



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Baja California  
Coordinación de Educación e Investigación  
Unidad de Medicina Familiar No. 28  
Mexicali B.C.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA**  
Facultad de Medicina  
**Coordinación General de Posgrado e Investigación**

**TESIS**

**Título:**

**“EFECTO DE UN TALLER DE INTERVENCIÓN PARA EL DESARROLLO DE  
FUNCIONES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL POSITIVA EN RESIDENTES DE  
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 DEL IMSS EN MEXICALI, B.C.”**

**No. Registro SIRELCIS  
R-2023-205-056**

Trabajo para obtener el título de Especialidad en Medicina Familiar

Presenta

**Alumno Tesista:**

Dra. Karime Montoya Llamas  
Residente Segundo Año de Medicina Familiar UMF No. 28

**Investigador Principal/ Responsable**

Dra. Vanessa Johanna Caro

**Investigadores Asociados**

Psic. Elizabeth Fernández Osuna

Dr. Alberto Barreras Serrano

Mexicali, Baja California, Enero de 2025.

## IDENTIFICACION DE INVESTIGADORES

**Alumno tesista:** Karime Montoya Llamas

**Matrícula:** 97026450

**Adscripción:** Unidad de Medicina Familiar No. 28

**Institución:** Instituto Mexicano del Seguro Social

**Teléfono:** (686) 270 2943

**Correo electrónico:** dra.karime.m@gmail.com

**Investigador Responsable:** Dra. Vanessa Johanna Caro

**Matrícula:** 99264825

**Adscripción:** Unidad de Medicina Familiar No. 28

**Institución:** Instituto Mexicano del Seguro Social

**Teléfono:** (667) 117 0521

**Correo electrónico:** vanessa.caro@imss.gob.mx

**Investigador asociado:** Psic. Elizabeth Fernández Osuna

**Matrícula:** 98029902

**Adscripción:** Unidad de Medicina Familiar No. 28

**Institución:** Instituto Mexicano del Seguro Social

**Teléfono:** (686) 110 1279

**Correo electrónico:** elizabethfedez.dlv@gmail.com

**Asesor metodológico y estadístico:** Dr. Alberto Barreras Serrano

**Institución:** Universidad Autónoma de Baja California

**Teléfono:** 6862255342

**Correo electrónico:** abarreras@uabc.edu.mx

## **TABLA DE CONTENIDOS**

Resumen	<b>4</b>
Marco Teórico	<b>5</b>
Antecedentes	<b>10</b>
Justificación	<b>14</b>
Planteamiento del Problema	<b>15</b>
Objetivos	<b>16</b>
Hipótesis	<b>16</b>
Material y Métodos	<b>17</b>
Criterios de Selección	<b>17</b>
Variables	<b>18</b>
Análisis Estadístico	<b>20</b>
Procedimiento	<b>21</b>
Aspectos Éticos	<b>23</b>
Resultados	<b>24</b>
Discusión	<b>28</b>
Conclusiones	<b>30</b>
Referencias Bibliográficas	<b>31</b>
Anexos	<b>36</b>

## RESUMEN

### **“EFECTO DE UN TALLER DE INTERVENCIÓN PARA EL DESARROLLO DE FUNCIONES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL POSITIVA EN RESIDENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 DEL IMSS EN MEXICALI, B.C.”**

Dra. Karime Montoya Llamas, Dra. Vanessa Johanna Caro, Psic. Elizabeth Fernández Osuna

**Introducción:** La regulación emocional es la capacidad que tenemos de influir en nuestras emociones y en las de los demás. Una desregulación emocional se relaciona con múltiples desórdenes del comportamiento, en los que están implicadas respuestas emocionales pobremente controladas por la persona afectada como la depresión, la ansiedad y el estrés. Las intervenciones psicológicas, como la terapia cognitivo-conductual, ayudan al desarrollo de funciones para la regulación emocional y logran disminuir la presencia de síntomas psicopatológicos. **Objetivo general:** Evaluar el efecto de un taller de intervención para el desarrollo de funciones en la regulación emocional positiva en residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS en Mexicali, B.C. **Material y métodos:** Estudio cuasiexperimental en donde se incluyeron a residentes de medicina familiar de los tres grados académicos con sede en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 que cumplieron los criterios de inclusión para aplicar las escalas DERS, CERQ y DASS-21 antes y después de un taller de intervención con sesiones semanales de terapia cognitivo conductual a lo largo de 10 semanas durante el período de marzo a agosto de 2024. Se realizó con estadística descriptiva e inferencial mediante el programa estadístico SPSS v26. **Resultados:** Se reunieron un total de 26 residentes de medicina familiar para llevar a cabo el taller de intervención. Posterior a las 10 sesiones semanales de terapia cognitivo-conductual, se observaron cambios estadísticamente significativos en las áreas de Rumiación ( $p=0.008$ ), Autoculparse ( $p=0.034$ ), Focalización positiva ( $p=0.029$ ) y Reinterpretación positiva ( $p=0.014$ ) de la escala CERQ; así como cambios en puntajes finales de escalas DASS-21 y DERS. **Conclusiones:** Los resultados de este estudio nos muestran la eficacia de un taller de intervención basado en terapia cognitivo-conductual para la regulación emocional en residentes de medicina familiar, implicando que la terapia podría ayudar a los residentes a mejorar su calidad de vida y reducir los problemas psicológicos que enfrentan en su día a día.

**Palabras clave:** regulación emocional, DERS, DASS-21, CERQ, residentes, medicina familiar

## **MARCO TEÓRICO**

### **Regulación Emocional**

La regulación emocional (RE) hace referencia a la capacidad que tenemos de influir en nuestras emociones y en las de los demás. La RE se centra en cómo las personas intentan influir en las emociones, las cuales se definen como estados de tiempo limitado, relacionados con la situación, pudiendo ser positivos y/o negativos.<sup>1</sup>

Desde el punto de vista biológico, se considera que las emociones tienen mecanismos autorreguladores para lograr un equilibrio, un estado de balance neutralizador que permite el óptimo uso de energía física y cognitiva, sin embargo, desde una perspectiva funcionalista, las emociones poseen una función que regula la conducta. Las emociones que experimenta una persona generarán una conducta orientada a regular esa emoción, generando así un ciclo de retroalimentación y un patrón de conducta a emociones específicas.<sup>2</sup>

Estrategias adaptativas para la regulación emocional positiva:

- Aceptación: Pensamientos relacionados con la aceptación del hecho ocurrido y la resignación ante lo ocurrido.
- Focalización de planes: Reflexiones sobre el mejor curso de acción a seguir para hacer frente a la situación desagradable.
- Focalización positiva: En lugar de insistir en el acontecimiento preocupante, centrar el pensamiento en algo positivo y agradable.
- Reinterpretación positiva: Pensar de una manera que le dé a la mala experiencia un significado nuevo y positivo y la vea como una oportunidad para el propio desarrollo personal.
- Poner en perspectiva: Pensar en el suceso negativo y relativizarlo o restarle importancia a su gravedad comparándolo con otros.<sup>3</sup>

### **Desregulación Emocional**

La desregulación emocional se relaciona con múltiples desórdenes del comportamiento, en los cuales están implicadas unas respuestas emocionales pobremente controladas por la persona afectada, como las que se pueden

presenciar ante un ataque de ira o histeria, siendo la impulsividad un elemento clave ante este tipo de respuestas.<sup>4</sup>

Se describen múltiples causas por las cuales se puede llegar a una pobre regulación emocional, una de ellas es el déficit de regulación por ausencia de activación en la cual la persona no emplea estrategias para la regulación emocional al enfrentarse a situaciones de estados de ánimo disfóricos, lo que puede llegar a convertirse en parte a un problema clínico como depresión, el cual se caracteriza por la entrega de la persona a su estado de ánimo negativo, sin emplear mecanismos para compensarlo.<sup>5</sup>

Se puede encontrar también un déficit de regulación por empleo de estrategias disfuncionales de regulación emocional, en el cual existen estrategias ineficaces para regular, principalmente emociones negativas, encontrándose la persona con reacciones más intensas y descontroladas, lo cual suele resultar de estrategias contraproducentes como aquellas de rechazo, evitación o supresión emocional que lejos de disminuir la intensidad de la emoción experimentada la intensifican.<sup>5</sup>

### **Depresión y Regulación Emocional**

Según numerosos estudios, los síntomas depresivos se correlacionan invariablemente tanto con una baja frecuencia de uso de estrategias adaptativas como con una alta frecuencia de uso de estrategias desadaptativas. Las estrategias de rumiación (focalización repetitiva de la atención y el pensamiento en lo negativo de una situación estresante) y catastrofización (constructo mental negativo exagerado) se han identificado con frecuencia como indicadores del inicio de la depresión.<sup>6</sup>

### **Depresión y Residencia Médica**

Las instituciones de educación superior y el campo de la medicina están luchando con un problema grave: la depresión en los estudiantes y residentes de medicina. Según algunos estudios, los principales factores que contribuyen a la depresión incluyen largas sesiones de estudio, estrés emocional, un trabajo exigente y problemas de dinero. Al momento se ha encontrado que este grupo tiene mayor

prevalencia de depresión y menos del 25% busca ayuda profesional, por lo que la falta de atención especializada sugiere que no están recibiendo una atención adecuada.<sup>7</sup>

### **Depresión**

Con una prevalencia de por vida del 10% en la población general, la depresión es un trastorno psiquiátrico común. La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) establece que cinco o más síntomas deben estar presentes durante un período de dos semanas para diagnosticar un episodio depresivo mayor. Un estado de ánimo depresivo o anhedonia debería ser, al menos, uno de los síntomas. Los síntomas secundarios incluyen cambios en el apetito o el peso, dificultad para dormir, agitación o retraso psicomotor, agotamiento o pérdida de energía, reducción en la capacidad de pensamiento o concentración, sentimientos de culpa excesiva o inutilidad y pensamientos suicidas.<sup>8</sup>

### **Ansiedad**

El principal criterio de diagnóstico para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es la ansiedad, que se experimenta como una preocupación excesiva e incontrolable sobre una variedad de temas sin los estímulos correspondientes o de una manera desproporcionada con respecto a su riesgo potencial. Una importante comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos ligados a traumatismos y estresores, así como una edad relativamente tardía en la que los afectados reciben un diagnóstico adecuado hacen del TAG un reto epidemiológico.<sup>9</sup>

### **Estrés**

Las definiciones de estrés varían según el enfoque del que se ve, desde características objetivamente peligrosas del entorno (sucesos vitales estresantes) hasta evaluaciones subjetivas de la amenaza que representa un entorno para un individuo (estrés psicológico), así como la activación de sistemas fisiológicos que sustentan las conductas (como lucha o huida) necesarios para responder a esa amenaza.<sup>10</sup>

## **Intervención Psicológica**

La intervención psicológica es la aplicación de principios y técnicas psicológicas por parte de un profesional calificado para ayudar a otros a comprender sus problemas, reducirlos o resolverlos, prevenir su ocurrencia y/o mejorar sus relaciones interpersonales incluso en ausencia de problemas. Las intervenciones vienen en una variedad de formas, incluyendo el psicoanálisis, la terapia psicodinámica, la terapia conductual, la terapia cognitivo-conductual, el análisis transaccional, la terapia sistémica, etc. La intervención psicológica se puede aplicar de forma individual, a parejas, familias, grupos y comunidades.<sup>11</sup>

En cuanto a la terapia grupal, esta forma de terapia requiere la participación de un número de individuos que comparten un problema u objetivo común y cuyas características no obstaculizan o afectan negativamente la capacidad de funcionamiento del grupo. Se debe utilizar un tratamiento grupal siempre que sea posible porque, en términos generales, es al menos tan efectivo como uno individual.<sup>11</sup>

Se ha sugerido que las intervenciones psicológicas se pueden mejorar centrándose más en la RE, como es el caso de la mayoría de las intervenciones de la tercera generación, incluida la terapia cognitiva basada en el mindfulness, la terapia conductual dialéctica o la terapia conductual basada en la aceptación. La evidencia de la literatura sugiere que estas intervenciones psicológicas mejoraron la RE en adultos y que estas mejoras mediaron reducciones en los síntomas psicopatológicos.<sup>12</sup>

La terapia cognitiva basada en el mindfulness (MBCT) es una intervención psicosocial grupal que incluye instrucción en meditación consciente y componentes de terapia cognitiva conductual. Enseña a los pacientes cómo alterar su relación con sus pensamientos para que se vuelvan conscientes de sus sentimientos y pensamientos desfavorables, lo que les ayuda a involucrarse en un mecanismo de afrontamiento al que se refieren como descentramiento.<sup>13</sup>

La terapia conductual dialéctica (TDC) es un programa desarrollado para tratar personas con desregulación emocional, combina elementos conductuales con validación y aceptación basados en filosofías budistas y zen, buscando una dialéctica entre la aceptación y el cambio. La psicoterapia individual, el desarrollo de habilidades y la atención de crisis conforman el curso del tratamiento. La TDC tiene un impacto en los cuatro grupos de síntomas que suelen estar presentes en estos pacientes: confusión acerca del yo, impulsividad, caos interpersonal e inestabilidad emocional.<sup>14</sup>

La aceptación de sensaciones, pensamientos, sentimientos, emociones, recuerdos, imágenes, etc., es un componente clave de la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Opera bajo la premisa fundamental de que la "evitación experiencial" es la causa raíz del sufrimiento psicológico. La alternativa saludable que sugiere la ACT estaría enfocada en aceptar las propias reacciones normales, automáticas e inherentes a la condición humana y tomar contacto con el momento presente, lo que permitiría elegir más libremente una dirección que valga la pena y comprometerse con la acción y los cambios en línea con esa dirección.<sup>15</sup>

## ANTECEDENTES

**Ying y colaboradores, China en 2019**, publicaron un estudio observacional y analítico, en el cual se evaluó cómo el mindfulness disposicional de los adolescentes y los síntomas de estrés, ansiedad y depresión se relacionaron entre sí; 1.067 adolescentes respondieron encuestas sobre distress psicológico (DASS), regulación emocional (DERS) y mindfulness (MAAS). Los hallazgos mostraron que un pobre resultado en las escalas de mindfulness disposicional y dificultades para la regulación emocional se encuentran directamente relacionado con depresión, ansiedad y estrés de manera negativa. Las subescalas de la encuesta DERS que se relacionaron significativamente con la depresión fueron aquellas de claridad, estrategias y aceptación; con ansiedad se encontraron relacionadas las subescalas de impulso, estrategias y aceptación; y con estrés se relacionaron las subescalas de metas impulso, estrategias y aceptación.<sup>16</sup>

**Rady y colaboradores, Egipto en 2021**, publicaron un estudio cuasiexperimental el cual evalúa el efecto de DBT en parejas con desregulación emocional. El estudio se desarrolló en 20 parejas con problemas maritales y en quienes se demostró que las parejas presentaban desregulación emocional según resultados de la escala DERS. La intervención se llevó a cabo mediante 13 sesiones semanales con una duración de 2 horas cada sesión. La eficacia del tratamiento se midió utilizando las herramientas DERS y la escala de ajuste diádico (DAS) al inicio y después de la terapia. Tanto las parejas masculinas como las femeninas presentaron mejoras significativas en las puntuaciones de regulación emocional, con un resultado en la encuesta DERS pre-intervención de  $104.8 \pm 16.54$  a  $74.0 \pm 5.62$  post-intervención en hombres ( $p < 0.001$ ) y de  $121.2 \pm 20.77$  pre-intervención a  $75.65 \pm 5.91$  post-intervención en mujeres ( $p < 0.001$ ), demostrando mejora en la regulación emocional posterior a terapia DBT en parejas con desregulación emocional.<sup>17</sup>

**Del Valle y colaboradores, España en 2018**, publicaron un estudio descriptivo, transversal para valorar el efecto del uso de estrategias cognitivas de regulación emocional sobre el nivel de ansiedad en adolescentes, en el cual se aplicaron las encuestas CERQ, para evaluar los componentes cognitivos de la regulación

emocional, y STAI, para medir el nivel de ansiedad, a 266 adolescente. Se encontró que el uso de mecanismos de estrategias cognitivas desadaptativas (culpar a otros, autoculparse, rumiación, catastrofización) estaba directa y significativamente relacionado con mayores niveles de ansiedad ( $p < .05$ ), también se demostró que la aplicación periódica de estrategias adaptativas, en particular la reinterpretación positiva y focalización positiva, se asoció de manera inversa con los niveles de ansiedad ( $p < .01$ ).<sup>18</sup>

**De la Viuda-Suárez M y colaboradores, España en 2020**, publicaron un estudio cuasiexperimental con evaluación pre y post intervención, en el cual se sugiere un protocolo de psicoterapia grupal aceptación y compromiso (ACT) breve que mejora la observación, la interpretación y la elección de acciones frente a experiencias internas desagradables para los adolescentes que tienen problemas emocionales que son de moderados a severos (rasgos límite de personalidad, depresión, ansiedad, agresividad y/o conductas autolesivas). El protocolo de intervención fue aplicado a ocho participantes. La evaluación consistió en la aplicación de la Escala de Dificultad de Regulación Emocional (DERS-E) y el Cuestionario de Evitación Experiencial II (AAQ-II) pre y post-intervención. Se realizaron seis sesiones de 90 minutos cada semana como parte de la intervención, que siguió el modelo ACT. Los análisis de comparación de medias grupales pretest y posttest muestran cambios significativos positivos en las variables relacionadas con componentes conductuales: impulsividad ( $W=.01$ ), estrategias de regulación emocional ( $W=.04$ ), e interferencia a metas ( $W=.04$ ). Con respecto a la magnitud de las diferencias, se observa gran diferencia en las subescalas de impulsividad ( $d = 1$ ) y estrategias de regulación emocional ( $d = 1.10$ ), demostrándose el beneficio de la terapia ACT para la regulación emocional.<sup>19</sup>

**Tickell y colaboradores, Reino Unido en 2020**, publicaron un estudio cuasiexperimental para demostrar la eficacia de la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) sobre los síntomas depresivos en los usuarios de los servicios de salud, en el cual participaron 1,554 usuarios a quienes se les aplicó el test PHQ-9 pre y post intervención, obteniendo resultados iniciales de un 53% presentando síntomas compatibles con depresión y 47% no presentaba síntomas

depresivos. Se otorgaron un total de 8 sesiones de terapia, con una frecuencia semanal. Al inicio del tratamiento, la puntuación media del PHQ-9 fue  $M=10.75$  ( $SD = 6.18$ ) en el pretratamiento y se redujo a  $M=7.81$  ( $SD=6.08$ ) en el postratamiento, lo que resultó en un cambio estadísticamente significativo con  $t(1553) = 22.46$ ,  $p < 0.001$ ,  $d = 0.48$ . Concluyendo que la MBCT resulta eficaz en la disminución de los síntomas depresivos.<sup>20</sup>

**Schanche y colaboradores, Noruega en 2020**, publicaron un ensayo clínico controlado aleatorizado en el que se exploran los efectos de la MBCT sobre los factores de riesgo y protectores en personas con síntomas depresivos. Se asignaron al azar sesenta y ocho personas con trastorno depresivo recurrente a terapia MBCT o a una condición de control en lista de espera. La terapia se llevó a cabo en un programa de ocho sesiones semanales con una duración de dos horas. Al finalizar se observó que en aquellos que completaron la terapia, en comparación con los que permanecieron en lista de espera, las medidas para determinar los factores de riesgo y protección habían mejorado significativamente, como lo son la rumiación ( $d = 0.59$ ,  $p = 0.015$ ), regulación emocional ( $d = 0.50$ ,  $p = 0.028$ ), reactividad emocional al estrés ( $d = 0.32$ ,  $p = 0.048$ ), autocompasión ( $d = 1.02$ ,  $p < 0.001$ ), mindfulness ( $d = 0.59$ ,  $p = 0.010$ ) y depresión ( $d = 0.40$ ,  $p = 0.018$ ); concluyendo que la MBCT contribuye significativamente para mejorar la regulación emocional y disminuir la recurrencia de síntomas depresivos.<sup>21</sup>

**Kells y colaboradores, Irlanda en 2020**, publicaron un estudio cuasiexperimental el cual evalúa el efecto de DBT sobre individuos que acudían a servicios comunitarios de salud mental en el cual participaron 100 pacientes con diagnóstico de desorden de la personalidad o desregulación emocional, llevándose a cabo sesiones de terapia semanales con una duración de 24 semanas. El programa constaba de sesiones de mindfulness, tolerancia a la angustia, regulación emocional y desarrollo de habilidades interpersonales. Se aplicaron evaluaciones mediante encuestas pre y post intervención en las se cuales se observaron reducciones significativas para el afrontamiento emocional disfuncional y la desregulación emocional ( $p < .001$ ). Las medidas de mindfulness y regulación emocional mostraron una mejora durante la intervención, según los análisis, demostrando que la DBT

logra un efecto positivo en el desarrollo de funciones positivas para la regulación emocional.<sup>22</sup>

**Fazia y colaboradores, Italia en 2023**, publicaron un ensayo clínico controlado aleatorizado donde se evaluó la efectividad de una intervención en línea basada en MBCT para disminuir la ansiedad, distrés emocional y estrés en estudiantes de medicina. El estudio se llevó a cabo en una muestra de 362 estudiantes, divididos en dos cohortes (239 en una y 123 en otra), asignados al azar a los grupos de estudio y control y a quienes se les aplicaron encuestas para evaluar las variables mencionadas pre y post intervención. Se llevaron a cabo 10 sesiones en línea, impartidas dos veces por semana a través de Zoom, con una duración aproximada de 35 minutos cada una. En la evaluación posterior se observó que la intervención fue efectiva en la reducción del estrés ( $\beta = - 2.57 [- 4.02; - 1.12]$ ,  $p = 0.004$ ), mejorar el bienestar mental ( $\beta = 2.82 [1.02; 4.63]$ ,  $p = 0.008$ ) y la regulación emocional ( $\beta = - 8.24 [- 12.98; - 3.51]$ ,  $p = 0.004$ ), demostrando el beneficio de la MBCT sobre la regulación emocional.<sup>23</sup>

## JUSTIFICACIÓN

La salud mental se define como un estado de bienestar mental que permite al individuo hacer frente a las situaciones que se presentan en la vida diaria. Se ha visto que actualmente los residentes que padecen trastornos de salud mental son vulnerables de sufrir discriminación, estigmatización, exclusión social, lesiones autolesivas, ideación o intento de suicidio, entre otros.

Diversas investigaciones han llevado a cabo estudios relacionados con problemas de salud mental en residentes cursando diversos cursos de especialización, en los cuales se ha demostrado que hasta un 47% de esta población llega a presentar síntomas depresivos, 21.7% presentaba ansiedad moderada y hasta un 19.6% llegaba a manifestar ansiedad muy severa.<sup>24</sup>

En este sentido, comprendiendo que los problemas como la depresión y la ansiedad vienen seguidos de una pobre regulación emocional, la información obtenida de esta investigación podría resultar relevante para la prevención de trastornos de salud mental en los residentes de la UMF No. 28, disminuyendo así las necesidades de atención en consulta, incapacidades y costos generados a largo plazo por presentar alguno de estos trastornos, y al mismo tiempo, apoyándolos para poder lograr una adecuada regulación emocional.

Podemos considerar factible este estudio debido a que nuestra Unidad es sede para la formación de residentes en la especialidad de Medicina Familiar, quienes formarán nuestra población de estudio y del mismo modo, se cuenta con aulas en la Unidad donde podremos llevar a cabo nuestros talleres intervención y en las cuales aplicaremos las escalas pertinentes para valorar nuestros objetivos.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La prevalencia de depresión y pensamientos suicidas en estudiantes de medicina es alta. En comparación con la población general, tienen una mayor prevalencia de síntomas depresivos, lo que pone de manifiesto la necesidad de medidas preventivas.<sup>25</sup>

Durante el año 2018 se realizó un estudio en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 sobre la prevalencia de depresión en residentes en el cual se encontró que 7.4% de los residentes presentaron depresión, según el resultado de la encuesta aplicada, predominando la depresión en las residentes del sexo femenino, siendo mujeres el 75% del total de los residentes con depresión.

Actualmente en la Unidad y el municipio podemos apreciar un alza en los efectos que tiene una deficiente regulación emocional, como son los trastornos depresivos y de ansiedad, los cuales pueden llegar hasta la autólisis e intentos de suicidio. Por lo anterior, es importante investigar los efectos que puede tener un taller de intervención en los residentes médicos, donde puedan desarrollar funciones para lograr una regulación emocional positiva, con el fin de implementar acciones para la prevención de trastornos mentales en la población de riesgo.

### **Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:**

¿Cuál es el efecto de un taller de intervención para el desarrollo de funciones en la regulación emocional positiva en residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS en Mexicali, B.C.?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

- Evaluar el efecto de un taller de intervención para el desarrollo de funciones en la regulación emocional positiva en residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS en Mexicali, B.C.

### **Objetivos específicos:**

- Describir las características sociodemográficas de la población de estudio: edad, sexo, grado académico y estado civil.
- Evaluar los síntomas de depresión, ansiedad y estrés en la población de estudio antes y después del taller de intervención mediante la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21).
- Evaluar las estrategias de regulación emocional mediante el Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (CERQ) antes y después del taller de intervención.
- Determinar la presencia de dificultades en la regulación emocional de la población de estudio antes y después del taller de intervención mediante la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS).

## **HIPÓTESIS**

Hi: El taller de intervención es efectivo para el desarrollo de funciones en la regulación emocional positiva.

Ho: El taller de intervención no es efectivo para el desarrollo de funciones en la regulación emocional positiva.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

**Diseño de investigación:** Cuasiexperimental.

**Población:** Residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Período de estudio:** marzo-agosto 2024.

**Lugar de realización:** Unidad de Medicina Familiar No. 28 de Mexicali, Baja California.

**Tipo de muestreo:** Censal.

**Tamaño de muestra:** Se incluyó al total de médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 28.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **Criterio de inclusión:**

- Médicos residentes con sede en la UMF No. 28 del IMSS.
- Médicos que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado.

#### **Criterios de exclusión:**

- Médicos residentes de la UMF No. 28 que se encontraban en rotación de campo.

#### **Criterios de eliminación:**

- Médicos que no cumplieron con un 80% de asistencia a las sesiones.
- Evaluaciones incompletas.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

**Variable independiente:** Asistencia al taller de intervención.

**Variable dependiente:** Desarrollo de funciones para la regulación emocional positiva.

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Indicador
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Género	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.Femenino 2.Masculino
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Edad cumplida en años al momento del estudio.	Cuantitativa Discreta	Edad en años
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Estado civil referido por el residente al completar la encuesta.	Cualitativa Nominal	1.Soltero 2.Casado 3.Unión Libre 4.Divorciado 5.Viudo
Grado académico	Nivel de educación.	Año académico que se encuentre cursando el residente.	Cualitativa ordinal	1. Primer año 2. Segundo año 3. Tercer año
Estrategias Cognitivas de Regulación Emocional	Respuestas cognitivas que surgen para intentar modificar la magnitud y/o tipo de experiencia emocional ante eventos generadores de emocionalidad.	Resultado del Cuestionario para la Regulación Emocional Cognitiva antes y después del taller de intervención.	Cuantitativa Discreta	Puntaje total obtenido para cada una de las subescalas.
Dificultades para la Regulación Emocional	Respuesta emocional pobremente modulada y que no entra dentro de los rasgos convencionalmente aceptados para las mismas.	Resultado de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional antes y después del taller de intervención.	Cualitativa Nominal	<73 puntos: Sin dificultades de regulación emocional >72 puntos: Con dificultades de regulación emocional

Depresión	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Es el resultado de las aseveraciones de síntomas asociados a depresión por el participante en la escala DASS-21 antes y después del taller de intervención.	Cualitativa Ordinal	0-4 Normal 5-6 Depresión leve 7-10 Depresión moderada 11-13 Depresión severa >14 Depresión extremadamente severa
Ansiedad	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.	Es el resultado de las aseveraciones de síntomas asociados de ansiedad por el participante en la escala DASS-21 antes y después del taller de intervención.	Cualitativa Ordinal	0-3 Normal 4-5 Ansiedad leve 6-7 Ansiedad moderada 8-9 Ansiedad severa >10 Ansiedad extremadamente severa
Estrés	Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal; suele provocar diversos trastornos físicos y mentales.	Clasificado según el resultado de la escala DASS-21 antes y después del taller de intervención.	Cualitativa Ordinal	0-7 Normal 8-9 Estrés leve 10-12 Estrés moderado 13-16 Estrés severo >17 Estrés extremadamente severo

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se realizó análisis descriptivo e inferencial. El análisis descriptivo consistió de un análisis de frecuencias de cada variable y su distribución con apoyo de gráficas de barras. Se aplicó la prueba Chi cuadrada considerando una diferencia significativa cuando  $p < 0.05$ . prueba de t de Student para valorar en cambio de antes y después en las variables cuantitativas o Wilcoxon para las variables cualitativas mediante el programa estadístico SPSS v26 para Windows.

## PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

Previa autorización del protocolo por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud No, 205 y del director de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 se desarrolló el siguiente protocolo, en el cual se buscó valorar el efecto de un taller de intervención sobre la regulación emocional en residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 28.

**Paso 1:** Se citó a los residentes a un aula donde se les dio a conocer las características del presente estudio y se les explicó los beneficios que tendría al participar, haciendo énfasis en que los resultados son anónimos y el no participar no implicaría afectación en sus calificaciones. A quienes estuvieron de acuerdo en participar se les solicitó la firma del consentimiento informado.

**Paso 2:** Se les citó nuevamente para el llenado de una hoja de recolección de datos personales (anexo 1) y aplicación de las encuestas DERS (anexo 2), CERQ (anexo 3) y DASS-21 (anexo 4) pre-exposición.

En la hoja de recolección de datos se indican las características sociodemográficas de cada uno de los residentes.

La Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) es utilizada para evaluar las dificultades con la regulación emocional. Es un cuestionario de 28 ítems diseñado para medir 5 facetas de las dificultades en la regulación emocional: Descontrol emocional, falta de aceptación emocional, interferencia en conductas dirigidas a metas, falta de conciencia emocional y falta de claridad emocional. Las respuestas se dan en una escala Likert con un rango de 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre). El valor umbral de 73 puntos permite separar a las personas con niveles bajos y altos de problemas de regulación emocional, según la definición, las puntuaciones más altas de la escala se consideran "altas" o "con dificultades de regulación emocional", mientras que las puntuaciones más bajas se consideran "bajas" o "sin dificultades de regulación emocional".<sup>26</sup> Cuenta con un buen nivel de consistencia interna ( $\alpha=0.93$ ) y buena fiabilidad test-retest en un período de 6 meses ( $p=.74$ ,  $p<.001$ ).<sup>27</sup>

El Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (CERQ) es una herramienta de autoinforme que consta de 36 ítems que deben responderse en una escala tipo Likert, donde 1 significa casi nunca y 5 casi siempre. Esta encuesta analiza nueve técnicas cognitivas para gestionar las emociones que las personas emplean tras eventos desagradables o estresantes: Rumiación, catastrofización, auto-culparse, culpar a otros, poner en perspectiva, aceptación, focalización positiva, reinterpretación positiva, refocalización en los planes. Los análisis de consistencia interna reportan valores de alfa de Cronbach comprendidos entre 0,68 y 0,83.<sup>28</sup>

La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) es una evaluación de 21 ítems que consta de tres subescalas: depresión, ansiedad y estrés. Los ítems se califican en una escala de cuatro puntos que va de 0 ("no me ha ocurrido") a 3 ("me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo"). La puntuación total de cada subescala se calcula como la suma de las puntuaciones de sus ítems correspondientes. Entre más alta la puntuación indica un mayor nivel de depresión (0-4 normal, 5-6 depresión leve, 7-10 depresión moderada, 11-13 depresión severa, >14 depresión extremadamente severa), ansiedad (0-3 normal, 4-5 ansiedad leve, 6-7 ansiedad moderada, 8-9 ansiedad severa, >10 ansiedad extremadamente severa) o estrés (0-7 normal, 8-9 estrés leve, 10-12 estrés moderado, 13-16 estrés severo, >17 estrés extremadamente severo).<sup>29</sup> Cuenta con valor del alpha de Cronbach de 0.93 para la escala completa, con valores consistentes para las subescalas de depresión (0.81), ansiedad (0.76) y estrés (0.79). La fiabilidad de la escala DASS-21 fue de 0.86 para toda la escala, con 0.81 para la subescala de depresión, 0.79 para la escala de estrés y 0.76 para la de ansiedad.<sup>30</sup>

**Paso 3:** Posteriormente se dio inicio a las sesiones de intervención, las cuales constaron de una sesión semanal de terapia cognitivo-conductual grupal con una duración de 45 minutos a lo largo de 10 semanas (Anexo 7). Se citaron nuevamente a los participantes 12 semanas posterior al término del taller para la aplicación post-exposición de las encuestas DERS, CERQ y DASS-21.

**Paso 4:** Se capturaron en una hoja de Excel los resultados de cada uno de los instrumentos utilizados y después se analizaron los resultados.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

El presente trabajo de investigación se desarrolló siguiendo los lineamientos de la Declaración de Helsinki de 1975, los lineamientos en el artículo 98 de la Ley General de Salud con relación a la investigación en seres humanos y el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

### **Riesgos del estudio.**

Este estudio se considera de mínimo riesgo de acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en el artículo número 17 debido a que los datos a recolectar provinieron de estudios psicológicos y que es un estudio cuasiexperimental en el cual los procedimientos empleados no implican manipulación sobre los participantes y los riesgos a los que se expusieron no son diferentes a los que implican el estar en contacto con los servicios de salud.

La participación en el estudio fue voluntaria, la negativa de participación no implicó afectación en los resultados académicos de los residentes.

### **Beneficios del estudio.**

El presente estudio resultaría benéfico para los residentes y para el instituto debido a que nos permitiría detectar si los residentes estaban cursando con dificultades en la regulación emocional y síntomas de distress emocional y además contarían con el beneficio de las sesiones terapéuticas que se llevaron a cabo en el taller de intervención.

### **Proporcionalidad riesgo/beneficio del estudio.**

El potencial beneficio que los residentes obtendrían de este taller de intervención superó el riesgo de exposición, ya que este estudio se considera de riesgo mínimo al desarrollarse en su lugar habitual de trabajo.

### **Confidencialidad de la información.**

Se respetó la confidencialidad de los participantes ya que no se registró información personal o fuera del propósito de este estudio y solo el investigador responsable y el alumno tesista tuvieron acceso a los resultados ya que estos fueron guardados en un documento en Excel el cual está protegido con contraseña y en el equipo de cómputo del tesista.

## RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 26 residentes de medicina familiar de los cuales 17 residentes fueron del sexo femenino (65%) y 9 del sexo masculino (35%). El promedio de edad fue de  $29.5 \pm 2.81$  años; predominó el estado civil soltero (73%), respecto a su grado académico el 42% cursaron el segundo año de la residencia (cuadro 1).

Cuadro 1. Características generales de la población

Variable	n	porcentaje
<b>Sexo</b>		
• Femenino	17	65.4
• Masculino	9	34.6
<b>Estado civil</b>		
• Soltero	19	73.1
• Casado	6	23.1
• Unión libre	1	3.8
<b>Grado académico</b>		
• 1	5	19.2
• 2	11	42.3
• 3	10	38.5

De acuerdo con los resultados de la frecuencia de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés en la población de estudio antes y después del taller de intervención mediante la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) no se pudo evaluar por haber casillas en valores de cero; sin embargo, en la Ansiedad la categoría de normal de 18 incrementó a 21 casos y ya no presentaron categoría de severo y extremadamente severo después de la intervención. Respecto a la depresión incrementaron los casos de normal de 16 a 20, y disminuyeron los casos leves de 9 a 4. Y en el Estrés incrementaron los casos normales de 17 a 22 casos y también se redujeron en las otras categorías (cuadro 2).

Cuadro 2. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés de estudio antes y después de la intervención

Variable	Normal	Leve	Moderada	Severo	Extremadamente severo
<b>Ansiedad</b>					
• Inicial	18	4	2	1	1
• Final	21	4	1	0	0
<b>Depresión</b>					
• Inicial	16	9	1	0	0
• Final	20	4	1	1	0
<b>Estrés</b>					
• Inicial	17	4	3	2	0
• Final	22	2	2	0	0

Respecto a las estrategias de regulación emocional mediante el Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (CERQ) antes y después de la intervención. Se utilizó prueba de T de Student en todas las categorías, a excepción de Catastrofización y Refocalización de planes, en las cuales se demostró que hubo un cambio estadísticamente significativo en las estrategias de Rumiación, Autoculparse, Focalización positiva y Reinterpretación positiva. Para las estrategias de catastrofización y refocalización de planes se utilizó la prueba de Wilcoxon, las cuales no fueron significativas (cuadro 3).

Cuadro 3. Estrategias de regulación emocional mediante el Cuestionario CERQ antes y después de la intervención

	Media ± DS	t (p)
<b>Rumiación</b>		
• Inicial	13.73 ± 3.31	2.89 (p=0.008)
• Final	11.38 ± 3.66	
<b>Autoculparse</b>		
• Inicial	10.46 ± 3.42	2.24 (p=0.034)
• Final	8.77 ± 3.15	

<b>Culpar a otros</b>		
• Inicial	7.00 ± 2.71	1.94 (p=0.063)
• Final	6.19 ± 2.66	
<b>Poner en perspectiva</b>		
• Inicial	13.15 ± 3.30	0.495 (p=0.625)
• Final	12.77 ± 3.80	
<b>Aceptación</b>		
• Inicial	12.42 ± 3.08	-0.464 (p=0.646)
• Final	12.73 ± 3.85	
<b>Focalización positiva</b>		
• Inicial	13.35 ± 3.67	-2.31 (p=0.029)
• Final	14.85 ± 3.94	
<b>Reinterpretación positiva</b>		
• Inicial	15.77 ± 3.26	-2.63 (p=0.014)
• Final	16.88 ± 3.14	
<b>Catastrofización</b>	<b>Rango</b>	<b>Wilcoxon</b>
• Inicial	9.86	-0.555 (p=0.610)
• Final	10.19	
<b>Refocalización de planes</b>		
• Inicial	10.39	-0.434 (p=0.676)
• Final	10.59	

---

En cuanto a la presencia de dificultades en la regulación emocional de la población de estudio antes y después del taller de intervención mediante la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), se utilizó prueba de Wilcoxon dando un rango inicial de 15.92 y final de 11.08 ( $Z = 0.801$ ;  $p = 0.433$ ) (cuadro 4).

Cuadro 4. Cambio de la presencia de dificultades en la regulación emocional antes y después de la intervención mediante la escala DERS

	<b>Rango</b>	<b>Wilcoxon</b>
<b>DERS inicial</b>	15.62	0.801 ( $p=0.433$ )
<b>DERS final</b>	11.08	

## DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio demostraron que entre los residentes de Medicina Familiar de la UMF #28 del IMSS predominan las residentes del sexo femenino, con un promedio de edad de 29.5 años, la mayoría contando con un estado de civil soltero y cursando su segundo año de residencia.

Aunque los resultados del estudio no mostraron significancia estadística en los puntajes obtenidos para las escalas DASS-21 y DERS, sí pudieron apreciarse cambios en resultados finales de las escalas antes y después del taller de intervención, los cuales se discutirán a continuación.

Francis et al en un estudio clínico aleatorizado realizado en Australia en 2021 investigaron el efecto de la terapia cognitivo conductual con integración de mindfulness para la reducción de la depresión y ansiedad mediante la aplicación de la escala DASS-21, en el cual se demostró disminución en el puntaje total de la escala posterior a la intervención comparado con el grupo control ( $p < 0.0001$ )<sup>31</sup>; a pesar de no haber mostrado significancia estadística, en nuestro estudio observamos también una disminución del número de residentes con algún grado de depresión, ansiedad y/o estrés, así como un aumento en el total de la categoría normal.

Al evaluar los resultados de la escala CERQ posterior a nuestra intervención pudimos apreciar cambios significativos positivos en las estrategias adaptativas de focalización positiva y reinterpretación positiva, así como una disminución significativa en la utilización de las técnicas desadaptativas de rumiación y autoculparse, resultados comparables con los obtenidos por Forghani et al en 2022, quienes evaluaron el efecto de terapia cognitivo conductual en la regulación emocional de residentes e internos del servicio de urgencias médicas, apreciando de igual forma cambios significativos en técnicas adaptativas y desadaptativas, y cambios en los resultados finales de las subescalas, demostrando así el beneficio de la terapia cognitivo conductual en la regulación emocional<sup>32</sup>.

Al inicio del presente estudio obtuvimos un promedio para el total de la escala DERS en 46.93 con únicamente dos resultados por encima del punto de corte de 73 puntos, reportando 76 y 81 puntos, traduciéndose a dos sujetos con dificultades para la regulación emocional, y posterior a la intervención se obtuvo un puntaje promedio de 44.34 que, a pesar de no ser significativo, en esta segunda evaluación no obtuvimos ningún resultado por encima del punto de corte; similar a los resultados obtenidos por Rady et al en 2021, en el cual se tomaron parejas que demostraron dificultades para la regulación emocional con aplicación de la escala DERS y, posterior a una intervención basada en terapia conductual, demostraron resultados por debajo del punto de corte ( $p < 0.001$ )<sup>17</sup>.

## CONCLUSIÓN

En general, los resultados de este estudio nos muestran la eficacia de un taller de intervención basado en terapia cognitivo-conductual para la regulación emocional en residentes de medicina familiar, con desarrollo de técnicas adaptativas y mejor control sobre técnicas desadaptativas y la adquisición de herramientas para continuar mejorando sus habilidades, demostrado a través de cambios estadísticamente significativos en las áreas de Rumiación ( $p=0.008$ ), Autoculparse ( $p=0.034$ ), Focalización positiva ( $p=0.029$ ) y Reinterpretación positiva ( $p=0.014$ ) de la escala CERQ, así como cambios en puntajes finales de escalas DASS-21 y DERS.

La evidencia presentada en este estudio implica que la terapia cognitivo-conductual podría ayudar a los residentes a mejorar su calidad de vida y reducir los problemas psicológicos que enfrentan en su día a día, aunado a las situaciones por las que puedan cursar durante su etapa de residencia médica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McRae K, Gross J. Emotion regulation. *Emotion* 2020; 20(1): 1–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/emo0000703>
2. Gómez PO, Calleja BN. Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Rev Mex Invest Psicol* 2016; 8(1): 96-117. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2016/mip161g.pdf>
3. Del Valle M, Betegón E, Irurtia MJ. Efectos del uso de estrategias cognitivas de regulación emocional sobre la ansiedad en adolescentes españoles. *Suma Psicol* 2018; 25 (2): 153-161. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi.2018.v25.n2.7>
4. Velásquez C, Grajeda A, Montero V, Montgomery W. Desregulación emocional, rumiación e ideación suicida en estudiantes que cursan estudios generales en una universidad pública de Lima Metropolitana. *Rev Invest Psicol* 2020; 23 (1): 5-22. Disponible en: <https://doi.org/10.15381/rinvp.v23i1.18090>
5. Hervás G. Psicopatología de la regulación emocional: El papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual* 2011; 19 (2): 347-372. Disponible en: [http://webprueba2.quned.es/archivos\\_publicos/webex\\_actividades/5413/psicopatologiadelaregulacionemocionalelpapeldelosdeficitemocionales.pdf](http://webprueba2.quned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/psicopatologiadelaregulacionemocionalelpapeldelosdeficitemocionales.pdf)
6. Del Valle MV, Zamora EV, Grave L, Merlo E, Maidana J, Urquijo S. El Rol de las Estrategias Cognitivas de Regulación Emocional en la Depresión: Estudio en Población Universitaria. *Rev Cien Psic* 2021; 18 (1): 7-25. Disponible en: <https://ojs.psicoeureka.com.py/index.php/eureka/article/view/46/48>
7. Carrillo-Córdova LD, Carrillo-Córdova JR, CarrilloEsper R, Garduño-Arteaga ML. Prevalencia de depresión y síndrome de burnout en residentes de urología de un hospital de tercer nivel. *Rev Mex Urol* 2018; 78 (2): 105-111. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/revmexurol.v78i2.1492>.
8. Tolentino JC, Schmidt SL. DSM-5 Criteria and Depression Severity: Implications for Clinical Practice. *Front Psychiatry* 2018; 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00450>.

9. Gottschalk MG, Domschke K. Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. *Dialogues Clin Neurosci* 2017; 19 (2): 159-168. Disponible en: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/kdomschke>
10. Cohen S, Murphy M, Prather A. Ten Surprising Facts About Stressful Life Events and Disease Risk. *Annu Rev Psychol* 2019; 70: 577-597. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102857>
11. Bados A. La intervención psicológica: Características y modelos. Barcelona, España: Universitat de Barcelona 2008. p 2-8. Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%c3%adsticas%20y%20modelos.pdf>
12. Moltrecht B, Deighton J, Patalay P, Edbrooke J. Effectiveness of current psychological interventions to improve emotion regulation in youth: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2021; 30 (6): 829–848. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32108914/>
13. Vásquez-Dextre E. Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Rev Neuropsiquiatr* 2016; 79( 1 ): 42-51. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972016000100006&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006&lng=es).
14. De la Vega I, Sánchez S. Terapia dialectico conductual para el trastorno de personalidad limite. *Acción Psicol* 2013; 10 (1): 45-56. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/acp/v10n1/monografico5.pdf>
15. Kohlenberg R, et al. Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *Int J Clin Health Psychol* 2005; 5(2): 349-371. Disponible en: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=33750209>
16. Ma Y, Fang S. Adolescents' Mindfulness and Psychological Distress: The Mediating Role of Emotion Regulation. *Front Psychol* 2019; 10: 1358. Disponible en: doi: 10.3389/fpsyg.2019.01358. PMID: 31231292; PMCID: PMC6567674.
17. Rady A, Molokhia T, Elkholy N, Abdelkarim A. The Effect of Dialectical Behavioral Therapy on Emotion Dysregulation in Couples. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2021;17:121-127. Disponible en: doi: 10.2174/1745017902117010121. PMID: 34733351; PMCID: PMC8493826.

18. Del Valle M, Betegón E, Irurtia M. Efecto del uso de estrategias cognitivas de regulación emocional sobre la ansiedad en adolescentes españoles. *Suma Psicol* 2018; 25(2): 153-161. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sumps/v25n2/0121-4381-sumps-25-02-00153.pdf>
19. De la Viuda-Suárez M, Casas-Posada A. Terapia de aceptación y compromiso (ACT) grupal para adolescentes con dificultades de regulación emocional: un estudio piloto. *Rev Psic Clin Niños y Adolesc* 2020; 7 (2): 42-29. Disponible en: <https://www.revistapcna.com/sites/default/files/007.pdf>
20. Tickell A, Ball S, Bernard P, Kuyken W, Marx R, Pack S, Strauss C, Sweeney T, Crane C. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in Real-World Healthcare Services. *Mindfulness (N Y)* 2020; 11(2): 279-290. Disponible en: doi: 10.1007/s12671-018-1087-9.
21. Schanche E, Vøllestad J, Visted E, Svendsen JL, Osnes B, Binder PE, Franer P, Sørensen L. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on risk and protective factors of depressive relapse - a randomized wait-list controlled trial. *BMC Psychol* 2020; 8 (1): 57. Disponible en: doi: 10.1186/s40359-020-00417-1. PMID: 32503649; PMCID: PMC7275325.
22. Kells M, Joyce M, Flynn D, Spillane A, Hayes A. Dialectical behaviour therapy skills reconsidered: applying skills training to emotionally dysregulated individuals who do not engage in suicidal and self-harming behaviours. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2020; 7: 3. Disponible en: doi: 10.1186/s40479-020-0119-y. PMID: 32021690; PMCID: PMC6993331.
23. Fazia T, Bubbico F, Nova A, Buizza C, Cela H, Iozzi D, Calgan B, Maggi F, Floris V, Sutti I, Bruno S, Ghilardi A, Bernardinelli L. Improving stress management, anxiety, and mental well-being in medical students through an online Mindfulness-Based Intervention: a randomized study. *Sci Rep* 2023; 13(1): 8214. Disponible en: doi: 10.1038/s41598-023-35483-z. PMID: 37217666; PMCID: PMC10201046.
24. Urban RBR, Medina-Ayala RA, Barrios-Olán C. Ansiedad y depresión en un grupo de médicos residentes de la especialidad de medicina familiar de Sonora, México. *Arch Med Fam* 2023; 25(2): 69-76. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2023/amf232d.pdf>

25. Ocampo V, Portela J, Rodríguez F, et al. Prevalencia de depresión, ansiedad y burnout en médicos residentes de nuevo ingreso en Hospitales Angeles del área metropolitana. *Acta Med* 2022; 20(4): 302-306. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2022/am224d.pdf>
26. Guzmán-González M, Mendoza-Llanos R, Garrido-Rojas L, Barrientos J, Urzúa A. Propuesta de valores de referencia para la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) en población adulta chilena. *Rev méd Chile* 2020; 148 ( 5 ): 644-652. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000500644>
27. Hervás G, Jódar R. Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud* 2008; 19 (2): 139-156. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180613875001.pdf>
28. Medrano LA, Moretti L, Ortiz A, Pereno G. Validación del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva en Universitarios de Córdoba, Argentina. *Psyche* 2013; 22(1): 83-96. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.7764/psyche.22.1.473>
29. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol* 2005; 44(2): 227-239. Disponible en: doi: 10.1348/014466505X29657.
30. Gurrola G, Balcázar P, Bonilla M, Virseda J. Estructura factorial y consistencia interna de la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología y Ciencia Social*. 2006; 8 (2): 3-7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/314/31480201.pdf>
31. Francis SEB, Shawyer F, Cayoun B, Enticott J and Meadows GN. Group Mindfulness-Integrated Cognitive Behavior Therapy (MiCBT) Reduces Depression and Anxiety and Improves Flourishing in a Transdiagnostic Primary Care Sample Compared to Treatment-as-Usual: A Randomized Controlled Trial. *Front. Psychiatry* 2022; 13:815170. doi: 10.3389/fpsy.2022.815170
32. Forghani M, Omid A, Zamani M, Azizkhani R, Nasri N. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy courses in improving the emergency medicine

- residents and interns' ability to regulate their emotions in threatening or stressful events. *Adv Biomed Res* 2023;12:254. doi: 10.4103/abr.abr\_436\_22
33. Gratz KL, Roemer L. 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* 2004; 26(1): 41-54.
34. Lovibond SH, Lovibond PF. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* 2nd Ed. Sydney: Psychology Foundation; 1995.
35. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. *CERQ: manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. The Netherlands: Leiderdorp; 2002.

**Anexo 1.**

**Hoja de Recolección de Datos**

**Folio:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**

**1.Masculino      2. Femenino**

**Estado Civil:**

**1.Soltero   2.Casado   3.Unión Libre   4.Divorciado   5.Viudo**

**Grado Académico:**

**1.Primer Año   2.Segundo Año   3.Tercer Año**

## Anexo 2.

### ESCALA DE DIFICULTADES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL (DERS)

INSTRUCCIONES: Por favor, indique con una "X" con qué frecuencia se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones:

	1	2	3	4	5
	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
1. Percibo con claridad mis sentimientos.				1 2 3 4 5	
2. Presto atención a cómo me siento.				1 2 3 4 5	
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.				1 2 3 4 5	
4. No tengo ni idea de cómo me siento.				1 2 3 4 5	
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.				1 2 3 4 5	
6. Estoy atento a mis sentimientos.				1 2 3 4 5	
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo.				1 2 3 4 5	
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.				1 2 3 4 5	
9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.				1 2 3 4 5	
10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme así.	1	2	3	4	5
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.	1	2	3	4	5
13. Cuando me siento mal, pierdo el control.	1	2	3	4	5
14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	1	2	3	4	5
16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.	1	2	3	4	5
18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera débil.	1	2	3	4	5
20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme así.	1	2	3	4	5
21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme así.	1	2	3	4	5
24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.	1	2	3	4	5
25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.	1	2	3	4	5
26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse.				<b>Puntuación Inversa</b>	4 5

Anexo 2. Escala DERS modificada de Gratz K et al, 2004.<sup>33</sup>

### Anexo 3.

#### DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación *durante la semana pasada*. La escala de calificación es la siguiente:

**0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.**

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión .....	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca .....	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo .....	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar .....	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas .....	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones .....	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban .....	0	1	2	3
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía .....	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo .....	0	1	2	3
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara .....	0	1	2	3
11.	Me he sentido inquieto .....	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme .....	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido .....	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo....	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico .....	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona .....	0	1	2	3
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad .....	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón .....	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....	0	1	2	3

Anexo 3. Escala DASS-21 modificada de Lovibond et al, 1995.<sup>34</sup>

## Anexo 4.

### CERQ

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nivel de Estudio: \_\_\_\_\_

Generalmente todos hemos tenido que afrontar ahora o en el pasado sucesos negativos o displacenteros. Cada persona responde de una forma característica y propia antes estas situaciones. Por medio de las siguientes preguntas tratamos de conocer **en qué piensas cuando experimentas sucesos negativos o desagradables.**

(Casi) Nunca					(Casi) Siempre	
1	2	3	4	5		

1.- Siento que yo soy el culpable de lo que pasó	
2.- Pienso que tengo que aceptar lo que pasó	
3.- Normalmente pienso en cómo me siento acerca de lo que he sentido	
4.- Pienso en cosas más agradables que lo que me ha pasado	
5.- Pienso qué cosas podría haber hecho mejor	
6.- Pienso que puedo aprender algo de la situación	
7.- Pienso que podría haber sido mucho peor	
8.- Pienso en que lo que me ha pasado es mucho peor que lo que le pasa a otros	
9.- Pienso que otros son culpables de lo que me pasó	
10.- Sigo pensando en lo terrible que es lo que me ha pasado	
11.- Pienso que otras personas pasan por experiencias mucho peores	
12.- Pienso que puedo convertirme en una persona más fuerte	
13.- Pienso cómo puedo afrontar mejor la situación	
14.- Pienso en cosas positivas que no tienen nada que ver con lo que he vivido	
15.- Estoy preocupado por lo que siento y pienso acerca de lo que me ha pasado	
16.- Pienso que tengo que aceptar la situación	
17.- Siento que soy el responsable de lo que ha pasado	

18.- Quiero entender por qué me siento de esa manera	
19.- Pienso en cómo cambiar la situación	
20.- Pienso que no ha sido tan malo comparado con otras cosas	
21.- Pienso en los fallos que otros han cometido en esa situación	
22.- Normalmente pienso que lo que me ha pasado a mí es lo peor que le puede pasar a alguien	
23.- Pienso que esa situación tiene también partes positivas	
24.- Pienso en algo agradable en lugar de lo que ha ocurrido	
25.- Pienso que no puedo cambiar nada al respecto	
26.- Pienso en los errores que he cometido	
27.- Me sumerjo en los sentimientos que la situación me ha generado	
28.- Pienso en experiencias agradables	
29.- Pienso que otros son responsables de lo que ha ocurrido	
30.- Pienso un plan para que en un futuro me vaya mejor	
31.- Miro las partes positivas del problema	
32.- Pienso que tengo que aprender a vivir con ello	
33.- Pienso que fundamentalmente la causa recae en mí mismo	
34.- Me digo a mí mismo que hay cosas peores en la vida	
35.- Continuamente pienso en lo horrible que ha sido la situación	
36.- Pienso que fundamentalmente la causa recae en otros	

Anexo 4. Escala CERQ modificada de Garnefski et al, 2002.<sup>35</sup>

## Anexo 5.



### Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación en salud

Mexicali, Baja California a Marzo del 2024.

No. de registro institucional: \_\_\_\_\_

#### **Título del protocolo:**

"Efecto de un taller de intervención para el desarrollo de funciones en la regulación emocional positiva en residentes de la unidad de medicina familiar No. 28 del IMSS en Mexicali, B.C."

#### **Justificación y objetivo de la investigación:**

La salud mental se define como un estado de bienestar mental que permite al individuo hacer frente a las situaciones que se presentan en la vida diaria. Se ha visto que actualmente los residentes que padecen trastornos de salud mental son vulnerables de sufrir discriminación, estigmatización, exclusión social, lesiones autolesivas, ideación o intento de suicidio, entre otros. El objetivo del presente estudio es evaluar el efecto de un taller de intervención para el desarrollo de funciones en la regulación emocional positiva en residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS en Mexicali, B.C.

#### **Procedimientos y duración de la investigación:**

Si usted está de acuerdo en participar en este estudio se les solicitará la firma del consentimiento informado. Después se le citará para el llenado de una hoja de recolección de datos personales y se le aplicarán las encuestas DERS para valoración de las dificultades en la regulación emocional, CERQ para la valoración de la regulación emocional cognitiva y DASS-21 para valorar la presencia de síntomas relacionados con ansiedad, depresión y estrés. Posteriormente se dará inicio a las sesiones del taller de intervención, las cuales constarán de una sesión psicológica semanal con enfoque en terapia cognitivo conductual, las cuales tendrán una duración de 45 minutos a lo largo de 10 semanas. 12 semanas posterior al término de las 10 sesiones se le aplicarán nuevamente las encuestas DERS, CERQ y DASS-21.

#### **Riesgos y molestias:**

Este estudio se considera de mínimo riesgo debido a que es un estudio cuasiexperimental en el cual los procedimientos empleados no implican manipulación sobre los participantes y los riesgos a los que se exponen no son diferentes a los que implican el estar en contacto con los servicios de salud.

#### **Beneficios que recibirá al participar en la investigación:**

El presente estudio le otorgará el beneficio de ser parte de sesiones terapéuticas psicológicas para el desarrollo de funciones positivas para la regulación emocional que se llevarán a cabo en el taller de intervención.

#### **Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:**

Si resultara con importantes síntomas depresivos y/o ansiosos posterior al taller de intervención se les direccionará al servicio de psicología y psiquiatría para continuar con su tratamiento.

#### **Participación o retiro:**

Su participación en el estudio es voluntaria, si usted en cualquier momento del estudio desea retirarse, podrá realizarlo libremente, sin que afecte su desempeño en el posgrado que se encuentran realizando actualmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

#### **Privacidad y confidencialidad:**

Se respetará la confidencialidad de los participantes ya que no se registrará información personal o fuera del propósito de este estudio y solo el investigador responsable y el alumno tesista tendrán acceso a los resultados ya que estos serán guardados en un documento en Excel el cual estará protegido con contraseña y en el equipo de cómputo del tesista.

**En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:**

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Vanessa Johanna Caro

Teléfono y horario: (667) 117 0521

Correo electrónico: [vanessa.caro@imss.gob.mx](mailto:vanessa.caro@imss.gob.mx)

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Vanessa Johanna Caro

Teléfono y horario: (667) 117 0521

Correo electrónico: [vanessa.caro@imss.gob.mx](mailto:vanessa.caro@imss.gob.mx)

Investigador Asociado: Psic. Elizabeth Fernández Osuna

Teléfono y horario: (686) 110 1279

Correo electrónico: [elizabethfedez@gmail.com](mailto:elizabethfedez@gmail.com)

Alumno tesista: Dra. Karime Montoya Llamas

Teléfono y horario: (686) 270 2943

Correo electrónico: [dra.karime.m@gmail.com](mailto:dra.karime.m@gmail.com)

**Declaración de consentimiento:**

<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Se conservarán los datos o muestras hasta por 5 años tras lo cual se destruirán.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo 2

## Anexo 6.



GOBIERNO DE  
MÉXICO



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL BAJA CALIFORNIA  
Unidad de Medicina Familiar No. 28  
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

### UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28

Fecha: 17 de Agosto del 2023




Comité Local de Investigación en Salud  
Comité de Ética en Investigación  
Presente

En mi carácter de Director (a) General de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 declaro que no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en esta Unidad, el protocolo de investigación con título **"Efecto de un taller de intervención para el desarrollo de funciones en la regulación emocional positiva en residentes de la unidad de medicina familiar No. 28 del IMSS en Mexicali, B.C."** que será realizado por la Dra. Vanessa Johanna Caro, como Investigador Responsable en caso de que sea aprobado por ambos Comités de Evaluación.

A su vez, hago mención de que esta Unidad cuenta con la infraestructura necesaria, recursos financieros y personal capacitado para atender cualquier evento adverso que se presente durante la realización del protocolo autorizado.

Sin otro particular, reciba con el presente un saludo cordial.

Atentamente  
Dr. José Ramiro Herrera López

  
Dr. José Ramiro Herrera López  
MAT. 10884165  
Ced. Prof. 2818624  
DIRECTOR  
U.M.F. No. 28  
  


Calzada Independencia y Calle 3, S/N, Fracc. Calafia, C. P. 21040, Mexicali, Baja California  
Tel. 686 555 5085, Ext. 31409 [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx) [Vanessa.caro@imss.gob.mx](mailto:Vanessa.caro@imss.gob.mx)



## Anexo 7.

<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>CARTA DESCRIPTIVA</b>			
<b>INTERVENCIÓN:</b> Terapia Cognitivo-Conductual		<b>DIRIGIDO A:</b> Residentes de Medicina Familiar de la UMF No. 28	
<b>INVESTIGADOR PRINCIPAL:</b> Dra. Karime Montoya Llamas  <b>EXPERTO INVITADO:</b> Psic. Elizabeth Fernandez Osuna	<b>MODALIDAD:</b> Sesión Grupal		<b>HORA:</b> <b>FECHA:</b> <b>LUGAR:</b> Aula C de la UMF No. 28 <b>SESIONES:</b> 10 <b>DURACIÓN:</b> 45 minutos
<b>OBJETIVO:</b> Desarrollar funciones para lograr una regulación emocional positiva.			
<b>NÚMERO DE SESIÓN</b>	<b>CONTENIDO TEMÁTICO</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>AUXILIAR DIDÁCTICO</b>
Sesión 1	Introducción Aplicación de escalas Pre-test	Introducción al taller y objetivos del estudio Llenado de hojas de recolección de datos y aplicación de escalas pre-test.	Proyector de imágenes Computadora Escalas impresas Plumas
Sesión 2	Explicación del modelo cognitivo conductual, cómo herramienta psicológica para la regulación emocional.	Psicoeducación del modelo cognitivo conductual: Elementos básicos que lo componen (Cognición, tipos de pensamientos, creencias intermedias y centrales)  Explicación de la relación directa de nuestros pensamientos con nuestra conducta emocional.	Proyector de imágenes Computadora Video educativo donde explique el modelo cognitivo conductual y su influencia en la conducta.

Sesión 3	Conciencia de mis emociones. Psicoeducación de Inteligencia emocional desde el modelo de terapia cognitiva conductual.	Educar y explicar la relación directa de nuestras emociones en situaciones donde nos enfrentemos a estrés, ansiedad o depresión.  Cómo la terapia cognitivo conductual nos puede ayudar en la inteligencia emocional.	Proyector de imágenes Computadora
Sesión 4	Explicación del Análisis funcional de la conducta y registro de pensamientos como herramienta psicológica para identificar pensamientos automáticos ante las situaciones que nos activa desregulación emocional.	Proporcionar mediante el ejemplo de un análisis funcional de la conducta la relevancia de los pensamientos en las consecuencias conductuales emocionales.  Identificación de pensamientos automáticos y su relación con la conducta emocional.  Psicoeducación de pensamientos racionales vs irracionales o disfuncionales.	Proyector de imágenes Computadora. Análisis funcional de la conducta. Registro de pensamientos.
Sesión 5	Registro de pensamientos disfuncionales.	Desarrollar mediante un registro de pensamientos disfuncionales respuestas adaptativas que nos permitan una regulación emocional funcional.	Proyector de imágenes Computadora Registro de pensamientos disfuncionales. (Anexo.)

Sesión 6	Ejercicios de respiración y relajación.	Las estrategias de control físico, relajación muscular y respiración profunda potencian el control de las emociones negativas como la ansiedad, el enfado, el dolor o la ira.	Modelamiento a través de los pasos de relajación muscular profunda.
Sesión 7	Inoculación del estrés.	Su objetivo es desarrollar o dotar a los sujetos de habilidades y destrezas que les permitan: - Disminuir o anular la tensión y la activación fisiológica. - Sustituir las antiguas interpretaciones negativas por un conjunto de pensamientos positivos (autoinstrucciones) que sirven para afrontar el estrés. - Identificar situaciones estresantes y prepararnos para afrontarlas en el futuro	Proyector de imágenes Computadora Modelamiento de la aplicación de la inoculación del estrés.

<p>Sesión 8</p>	<p>Categorización por jerarquías de situaciones activadoras que más le provoque desregulación emocional.</p> <p>Técnicas basadas en la imaginación cómo estrategia de afrontamiento.</p>	<p>Se entrena al paciente para que utilice la imaginación cómo estrategia de afrontamiento al visualizarse a sí mismo haciendo frente a distintas situaciones o visualizando cómo lo harían otras personas. Deberá ir cambiando la situación de menos a más amenazante y entrenando mentalmente en distintos posibles finales.</p>	<p>Proyector de imágenes Computadora Modelamiento en sesión.</p>
<p>Sesión 9</p>	<p>Técnica de detención de pensamiento</p>	<p>Detener cadenas de pensamientos que generan malestar emocional (ansiedad, estrés o depresión)</p>	<p>Computadora Modelamiento a través de los pasos. Se entregará copia impresa de los pasos a seguir.</p>
<p>Sesión 10</p>	<p>Retroalimentación Cierre</p>	<p>Retroalimentación por parte del grupo, ¿Que técnica les pareció más útil o práctica? ¿Qué fue lo que mas llamo la atención? ¿Cómo logran identificar pensamientos disfuncionales? ¿Qué toman en cuenta cuando se habla de regulación emocional?</p>	<p>Proyector de imágenes Computadora</p>