J. y Dexter-Mazza, E. (2018). DBT Skills in schools: Implementation of the DBT STEPS-A social emotional curriculum. En M. A. Swales (Ed.): *The Oxford Handbook of Dialectical Behaviour Therapy*. Oxford (UK): The Oxford University Press.
- Mazza, J.J., Dexter-Mazza, E.T., Miller, A.L., Rathus, J.H. y Murphy, H.E. (2016). *DBT skills in schools. Skills training for emotional problem solving for adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Melo C., A., Van-Oudenhove, L. y López Á., A. (2012). Síntomas depresivos en estudiantes de medicina mexicanos: alta prevalencia y el efecto de una intervención grupal de psicoeducación. *Revista de Trastornos Afectivos*, 136(3), 1098-1103. Doi: 10.1016 / j.jad.2011.10.040.
- Miller, A.L., Rathus, J.H., DuBose, A.P., Dexter-Mazza, E.T. y Goldklang, A.R. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents. En L. A. Dimeff y K. Koerner (Eds.): *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings* (pp. 245-263). New York: The Guilford Press.

- Osornio C., L. y Palomino G., L. (2009). Depresión en estudiantes universitarios. *Archivos en Medicina Familiar*, 11(1), 1-2.
- Payne, L.A., Ellard, K.K., Farchione, T.J., Fairholme, C.P. y Barlow, D.H. (2014). Emotional disorders: A unified transdiagnostic protocol. En D. H. Barlow (Ed.): *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 237-274). New York: The Guilford Press.
- Rathus, J.H. y Miller, A.L. (2014). *DBT skills manual for adolescents*. New York: Guilford Publications.
- Reyes, M.A. (2013). Características de un modelo clínico transdiagnóstico de regulación emocional. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 7-18.
- Reyes, M.A. (2016). Impactos de un modelo integrativo de regulación emocional grupal en usuarios con trastorno de ansiedad generalizada. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21(1), 9-20.
- Reyes, M.A. y Tena S., A. (2016). *Regulación emocional en la práctica clínica, una guía para terapeutas*. México: El Manual Moderno.
- Ruiz, F.J., García M., M.B., Suárez F., J.C. y Odriozola G., P. (2017). El factor de estructura jerárquica de la versión española de la depresión ansiedad y el estrés -21 Escala. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 17(1), 97-105.
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*. México: Autores. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf.
- Solís C., P., Meda L., R.M., Moreno J., B. y Juárez R., P. (2016). Estructura factorial del Cuestionario de Salud General GHQ-12 en población general de México. *Salud y Sociedad*, 7(1), 62-76.
- Stoffers, J.M., Vollm, B.A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N. y Lieb, K. (2012). Psychological therapies for borderline personality disorder. *Cochrane Database Systematic Review*, August 15, 8.
- Suicide Prevention Resource Center (2004). *Promoting mental health and preventing suicide in college and university settings*. Newton, MA: Education Development Center, Inc.
- Suverbiola O., I. (2011) Competencia emocional y rendimiento académico en el alumnado universitario. *Revista de Comunicación Vivat Academia*, 117, 1-17. Doi: 10.15178/va.2011.117E.1-17.
- Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P.A. y St. John, N.J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 44(3), 273-303. Doi: 10.1111/sltb.12070.
- Tarrier, N., Taylor, K. y Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification*, 32, 77-108. Doi: 10.1177 / 0145445507304728.
- Titelius, E.N., Cook, E., Spas, J., Orchowski, L., Kivisto, K., O'Brien, K., Frazier, E., Wolff, J.C., Dickstein, D.P., Kim, K.L. y Seymour, K.E. (2018). Emotion dysregulation mediates the relationship between child maltreatment and non-suicidal self-injury. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 27(3), 323-331. doi: 10.1080/10926771.2017.1338814.
- Zivin, K., Eisenberg, D., Gollust, S.E. y Golberstein, E. (2009). Persistence of mental health problems and needs in a college student population. *Journal of Affective Disorders*, 117(3), 180-185. doi: 10.1016/j.jad.2009.01.001.