

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Efectividad de Mindfulness en Reducir Ideación Suicida en
Jóvenes Universitarios Víctimas de Acoso Escolar
Proyecto de Investigación**

Andrea Marisol Vela Hernández

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de Psicóloga Clínica

Quito, 15 de mayo de 2017

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Efectividad de Mindfulness en Reducir Ideación Suicida en Jóvenes
Universitarios Víctimas de Acoso Escolar**

Andrea Marisol Vela Hernández

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Ana Trueba, Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 15 de mayo de 2017

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Andrea Marisol Vela Hernández

Código: 00112020

Cédula de Identidad: 1715549943

Lugar y fecha: Quito, 15 de mayo de 2017

RESUMEN

Los estudios indican que la victimización por acoso escolar en etapas escolares tiene relación con problemas posteriores como mayor probabilidad de desarrollar ansiedad, depresión e ideación suicida. Por su parte, el mindfulness es una técnica psicológica transteórica que ha evidenciado efectividad en tratar pacientes con riesgo suicida. Como resultado, el presente estudio propone realizar una intervención de 7 semanas de mindfulness con un grupo de jóvenes universitarios mayores de 18 años, que presenten ideación suicida como resultado de una victimización escolar frecuente e intensa. Para seleccionar a la muestra se utilizará la medida de Retrospective Bullying Questionnaire. El presente estudio es una investigación cuantitativa que utiliza un diseño de pre prueba – post prueba con dos grupos. Se utilizarán las medidas Adult Suicidal Ideation Questionnaire y Mindful Attention Awareness Scale. Se esperaría encontrar una disminución significativa en la ideación suicida y un aumento significativa en la capacidad de mindfulness en el grupo experimental. Así como una correlación negativa entre ambas medidas. Por el otro lado, no se esperaría encontrar cambios significativos en el grupo control. Como conclusión, se propone utilizar a mindfulness como una intervención con adultos vulnerables que han sido victimizados en la etapa escolar para disminuir su ideación suicida.

Palabras clave: bullying, acoso escolar, victimización, mindfulness, intervención, adultos, consecuencias.

ABSTRACT

Research indicate that the experience of bullying victimization during school has a high correlation with further problems like anxiety, depression and suicidal ideation at adulthood. Accordingly, mindfulness is a transtheoretical psychological technique that is effective in the treatment of high risk suicidal patients. Therefore, the present study aim to do a 7 week- mindfulness intervention with a group of young college students over 18 years old, that have suicidal ideation as a result of the frequent and intense bullying victimization. In order to define the sample, the Retrospective Bullying Questionnaire will be used. The present study is a cuantitative research with a pre-post experimental design with two groups. The measures that will be used are the Adult Suicidal Ideation Questionnaire and the Mindful Attention Awareness Scale. It is hypothesized that the results in the experimental group will show a significant reduction in the suicidal ideation, a significant increase in the capacity of mindfulness, and a negative correlation between both measures. On the other hand, no significant changes over time in the control group are expected. In conclusion, mindfulness will be a effective intervention with vulnerable adults that have been victimized in the school to diminish their suicidal ideation.

Key words: bullying, school bullying, victimization, mindfulness, intervention, adults, consequences.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	7
Introducción al problema	9
Antecedentes.....	9
El problema.....	11
Pregunta de investigación	13
Propósito del estudio	13
El significado del estudio	13
Resumen.....	14
Revisión de la literatura	15
Revisión de literatura	15
Formato de la revisión de la literatura.....	15
Metodología y diseño de la investigación.....	30
Diseño y justificación de la metodología seleccionada.....	30
Participantes	31
Herramientas de investigación utilizadas.....	33
Reclutamiento de los participantes	35
Consideraciones éticas	36
Resultados esperados	38
Discusión	41
Limitaciones del estudio	44
Recomendaciones para futuros estudios.....	45
Referencias.....	47
ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes.....	58
ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado	59
ANEXO C: Herramientas para levantamiento de información	62

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Asociación Americana de Psicología (APA), el *bullying* es descrito como “una forma de comportamiento agresivo en el cual una persona intencionalmente y de manera repetitiva causa a otra persona injuria o malestar” (APA, 2016). No hay traducción literal de este término al español. Por lo tanto, en un estudio cualitativo realizado en Argentina, se entrevistó a niños entre 7 y 11 años con el objetivo de conocer cómo los niños latinos nombran a este fenómeno. En los resultados se encontraron algunos sinónimos con los que se denomina al *bullying* en español, los cuales son: acoso escolar, abuso, hostigamiento, intimidación, matonismo, y maltrato entre pares (Gorostiaga & Paladino, 2013).

El *bullying*, o abuso escolar puede tomar varias formas, incluyendo el acoso físico, verbal y psicológico o relacional (APA, 2016; Hunter, Mora & Ortega, 2004). En la última década se incluye al *cyberbullying*, que se refiere a un tipo de acoso y hostigamiento utilizando como medio la tecnología y las redes sociales (Avilés, Irurtia, García-Lopez & Caballo, 2011). Una característica central del acoso escolar es la desigualdad de poder en la relación entre iguales, donde una parte es dominante y la otra, sumisa (Avilés, Irurtia, García-Lopez & Caballo, 2011). Dentro del acoso escolar, los niños pueden participar como “bullies” o perpetradores, “bully/víctima” o indistintamente “víctima/perpetrador”, víctima y observador (Wolke & Lereya, 2015). El presente estudio se enfocará únicamente en las víctimas.

Varios estudios revelan que la victimización por acoso escolar experimentada de manera frecuente e intensa, puede causar consecuencias a largo plazo en la adolescencia (Lereya et al., 2013) y en la adultez temprana (Klomek, Sourander & Elonheimo, 2015; Meltzer, Vostanis, Ford, Bebbington & Dennis, 2011; Copeland, Wolke, Angold & Costello, 2013). Por ejemplo, en la adolescencia hay mayor riesgo de autolesionarse (Lereya

et al., 2013), mientras que en la adultez temprana hay mayor riesgo de desarrollar ansiedad o depresión (Klomek, Sourander & Elonheimo, 2015), y de experimentar ideación suicida e intentos suicidas (Meltzer, Vostanis, Ford, Bebbington & Dennis, 2011; Copeland, Wolke, Angold & Costello, 2013). Si bien no hay estudios que encuentren causalidad entre ser víctima de acoso escolar en la infancia y llevar a cabo un suicidio en la adolescencia o adultez, sí se encuentran correlaciones significativas, comparados con personas que no han experimentado victimización (Hunter, Mora & Ortega, 2004; Pearlman & Dunn, 2016; Marchand, 2012).

Adicionalmente, al hablar acerca del suicidio, se puede hacer una distinción entre ideación suicida, intentos suicidas y suicidio completado. En primer lugar, la ideación suicida es considerar, pensar o planear cómo acabar con su vida. En segundo lugar, el intento suicida, es cualquier acto donde la persona intenta activamente acabar con su vida, sin alcanzar el objetivo. Finalmente, el suicidio completado es cuando la persona termina con su propia vida (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2013). Algunos autores consideran a la autolesión como parte del espectro del intento suicida; no obstante, no se ha encontrado un consenso en la literatura, puesto que la autolesión no siempre tiene la intención de terminar con la vida. Por el contrario, a veces, la autolesión tiene el objetivo de aliviar el estrés o disminuir el malestar emocional. Sin embargo, se sabe que la autolesión es un factor de riesgo para llevar a cabo un suicidio (Lereya et al., 2013).

Consecuentemente, evidenciando el alto riesgo de las víctimas de acoso escolar de experimentar mayor ideación suicida en la adultez (Hinduja & Patchin, 2010); es importante proponer una intervención que reduzca la ideación suicida. En la presente investigación se propone utilizar una intervención psicológica con mindfulness para reducir la ideación suicida en personas adultas que han sufrido victimización por acoso escolar.

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

El bullying es un problema social que afecta a niños y adolescentes en etapas escolares. En Ecuador, tres de cada 5 niños reportan que enfrentan o presencian algún tipo de violencia en las escuelas (Jaramillo, 2015). Asimismo, en una encuesta realizada a niños y adolescentes ecuatorianos entre 5 y 17 años, se encuentra que el 50% reportó haber experimentado algún tipo de violencia física, amenaza o insulto verbal por parte de sus compañeros (UNICEF, 2010). Los más vulnerables frente al acoso escolar son las minorías, las mujeres sexualmente activas, y los adolescentes con discapacidad física o emocional (Pearlman & Dunn, 2016).

De igual manera, quienes sufren victimización frecuente y severa en la infancia o en la adolescencia suelen experimentar varias consecuencias negativas a largo plazo. Por ejemplo, tienen más probabilidad de presentar ansiedad, depresión, mayor activación frente al estrés, baja autoestima, problemas escolares, ideación y comportamientos suicidas (Hunter, Mora & Ortega, 2004; Gladstone, Parker & Malhi, 2006; Pearlman & Dunn, 2016). En Ecuador, se encuentra que el suicidio es la segunda causa más común de muerte en la adolescencia, siendo las principales razones: la depresión y la baja autoestima (Observatorio de los derechos de la niñez y adolescencia, 2012). Por ende, este estudio pretende aplicar técnicas de mindfulness en adultos que han sido víctimas de acoso escolar, para reducir el riesgo suicida en este grupo vulnerable.

Antecedentes

La historia de mindfulness: una breve reseña.

El mindfulness no es una idea nueva; puesto que esta palabra se deriva de una tradición budista de hace más de 2500 años. La palabra “mindfulness” es una traducción al

inglés que se origina de la palabra “sati” la cual es parte del idioma pali de los budistas, y significa consciencia, atención y recuerdo (Siegel, Germer & Olendzki, 2009; Germer, 2004). Esta palabra se ha modificado en un constructo psicológico transteórico, siendo Jon Kabat Zinn el pionero en aplicar mindfulness en la terapia de reducción de estrés basada en mindfulness (Siegel, Germer & Olendzki, 2009).

Si bien hay varias definiciones de mindfulness, en su mayoría, los autores coinciden en que el mindfulness es un constructo psicológico que se basa en la consciencia plena del momento presente y la capacidad de prestar atención sostenida a la experiencia interna a medida que esta surge; lo cual implica apertura, curiosidad, aceptación, y no juzgar (Chiesa, 2013; Davis & Hayes, 2011). El mindfulness se puede encontrar a manera de meditación formal, para aumentar la consciencia de uno mismo y el enfoque en el momento presente. Así como también se pueden utilizar técnicas específicas como la difusión cognitiva, y la aceptación, para comprender y aplicar este concepto en la vida cotidiana (Kahl, Winter & Schweiger, 2012). La capacidad de mindfulness se puede utilizar en problemas del día a día y para enfrentar ciertos síntomas y patrones mal adaptativos de trastornos mentales (Siegel, Germer & Olendzki, 2009). Por ejemplo, según Linehan (1993; citado en Siegel, Germer & Olendzki, 2009) esta herramienta se puede utilizar para desarrollar mayor regulación emocional y enfrentar la ideación y los comportamientos suicidas.

Posteriormente, varias terapias también han incorporado esta técnica psicológica lo cual ha aumentado su uso e investigación. Algunas de estas terapias son: la terapia dialéctica conductual (Dialectical Behavior Therapy, DBT), la terapia de aceptación y compromiso (Acceptance and Commitment Therapy, ACT), y la terapia cognitiva basada en mindfulness (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT) (Davis & Hayes, 2011). Asimismo, en una

encuesta realizada a terapeutas estadounidenses, se encontró que el 41.4% de terapeutas incluye alguna forma de mindfulness en su práctica (Siegel, Germer & Olendzki, 2009).

Los beneficios de utilizar mindfulness son largamente documentados en la investigación empírica. Por ejemplo, aumenta el auto-control, la objetividad, la tolerancia hacia las diferencias, la flexibilidad mental, la concentración, la inteligencia emocional y la habilidad de relacionarse con otros y con uno mismo (Davis & Hayes, 2011). También puede predecir mayor afecto positivo, alta autoestima, resiliencia y satisfacción personal (Zhou, Liu, Niu, Sun & Fan, 2016). Adicionalmente, el uso de mindfulness puede disminuir pensamientos y emociones negativas al centrar la atención en el momento presente. Lo cual resulta necesario en trastornos como la depresión y la ansiedad donde los pacientes se quedan estancados en el pasado o en el futuro, correspondientemente (Zhou, Liu, Niu, Sun & Fan, 2016). De igual manera, hay investigación que indica que la capacidad de mindfulness puede reducir la ideación suicida, la automutilación y el riesgo suicida (Marchand, 2012). Por ejemplo, el mindfulness puede facilitar que el paciente enfrente la rumiación con respecto al plan y las fantasías suicidas por medio de aceptar el momento presente, no juzgar, estar abierto a la experiencia, y tener auto-compasión de sí mismo (Barnhofer & Crane, 2009).

Si bien no hay estudios sobre cómo el mindfulness puede beneficiar para disminuir el riesgo suicida de adultos que han sido víctimas previas de acoso escolar por un largo periodo de tiempo y en una gran intensidad; está ampliamente documentada la relación entre el bullying y el posterior riesgo suicida (Kim & Leventhal, 2008); al igual, que la efectividad del mindfulness en pacientes con ideación suicida (Barnhofer & Crane, 2009).

El problema

El bullying es un problema social que afecta principalmente a las minorías y a los jóvenes que no cumplen las normas sociales en cuanto a sexualidad, género o apariencia física (Pearlman & Dunn, 2016). Las diferencias suelen aumentar la vulnerabilidad. La investigación sugiere que las víctimas, los perpetradores y las víctimas/perpetradores, tienen índices más altos de depresión, ideación suicida, intentos suicidas y muertes por suicidio (Borowsky, Taliaferro & McMorris, 2013). Por lo tanto, se ha encontrado que participar de cualquier forma en el acoso escolar, incrementa la probabilidad de experimentar posteriormente ideación o intentos suicidas (Kim & Leventhal, 2008; Borowsky, Taliaferro & McMorris, 2013). No obstante, otros autores señalan especial preocupación por las víctimas puesto que tienen mayor riesgo de conllevar conductas suicidas que perpetradores y no víctimas (Hinduja & Patchin, 2010).

Considerando que el suicidio es la tercera causa de muerte en niños y adolescentes en Estados Unidos (Kim & Leventhal, 2008), y la segunda causa de muerte en adolescentes en Ecuador (Observatorio de los derechos de la niñez y adolescencia, 2012); no es sorprendente el interés en la investigación con respecto a intervenciones preventivas para disminuir el riesgo suicida en niños y adolescentes (Gould, Greenberg, Velting, & Shaffer, 2003). Sin embargo, no se ha encontrado información acerca de cómo intervenir posteriormente a este grupo vulnerable.

Un estudio relevante para esta investigación fue realizado por Zhou, Liu, Niu, Sun y Fan (2016). Esta investigación consistió en determinar si el uso de mindfulness puede mediar la victimización por bullying y el surgimiento posterior de depresión en niños entre 9 y 13 años. En sus resultados, encontraron que el uso de mindfulness puede disminuir los efectos negativos del bullying puesto que los niños aprenden a estar conscientes del momento presente, sin juzgarlo y por lo tanto logran eliminar la rumiación depresiva; además aumentan

su autoestima y tienen más resiliencia para enfrentar adversidades (Zhou, Liu, Niu, Sun & Fan, 2016). No obstante, no se han encontrado otras investigaciones similares en adolescentes y adultos. Lo cual sugiere que se necesita más investigación con diferentes grupos etarios para comprender con mayor profundidad si las estrategias de mindfulness puede también beneficiar a jóvenes y adultos que sufren aún las consecuencias negativas de esta victimización.

Pregunta de investigación

¿Cómo y hasta qué punto enseñar y aplicar estrategias de mindfulness puede disminuir la ideación suicida en estudiantes universitarios mayores de 18 años que han sido víctimas de acoso escolar de manera frecuente e intensa?

Propósito del estudio

El objetivo del presente estudio es determinar si los jóvenes universitarios que han sido víctimas de acoso escolar en etapas escolares y tienen ideación suicida se pueden beneficiar al aprender y aplicar técnicas mindfulness en sus vidas. Se esperaría que después de la intervención, los jóvenes universitarios que fueron víctimas de acoso escolar, reportaran menos ideación suicida.

El significado del estudio

La importancia de este estudio radica en que no se han encontrado propuestas de intervención con un grupo vulnerable que son las personas adultas que fueron victimizadas en etapas escolares. Si bien, hay investigaciones que hablan de intervenciones de las consecuencias negativas del acoso escolar, estas generalmente utilizan muestras de niños (Zhou, Liu, Niu, Sun & Fan, 2016). De igual manera, la mayoría de estudios tienen un carácter explicativo y proponen la importancia de la prevención del acoso escolar (Kim &

Leventhal, 2008). Adicionalmente, no se han encontrado estudios que vinculen si el uso de mindfulness puede reducir el riesgo suicida en jóvenes universitarios que experimentaron victimización en la infancia o adolescencia.

Autores como Arseneault, Bowes y Shakoor, (2010), indican la importancia de desarrollar programas de intervención para quienes sufren victimización por bullying puesto que la victimización puede ser estable por varios años y sus efectos pueden persistir hasta la adolescencia y adultez, incluyendo mayor probabilidad a tener un trastorno mental y llevar a cabo conductas suicidas. Adicionalmente, por el estudio de Zhou, Liu, Niu, Sun & Fan (2016) se comprende que niños que aprenden técnicas de mindfulness tienen menor tendencia a desarrollar depresión y conllevar actos suicidas. No obstante, este estudio se enfoca en niños de 9 a 13 años; por lo que se necesita más investigación para determinar si mindfulness puede ser efectivo también con jóvenes adultos ecuatorianos.

Resumen

Considerando lo mencionado anteriormente, este estudio se enfoca en la necesidad de utilizar técnicas de mindfulness con adultos que han sido victimizados prolongadamente durante la etapa escolar, puesto que hay evidencia que indica que estas personas tienen mayor probabilidad de tener ideación suicida. Este estudio utilizará una muestra de estudiantes de la Universidad San Francisco de Quito que reporten retrospectivamente haber experimentado victimización por bullying. A continuación, se encuentra la revisión de la literatura donde se explica con mayor profundidad acerca del bullying escolar y sus consecuencias en la adultez como la predisposición para el suicidio, además se introducen técnicas de mindfulness y su efectividad. Esto está seguido de la metodología de investigación, los resultados esperados, la discusión y las limitaciones de este estudio.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Revisión de literatura

Fuentes.

La información que se utilizará proviene de revistas indexadas (*peer review journals*), artículos académicos y trabajos de investigación. Se accedió a esta información por bases de datos como EBSCO, Research Gate y Google Académico. Las principales palabras clave que se utilizaron fueron: bullying, acoso escolar, suicidio, mindfulness, impacto/consecuencias bullying adultez, acoso escolar y suicido, índice de suicidio por bullying, efectividad de mindfulness, mindfulness y suicidio.

Formato de la revisión de la literatura

La revisión de la literatura se realizará por temas, comenzando por el bullying escolar, las consecuencias del bullying escolar en la adultez, el mindfulness como herramienta terapéutica, y finalmente, se expondrá sobre el uso de mindfulness para tratar pacientes suicidas.

Bullying escolar.

El término “bullying” se comenzó a utilizar alrededor de 1970 en Escandinavia. Dan Olweus es el pionero en este campo, ya que definió y desarrolló investigación empírica sobre este tema (Staubli & Killias, 2011; Olweus, 1994). Antes, por la década de 1960 se utilizaba el término “mobbing”, traducido como “intimidación”, para explicar la agresión entre miembros de una misma especie (Copeland, Wolke, Angold & Costello, 2013). No fue sino hasta la década de los años 1990 que se comenzó a dar mayor importancia a este tema (Olweus, 1994). La definición inicial de Olweus (1994) del bullying es: “un tipo de victimización escolar, donde un niño se expone a lo largo del tiempo a acciones negativas por

parte de uno o más compañeros”. Dos características adicionales para ser considerado “bullying” es que debe existir un desequilibrio de poder, donde la víctima es la parte débil o carente de recursos para defenderse. En segundo lugar, la persona que perpetúa el daño o el “bully” tiene la intención de generar daño (Olweus, 1994). Esta definición todavía se mantiene por autores contemporáneos (Klomek, Sourander & Elonheimo, 2015; Wolke & Lereya, 2015).

Adicionalmente, se conocen algunos tipos de acoso escolar. Inicialmente, se realizó una distinción entre dos tipos de bullying: el directo –que corresponde al acoso físico y verbal– y el indirecto –que abarca el acoso relacional (Olweus, 1994). No obstante, actualmente se subdivide al bullying en cuatro categorías: físico, verbal, psicológico o relacional y cyberbullying o bullying cibernético (Klomek, Sourander & Elonheimo, 2015). En primer lugar, el acoso físico se refiere a todo tipo de agresión física como golpear, empujar, patear, arañar, impedir el movimiento de la víctima, y el acoso sexual. En cuanto al acoso verbal, este se refiere a las amenazas, burlas, bromas, insultos, intimidación y ridiculización de la víctima. En tercer lugar, el acoso relacional es la exclusión social, la manipulación social, y el ostracismo, así como esparcir rumores (Carlisle & Rofes, 2007).

Finalmente, el cyberbullying es un término relativamente nuevo, que anteriormente fue conceptualizado como un tipo de acoso relacional. No obstante, estudios que han realizado análisis factorial con ambos constructos han logrado establecer que son dos categorías diferentes (Mitchell et al., 2016). Por lo tanto, el bullying cibernético se define como cualquier tipo de acoso por medio de vías electrónicas o digitales como celulares o internet (Klomek, Sourander & Elonheimo, 2015; Mitchell et al., 2016). Los estudios indican que más del 90% de las víctimas de acoso cibernético también sufren otra forma de victimización de bullying (Wolke & Lereya, 2015).

En cuanto a la prevalencia, Olweus (1994), en sus trabajos iniciales, utilizando una muestra de 84 mil estudiantes, encontró que el 15% de los niños en edades escolares reportó estar involucrados como víctima o bully en acoso escolar por lo menos una vez por semana o más. En el 2013, un estudio que incluyó a 25 países reportó una prevalencia de acoso escolar con cualquier tipo de participación entre el 9 al 54% (Borowsky, Taliaferro & McMorris, 2013). La razón por la cual hay un amplio rango de prevalencia es por la dificultad que presenta el reporte de acoso escolar. Se estima que más del 50% de niños que experimentan victimización no buscan ayuda ni reportan a sus padres ni a sus profesores (Wolke & Lereya, 2015).

También se ha encontrado una diferencia de género en cómo los hombres y las mujeres se involucran en el acoso escolar. Olweus (1994), describe que, por un lado, los hombres suelen involucrarse en el acoso físico; mientras que las mujeres tienen mayor probabilidad de participar en el bullying relacional. Significativamente, se encuentra mayor participación en bullying por parte de hombres que por mujeres; no obstante, por la *paradoja de género*, se cree que las mujeres tienen peores consecuencias a corto y largo plazo (Staubli & Killias, 2011; Klomek, Sourander & Elonheimo, 2015). Por ejemplo, se encuentra que las mujeres reportan más que los hombres heridas y dificultades emocionales a resultado del bullying (Thomas et al., 2015).

Varios autores se han dedicado a crear perfiles de los distintos tipos de involucramiento en acoso escolar. Por ejemplo, Olweus (1994) habla de víctimas, bullies, bullies pasivos, seguidores y secuaces. Los últimos, son aquellos que sólo observan o se ríen, y aunque no tienen participación directa, tampoco informan a las autoridades ni defienden a la víctima. El presente estudio, se enfoca principalmente en las víctimas.

Victimización por bullying escolar.

Olweus (1994) distingue a dos tipos de víctimas, por un lado, la víctima pasiva y, por otro lado, la víctima provocativa. Primeramente, la víctima pasiva es descrita como “una persona ansiosa, insegura, cuidadosa, sensible, reservada, con baja autoestima, con una visión negativa de sí misma y de su situación, se identifica como un fracaso y poco atractivo, y reacciona generalmente llorando y aislándose frente al acoso escolar”. Consecuentemente, estas reacciones de llorar, huir o enojarse, tienen el efecto de aumentar la probabilidad de re-experimentar la victimización en situaciones futuras dentro y fuera del ámbito escolar (Wolke & Lereya, 2015). Por otro lado, Olweus (1994) indica que la víctima provocativa se describe como una persona ansiosa e hiperactiva con reacciones agresivas. Este segundo tipo de víctima posteriormente derivó en la clasificación de víctima/bully.

Otros autores describen a las víctimas como personas aisladas, poco asertivas, con poca inteligencia emocional (Wolke & Lereya, 2015), también suelen ser tímidos, silenciosos, temerosos, físicamente débiles, y se diferencian de otros niños al tener una característica que sobresale como tartamudear, tener sobrepeso o tener una dificultad de aprendizaje (Meltzer, Vostanis, Ford, Bebbington & Dennis, 2011). Las diferencias aumentan la vulnerabilidad de ser victimizado por acoso escolar.

En cuanto a la descripción del perfil de la víctima/bully es considerado una persona impulsiva, con bajo autoestima, poco entendimiento de claves sociales y baja popularidad con sus pares (Wolke, Copeland, Angold & Costello, 2013). Se encuentra que este grupo tiene problemas somáticos y trastornos mentales más severos que el grupo de víctimas pasivas (Wolke & Lereya, 2015). Sin embargo, una hipótesis es que hay otras dificultades externas que median esta severidad. Por ejemplo, se encuentra que aquellos que se identifican como víctima/bully suelen venir de familias disfuncionales o tener un problema pre-existente

de conducta o emocional (Wolke, Copeland, Angold & Costello, 2013). Por lo tanto, pueden ser estos problemas y no el involucramiento en bullying, lo que causa las dificultades posteriores en este grupo.

Previamente, se consideraba al bullying como parte de una etapa normal de la vida escolar de los niños. No obstante, ahora hay evidencia de que la victimización por acoso escolar puede causar dificultades en los niños y adolescentes. Una de las principales razones es que, durante la etapa escolar, generalmente hay un cambio donde el niño otorga mayor importancia a las relaciones con los pares que a las relaciones con los padres. Lo cual, otorga mayor énfasis y sensibilidad a las relaciones interpersonales entre iguales. Sin embargo, el impacto del bullying depende de la edad del niño y la etapa de desarrollo donde se presenta la victimización, así como los recursos y las fuentes de apoyo para enfrentar la situación (Carlisle & Rofes, 2007).

Asimismo, la frecuencia también es un factor que impacta la evolución de los problemas posteriores. Por ejemplo, quienes fueron más veces victimizados ven la situación como más amenazante y se sienten más fuera de control que quienes fueron victimizados sólo una vez (Thomas et al., 2015). Otro cambio que se observa en las creencias de las víctimas es el “splitting”. El cual es una creencia central de la víctima, donde considera al ambiente como “bueno”, y a sí mismo como “malo”. Por lo tanto, justifica y racionaliza el acoso escolar que sufrió, puesto que considera que es una consecuencia por sus defectos. Este pensamiento se refuerza por los niños que observan el bullying y no participan de manera activa, porque la víctima se da cuenta que no obtiene ayuda (Carlisle & Rofes, 2007).

Las consecuencias posteriores de sufrir victimización en la infancia y en la adolescencia han sido ampliamente estudiadas; siendo una de ellas el inicio de problemas emocionales. Sin embargo, una principal limitación de estos estudios es que en la mayoría no

se subdividen a los grupos de víctima pasiva y víctima/perpetrador. Por lo tanto, aún no hay un gran entendimiento acerca de las diferencias entre ambos grupos en las consecuencias posteriores (Thomas et al., 2015). Asimismo, la mayor investigación que se ha realizado sobre bullying, se enfoca en los efectos inmediatos de la victimización (Carlisle & Rofes, 2007). Por ejemplo, se ha encontrado mayor aislamiento social, trastornos alimenticios, bajo rendimiento escolar y depresión (Staubli & Killias, 2011). Un estudio clásico finlandés realizado por Kaltiala-Heino, Rimpelä, Marttunen, Rimpelä y Rantanen (1999) con una muestra de 16,410 adolescentes entre 14 y 16 años, encuentra que la victimización tiene una alta correlación con la depresión y la ideación suicida severa. En este estudio, incluso la victimización poco frecuente estuvo significativamente relacionada con la ideación suicida, independientemente de la presencia de depresión.

Suicidio y otras consecuencias de la victimización por bullying escolar en la adultez.

La victimización por acoso escolar puede generar dificultades que perduran hasta la adultez. Por lo tanto, la investigación se ha centrado en las consecuencias que puede provocar ser víctima de acoso escolar en la adultez, a comparación con aquellos adultos que no han tenido esta experiencia. Si bien la mayoría de estudios son retrospectivos, es decir utilizan entrevistas con adultos que recuerden sus experiencias de bullying en la niñez (Russell, Ryan, Toomey, Diaz & Sanchez, 2011; Meltzer, Vostanis, Ford, Bebbington & Dennis, 2011; Staubli & Killias, 2011); hay otros estudios que tienen una metodología prospectiva, es decir, que siguieron a niños y adolescentes involucrados en bullying hasta la adultez, controlando las variables que pudieran interferir en los resultados (Copeland, Wolke, Angold & Costello, 2013; Klomek, Sourande & Elonheimo, 2015).

Los principales resultados de estos estudios se presentan brevemente. En primer lugar, quienes han sido bullies o perpetradores en la infancia, tienen mayor probabilidad de tener depresión, ansiedad, personalidad antisocial e involucramiento en actividades criminales (Klomek, Sourander & Elonheimo, 2015). En segundo lugar, el grupo más vulnerable y con peores consecuencias son aquellos que se han identificado tanto como víctimas y como perpetradores, con una gama de posibles consecuencias incluyendo depresión, ansiedad, personalidad antisocial, rasgos psicóticos y mayor riesgo suicida. Por ejemplo, en una investigación realizada por Copeland, Wolke, Angold y Costello (2013), los hombres que reportaron ser víctimas y bullies en la etapa escolar, tenían mayores niveles de ideación y comportamientos suicidas que los hombres que sólo se presentaron como víctimas.

No obstante, el grupo de interés del presente estudio, son los niños que se consideran sólo víctimas de acoso escolar. Este es un grupo vulnerable de niños que puede re-experimentar victimización en la adultez temprana y sufrir varias consecuencias nocivas (Staubli & Killias. 2011). Por ejemplo, Copeland, Wolke, Angold y Costello (2013) realizaron un estudio prospectivo con 1,420 participantes de 9 y 16 años, con 49% de mujeres. A los se los entrevistó dos veces a lo largo de 10 años. En esta investigación, encontraron que quienes habían reportado ser víctimas de acoso escolar en la primera entrevista, tendían a reportar mayores niveles de depresión y ansiedad en su segunda entrevista; incluso controlando variables como problemas psiquiátricos pre-existentes y dificultades familiares, para evitar que influyeran en los resultados. Otros autores, además de encontrar estos trastornos de estado de ánimo, han evidenciado mayores problemas de salud general en esta población (Klomek, Sourander & Elonheimo, 2015).

En definitiva, una de las consecuencias más preocupantes que puede acontecer en la adultez debido a la victimización por bullying prolongado e intenso, es el suicidio. Se ha

encontrado que sufrir victimización aumenta la probabilidad de tener ideación suicida y comportamientos suicidas en la adolescencia y en la adultez temprana (Meltzer, Vostanis, Ford, Bebbington & Dennis, 2011). Por ejemplo, en una investigación retrospectiva que contó con 21,339 reclutas del ejército suizo, con una edad media de 10 años, siendo un 70% hombres, se correlacionó al suicido con la victimización por acoso escolar. En los resultados se reporta que quienes recuerdan haber sufrido bullying de manera frecuente entre los 6 y 11 años, tenían tres veces mayor probabilidad de tener uno o más intentos suicidas a los 19 y 20 años que los niños que reportaron que nunca sufrieron victimización y los niños que reportaron haber sido víctimas de bullying en menos frecuencia (Staubli & Killias, 2011).

Asimismo, en otra investigación retrospectiva, con una muestra de 7,461 adultos, se correlacionó la victimización por acoso escolar con los intentos suicidas. De la muestra, el 28.2% de mujeres y el 22.6% de hombres reportaron ser víctimas de bullying. Al controlar las variables demográficas y posibles variables de confusión, los autores encontraron que quienes fueron víctimas de acoso escolar tenían el doble de probabilidad de haber tenido al menos un intento suicida a lo largo de su vida a comparación de quienes nunca fueron víctimas de acoso escolar (Meltzer, Vostanis, Ford, Bebbington & Dennis, 2011).

Por la *paradoja de género*, al ser la victimización menos frecuente en el género femenino, las consecuencias podrían ser más severas que en el género masculino. Por ejemplo, se encuentra que las mujeres victimizadas por bullying tienen mayores comportamientos suicidas, incluso controlando la presencia de psicopatología (Klomek, Sourander & Elonheimo, 2015). Otro grupo vulnerable son los hombres que pertenecen al grupo LGBT y que fueron victimizados, ya que tienen mayor ideación suicida (Russell, Ryan, Toomey, Diaz & Sanchez, 2011). A pesar de esta vulnerabilidad, no se ha encontrado

información acerca de intervenciones con adultos que hayan experimentado victimización en etapas escolares.

Mindfulness como herramienta terapéutica.

Si bien no hay una definición consensuada de mindfulness, algunos teóricos lo definen como una técnica, como procesos psicológicos o como un resultado (Luoma & Villatte, 2012). Sin embargo, hay un acuerdo en los factores que conlleva este constructo. Por ejemplo, mindfulness implica consciencia plena del momento presente, prestando atención y sin juzgar la experiencia. Se diferencia principalmente de “mindlessness” que es la tendencia a estar en “piloto automático”, es decir, actuar sin consciencia aplicando hábitos de pensamiento, emociones y sensaciones corporales (Mark, Williams & Swales, 2004).

Dentro de la tercera ola de psicoterapias, se pueden encontrar tres tipos de terapias que incluyen mindfulness en sus prácticas. Estas son la terapia dialéctica conductual, la terapia de aceptación y compromiso y la terapia cognitiva basada en mindfulness (Kahl, Winter & Schweiger, 2012). Cada una de estas terapias se ha relacionado con un tipo de pacientes específicos, vulnerables al comportamiento suicida (Mark, Williams & Swales, 2004). Por ejemplo, la terapia dialéctica conductual se enfoca en pacientes con trastorno de personalidad limítrofe; mientras que en la terapia cognitiva basada en mindfulness se trabaja principalmente con pacientes con depresión.

En primer lugar, la terapia dialéctica conductual fue creada por Marsha Linehan para tratar con personas con trastorno de personalidad limítrofe. Entre los objetivos de la terapia está el reducir el comportamiento suicida (Kahl, Winter & Schweiger, 2012). Esta terapia se divide en cuatro módulos que son: la regulación emocional, la efectividad interpersonal, la tolerancia al malestar y el mindfulness (Mark, Williams & Swales, 2004). El módulo de

mindfulness incluye tres estrategias de “*qué*” que son observar, describir y participar; y tres estrategias de “*cómo*” las cuales son la práctica sin juzgar, la práctica “mindfully” y el enfocarse en hacer lo que funciona (Mark, Williams & Swales, 2004). La investigación evidencia que este tratamiento es efectivo con pacientes que tienen un alto riesgo suicida (Linehan et al., 2015)

En segundo lugar, la terapia de aceptación y compromiso describe cuatro procesos psicológicos que se relacionan con mindfulness, estos son: el contacto con el momento presente, la aceptación psicológica, la difusión cognitiva y el “yo”-como contexto (Luoma & Villatte, 2012). Esta terapia sugiere que la evitación experiencial, es decir, la tendencia a evitar pensamientos y emociones indeseadas, es una característica central de la psicopatía (Ducasse et al., 2014). Hay investigación que indica que esta terapia es efectiva en reducir síntomas clínicos de depresión incluyendo la ideación y los comportamientos suicidas (Kahl, Winter & Schweiger, 2012).

Finalmente, la terapia cognitiva basada en mindfulness fue desarrollada por Zindel Segal, Mark Williams and John Teasdale específicamente para reducir la recaída y recurrencia de la depresión (Williams, Duggan, Crane & Fennell, 2006). Se ha encontrado efectividad en su uso con pacientes con depresión en remisión (Kahl, Winter & Schweiger, 2012), y con pacientes con ideación y comportamientos suicidas (Forkmann et al., 2014). Se diferencia de la terapia cognitiva tradicional, la cual se enfoca en desafiar y reestructurar pensamientos disfuncionales (Kahl, Winter & Schweiger, 2012); mientras que la terapia cognitiva basada en mindfulness aplica técnicas budistas de meditación y permite que los pacientes reconozcan y se distancien de sus pensamientos mal adaptativos. Esto se logra al observar sus pensamientos como parte del momento presente, sin juzgarlos, y aceptarlos como pensamientos en lugar de denominarlas como verdades absolutas (Barnhofer et al.,

2015). Además, esta terapia, promueve la curiosidad y la flexibilidad del paciente frente a sus pensamientos y emociones (Forkmann et al., 2014). La estructura de la terapia consiste en clases grupales de máximo 12 personas, que se reúnen durante dos horas por 8 semanas. Adicionalmente, se envían deberes de práctica por una hora diaria, por un mínimo de 6 veces a la semana utilizando grabaciones de audio (Mark, Williams & Swales, 2004; Williams, Duggan, Crane & Fennell, 2006).

Por otro lado, Mark, Williams y Swales (2004), subrayan posibles dificultades con respecto a las terapias que utilizan mindfulness. Por ejemplo, indican que pacientes con altos niveles de psicopatía y alta tendencia suicida necesitan más que sólo el uso de mindfulness. Además, estas técnicas necesitan práctica y es posible no encontrar cambios grandes a corto plazo. Finalmente, es importante dar seguimiento a los pacientes puesto que, si bien teóricamente estos constructos parecen fáciles, su práctica puede ser difícil de aplicar. Por lo tanto, los pacientes pueden aumentar sus distorsiones negativas acerca de ser incapaces, si sienten que no alcanzan el dominio de las mismas de manera rápida y fácil.

Mindfulness y suicidio.

El espectro del suicidio es un fenómeno que está relacionado con varias patologías, pero no necesariamente aparece acompañado de una (Luoma & Villatte, 2012). Consecuentemente, en el DSM V, se vio la necesidad de crear una categoría independiente para el suicidio que es el trastorno del comportamiento suicida (Suicidal Behaviour Disorder; Ducasse et al., 2014). De acuerdo con Luoma y Villatte (2012), los intentos suicidas resultan del deseo de aliviar la consciencia de las auto-evaluaciones negativas, generalmente relacionadas a fracasos y fallos personales, y las cuales van acompañadas de afecto negativo. Por otro lado, Meltzer, Vostanis, Ford, Bebbington y Dennis (2011) explican el

comportamiento suicida de una víctima de bullying por el modelo de “entrapment”. Este modelo indica el proceso por el cual una persona experimenta derrota y humillación, lo que a su vez resulta en desesperanza aprendida y en locus de control externo. En otras palabras, la persona victimizada aprende que la victimización, es la única forma en la cual puede vivir y que no hay forma activa de escapar.

Varios tipos de terapia que incluyen mindfulness en su teoría, han demostrado su efectividad en el tratamiento de pacientes suicidas. Por ejemplo, la terapia dialéctica conductual, la terapia de aceptación y compromiso y la terapia cognitiva basada en mindfulness (Luoma & Villatte, 2012). Asimismo, se ha visto efectividad en enseñar técnicas de mindfulness a estudiantes universitarios con tendencias suicidas, para disminuir tanto la ideación como los comportamientos suicidas (Anastasiades, Kapoor, Wootten & Lamis, 2016).

Consecuentemente, se ha encontrado que son varios factores de mindfulness los cuales son los responsables de disminuir la ideación y los comportamientos suicidas. Luoma y Villatte (2012) consideran que la terapia de aceptación y compromiso abarca los mismos componentes de mindfulness, los cuales son: el contacto con el momento presente, la aceptación, la difusión cognitiva, y el yo-como contexto. Estos autores consideran que estos factores funcionan porque las personas con tendencia suicida están utilizando este mecanismo como una forma de evitar la experiencia. Por lo tanto, al aumentar estas características de mindfulness hay menos evitación experiencial, lo cual a su vez disminuye las tendencias suicidas. Finalmente, estos autores argumentan que se puede enseñar mindfulness de manera rápida y personalizada, utilizando metáforas que encajen con la historia de cada paciente y que este proceso puede contribuir a disminuir la ideación y los comportamientos suicidas.

De igual manera, la terapia cognitiva basada en mindfulness también implica aceptación, observar los pensamientos como pensamientos, y enfrentar la rumiación al enfocarse en el momento presente (Williams, Duggan, Crane & Fennell, 2006), los cuales abarcan los cuatro elementos de la terapia de aceptación y compromiso. Al igual que la terapia dialéctica conductual que también abarca todos los componentes de mindfulness en un módulo. No obstante, la limitación de esta terapia es que es intensiva y prolongada; además, tiene más componentes que mindfulness (Williams, Duggan, Crane & Fennell, 2006).

Un programa piloto diseñado por Ducasse y colaboradores (2014) mostró efectividad en disminuir la intensidad y frecuencia de la ideación suicida en pacientes con riesgo. El programa dura 7 semanas en clases de dos horas por semana, y está basado en la terapia de aceptación y compromiso. Además, cuenta con características y estrategias similares a la terapia dialéctica conductual, pero una ventaja adicional de este programa es que es más factible en su ejecución. En las clases grupales se enseña teoría y se realizan ejercicios experienciales de los elementos principales de mindfulness: el contacto con el presente, la aceptación, la difusión cognitiva, y el yo-como contexto. Los pacientes con ideación suicida se benefician de esta intervención porque estos elementos apuntan a características comunes de este grupo vulnerable.

En primer lugar, se enseña a los pacientes con ideación suicida a tener contacto con el presente. Lo que se ha encontrado en la investigación es que los pacientes con ideación suicida indican altos niveles de rumiación (Luoma & Villatte, 2012), esto quiere decir que tienen pensamientos obsesivos, constantes e intrusivos acerca del pasado. Por lo tanto, la rumiación puede ser una respuesta frente a la falta de atención y consciencia del momento presente, puesto que desvía la atención a eventos pasados. Aquellos que tienen ideación

suicida suelen utilizar viejos hábitos de respuesta que son mal adaptativos porque pueden aumentar su afecto negativo y comprobar su visión negativa del mundo (Mark, Williams & Swales, 2004). Por lo tanto, los pacientes, al aprender a prestar atención al momento presente sin juzgarlo, pueden reconocer y describir su experiencia sin quedar atrapados en comparaciones, evaluaciones, memorias pasadas o posibles eventos futuros. Los pacientes con tendencias suicidas al aprender esta destreza, desarrollan mayor flexibilidad y factibilidad de usar respuestas adaptativas frente a dificultades (Luoma & Villatte, 2012).

Adicionalmente, hay dos tipos de meditación de mindfulness. Por un lado, el tipo de meditación formal implica tomar asiento o caminar y prestar atención a la respiración, al cuerpo y al momento presente; otro ejemplo es la práctica de yoga. Por otro lado, el tipo de meditación informal, implica realizar actividades diarias con consciencia plena, por ejemplo, al comer, lavarse los dientes o manejar (Williams, Duggan, Crane & Fennell, 2006). Ambos tipos de meditación pueden fortalecer la capacidad de conectarse con el momento presente. Por lo tanto, puede ser una forma de continuar la práctica fuera de las clases grupales y una opción de tarea para reforzar los conocimientos obtenidos en clases.

En segundo lugar, los pacientes con ideación suicida se benefician de aprender aceptación. La aceptación es la capacidad de aceptar su propia historia, sentimientos, emociones, y pensamientos; en lugar de intentar controlarlos o juzgarlos (Luoma & Villatte, 2012). Lo cual puede ayudar a enfrentar el dolor que describen como “inescapable, constante e infinito” (Luoma & Villatte, 2012).

En tercer lugar, los pacientes con ideación suicida suelen tener pensamientos dicotómicos de blanco y negro, y suelen prestar atención a las evaluaciones negativas. Este tipo de pensamiento deriva en patrones de respuesta de desesperanza aprendida, es decir, esperan a que ocurra un cambio, pero no promueven su propio cambio. Para este tipo de

tendencia puede ayudar la estrategia de difusión cognitiva, la cual es la capacidad de separarse del pensamiento. En otras palabras, es la capacidad de ver *al* pensamiento en lugar de ver *desde* el pensamiento (Luoma & Villatte, 2012).

En resultado, al evidenciar la efectividad de la aplicación de técnicas de mindfulness con pacientes suicidas y al conocer que los adultos que han experimentado victimización frecuente e intensa por acoso escolar tienen mayor probabilidad de tendencias suicidas; se propone realizar clases teóricas y prácticas incluyendo los cuatro factores de mindfulness propuestos por Luoma y Villatte (2012) para reducir la ideación suicida en un grupo de adultos jóvenes que hayan sido víctimas de bullying. En el presente estudio, se pretende replicar el programa piloto de Ducasse y colaboradores (2014), con jóvenes universitarios que tienen ideación suicida como efecto de la victimización por acoso escolar.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño y justificación de la metodología seleccionada

Considerando que la pregunta de investigación es ¿cómo y hasta qué punto la enseñanza de estrategias de mindfulness puede disminuir la ideación suicida en estudiantes universitarios que han sido víctimas de acoso escolar de manera frecuente e intensa? Se propone utilizar un diseño de investigación cuantitativo con un diseño de pre prueba – post prueba con dos grupos.

La investigación cuantitativa se refiere a “usar la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernández, Fernández & Baptista, 2010; p. 4). La cual resulta apropiada porque se propone usar datos numéricos obtenidos de cuestionarios que midan dos variables: la ideación suicida y la capacidad de mindfulness. Además, nos permite dividir en dos grupos, el experimental y el control, para comparar datos. De igual manera, este método tiene la ventaja de que arroja resultados más objetivos que la investigación cualitativa (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Consecuentemente, se propone la utilización de un diseño de pre prueba – post prueba con dos grupos. De acuerdo con Kazdin (2003), este diseño experimental consiste en la utilización de dos grupos, el experimental y el control, donde los participantes se asignan aleatoriamente a cada uno de los grupos. Por un lado, el grupo experimental, recibe el tratamiento propuesto; mientras que el grupo control, no recibe el tratamiento propuesto, aunque puede continuar con su tratamiento usual. La importancia de la asignación aleatoria es que disminuye la probabilidad de que los grupos sean homogéneos, reduce la probabilidad del sesgo entre grupos, y permite una mayor generalización de los resultados. En ambos grupos, los participantes completan cuestionarios para medir variables antes y después del

tratamiento. Posteriormente se compara el cambio entre grupos y se evalúa si la intervención resultó beneficiosa de manera significativa o no.

La propuesta metodológica consiste en seleccionar una muestra de jóvenes universitarios que completen el Retrospective Bullying Questionnaire (Schäfer et al., 2004), donde se seleccionará a aquellos que cumplan con dos condiciones: haber sido víctimas de bullying de manera frecuente e intensa; y que actualmente experimenten ideación suicida.

Posteriormente, de manera aleatoria, se dividirá a la muestra en dos grupos. Por su parte, el grupo experimental recibirá un tratamiento que consiste en clases de dos horas semanales durante 7 semanas, basado en el programa piloto de la terapia de aceptación y compromiso propuesto por Ducasse y colaboradores (2014) para tratar a pacientes con ideación suicida. Durante este tiempo se tratará temas como la difusión cognitiva, la aceptación, el yo como contexto, y el contacto con el momento presente. Por otro lado, el grupo control, continuará con su tratamiento usual respectivo.

Adicionalmente, antes y después del tratamiento propuesto, se utilizarán medidas de auto-reporte que son: Adult Suicidal Ideation Questionnaire (Reynolds, 1988) y Mindful Attention Awareness Scale (Brown & Ryan, 2003). En las mismas, se observará si hay disminución en la frecuencia e intensidad de la ideación suicida y si ha aumentado la capacidad de mindfulness después de las 7 semanas. Lo cual, permitirá observar la relación entre las variables de ideación suicida y capacidad de mindfulness. Además, permitirá la comparación entre el grupo que recibió y el que no recibió el tratamiento propuesto.

Participantes

Para esta investigación se requiere un número de participantes aproximado de 24 a 130 personas. El rango inferior de 24 participantes se obtiene de la logística, puesto que para

realizar clases grupales de terapia cognitiva basada en mindfulness se requiere un mínimo de 12 personas (Williams, Duggan, Crane & Fennell, 2006). Como el planteamiento es realizar clases de mindfulness al grupo experimental y compararlo con el grupo control, este número debería duplicarse. En cuanto al rango superior de 130 participantes, se obtiene de un estudio similar, el cual cuenta con dos grupos de pacientes con ideación suicida, uno de los cuales recibe terapia cognitiva basada en mindfulness. El grupo control cuenta con 66 participantes y el grupo experimental que recibe terapia cuenta con 64 participantes (Forkmann et al., 2014), lo cual nos permite aproximar un número de participantes que nos permita obtener resultados significativos. Por lo tanto, en esta investigación se requerirán 130 participantes, los cuales serán aleatoriamente asignados al grupo control o experimental.

Los criterios de inclusión para la muestra son: que sea estudiante universitario y se encuentre en un rango de edad entre 18 y 25 años. Al momento de llenar el Retrospective Bullying Questionnaire (Schäfer et al., 2004), se observarán dos factores. En primer lugar, el participante debe indicar una alta frecuencia e intensidad de victimización en la etapa escolar, obteniendo un puntaje superior a 100 en el cuestionario. En segundo lugar, el participante debe tener ideación suicida actual, lo cual se observará como una respuesta afirmativa en la pregunta adicional del presente cuestionario.

Por otro lado, los criterios de exclusión son que la persona presente actualmente o tenga remisión en manía o esquizofrenia. También se excluirá a aquellos que consuman en la actualidad cualquier tipo de medicamento psiquiátrico. Asimismo, serán excluidas aquellas personas que no sepan leer o escribir. Finalmente, se excluirán del estudio a las personas que lleven más de un año meditando o realizando una terapia basada en mindfulness, puesto que pueden alterar los resultados encontrados.

Herramientas de investigación utilizadas

Para el propósito de esta investigación, se utilizarán tres cuestionarios, los cuales son: Retrospective Bullying Questionnaire (Schäfer et al., 2004), Adult Suicidal Ideation Questionnaire (Reynolds, 1988) y Mindful Attention Awareness Scale (Brown & Ryan, 2003).

En primer lugar, la medida de Retrospective Bullying Questionnaire (Schäfer et al., 2004) se utilizará en la primera parte de la investigación como medida para seleccionar a la muestra. Este cuestionario tiene un coeficiente Cronbach's alpha de 0.72 (Mitchell et al., 2016). Consiste en 44 preguntas, la mayoría de opción múltiple, y las respuestas son de auto-informe. Los ítems que evalúan la frecuencia, la severidad y la duración de la victimización física, verbal e indirecta utilizan escalas Likert de 0 a 5 puntos; al igual que los ítems que evalúan las memorias actuales, intrusivas y recurrentes acerca de la victimización. Por su parte, la pregunta que evalúa la ideación suicida utiliza una escala Likert de 0 a 4 puntos. Finalmente, los ítems que evalúan la continuación de la victimización en la universidad o en el ambiente laboral utilizan escala Likert de 0 a 6 puntos. El puntaje total que se puede obtener para ser considerado únicamente víctima de bullying, oscila entre 45 y 145, siendo el mayor puntaje, mayor severidad y frecuencia.

Adicional al cuestionario presente, se añadirá otra pregunta acerca de ideación suicida actual, donde se considerará si la persona tiene o no pensamientos relacionados a terminar con su vida. A esta pregunta se le prestará especial atención para seleccionar a la muestra. Otros autores han utilizado este cuestionario para evaluar la presencia de bullying y lo han modificado según sus necesidades. Por ejemplo, Mitchell et al. (2016), incluyeron 6

preguntas más acerca de cyberbullying y la intensidad del mismo siguiendo el modelo presente.

En segundo lugar, las medidas de Adult Suicidal Ideation Questionnaire (Reynolds, 1988) y Mindful Attention Awareness Scale (Brown & Ryan, 2003), se utilizarán dos veces a ambos grupos, antes y después de la intervención realizada.

Por un lado, la medida de Adult Suicidal Ideation Questionnaire (Reynolds, 1988) consiste en 25 preguntas de auto-reporte, diseñado específicamente para adultos. Cada ítem evalúa la frecuencia del pensamiento en una escala Likert de 0 a 6, siendo 6 “casi todos los días” y 0 “nunca he pensado en eso”. Como resultado, se puede obtener un puntaje desde 0 hasta 150. Se ha encontrado que un puntaje de 14 es el punto límite que sugiere riesgo de comportamiento suicida en una muestra de pacientes hospitalizados; mientras que un puntaje de 31 es necesario para evaluar riesgo en una muestra de pacientes ambulatorios (Osman et al., 1999). En cuanto a la confiabilidad y validez, esta medida tiene un coeficiente Cronbach's alpha de 0.97, y tiene una confiabilidad test-retest de 0.86 en un intervalo de dos semanas. Adicionalmente, se ha encontrado confiabilidad en utilizar este cuestionario con una muestra de estudiantes universitarios (Reynolds, 1991).

Finalmente, la medida de Mindful Attention Awareness Scale (Brown & Ryan, 2003) consiste en 15 preguntas de auto-reporte que mide mindfulness disposicional, es decir la capacidad de poner atención y consciencia plena al momento presente. Cada ítem evalúa la disposición a mindfulness, la cual se obtiene por medio de una escala Likert de 1 a 6, siendo 1 “casi siempre” y 6 “casi nunca”. Esta medida permite obtener un puntaje entre 15 y 90 puntos. Mientras mayor puntaje se obtiene, hay mayor disposición de mindfulness. En un estudio realizado por Anastasiades, Kapoor, Wootten y Lamis (2016), consideraron un

puntaje igual o superior a 58 como “alta capacidad de mindfulness” y un puntaje menor 58 como “baja capacidad de mindfulness”.

Esta medida también indica alta consistencia interna y confiabilidad (Brown & Ryan, 2003), puesto que, tiene un coeficiente Cronbach’s alpha de 0.87 en una muestra comunitaria (Carlson & Brown, 2005), y una consistencia interna de 0.77 en una muestra universitaria (Anastasiades, Kapoor, Wootten & Lamis, 2016). Este cuestionario ha sido utilizado con mujeres universitarias que tienen ideación suicida (Anastasiades, Kapoor, Wootten & Lamis, 2016). Asimismo, es una medida que se ha utilizado repetidamente en investigación y ha sido traducida y validada al idioma español (MacKillop & Anderson, 2007).

Reclutamiento de los participantes

Para reclutar a los participantes, se enviará, por medio de correo electrónico, una carta invitando a todos los estudiantes de pregrado de la Universidad San Francisco de Quito, a participar en el presente estudio. También se utilizarán redes sociales como Facebook, Instagram y Whatsapp para dar a conocer el estudio. Se indicará que la participación es voluntaria, que la información que provea será confidencial, y que los resultados serán utilizados con fines investigativos. Asimismo, se incluirán los requisitos para participar en el estudio, como ser estudiante universitario y haber experimentado victimización en la etapa escolar de manera frecuente y severa. Los interesados firmarán el consentimiento informado.

Posteriormente, se les pedirá a todos los participantes que completen el Retrospective Bullying Questionnaire (Schäfer et al., 2004), con el cuál se seleccionarán únicamente aquellos que cumplan con ambas condiciones: victimización frecuente y severa en la etapa escolar e ideación suicida actual. Mediante un muestreo aleatorio simple, se seleccionarán dos grupos. El grupo experimental, participará por 7 semanas en clases grupales de

mindfulness, mientras que el grupo control continuará su tratamiento de psicoterapia usual. Se espera que los participantes no estén asistiendo donde un especialista en psiquiatría ni consuman ningún tipo de medicamento psiquiátrico antes de ser parte del estudio. Antes y después de la terapia se medirán dos variables: la ideación suicida mediante el Adult Suicidal Ideation Questionnaire (Reynolds, 1988) y la capacidad de mindfulness utilizando el Mindful Attention Awareness Scale (Brown & Ryan, 2003).

Consideraciones éticas

En el presente estudio se respetarán las consideraciones éticas. En primer lugar, todos los participantes firmarán un consentimiento informado donde se les explicará los objetivos del estudio y donde se indique que su participación en la investigación es voluntaria, su información e identidad es confidencial y los datos obtenidos serán utilizados con fines de investigación. Los participantes tienen la opción de retirarse en cualquier momento del estudio, sin que esto repercuta de ninguna manera. Para asegurar el anonimato de los participantes, se otorgará un número, para vincular la información al número y no a la persona.

Esta investigación trata temas sensibles como la ideación suicida. Sin embargo, la investigación indica que preguntar acerca de ideación suicida a una población en riesgo, no aumenta el riesgo suicida (Mathias et al., 2012). No obstante, se propone proteger a los individuos de cualquier daño o consecuencia negativa. En cuanto al grupo control, se propone que continúe con su tratamiento de psicoterapia usual. De igual manera, en cuanto al grupo experimental se proveerá información acerca de las consecuencias de su participación y los límites de confidencialidad si existiera un eminente riesgo suicida. En caso de que esto suceda, se pondrá en contacto a la persona con un terapeuta individual o se considerará la

hospitalización del individuo, de acuerdo a las implicaciones individuales de cada caso (Lakeman & FitzGerald, 2009). Finalmente, es importante resaltar que el programa piloto de la terapia propuesta, ya se ha realizado con personas que tienen ideación suicida y no han reportado consecuencias negativas al participar en el estudio (Ducasse et al., 2014). Asimismo, tampoco se han reportado consecuencias adversas en otros estudios donde se han realizado clases grupales de mindfulness para reducir la ideación suicida (Forkmann et al., 2014).

RESULTADOS ESPERADOS

En el presente estudio se esperaría encontrar una correlación significativa negativa entre los resultados de Adult Suicidal Ideation Questionnaire y Mindful Attention Awareness Scale, en el grupo experimental que tuvo 7 semanas de mindfulness. Puesto que se esperaría encontrar que mientras aumente la capacidad de mindfulness, disminuya la ideación suicida. Otros estudios han obtenido resultados similares. Por ejemplo, en el estudio de Anastasiades, Kapoor, Wootten y Lamis (2016), se determinó que enseñar técnicas de mindfulness es una estrategia efectiva de prevención de suicidio. Asimismo, considerando que la ideación suicida precede los intentos suicidas, este un punto importante de intervención. Por otro lado, en cuanto al grupo control, no se esperaría encontrar una correlación significativa entre ambas medidas. De igual manera, se esperaría encontrar que el grupo experimental tenga puntajes significativamente menores en la medida de Adult Suicidal Ideation Questionnaire a comparación con el grupo control.

En base a estudios previos, se puede estimar los resultados que se esperaría encontrar en ambas escalas. En primer lugar, la medida de Adult Suicidal Ideation Questionnaire (Reynolds, 1988) ha sido validada en una muestra de universitarios. Por lo tanto, los resultados obtenidos en otros estudios podrían reflejar los posibles resultados que se encontraría en la muestra de este estudio. De acuerdo con Reynolds (1991), esta medida es un instrumento que sirve tanto para la investigación como para demostrar la eficacia de un tratamiento de una población con ideación suicida.

Tomando en cuenta la validez y la confiabilidad de esta medida en evaluar la ideación suicida (Reynolds, 1991), se puede suponer cuáles serían los resultados que se esperarían encontrar en el presente estudio. Por un lado, en la primera medida, se esperaría obtener una media de 31 en ambos grupos; puesto que este es el promedio que se esperaría de una

muestra en riesgo que necesita intervención. Asimismo, se esperaría que los resultados estén dentro del rango de 22 a 55; puesto que, obtener un puntaje superior a 55 significa que la persona ha tenido uno o más intentos suicidas; mientras que un puntaje menor a 22 son personas que han tenido ideación suicida pero nunca han intentado acabar con su vida (Reynolds, 1991). De igual manera, en el presente estudio, no se esperaría encontrar ninguna diferencia significativa entre grupos en la primera medida.

Posteriormente, después de la intervención de 7 semanas de mindfulness, se esperaría que el grupo experimental que recibió la terapia, redujera el puntaje a un promedio de 11. Otros estudios han encontrado esta reducción en una muestra universitaria (Reynolds, 1991). Asimismo, se esperaría que los participantes marquen en frecuencia la respuesta: “he tenido este pensamiento, pero no en el mes pasado”, lo cual otorga una puntuación de 1 por pregunta. Adicionalmente, se esperaría que el grupo control mantenga su puntaje inicial, con pequeñas variaciones, según los avances que obtenga cada individuo en su tratamiento usual. Se esperaría encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los resultados obtenidos en la primera medición y en la segunda medición, sólo en el grupo experimental.

En segundo lugar, la medida de Mindful Attention Awareness Scale (Brown & Ryan, 2003) fue utilizada por Anastasiades, Kapoor, Wootten y Lamis (2016), con un grupo de mujeres universitarias. Encontraron que la baja capacidad de mindfulness estaba significativamente ligada a la ideación suicida a comparación del grupo de mujeres con alta capacidad de mindfulness. En base a estos resultados, se esperaría que, en la primera medida del presente estudio, se obtenga un puntaje menor a 58 en ambos grupos, es decir, se esperaría que todos los participantes tengan en promedio una “baja capacidad de mindfulness”. Sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

Posteriormente, en la segunda medida, después de la intervención, se esperaría que el grupo experimental que reciba las clases de mindfulness, obtenga un puntaje superior a 58, es decir que alcance una “alta capacidad de mindfulness”. Por otro lado, se esperaría que la capacidad de mindfulness en el grupo control, se mantenga. De igual manera, se esperaría encontrar una diferencia significativa entre el puntaje de la primera y la segunda medición, sólo en el grupo experimental. Otros estudios han encontrado que cambios en esta medida, están relacionados con cambios en la percepción del bienestar personal (MacKillop & Anderson, 2007).

DISCUSIÓN

En el presente estudio se dividió a dos grupos de jóvenes universitarios con ideación suicida y con historia de victimización por bullying. Se propuso utilizar mindfulness como método de intervención porque está bien documentada su efectividad en el tratamiento de pacientes con ideación suicida (Mark, Williams & Swales, 2004; Luoma & Villatte, 2012). Si bien no se realizó la intervención, se esperaba encontrar que mientras aumenta la capacidad de mindfulness, disminuya la ideación suicida en el grupo experimental. Lo cual es coherente con la literatura. Por ejemplo, se encontró que mujeres universitarias con bajos niveles de mindfulness, tenían mayores síntomas de depresión e ideación suicida (Anastasiades, Kapoor, Wootten & Lamis, 2016).

Una razón por la cual se encuentra esta relación inversa entre mindfulness e ideación suicida, podría ser, que el mindfulness facilita a la persona concentrarse en el momento presente en lugar de rumiar acerca del pasado o futuro. Por lo tanto, podría aumentar su capacidad de resolución de problemas al enfocarse, en algo más que el problema, como pueden ser los recursos y fuentes de apoyo. Asimismo, la capacidad de mindfulness podría facilitar a la persona observar a sus pensamientos difíciles y a su afecto negativo, en lugar de responder desde esa posición reactiva.

La investigación sugiere que la práctica de mindfulness puede alterar algunas estructuras cerebrales. Por ejemplo, encontraron que después de 8 semanas de prácticas de mindfulness, los participantes tenían mayor actividad en la corteza anterior cingulada. Esta área está relacionada con el control de impulsos, y la flexibilidad y el uso de información previo en la toma de decisiones (Congleton, Hölzel & Lazar, 2015). Por lo tanto, podría ser que, al aumentar la actividad en esta área, los participantes con ideación suicida vean otras

alternativas para sus problemas que acabar con sus vidas. Además, podría mejorar su capacidad de aprender del pasado en lugar de seguir rumiando acerca de él.

Otra área que se ha visto que está relacionada con la práctica de mindfulness es el hipocampo, el cual está asociado a la memoria emocional. Han encontrado que personas con estrés, depresión y trastorno de estrés postraumático (PTSD) tienen esta estructura reducida en tamaño (Congleton, Hölzel & Lazar, 2015). Por lo tanto, es posible que los participantes de este estudio, al aprender mindfulness puedan consolidar el evento traumático de una manera más completa que les facilite enfrentar el momento presente y a su vez aumente la capacidad de resiliencia.

La investigación también sugiere que la práctica regular de mindfulness puede aumentar la capacidad de auto-regulación emocional. En los estudios de neuroimagen han encontrado mejores mecanismos funcionando en la corteza prefrontal, y la hipótesis es que esto disminuye la probabilidad de que la amígdala tome el control (Tang, Hölzel & Posner, 2015). De igual manera, una teoría explicativa denominada la teoría de las relaciones interpersonales en el comportamiento suicida propone que la desregulación emocional predice la ideación suicida (Anestis, Bagge, Tull & Joiner, 2011). Por lo tanto, es posible sugerir que la práctica de mindfulness al aumentar la regulación emocional, rompe el circuito que conllevaría a la ideación y a otras conductas suicidas.

De igual manera, Luoma y Villatte (2012) hablan acerca de la evitación experiencial que se refiere a la “tendencia a escapar o evitar experiencias psicológicas indeseadas” (Luoma & Villatte, 2012). Estos autores indican que la capacidad de mindfulness, al disminuir la evitación experiencial, también disminuye la ideación suicida. En otras palabras, para una persona con ideación suicida, la muerte, es su única salida. Además, describen al dolor como inescapable, constante e infinito (Luoma & Villatte, 2012). Siendo así, las

técnicas de mindfulness específicas podrían facilitar que la persona se separe de su dolor como situacional y pueda apreciarse a sí misma dentro de otros contextos, sin aferrarse a una descripción temporal y sin etiquetar o juzgar la experiencia.

Por otro lado, varios estudios han documentado que la victimización por acoso escolar es un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de tendencias suicidas en la adultez (Borowsky, Taliaferro & McMorris, 2013). Una preocupación adicional es que las víctimas generalmente suelen tener más dificultades, por ejemplo, además de la victimización por bullying también son víctimas de abuso físico o sexual por sus padres (Meltzer, Vostanis, Ford, Bebbington & Dennis, 2011). Estas experiencias podrían dificultar el encontrar fuentes de apoyo y desarrollar estrategias de auto-protección. Asimismo, víctimas de bullying no necesariamente van a presentar una patología como la depresión o un trastorno limítrofe de la personalidad. También puede presentar trastorno de estrés postraumático (Nielsen, Tangen, Idsoe, Matthiesen & Magerøy, 2015). Por lo tanto, resulta importante proponer, investigar e implementar intervenciones que hagan un énfasis en las tendencias suicidas que se originan en experiencias tempranas, como el bullying, y que pueden durar toda la vida causando malestar y más victimización futura. Además, si estos problemas no son intervenidos a tiempo, podrían conllevar a la consolidación del suicidio. En cuanto a la investigación, una principal limitación encontrada es que proponen prevenir el bullying desde las escuelas y las intervenciones son desarrolladas específicamente para niños victimizados. No obstante, no hay propuestas de intervenciones con personas adultas que ya han sufrido victimización.

Específicamente, la propuesta del presente estudio es que el mindfulness puede reducir la ideación suicida en una población de adultos jóvenes que haya sido victimizado en la etapa escolar. Esto es coherente con la literatura, por ejemplo, en el estudio de Zhou, Liu, Niu, Sun y Fan (2016) niños entre 9 y 13 años que fueron victimizados en la escuela, se

beneficiaron de una intervención temprana utilizando mindfulness. Se encontró que los niños que alcanzaron un alto nivel de mindfulness reportaron mayor autoestima, mejores herramientas de enfrentamiento y mayor resiliencia. Si bien, este estudio fue realizado con niños; resultados similares se obtendrían con una población adulta. Además, reconociendo el riesgo que tienen aquellos adultos que han sido severamente victimizados en etapas escolares de tener ideación suicida, se podría intervenir al igual que con los niños, puesto que el objetivo es el mismo: evitar el suicidio consumado.

Limitaciones del estudio

El presente estudio cuenta con algunas limitaciones. En primer lugar, es un estudio que requiere auto-reporte acerca de eventos pasados. Esto genera dificultades, por ejemplo, en el uso de la memoria de los participantes para reportar la información. Por un lado, los participantes podrían dar información excesiva o insuficiente, lo cual podría alterar los datos obtenidos. Sin embargo, otros estudios que han utilizado una metodología retrospectiva similar, y que han abordado este tema; han encontrado que, si aumenta la edad de los participantes, hay menos reporte de victimización por acoso escolar a comparación de jóvenes entre 16 y 24 años; llegando esta diferencia a ser significativa (Meltzer, Vostanis, Ford, Bebbington & Dennis, 2011). Por lo tanto, es importante evaluar la edad de los participantes; siendo así, en este estudio, se incluyó únicamente a jóvenes universitarios con un rango de edad entre 18 y 25 años.

Asimismo, otra limitación de la metodología del presente estudio, es que no se evalúan los efectos de mindfulness sobre la ideación suicida a largo plazo. Puesto que el enfoque de este estudio es evaluar los efectos de mindfulness después de 7 semanas de aprender y aplicar estos conceptos. No obstante, sería interesante evaluar si los beneficios que

se obtuvieron se mantendrían a lo largo de 1 año en adelante. También se debería evaluar si los beneficios son estadísticamente significativos en relación a personas que continuaron su tratamiento terapéutico usual sin aprender técnicas de mindfulness y meditación.

Otra limitación es la ambigüedad del término “bullying” y su dificultad para definirla e incluir todas sus variables. Además, no se utilizó un enfoque en un único subtipo de bullying específico, sino que se tomaron todas sus variables. Como resultado, podría haber diferencias significativas según el subtipo de bullying experimentado que puede alterar los resultados. De igual manera, sólo se habló acerca de las víctimas de bullying, dejando fuera a aquellas personas que han sido víctimas y perpetradores.

Otra limitación es que no se tomó en cuenta la edad de cada participante al momento de sufrir victimización de bullying. Se podría presentar la hipótesis de que aquellos que experimentaron victimización en edades más tempranas, tengan mayores niveles de ideación suicida que aquellos que experimentaron victimización en edades superiores. Puesto que los recursos y la capacidad mental podrían generar diferentes resultados en la adultez e influir diferente en cada individuo. Adicionalmente, otra limitación es que la muestra sólo incluye estudiantes universitarios ecuatorianos, lo cual puede dificultar la generalización de los resultados obtenidos.

Recomendaciones para futuros estudios

Hay mucha investigación acerca de la importancia de prevenir el bullying, ya que se ha investigado acerca de sus efectos negativos inmediatos y de largo plazo. No obstante, en los estudios no se habla acerca de cómo intervenir con aquellos que ya han sido victimizados. Un grupo vulnerable al cual se debería prestar mayor atención son los adultos que fueron víctimas de bullying al ser niños; ya que, la investigación sugiere que sufrir victimización por

bullying no sólo se relaciona con depresión, ansiedad e ideación suicida, sino que además se relaciona con menor percepción de bienestar en la adultez (Takizawa, Maughan & Arseneault, 2014). Consecuentemente, se podría hacer más investigación con otro tipo de consecuencias del bullying como el trastorno de estrés postraumático o la depresión sin ideación suicida. Por lo tanto, es importante aumentar la investigación acerca de intervenciones con este grupo vulnerable.

Asimismo, se necesita mayor investigación acerca del rol del bullying en el cerebro. Por ejemplo, cómo se han modificado estructuras y circuitos cerebrales en personas que han sido víctimas de bullying. De igual manera sería interesante evaluar si estos cambios estructurales tienen una relación con los efectos como ansiedad, depresión o ideación suicida. Se mencionó que algunas estructuras se modifican con la práctica de mindfulness regular como la anterior cingulada, el área prefrontal y el hipocampo, por lo tanto, sería interesante evaluar si estos cambios perduran a lo largo del tiempo, y si hay una diferencia en esta modificación en una población que fue victimizada en la infancia y otra población que no.

Por otro lado, también se podría investigar cómo esta experiencia traumática en etapas tempranas de la vida puede alterar las creencias centrales. Finalmente, se podría comparar a personas que han sufrido victimización por bullying con personas que han sufrido otros tipos de victimización como abuso físico o sexual por un miembro del núcleo familiar. Evaluando diferencias y similitudes en el desarrollo de patologías y problemas posteriores; así como mecanismos de defensa y resiliencia frente al trauma.

REFERENCIAS

- Anastasiades, M. H., Kapoor, S., Wootten, J., & Lamis, D. A. (2016). Perceived stress, depressive symptoms, and suicidal ideation in undergraduate women with varying levels of mindfulness. *Archives of women's mental health*, 20, 1-10. DOI: 10.1007/s00737-016-0686-5.
- Anestis, M. D., Bagge, C. L., Tull, M. T., & Joiner, T. E. (2011). Clarifying the role of emotion dysregulation in the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in an undergraduate sample. *Journal of psychiatric research*, 45(5), 603-611. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2010.10.013.
- Arseneault, L., Bowes, L., & Shakoor, S. (2010). Bullying victimization in youths and mental health problems: 'Much ado about nothing'? *Psychological Medicine*, 40, 717-729. DOI:10.1017/S0033291709991383.
- Avilés, J. M., Iruetia, M. J., García-Lopez, L. J., & Caballo, V. E. (2011). El maltrato entre iguales: "bullying". *Psicología Conductual*, 19 (1), 57-90. Extraído el 21 de marzo del 2017 desde http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45849139/Bullying__El_maltrato_entre_iguales_bull20160522-12048-15b7cjj.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1490146047&Signature=zKDY%2BAgB%2FsaTq%2FRkMVDOASXdexQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DBullying_El_maltrato_entre_iguales_bully.pdf

- Barnhofer, T., & Crane, C. (2009). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression and Suicidality*. En Didonna, F. (Ed.). *Clinical Handbook of Mindfulness* (17-36). Vicenza: Springer. DOI: 10.1007/978-0-387-09593-6_2.
- Barnhofer, T., Crane, C., Brennan, K., Duggan, D. S., Crane, R. S., Eames, C., ... & Williams, J. M. G. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 83*(6), 1013. DOI: 10.1037/ccp0000027.
- Borowsky, I. W., Taliaferro, L. A., & McMorris, B. J. (2013). Suicidal thinking and behavior among youth involved in verbal and social bullying: risk and protective factors. *Journal of Adolescent Health, 53* (1), S4-S12. DOI: 1054-139X.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology, 84*(4), 822-848. DOI: 10.1037/0022-3514.84.4.822.
- Carlisle, N., & Rofes, E. (2007). School bullying: Do adult survivors perceive long-term effects?. *Traumatology, 13*(1), 16. DOI: 10.1177/1534765607299911.
- Carlson, L. E., & Brown, K. W. (2005). Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *Journal of psychosomatic research, 58*(1), 29-33. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2004.04.366.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *The Relationship Between Bullying and Suicide: What We Know and What it Means for Schools*. Obtenido el 05 de noviembre del 2016 de <<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/bullying-suicide-translation-final-a.pdf>>

- Chiesa, A. (2013). The difficulty of defining mindfulness: Current thought and critical issues. *Mindfulness*, *4*(3), 255-268. DOI: 10.1007/s12671-012-0123-4.
- Congleton, C., Hölzel, B. K., & Lazar, S. W. (2015). Mindfulness can literally change your brain. *Harvard Business Review*, 309-318. Extraído el 23 de marzo de 2017 desde <<https://hbr.org/2015/01/mindfulness-can-literally-change-your-brain>>
- Cooper, G. D., Clements, P. T., & Holt, K. E. (2012). Examining childhood bullying and adolescent suicide implications for school nurses. *The Journal of School Nursing*, *28*(4), 275-283. DOI: 10.1177/1059840512438617.
- Copeland, W. E., Wolke, D., Angold, A., & Costello, E. J. (2013). Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA psychiatry*, *70*(4), 419-426. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.504.
- Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D. S., Hepburn, S., Fennell, M. V., & Williams J. M. G. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Self-Discrepancy in Recovered Depressed Patients with a History of Depression and Suicidality. *Cognitive Therapy Research*, *32*, 775-787. DOI 10.1007/s10608-008-9193-y.
- Daine, K., Hawton, K., Singaravelu, V., Stewart, A., Simkin, S., & Montgomery, P. (2013). The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. *PloS one*, *8*(10), e77555. DOI: 10.1371/journal.pone.0077555.
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, *48* (2), 198-208. DOI: 10.1037/a0022062.

- Ducasse, D., René, E., Béziat, S., Guillaume, S., Courtet, P., & Olié, E. (2014). Acceptance and commitment therapy for management of suicidal patients: a pilot study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(6), 374-376. DOI: 10.1159/000365974.
- Forkmann, T., Wichers, M., Geschwind, N., Peeters, F., van Os, J., Mainz, V., & Collip, D. (2014). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on self-reported suicidal ideation: results from a randomised controlled trial in patients with residual depressive symptoms. *Comprehensive psychiatry*, 55(8), 1883-1890. DOI: 10.1016/j.comppsy.2014.08.043.
- Gladstone, G. L., Parker, G. B., & Malhi, G. S. (2006). Do Bullied Children Become Anxious and Depressed Adults? A Cross-Sectional Investigation of the Correlates of Bullying and Anxious Depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(3), 201-208. DOI: 10.10097/01.nmd.
- Gorostiaga, D., & Paladino, C. (2013). Los chicos y las chicas hablan de “molestar”: un estudio cualitativo de los nombres del bullying. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Obtenido el 05 de noviembre del 2016 de <<http://www.aacademica.org/000-054/336.pdf>>
- Germer, C. (2004). What is Mindfulness? *Insight Journal*, 22, 24-29. Obtenido el 05 de noviembre del 2016 de <http://www.drtheresalavoie.com/userfiles/253125/file/insight_germermindfulness.pdf>
- Gould, M.S., Greenberg, T., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American*

- Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42 (4), 386–405. DOI: 10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF.
- Hernández, R., Fernández, F., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. México D.F.: McGraw-Hill. ISBN: 978-607-15-0291-9.
- Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2010). Bullying, cyberbullying and suicide. *Archives of Suicide Research*, 14, 206-221. DOI: 10.1080/13811118.2010.494133.
- Hunter, S. C., Mora, J., & Ortega, R. (2004). The Long-Term Effects of Coping Strategy Use in Victims of Bullying *The Spanish Journal of Psychology*, 7(1), 3-12. ISSN: 1138-7416.
- Jaramillo, A. (2015). Tres de cada cinco niños enfrentan algún tipo de violencia en las escuelas del país. *El Comercio*, En línea. Obtenido el 03 de octubre del 2016 de <<http://www.elcomercio.com/tendencias/violencia-bullying-escuelas-ecuador-estadisticas.html>>
- Kahl, K. G., Winter, L., & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective?. *Current opinion in psychiatry*, 25(6), 522-528. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328358e531.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Marttunen, M., Rimpelä, A., & Rantanen, P. (1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *Bmj*, 319(7206), 348-351. DOI: 10.1136/bmj.319.7206.348.
- Kang, C., & Whittingham, K. (2010). Mindfulness: A dialogue between Buddhism and clinical psychology. *Mindfulness*, 1(3), 161-173. DOI: 10.1007/s12671-010-0018-1.
- Kazdin, A. E. (2003). *Research design in clinical psychology*. Fourth edition. Boston: Allyn and Bacon. ISBN: 0-205-33292-7.

- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical psychology review*, *31*(6), 1041-1056. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.04.006.
- Kim, Y.S., & Leventhal, B. (2008). Bullying and suicide: a review. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, *20* (2), 133-154. DOI: 10.1515/IJAMH.2008.20.2.133
- Kline, A., Chesin, M., Latorre, M., Miller, R., Hill, L. S., Shcherbakov, A., ... & Interian, A. (2016). Rationale and study design of a trial of mindfulness-based cognitive therapy for preventing suicidal behavior (MBCT-S) in military veterans. *Contemporary Clinical Trials*, *50*, 245-252. DOI: 10.1016/j.cct.2016.08.015.
- Klomek, A. B., Sourander, A., & Elonheimo, H. (2015). Bullying by peers in childhood and effects on psychopathology, suicidality, and criminality in adulthood. *The Lancet Psychiatry*, *2*(10), 930-941. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00223-0.
- Lakeman, R., & FitzGerald, M. (2009). The ethics of suicide research: The views of ethics committee members. *Crisis*, *30*(1), 13-19. DOI: 10.1027/0227-5910.30.1.13.
- Lereya, S. T., Winsper, C., Heron, J., Lewis, G., Gunnell, D., Fisher, H. L., & Wolke, D. (2013). Being bullied during childhood and the prospective pathways to self-harm in late adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *52*(6), 608-618. DOI: 10.1016/j.jaac.2013.03.012.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA psychiatry*, *72*(5), 475-482. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.3039.

- Luoma, J. B., & Villatte, J. L. (2012). Mindfulness in the treatment of suicidal individuals. *Cognitive and behavioral practice, 19*(2), 265-276. DOI: 10.1016/j.cbpra.2010.12.003.
- MacKillop, J., & Anderson, E. J. (2007). Further psychometric validation of the mindful attention awareness scale (MAAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 29*(4), 289-293. DOI: 10.1007/s10862-007-9045-1.
- Mathias, C. W., Michael Furr, R., Sheftall, A. H., Hill- Kapturczak, N., Crum, P., & Dougherty, D. M. (2012). What's the harm in asking about suicidal ideation?. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 42*(3), 341-351. DOI: 10.1111/j.1943-278X.2012.0095.x.
- Marchand, W. (2012). Self-Referential Thinking, Suicide, and Function of the Cortical Midline Structures and Striatum in Mood Disorders: Possible Implications for Treatment Studies of Mindfulness-Based Interventions for Bipolar Depression. *Depression Research and Treatment, 2012*, 1-15. DOI:10.1155/2012/246725.
- Mark, J., Williams, G., & Swales, M. (2004). The use of mindfulness-based approaches for suicidal patients. *Archives of Suicide Research, 8*(4), 315-329. DOI: 10.1080/13811110490476671.
- McLoughlin, A. B., Gould, M. S., & Malone, K. M. (2015). Global trends in teenage suicide: 2003-2014. *QJM, hcv026*. DOI: 10.1093/qjmed/hcv026.
- Meltzer, H., Vostanis, P., Ford, T., Bebbington, P., & Dennis, M. S. (2011). Victims of bullying in childhood and suicide attempts in adulthood. *European Psychiatry, 26*(8), 498-503. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2010.11.006.
- Mitchell, S. M., Seegan, P. L., Roush, J. F., Brown, S. L., Sustaíta, M. A., & Cukrowicz, K. C. (2016). Retrospective Cyberbullying and Suicide Ideation The Mediating Roles of

- Depressive Symptoms, Perceived Burdensomeness, and Thwarted Belongingness. *Journal of interpersonal violence*, 0886260516628291. DOI: 1177/0886260516628291.
- Nielsen, M. B., Tangen, T., Idsoe, T., Matthiesen, S. B., & Magerøy, N. (2015). Post-traumatic stress disorder as a consequence of bullying at work and at school. A literature review and meta-analysis. *Aggression and violent behavior*, 21, 17-24. DOI: 10.1016/j.avb.2015.01.001.
- Observatorio de los derechos de la niñez y adolescencia. (2012). Estado de los derechos de la niñez y adolescencia en Ecuador 1990-2011. *UNICEF*. Recuperado el 11 de octubre de 2016 desde <http://www.unicef.org/ecuador/Edna2011_web_Parte1.pdf>
- Olweus, D. (1994). Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of child psychology and psychiatry*, 35(7), 1171-1190. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1994.tb01229.x.
- Osman, A., Kopper, B. A., Linehan, M. M., Barrios, F. X., Gutierrez, P. M., & Bagge, C. L. (1999). Validation of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire and the Reasons for Living Inventory in an adult psychiatric inpatient sample. *Psychological Assessment*, 11(2), 115-123. DOI: 10.1037/1040-3590.11.2.115.
- Pearlman, D. N. & Dunn, H. K. (2016). Exploring the co-occurrence of bullying victimization, homophobic teasing and teen dating violence: Implications for prevention programs. *Rhode Island Medical Journal*, 99(8), 43-45. Extraído el 23 de marzo de 2017 desde <<http://www.rimed.org/rimedicaljournal/2016/08/2016-08-43-health-pearlman.pdf>>
- Reynolds, W. (1988). Reynolds Adolescent Depression Scale – 2nd Edition. In M. Hersen, D. L. Segal & M. Hilsenroth (Eds.). *Comprehensive handbook of psychological*

- assessment, Volume 2: Personality assessment and psychopathology (pp 224-236).
New York: John Wiley & Sons.
- Reynolds, W. M. (1991). Psychometric characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in college students. *Journal of personality assessment*, 56(2), 289-307.
DOI: 10.1207/s15327752jpa5602_9.
- Roeger, L., Allison, S., Korossy–Horwood, R., Eckert, K. A., & Goldney, R. D. (2010). Is a history of school bullying victimization associated with adult suicidal ideation?: a South Australian population-based observational study. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(10), 728-733. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3181f4aece.
- Rossouw, P. J. (2013). The effects of bullying on the developing brain. Strategies for effective interventions. *PJ Rossouw (Ed.)*, (2), 102-112. ISBN 978-1-922232-01-4.
- Russell, S. T., Ryan, C., Toomey, R. B., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescent school victimization: Implications for young adult health and adjustment. *Journal of School Health*, 81(5), 223-230. DOI: 10.1111/j.1746-1561.2011.00583.x.
- Schäfer, M., Korn, S., Smith, P. K., Hunter, S. C., Mora- Merchán, J. A., Singer, M. M., & Meulen, K. (2004). Lonely in the crowd: Recollections of bullying. *British Journal of Developmental Psychology*, 22(3), 379-394. DOI: 10.1348/0261510041552756.
- Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2009). Mindfulness: What Is It? Where Did It Come From? En Didonna, F. (Ed.). *Clinical Hanbook of Mindfulness* (17-36).
Vicenza: Springer. DOI: 10.1007/978-0-387-09593-6_2.
- Staubli, S., & Killias, M. (2011). Long-term outcomes of passive bullying during childhood: Suicide attempts, victimization and offending. *European journal of criminology*, 8(5), 377-385. DOI: 10.1177/1477370811415761.

- Takizawa, R., Maughan, B., & Arseneault, L. (2014). Adult health outcomes of childhood bullying victimization: evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *American journal of psychiatry*, *171*(7), 777-784. DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.13101401.
- Tang, Y. Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, *16*(4), 213-225. DOI: 10.1038/nrn3916.
- Thomas, H. J., Chan, G. C., Scott, J. G., Connor, J. P., Kelly, A. B., & Williams, J. (2015). Association of different forms of bullying victimisation with adolescents' psychological distress and reduced emotional wellbeing. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *1*, 1-9. DOI: 10.1177/0004867415600076.
- UNICEF. (2010). Trato entre pares en las escuelas/colegios. *Encuesta Nacional*, 48-49. Obtenido el 03 de octubre del 2016 de <http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte2.pdf>
- Vivolo-Kantor, A. M., Martell, B. N., Holland, K. M., & Westby, R. (2014). A systematic review and content analysis of bullying and cyber-bullying measurement strategies. *Aggression and violent behavior*, *19*(4), 423-434. DOI: 10.1016/j.avb.2014.06.008.
- Williams, J. M. G., Duggan, D. S., Crane, C., & Fennell, M. J. (2006). Mindfulness- Based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of clinical psychology*, *62*(2), 201-210. DOI: 10.1002/jclp.20223.
- Wolke, D., Copeland, W. E., Angold, A., & Costello, E. J. (2013). Impact of bullying in childhood on adult health, wealth, crime, and social outcomes. *Psychological science*, *24*(10), 1958-1970. DOI: 10.1177/0956797613481608.

Wolke, D., & Lereya, S. T. (2015). Long-term effects of bullying. *Archives of disease in childhood*, archdischild-2014. DOI: 10.1136/archdischild-2014-306667.

Zhou, Z. K., Liu, Q. Q., Niu, G. F., Sun, X. J., & Fan, C. Y. (2016). Bullying victimization and depression in Chinese children: A moderated mediation model of resilience and mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 104, 137-142. DOI: 10.1016/j.paid.2016.07.040.

ANEXO A: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES

Se buscan participantes para investigación psicológica.

¿Estás interesado en participar en un estudio acerca de los efectos en la adultez del acoso escolar y mindfulness?

La duración del estudio es de 8 semanas, en las cuales se podría necesitar una disponibilidad de dos horas por semana.

Requisitos:

- * Ser mayor de 18 años de edad
- * Haber experimentado acoso escolar intenso y frecuente
- * Querer aprender sobre Mindfulness

Contáctanos al 0985056851 o andrea.vela@estud.usfq.edu.ec

ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Efectividad de Mindfulness en Reducir Ideación Suicida en Jóvenes Universitarios Víctimas de Acoso Escolar

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Andrea Marisol Vela Hernández*

Datos de localización del investigador principal *022870882, 0984056851, andreavelah@hotmail.com*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción (*Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación*)

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre cómo el aprender y utilizar estrategias de mindfulness, que se refiere a la consciencia y atención plena en el momento presente, puede reducir la ideación suicida en jóvenes universitarios que han sido victimizados por acoso escolar.

Propósito del estudio (incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)

El estudio tiene como objetivo determinar si las técnicas de mindfulness reducen la ideación suicida en jóvenes universitarios que han sido víctimas de acoso escolar. Para lo cual se dividirán dos grupos, un grupo recibirá 7 semanas de clases grupales de mindfulness, las cuales consistirán en un grupo de

mínimo 12 participantes; mientras que el otro grupo continuará su tratamiento usual. Antes y después del tratamiento se evaluará la presencia de ideación suicida y la capacidad de mindfulness para comparar resultados y evaluar la efectividad del tratamiento.

Descripción de los procedimientos (breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)

Inicialmente, para reclutar a los participantes se utilizará la medida de Retrospective Bullying Questionnaire (Schäfer et al., 2004), el cual dura aproximadamente 1 hora. Posteriormente, se seleccionará a los participantes y se procederá a dividirlos en dos grupos. Ambos grupos deben completar las siguientes medidas las cuales toman un promedio de 1 hora en completar: Adult Suicidal Ideation Questionnaire (Reynolds, 1988) y Mindful Attention Awareness Scale (Brown & Ryan, 2003). Uno de los grupos recibirá 2 horas semanales de clases grupales de mindfulness. Las clases tendrán un mínimo de 12 participantes. Por su parte, el otro grupo puede continuar con su tratamiento usual. Después de 7 semanas, se volverá a evaluar a ambos grupos con las medidas: Adult Suicidal Ideation Questionnaire (Reynolds, 1988) y Mindful Attention Awareness Scale (Brown & Ryan, 2003), las cuales tienen una duración de 1 hora.

Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

La investigación sugiere que las estrategias de mindfulness pueden beneficiar a pacientes con ideación y conductas suicidas. No obstante, al llenar formularios, los participantes podrían experimentar emociones fuertes. Asimismo, al ser el bullying y la ideación suicida temas sensibles, los evaluadores tendrán capacitación acerca de cómo proceder con emergencias y participantes en crisis. Por ejemplo, proveyendo terapia individual para participantes cuyos síntomas escalen o estén en un riesgo particular. Por otro lado, para evitar el riesgo de aquellos que no cuentan con las clases semanales de mindfulness, se apoyará que continúen con su terapia usual.

La investigación es valiosa puesto que otorgará información acerca de un grupo vulnerable acerca del cual no hay mucha investigación en cuanto a intervención.

Confidencialidad de los datos (*se incluyen algunos ejemplos de texto*)

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas

necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código donde se reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante (se incluye un ejemplo de texto)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0984056851 que pertenece a Andrea Vela, o envíe un correo electrónico a andrea.vela@stud.usfq.edu.ec

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado (*Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito*)

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo (<i>si aplica</i>)	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

A continuación, se presenta la medida de Retrospective Bullying Questionnaire (Schäfer et al., 2004).

Retrospective Bullying Questionnaire

Please answer the following questions.

Are you:

- Male
 Female

Age:

The following questions are about bullying. Bullying is intentional hurtful behavior. It can be physical or psychological. It is often repeated and characterized by an inequality of power so that it is difficult for the victim to defend him/her self.

All answers will be treated confidentially.

Please think back to your school days. You may have seen some bullying at school, and you may have been involved in some way. (Click the choice which best describes your own experiences at school)

- I was not involved at all, and I never saw it happen
 I was not involved at all, but I saw it happen sometimes
 I would sometimes join in bullying others
 I would sometimes get bullied by others
 At various times, I was both a bully and a victim

Can you briefly describe an incident in which you observed someone else being bullied or an incident in which you felt you were bullied?

PART I: PRIMARY SCHOOL

This part deals with your experiences at primary school (4–11 years).

Click the boxes that are right for you.

1. Did you have a happy time at primary school?
 - Detested
 - Disliked
 - Neutral
 - Liked a little
 - Liked a lot
2. Did you have a happy time at home with your family while in primary school?
 - Detested
 - Disliked
 - Neutral
 - Liked a little

- Liked a lot

The next questions are about physical forms of bullying – hitting and kicking, and having things stolen from you.

3. Were you physically bullied at primary school? (Check if the answer is yes, if no, then leave blank).

- Hit/punched
 Stolen from

4. Did this happen?

- Never
 · Rarely
 · Sometimes
 · Frequently
 · Constantly

5. How serious did you consider these bullying-attacks to be?

- I wasn't bullied
 · Not at all
 · Only a little
 · Quite Serious
 · Extremely Serious

The next questions are about verbal forms of bullying – being called nasty names, and being threatened.

6. Were you verbally bullied at primary school? (Check if the answer is yes, if no, then leave blank).

- Called Names
 · Threatened

7. Did this happen?

- Never
 · Rarely
 · Sometimes
 · Frequently
 · Constantly

8. How serious did you consider these bullying-attacks to be?

- I wasn't bullied
 · Not at all
 · Only a little
 · Quite Serious
 · Extremely Serious

The next questions are about indirect forms of bullying – having lies or nasty rumors told about you behind your back, or being deliberately excluded from social groups.

9. Were you indirectly bullied at primary school? (Check if the answer is yes, if no, then leave blank).

- Had lies told about you
 - Excluded
10. Did this happen?
- Never
 - Rarely
 - Sometimes
 - Frequently
 - Constantly
11. How serious did you consider these bullying-attacks to be?
- I wasn't bullied
 - Not at all
 - Only a little
 - Quite Serious
 - Extremely Serious

The next questions are about bullying in general.

12. How long did the bullying attacks usually last?
- I wasn't bullied
 - Just a few days
 - Weeks
 - Months
 - A year or more
13. How many pupils bullied you in primary school?
- I wasn't bullied
 - Mainly by one boy
 - By several boys
 - Mainly by one girl
 - By several girls
 - By both boys and girls
14. If you were bullied, why do you think this happened?

PART II: SECONDARY SCHOOL

This part deals with your experiences at secondary school (11–18 years).

15. Did you have a happy time at secondary school?
- Detested
 - Disliked
 - Neutral
 - Liked a little
 - Liked a lot
16. Did you have a happy time at home with your family while in secondary school?
- Detested
 - Disliked
 - Neutral
 - Liked a little
 - Liked a lot

The next questions are about physical forms of bullying – hitting and kicking, and having things stolen from you.

17. Were you physically bullied at secondary school? (Check if the answer is yes, if no, then leave blank).

- Hit/punched
- Stolen from

18. Did this happen?

- Never
- Rarely
- Sometimes
- Frequently
- Constantly

19. How serious did you consider these bullying-attacks to be?

- I wasn't bullied
- Not at all
- Only a little
- Quite Serious
- Extremely Serious

The next questions are about verbal forms of bullying – being called nasty names, and being threatened.

20. Were you verbally bullied at secondary school? (Check if the answer is yes, if no, then leave blank).

- Called Names
- Threatened

21. Did this happen?

- Never
- Rarely
- Sometimes
- Frequently
- Constantly

22. How serious did you consider these bullying-attacks to be?

- I wasn't bullied
- Not at all
- Only a little
- Quite Serious
- Extremely Serious

The next questions are about indirect forms of bullying – having lies or nasty rumors told about you behind your back, or being deliberately excluded from social groups.

23. Were you indirectly bullied at secondary school? (Check if the answer is yes, if no, then leave blank).

- Had lies told about you
- Excluded

24. Did this happen?

- Never
- Rarely
- Sometimes
- Frequently
- Constantly

25. How serious did you consider these bullying-attacks to be?

- I wasn't bullied
- Not at all
- Only a little
- Quite Serious
- Extremely Serious

The next questions are about bullying in general.

26. How long did the bullying attacks usually last?

- I wasn't bullied
- Just a few days
- Weeks
- Months
- A year or more

27. How many pupils bullied you in secondary school?

- I wasn't bullied
- Mainly by one boy
- By several boys
- Mainly by one girl
- By several girls
- By both boys and girls

28. If you were bullied, why do you think this happened?

PART III: GENERAL EXPERIENCES AT SCHOOL

29. Which were the main ways you used to cope with the bullying?

(Please click one or more options)

- I wasn't bullied at school
- I got help from a teacher
- I tried to make fun of it
- I got help from family/parents
- I tried to avoid the situation
- I tried to handle it myself
- I tried to ignore it
- I did not really cope
- I fought back
- I got help from friends
- Other

30. Did you ever take part in bullying anyone while you were at school? (Please click all that apply to you.)

- hit/punched
- Stolen from

- Called names
- Threatened
- Told lies about
- Excluded others

31. Did this happen?

- Never
- Rarely
- Sometimes
- Frequently
- Constantly

32. How often did you try to avoid school by pretending to be sick or by playing truant because you were being bullied?

- I wasn't bullied at school
- Never
- Sometimes
- Only once or twice
- Maybe once a week
- Several times a week

33. When you were being bullied, did you ever, even for a second, think about hurting yourself or taking your own life?

- I wasn't bullied at school
- No, never
- Yes, once
- Yes, more than once

34. Have you been bullied since leaving school?

- I haven't been bullied since leaving school
- I have been bullied by my family
- I have been bullied by others (please specify)

Recollections of being bullied at school

(Only answer these questions, if you were bullied):

35. Do you have vivid memories of the bullying event(s) which keep coming back causing you distress?

- No, never
- Not often
- Sometimes
- Often
- Always

36. Do you have dreams or nightmares about the bullying event(s)?

- No, never
- Not often
- Sometimes
- Often
- Always

37. Do you ever feel like you are re-living the bullying event(s) again?

- No, never

- Not often
- Sometimes
- Often
- Always

38. Do you ever have sudden vivid recollections or “flashbacks” to the bullying event(s)?

- No, never
- Not often
- Sometimes
- Often
- Always

39. Do you ever feel distressed in situations which remind you of the bullying event(s)?

- No, never
- Not often
- Sometimes
- Often
- Always

40. If you were bullied, do you feel it had any long-term effects? If so, please describe below:

PART IV: BULLYING OR HARASSMENT IN THE WORKPLACE

41. Have you ever experienced bullying in your workplace?

- I wasn't bullied in my workplace
- I was bullied in one of my previous jobs
- I was bullied in more than one of my previous jobs
- I have been bullied in my present job
- I have been bullied in all of my jobs

42. Please state whether you have been bullied at work over the last six months.

- No
- Yes, very rarely
- Yes, now and then
- Yes, several times per month
- Yes, several times per week
- Yes, almost daily

43. If yes, when did the bullying start?

- Within the last six months
- Between six and twelve months ago
- Between one and two years ago
- More than two years ago

44. If you have been bullied, what did you do? (Please check one or more options)

- Tried to avoid the situation
- Tried to ignore it
- Confronted the bully
- Went to my union/staff association
- Went to personnel
- Discussed the situation with colleagues

- Saw my doctor
- Went for counselling
- I left the job
- Other (please specify)

A continuación, se presenta la medida de Mindful Attention Awareness Scale (Brown & Ryan, 2003).

Day-to-Day Experiences

Instructions: Below is a collection of statements about your everyday experience. Using the 1-6 scale below, please indicate how frequently or infrequently you currently have each experience. Please answer according to what *really reflects* your experience rather than what you think your experience should be. Please treat each item separately from every other item.

1	2	3	4	5	6
Almost Always	Very Frequently	Somewhat Frequently	Somewhat Infrequently	Very Infrequently	Almost Never

I could be experiencing some emotion and not be conscious of it until some time later.	1	2	3	4	5	6
I break or spill things because of carelessness, not paying attention, or thinking of something else.	1	2	3	4	5	6
I find it difficult to stay focused on what's happening in the present.	1	2	3	4	5	6
I tend to walk quickly to get where I'm going without paying attention to what I experience along the way.	1	2	3	4	5	6
I tend not to notice feelings of physical tension or discomfort until they really grab my attention.	1	2	3	4	5	6
I forget a person's name almost as soon as I've been told it for the first time.	1	2	3	4	5	6
It seems I am "running on automatic," without much awareness of what I'm doing.	1	2	3	4	5	6
I rush through activities without being really attentive to them.	1	2	3	4	5	6
I get so focused on the goal I want to achieve that I lose touch with what I'm doing right now to get there.	1	2	3	4	5	6
I do jobs or tasks automatically, without being aware of what I'm doing.	1	2	3	4	5	6
I find myself listening to someone with one ear, doing something else at the same time.	1	2	3	4	5	6

I drive places on 'automatic pilot' and then wonder why I went there.	1	2	3	4	5	6
I find myself preoccupied with the future or the past.	1	2	3	4	5	6
I find myself doing things without paying attention.	1	2	3	4	5	6
I snack without being aware that I'm eating.	1	2	3	4	5	6

MAAS Scoring

To score the scale, simply compute a mean of the 15 items. Higher scores reflect higher levels of dispositional mindfulness.

Finalmente, la medida de Adult Suicidal Ideation Questionnaire (Reynolds, 1988) tiene un costo, por lo tanto, se mantiene oculta su información.