



---

---

**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA**

**DISMINUCIÓN DEL RIESGO SUICIDA Y AUTOLESIONES EN ADOLESCENTES**  
**MEDIANTE LA PROMOCIÓN DE FACTORES RESILIENTES: INTERVENCIÓN**  
**GRUPAL**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN**  
**INTERVENCIÓN CLÍNICA EN ADULTOS Y GRUPOS**

**PRESENTA:**

**SUSANA GÓNGORA ACOSTA**

**DIRECTORA: DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM**

**COMITÉ: MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM**  
**DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM**  
**MTRA. BEATRIZ ALEJANDRA MACOUZET MENÉNDEZ**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM**  
**MTRO. JOSÉ IGNACIO CRUZ GAITÁN**  
**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUADALAJARA**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **Agradecimientos**

A la Facultad de Psicología, a la Universidad Nacional Autónoma de México y al Programa Único de Especializaciones en Psicología, por abrirme las puertas y permitir que me preparara en una de las mejores universidades de México y del mundo. Por sentar las bases teóricas necesarias para el desempeño ético, humano y profesional de la psicología clínica, pero también por ayudarme a ampliar mi panorama y a consolidar mi identidad como mexicana. Al proyecto PAPIIT IA303716 “Psicopatología, riesgo y resiliencia en adolescentes y sus familiares”, por medio del cual fue posible la realización de este trabajo.

A la Dra. Paulina Arenas Landgrave, por tanto: apoyo, comprensión, paciencia, entrega y compromiso. Por contagiarme, día con día, la pasión con la que se debe de desempeñar esta profesión. Por motivarme a ser mejor psicóloga, terapeuta y persona día con día. Por brindarme palabras de aliento cuando más lo necesitaba, pero también por los jalones de oreja cuando se ameritaban. Por cada una de las enseñanzas compartidas, siempre con una sonrisa y la mejor disposición para acompañarme en la construcción de este largo camino que me espera por delante como profesionista. Por enseñarme la importancia del trabajo en equipo, de la solidaridad y de la empatía. ¡Muchas gracias!

A la Mtra. María Asunción Valenzuela Cota, por dejar una huella imborrable en mi corazón y en mi identidad. Por ser el mejor ejemplo a seguir que una terapeuta en formación podría pedir. Por la escucha y el apoyo incondicional. Por darme la tan cálida bienvenida en el CCAP “Los Volcanes” y permitirme tener mi primer acercamiento a la puesta en práctica de la psicología clínica. Por inculcar en mí la importancia de la auto-observación y el auto-análisis. Por compartir momentos tan calurosos (¡casi tan calurosos como Etchojoa y Navojoa!) durante los años más importantes de mi formación académica.

A Dra. María Emilia Lucio Gómez Maqueo, por la retroalimentación y los comentarios que enriquecieron este trabajo. Por compartir tantos conocimientos con respecto a los principales temas de esta tesis, pues gracias a sus investigaciones, es que este trabajo se sustentó teóricamente. Por sembrar en mí la curiosidad hacia el tema del suicidio en adolescentes, el afrontamiento y la resiliencia a través de sus artículos, instrumentos, conferencias y libros. Por ser un modelo a seguir en la investigación en la Universidad y en México.

A la Mtra. Beatriz Alejandra Macouzet Menéndez, por el interés, el apoyo y la paciencia en la elaboración de esta tesis y en mi formación como terapeuta. Por su sinceridad y genuinidad como profesora, supervisora y terapeuta. Por contagiar tanto entusiasmo y profesionalismo, por inculcar en mí (a través del ejemplo) la importancia de trabajar bajo un esquema moral y ético, pero fiel a mis creencias y valores. Por su entrega y compromiso con la comunidad. Por iluminar, todos los días, el salón de supervisión grupal de Volcanes. ¡Por hacerme la entrevista de admisión al PUEP y apreciar los rasgos necesarios para formarme como terapeuta!

Al Mtro. José Ignacio Cruz Gaitán, por aceptar ser parte de mi comité, por la confianza y disposición. Por las experiencias vividas y las anécdotas compartidas. Por ayudarme a entender la importancia que tiene el vínculo entre el paciente y el terapeuta en el proceso y los cambios del primero. Por demostrar que, para impartir conocimiento, la genuinidad y espontaneidad son cualidades esenciales.

## **Dedicatoria**

A mis padres, Ernesto y Susana, pues sin ustedes, sin su apoyo y amor incondicional, sin su paciencia, su entrega, su compromiso, sus palabras de aliento y cariño, sus apapachos cuando sentía que no podía más y sus porras cuando me veían avanzar, completar esta tesis no habría sido posible. Gracias por cada desayuno que me prepararon, cada taza de café que me calentaron, cada cobija que me colocaron en los hombros en época de frío, cada beso en la frente, cada palmadita en la espalda, cada sonrisa que me lanzaban de la cocina al comedor mientras me veían trabajar. Todos estos gestos (y muchos otros) me empoderaron y fortalecieron para enfrentar mis miedos y seguir adelante a pesar de todo. No hay personas en este mundo a quienes admire más, pues me han enseñado, a través de creer en mí sin dudar ni un poco de mis capacidades, que cada día puedo mejorar y puedo dar un paso más para acercarme a mis metas. Pero principalmente, porque ambos son el ejemplo perfecto de la resiliencia. Los amo mucho. Este trabajo es para ustedes.

A mis hermanos, Ernesto y Ana. Neto, tú me enseñaste a ser apasionada. Banana, tú me enseñaste a ser disciplinada. Sin ustedes, no habría podido desarrollar estas cualidades que fueron determinantes en la elaboración de esta tesis. Gracias por cada abrazo y cada gesto de amor y admiración, gracias por cada masaje, por las veces que tendieron mi cama, por despertarme en las ocasiones en las que seguía dormida y se me hacía tarde para empezar a trabajar, por cada huevito estrellado que me prepararon, por cada momento de distracción y relajación que me brindaron en este proceso, por los chistes, por los atracones de queso Oaxaca, por los postres compartidos, pero, sobre todo, por el amor fraternal que soy tan afortunada de tener. Espero, algún día, poder regresarles, aunque sea un poco de lo mucho que ustedes me han dado. Sin duda, iluminan mi vida día con día. El mundo no sería tan brillante si no fuera por su existencia. ¡Gracias!

A Pau, pues eres mi principal inspiración en este proceso formativo y personal. Tú fuiste quien me llevó a tomar este camino de la psicología clínica y la psicoterapia que, ahora, me hace tan feliz. No tengo manera de agradecer todo lo que has hecho por mí y me llena de orgullo poder decir que este trabajo lo hicimos juntas. Gracias por ayudarme a creer en mí desde la licenciatura, en que soy una terapeuta en toda la extensión de la palabra y que tengo

la capacidad de elaborar un trabajo de calidad tanto en la investigación como en la clínica. Siempre te admiraré y atesoraré todo lo que has hecho por mí.

A mi mejor amiga, Emilia y a su padre, Julio Casillas. Emi, por todos esos días enteros que pasamos acompañándonos, por ser compañera de desveladas y desmañanadas, por todos esos momentos tan emocionales y críticos en los que sabíamos que la otra estaba ahí, dispuesta a entregar su atención, tiempo y cariño. Por esas pláticas en el carro estacionadas en el estadio, que nos estabilizaban antes de empezar el día que, sabíamos, sería tedioso, pero satisfactorio. Por todos los calendarios que tuvimos que tirar a la basura. Por todas las veces que Shen Yun nos bombardeó e interrumpía nuestras canciones de Disney. Por ser mi acompañante de aventuras al momento de echarnos clavados en el manual de la APA. Por todas las canciones que cantamos mientras escribíamos en nuestra lista de referencias. Por todos los dulces y los chocolates que nos endulzaban el paladar, pero principalmente por todas las palabras de aliento y demostraciones de admiración que endulzaban el alma en momentos tan difíciles y vulnerables. Este trabajo no podía dejar de dedicártelo a ti, a la persona que más me comprendió y empatizó conmigo. Esos días fueron sólo el inicio de una vida (profesional y personal) siempre a tu lado. A Julio, te dedico esta tesis por ser, para mí, una figura paternal y afectuosa que me introdujo al mundo de la psicología y que me ha aclarado muchas confusiones. Gracias por todas las veces que me has recibido con los brazos abiertos (y con postres) en tu casa, y por los momentos que has dedicado a mi formación y a mi futuro compartiendo conmigo tus experiencias del presente y pasado.

A Carlos. A ti, por ser y estar, por sonreír, por brillar, por tomarme de la mano, por entender, por no rendirte, por escuchar, por validar, por explicar. Tú fuiste el primero en saber que había sido aceptada en la especialización, el primero en escucharme hablar de mi primer paciente, el primero en felicitarme por la primera vez que di de alta, el primero en decirme “no fue tu culpa”, el primero en escuchar mi tema de tesis, el primero en verme llorar por pensar en que no iba a poder, el primero en verme sonreír cuando sí pude, el primero en ver mis ejemplares, el primero en decirme “lo lograste, ¿qué se siente?”. Sé que, detrás de cada logro y detrás de cada “fracaso” superado, ahí estás tú, apoyándome, admirándome, amándome. Me enseñaste a entregarme en cuerpo y alma a este trabajo, pero al mismo tiempo, sin renunciar a mí, sin olvidarme. Has percibido todas mis cualidades y me has

llevado a verlas y a apreciarlas. Me inspiras a buscar todas las alternativas, a creer en mí y a convencerme de que todo lo que hago, lo hago buscando un bien mayor. Me has ayudado a tolerar la crítica y a tomarla como los cimientos para el crecimiento. Dentro del caos que implicó (por momentos) este proceso, tú siempre me diste paz. Más que dedicarte canciones de amor, creo que tu decisión de estar a mi lado amerita que te dedique el trabajo más importante de mi vida. Gracias por tanto, te amo de mi corazón al tuyo (pero por el camino largo).

A Jorge Valenzuela, por ser parte fundamental de mi formación y consolidación como psicóloga. Agradezco infinitamente tu apoyo, no sólo en mi preparación, sino también en el proceso de evolución personal inherente a la identidad de un terapeuta. Sin tu trabajo y disposición, no habría podido alcanzar este punto tan especial en mi proceso. Gracias por todo.

A Nati, por ser mi colega favorita, por enseñarme tantas cosas. Por creer en mí, por tu amistad invaluable. Nati, hasta este momento, todavía me pregunto ¿qué haría sin ti? ¿Qué haría sin tu apoyo, sin tu escucha, sin tu solidaridad, sin tu orientación, sin tu cariño, sin tu ejemplo de compromiso y disciplina, sin tu humildad, sin tu paciencia? Lo expuesto en esta tesis no te hace justicia, pues soy consciente de que, además de lo expresado, tu trabajo en el grupo paralelo fue determinante en los avances de estas adolescentes y en mantenerlas a salvo; y tu impacto en mí es indescriptible. Eres una de las terapeutas más brillantes que conozco, fuiste una de mis inspiraciones, y para mí es un honor que me aceptes como colega y como amiga.

A Sofi y Lili. Sofi, por aceptarme en ese primer proceso terapéutico que llevamos juntas, por modelar, por aconsejarme y acobijarme, por transmitirme tu experiencia y llevarme a regularme, por tu sensibilidad, tu atención al detalle, por tu apoyo, por aguantar, por ser paciente, por intentar comprenderme, por orientarme, por ser tan trabajadora y enseñarme sobre la importancia de ser disciplinada y estructurada, por tus “fruti lupis”. A Lili, por tu cariño y tu consejo siempre desde el afecto y el cuidado, por tus risas, por escucharme, por dejarme escucharte, por validarme, por tu atención, por tus regalos, pero principalmente, por acompañarme siempre, aunque no sea en cuerpo, sé que siempre estás presente y atenta en mente, en corazón y en alma. A las dos, por ser un gran equipo y dejarme ser parte de ese equipo.

A Hugo, por ser un ejemplo de lucha y perseverancia. Él me enseñó a que ni el miedo, ni la tristeza, la desesperación, la frustración, el enojo o la impotencia son razones suficientes para darse por vencido. Descansa en paz, amigo, nunca te olvidaré ni olvidaré la huella que dejaste en mí corazón.

A las adolescentes que integraron el grupo terapéutico: N, A, XO, XV, JL y JH.

¡A mí, por rifármela!

## Índice

<b>Resumen .....</b>	<b>1</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>2</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>3</b>

### Capítulo 1. Adolescencia

Definición .....	5
Desarrollo adolescente.....	6
Cambios físicos. ....	6
Cambios en el pensamiento. ....	7
Cambios en la relación con la familia y pares. ....	9
Sexualidad. ....	11
Desarrollo de la identidad.....	12
Teorías sobre la adolescencia .....	15
Enfoque psicoanalítico. ....	15
Enfoque psicosocial.....	18
Enfoque ecológico. ....	19
Sucesos de vida en la adolescencia.....	22
Estrés en el adolescente. ....	22
Sucesos normativos y no normativos en la adolescencia. ....	24

### Capítulo 2. Resiliencia y afrontamiento

Resiliencia .....	28
Definición. ....	28
Factores de riesgo y protección. ....	31
Resiliencia y adolescencia.....	34
Factores promotores de la resiliencia en la adolescencia. ....	35
Modelos sobre resiliencia. ....	40
Afrontamiento.....	42
Definición. ....	42
Modelos de afrontamiento.....	44

Afrontamiento en la adolescencia. ....	49
Influencia de la familia en la resiliencia y el afrontamiento adolescente.....	51

### **Capítulo 3. Suicidio y conducta autolesiva en adolescentes**

Suicidio.....	55
Definición. ....	55
Epidemiología.....	58
Conducta suicida. ....	61
Ideación suicida. ....	61
Planeación suicida. ....	63
Intento suicida. ....	63
Factores de riesgo y protección asociados al suicidio en adolescentes. ....	64
Personalidad y rasgos individuales.....	65
Factores cognitivos.....	65
Factores sociales/familiares.....	66
Sucesos de vida como factores de riesgo o protección.....	67
Conducta autolesiva.....	69
Definición. ....	69
Prevalencia.....	72
Etiología y fenomenología.....	75
Factores de riesgo y protección asociados a la conducta autolesiva en adolescentes. .	80
Personalidad, rasgos individuales y factores cognitivos. ....	80
Factores sociales/familiares.....	82
Sucesos de vida como factores de riesgo o protección.....	83
Relación entre conducta suicida y conducta autolesiva.....	83

### **Capítulo 4. Intervención en adolescentes con autolesiones y riesgo suicida**

Antecedentes.....	86
Modelo integrativo .....	93
Tipos de integración. ....	94
Factores comunes. ....	96

Terapia grupal.....	99
Teoría del grupo psicoterapéutico. ....	101
Factores terapéuticos. ....	101
Objetivos del grupo psicoterapéutico. ....	103
Estrategias de intervención grupales. ....	104
Terapia dialéctico conductual (DBT) .....	105
Terapias conductuales de tercera generación. ....	105
Aspectos básicos de la terapia dialéctico conductual. ....	105
Terapia gestáltica grupal.....	108
Terapia de solución de problemas .....	113

## **Capítulo 5. Método**

Justificación y planteamiento del problema .....	118
Pregunta de investigación.....	119
Objetivo general .....	119
Objetivos específicos.....	119
Hipótesis .....	120
Hipótesis conceptuales .....	120
Hipótesis de trabajo .....	120
Variables.....	120
Definición conceptual de las variables. ....	120
Definición operacional de las variables.....	122
Escenario .....	123
Población .....	124
Muestra .....	124
Muestreo .....	124
Criterios de selección.....	124
Criterios de inclusión.....	124
Criterios de exclusión. ....	125
Criterios de eliminación.....	125
Investigación.....	125

Tipo de estudio .....	125
Diseño .....	125
Instrumentos/evaluación .....	125
Procedimiento .....	134
Seguimiento .....	137
<b>Presentación de grupo .....</b>	<b>138</b>
Presentación individual de las consultantes .....	138
Paciente N. ....	138
Paciente A. ....	140
Paciente XO. ....	142
Paciente XV. ....	143
Paciente JL. ....	145
Paciente JH .....	147
Características del grupo .....	150
Intervención .....	152
Establecimiento del número de sesiones. ....	152
Contenido de las sesiones. ....	152
Integración de modelos terapéuticos. ....	155

## **Resultados**

Resultados cuantitativos .....	163
Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes .....	164
Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS-A) .....	165
Escala de Afrontamiento para Adolescentes (EA-A) .....	172
Escala de Prácticas Parentales para Adolescentes (PP-A) .....	178
Resultados cualitativos .....	185
1.    Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones. ....	185
2.    Respuestas fisiológicas. ....	191
3.    Pensamientos obsesivos y desesperanza. ....	193
4.    Evitativo pasivo. ....	198
5.    Búsqueda de apoyo en la familia. ....	202

6.	Búsqueda de apoyo con el grupo de pares. ....	207
7.	Impotencia y conducta autolesiva. ....	212
8.	Religión. ....	220
	Seguimiento. ....	220

### **Discusión y conclusiones**

Conducta autolesiva.....	224
Riesgo suicida.....	229
Estrategias de afrontamiento .....	233
Habilidades de solución de problemas .....	238
Aproximación positiva a la percepción de las prácticas parentales.....	239
<b>Limitaciones y sugerencias .....</b>	<b>246</b>
<b>Reflexiones finales .....</b>	<b>249</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>251</b>

## **Resumen**

Tanto el suicidio como las conductas autolesivas son importantes problemas de salud pública que, en algunos países, incluyendo México, van en aumento y que afectan, principalmente, a los adolescentes (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2017; Organización Mundial de la Salud, 2017). Las heridas autoinfligidas son percibidas por los jóvenes que las realizan como alternativas de solución para descargar tensiones y emociones ante una situación que les genera malestar (Klonsky, 2007; Suyemoto, 1998). Además, es un comportamiento que suele predecir un intento de suicidio posterior (Kirchner, Ferrer, Forns, & Zanini, 2011). Sin embargo, el que un adolescente cuente con un conjunto de características que lo hagan resiliente puede protegerlo de dificultades y adversidades, y sentar las bases para generar una adaptación positiva a su medio. El propósito de este trabajo fue conocer el nivel de riesgo suicida y la frecuencia de la conducta autolesiva en un grupo de seis adolescentes mujeres antes y después de una intervención grupal integrativa dirigida a la promoción de factores resilientes. Específicamente, se buscó fomentar estrategias de afrontamiento funcionales, habilidades de solución de problemas y aproximaciones positivas a la percepción de las prácticas parentales. Los resultados indican que cuatro de las cinco adolescentes disminuyeron su nivel de riesgo suicida y dejaron de autolesionarse. Además, de manera cualitativa, se observa que desarrollaron y fortalecieron diferentes estrategias de afrontamiento funcionales y mejoraron la relación que tenían con sus padres. A partir de los resultados obtenidos, es posible afirmar que intervenciones dirigidas a promover factores resilientes tiene un impacto favorable, sobre todo en adolescentes quienes presentan niveles bajos o moderados de riesgo suicida.

Palabras clave: adolescencia, conducta autolesiva, riesgo suicida, resiliencia, afrontamiento, intervención grupal integrativa.

## **Abstract**

Both, suicide and self-harm are major public health problems, that, in some countries like Mexico, are increasing day by day, mainly affecting adolescents (INEGI, 2017; OMS, 2017). In some young people, self-mutilation stems from the need to express or control stress, pain, or emotions that cannot be displayed in any other way (Klonsky, 2007; Suyemoto, 1998). Besides, it is also an action that could predict a subsequent suicide attempt (Kirchner, Ferrer, Forns, & Zanini, 2011). However, if an adolescent dispose of a series of features related to resilience, these could protect him against difficulties and adversities, and lay the foundations for a positive adaptation to his context. The main purpose of this dissertation was to identify the level of suicidal risk and the prevalence of self-harm behaviors in a group conformed by six female adolescents before and after an integrative group intervention aimed to promote resilient features, such as functional coping strategies, problem solving skills, and a positive perception to breeding practices. Results indicate that in four of the five adolescents who concluded their treatment their suicide risk level decreased, and they stopped self-harming completely. In addition, qualitatively, they developed and strengthened different functional coping skills, and improved their relationship with their parents. Based on the obtained results, it is possible to asseverate that interventions aimed at promoting resilient features can have a positive impact in adolescents with these behaviors, specially with low or moderate levels of suicidal risk.

Keywords: adolescence, self-harm, suicidal risk, resilience, coping strategies, integrative group intervention.

## **Introducción**

En los últimos años, el suicidio se ha convertido en un problema de salud pública muy importante en el mundo. En México, en el 2015 se registraron 6,285 suicidios, representando casi el 1% del total de muertes registradas, colocándose como la décima cuarta causa de muerte en nuestro país (INEGI, 2017). El 40.8% de los suicidios ocurren en jóvenes de 15 a 29 años (INEGI, 2017). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en el 2014 que a diario se registran 3,000 intentos suicidas en el mundo. Aunque en México no hay estadísticas claras al respecto, la Secretaría de Salud estima que cada año hay aproximadamente 14,000 casos de suicidios no consumados. En nuestro país, uno de cada diez intentos de suicidio es concluido (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2014). Un gran número de personas que planea terminar con su vida dan avisos previos de sus intenciones. Por este motivo, cualquier acción que atente deliberadamente contra su integridad física debe ser tomada en cuenta.

La conducta autolesiva se define como la realización socialmente inaceptable y repetitiva de cortadas, golpes y otras formas de autoagresión que causan lesiones físicas leves o moderadas (Suyemoto, 1998). En general, este comportamiento se considera independiente de un posible riesgo suicida; no obstante, algunos estudios muestran una relación estrecha entre ambos (Andover, Morris, Wren & Bruzzese, 2012; Brent, 2011), pues después de cometer alguna autolesión, el riesgo de cometer un suicidio aumenta entre un 0.5 a un 2% en el año siguiente (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007).

Tanto el suicidio como las conductas autolesivas pueden considerarse problemas de salud pública entre la gente joven. En México, uno de cada diez adolescentes recurre a algún tipo de autolesión con la intención de hacer frente a algún dolor emocional, frustración o culpa que no sabe cómo manejar (SPPS, 2014). Según el IMSS, este comportamiento ha empezado a tener mayor incidencia en nuestro país en los últimos años (Gómez, 2012).

En este trabajo se busca incrementar las estrategias de afrontamiento funcionales, desarrollar habilidades de solución de problemas y generar una aproximación positiva de la percepción de las prácticas parentales en adolescentes en riesgo por medio de una terapia grupal. Con la promoción de estos factores, los cuales favorecen a la resiliencia, se espera que los afectados puedan hacer frente al malestar emocional que les aqueja, y a partir de ello,

disminuir el riesgo suicida y eliminar la conducta autolesiva. Este tipo de herramientas surge como una necesidad en la actualidad, debido a la creciente demanda de adolescentes en un centro comunitario de atención psicológica en el cual se realizan las prácticas de la Especialización en Intervención Clínica en Adultos y grupos del Programa Único de Especializaciones en Psicología.

## Capítulo 1. Adolescencia

### Definición

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano caracterizada por una gran cantidad de cambios tanto físicos, como mentales y sociales, que implica, a su vez, la necesidad de adaptarse a estos cambios. Algunos autores sobre el desarrollo (Berger, 2016; Coleman & Hagell, 2007; Papalia et al., 2005; Santrock, 2004; Shaffer, 2000) consideran a la adolescencia como una de las principales transiciones de la vida, y la definen como un periodo de crecimiento que hace posible el paso de la niñez a la adultez.

En esta etapa, los adolescentes deben desarrollar ciertas tareas, como la de valerse por sí mismos y alcanzar una autonomía, sin necesidad de que sus padres, o cualquier otro adulto, tomen sus decisiones o les impongan qué hacer. Idealmente se debe lograr una autoafirmación y autodescubrimiento para adquirir y consolidar su identidad, así como una búsqueda de individualidad o singularidad y explorar nuevos roles dentro de la sociedad. Esta etapa de inmadurez que busca la madurez propia de la edad adulta se acompaña de sentimientos de inseguridad, ansiedad hacia el futuro, cierto grado de ambigüedad y sentimientos de pérdida (Castillo, 2001; Coleman & Hagell, 2007). Cabe destacar que el concepto de madurez respecto al adolescente no implica un estado fijo o el punto final del proceso del desarrollo, sino que denota el grado en que la persona descubre sus recursos y es capaz de utilizarlos (Jersild, 1968).

Por otro lado, la OMS (WHO, 2014) define la “adolescencia” como la etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años, incluyendo dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14-15 años) y la adolescencia tardía (15-16 a 19 años). A su vez, la adolescencia entra dentro de una clasificación a la que se le denomina “gente joven”, que abarca de los 10 a los 24 años. No hay un acuerdo concreto entre los autores acerca de qué edades conforman estas etapas, pues hay variaciones dependiendo de diferentes factores, como la cultura o el estatus socioeconómico. No obstante, parece que sí hay un acuerdo entre la mayoría de los teóricos en el que se considera que la adolescencia inicia a través del periodo de la pubertad, que se define como un fenómeno de maduración anatómico-fisiológica en el que se sientan las bases para la transformación del organismo infantil en un organismo adulto (Castillo, 2001). La adolescencia no debe considerarse como sinónimo de la pubertad. Por un lado, la pubertad

es semejante en todas las culturas, mientras que la adolescencia es un fenómeno psicológico determinado por la pubertad y que presenta variaciones en los diferentes medios sociales (Delval, 2000; Papalia et al., 2005).

De acuerdo con Santrock (2004), la pubertad termina antes de que finalice la adolescencia. El desarrollo físico tiene una importancia fundamental en la pubertad, pero también se presentan modificaciones a nivel mental. En general, hay una serie de cambios que pueden describirse como normales o esperados, pero en algunos casos, pueden presentarse otros no normativos que generan niveles más altos de estrés, así como una mayor cantidad de dificultades de las que son inherentes a la adolescencia (Castillo, 2001).

## **Desarrollo adolescente**

### **Cambios físicos.**

Como se mencionó anteriormente, la pubertad es un fenómeno de maduración anatómico-fisiológico que permite una transformación hacia el organismo adulto. Esta transformación se observa principalmente en el aumento de estatura y la aparición de caracteres sexuales secundarios (Castillo, 2001), con lo que se alcanza la maduración reproductiva o la aptitud para la procreación. Estos cambios son generados por procesos biológicos y modificaciones hormonales, los cuales son responsables de que aparezcan las marcadas diferencias entre el cuerpo de un hombre y de una mujer.

Los cambios durante la adolescencia se pueden concertar en dos ámbitos (Lillo, 2004):

1. Cambios anatómico-estructurales, que consisten en los desarrollos de caracteres sexuales secundarios, como un aumento de estatura, masa muscular y ósea, entre otros; y
2. Cambios funcionales, que consisten en la capacidad de procreación, iniciándose con la presencia del primer periodo menstrual y la primera emisión seminal.

Estas modificaciones aparecen alrededor de los 9 años en las niñas y a los 11 años en los niños y se les conoce como “estirón puberal” (Santrock, 2004). En este estirón, se produce un aumento de talla que dura entre dos y dos y medio años, y varía de un individuo a otro,

pero en general, las mujeres crecen entre 20 y 23 centímetros durante este periodo, mientras que los hombres crecen de 24 a 27 centímetros. El pico del estirón aparece a los 12 años en las chicas y a los 14 años en los chicos, pero se detiene antes en las mujeres (Iglesias, 2013). También se da un crecimiento ponderal, que consiste en un aumento de peso y masa muscular: entre 4.6 y 10.6 kg en hombres y 5.5 a 13.2 kg en mujeres (Iglesias, 2013).

Existen también otras modificaciones físicas importantes que se dan en esta etapa, por ejemplo, el crecimiento de órganos sexuales primarios, como ovarios, útero y vagina en mujeres; y testículos, próstata y vesículas seminales en hombres. Asimismo, también se da un desarrollo de características sexuales secundarias, como son los cambios en la voz; crecimiento de vello púbico, facial, axilar y corporal; crecimiento de senos y ensanchamiento de las caderas y hombros (Papalia et al., 2005). Todos estos cambios son generados por un aumento notable en los niveles de estrógenos en las mujeres y de testosterona en los hombres (Santrock, 2004).

Estos cambios físicos tienen dos consecuencias muy importantes a nivel emocional. Por un lado, el adolescente debe lidiar con la pérdida del cuerpo infantil, que conlleva la necesidad de elaborar un duelo; y, por otro lado, también debe aprender a manejar su cuerpo y sus funciones nuevas (Lillo, 2004). Además de los cambios físicos, otro de los aspectos que se modifican durante esta etapa son los pensamientos. En el siguiente apartado, se detallan los principales cambios que se suscitan en esta transición de la vida.

### **Cambios en el pensamiento.**

La maduración del cerebro, junto con las experiencias que vive el adolescente se manifiesta en aspectos como conversaciones más profundas con pares, permanencia en la escuela, ante algunos desafíos morales y en el aumento de la independencia. Este tipo de maduración trae consigo grandes modificaciones en los procesos cognitivos que van desde el egocentrismo hasta la lógica abstracta (Berger, 2016). Las personas que atraviesan por esta etapa tienden a pensar intensamente en sí mismos, pero también les preocupa lo que otros piensan de ellos. Este egocentrismo hace que se vean a sí mismos como únicos, especiales y con mayor trascendencia social de la que realmente tienen. Es justo por esto que los adolescentes tienden a interpretar las acciones de otros como un juicio sobre ellos mismos. Asimismo, los sentimientos y la imaginación influyen de manera importante sobre la vida

mental, pues contribuyen a que el adolescente alcance una versatilidad de intereses y opiniones, en la que se refleja una menor curiosidad intelectual, pero un mayor deseo por aprender a través de la experiencia (Castillo, 2001). Conforme continúan las transformaciones a nivel físico, también empieza a aparecer poco a poco una mayor reflexión y sentido crítico que se concreta al alcanzar la adultez, pero que durante la adolescencia es acompañada por una falta de objetividad, pues sus ideas son fuertemente influidas por su vida afectiva (Castillo, 2001).

Aunado a lo anterior, se puede observar en los adolescentes una particular manera de lidiar con los problemas y de entender la realidad. Buscan construir activamente su mundo, es decir, no sólo esperan recibir y acumular información del medio, sino que organizan sus experiencias, separan ideas importantes y las conectan entre sí, llegan a conclusiones e hipótesis que buscan poner a prueba e intentan razonar lógicamente sobre ellas (Berger, 2016; Piaget, 1947/1975). Los adolescentes tratan de darle sentido a sus experiencias y vivencias, e intentan adaptar nuevas ideas, opiniones, intereses, valores y creencias desarrolladas por ellos mismos. No obstante, siguen presentando algunas confusiones entre lo real y lo irreal, y entre lo objetivo y lo subjetivo (Castillo, 2001).

Desde un punto de vista neurológico (Iglesias, 2013), estudios de imagen cerebral realizados con adolescentes muestran un adelgazamiento de la sustancia gris que llega hasta la región frontal del cerebro, la cual está asociada con funciones de alto nivel, como la planeación, el razonamiento y el control de impulsos. De hecho, muchos de los problemas relacionados con ciertas conductas de riesgo en la adolescencia podrían estar determinadas por esa falta de maduración cerebral. Sin embargo, el hecho de que tengan una mejor capacidad de abstracción ayuda a que empiecen a evaluar riesgos y a ser conscientes de las consecuencias que conllevan. Aun así, el intenso deseo y la posibilidad de experimentar nuevas experiencias los puede llevar a presentar conductas que los ponen en peligro, sin que lleguen a considerar las dificultades y las repercusiones a largo plazo (Iglesias, 2013).

Tomando en consideración las posibilidades y dificultades que se presentan durante el proceso de maduración, los adolescentes pueden beneficiarse de la ayuda que brindan los padres, siempre y cuando esta ayuda favorezca el desarrollo de la autonomía y de la responsabilidad del adolescente. No se trata de que los padres resuelvan los conflictos del

hijo, sino de orientarlo, de darle información sobre sí mismo y sobre la realidad, así como estimularlo para que adquiriera una mayor responsabilidad personal (Castillo, 2001).

A continuación, se hace una descripción más detallada de los cambios que se dan en las relaciones con los padres y amigos durante esta etapa.

### **Cambios en la relación con la familia y pares.**

Una de las principales características de los adolescentes es que éstos buscan pasar mucho más tiempo con amigos y compañeros y mucho menos tiempo con la familia, especialmente con los padres. Esto no quiere decir que la relación padre-hijo adolescente desaparezca por completo, de hecho, se ha visto que los valores fundamentales de los adolescentes son mucho más parecidos y cercanos a los de los padres de lo que se reconoce en general (Offer & Church, 1991, como se citó en Berger, 2016). El desapego que se presenta con la familia no implica un rechazo a ésta, sino un intento por cubrir ciertas necesidades del desarrollo. Una de las principales necesidades a satisfacer en este periodo es la de lograr cierta autonomía. Así como los adolescentes experimentan tensión en su intento por alcanzarla, la tensión también viene de comportamientos ambivalentes de los padres, pues, por un lado, quieren que sus hijos sean independientes, pero por otro, les resulta difícil darles la libertad que desean (Papalia et al., 2005). Es vital que los padres aprendan a distinguir entre imponer y decidir por ellos, y darles la independencia que necesitan, pero sin dejar de protegerlos para evitar que presenten conductas que los pongan en riesgo; sin embargo, esta tarea es más compleja de lo que parece y, si no se logra este equilibrio, se pueden generar significativos conflictos.

El conflicto familiar es más frecuente durante los primeros años de la adolescencia, pero llegan a ser más intensos a la mitad de ésta (Laursen, Coy, & Collins, 1998; Lillo, 2004). La mayoría de las veces es provocada por el hecho de que los padres emiten juicios pensando que sus hijos tienen más pensamientos negativos de los que en realidad tienen, mientras que los adolescentes sienten que sus padres ejercen un mayor control, y mucho más estricto, del que realmente proponen (Berger, 2016). Tanto la frecuencia como la intensidad de los conflictos disminuyen en los últimos años de la adolescencia gracias a que la familia alcanza una mejor adaptación a todos los cambios que trajo consigo esta etapa. Pero si los padres no se adaptan, entonces posiblemente el adolescente rechazará toda su influencia y buscará

apoyo y aprobación de los pares (Papalia et al., 2005). Normalmente, los conflictos se dan por discusiones sobre asuntos cotidianos, como las labores domésticas, el desempeño escolar, la forma de vestir, la hora de llegada a casa, entre otros. No obstante, también se pueden generar conflictos por situaciones que usualmente son nuevas tanto para el adolescente, como para los padres, y que son consideradas de mayor seriedad, como el consumo de sustancias y el inicio de la vida sexual (Papalia et al., 2005). A pesar de que la mayoría de los adolescentes tienen conflictos y discusiones con sus padres, al final de esta etapa se suelen establecer lazos afectivos, íntimos y de comunicación, pues los padres representan una figura de quien pueden recibir apoyo emocional, así como la ayuda que necesitan para resolver algunas dificultades (Seiffge-Krenke, 1998).

Por otra parte, como se mencionó anteriormente, los jóvenes buscan pasar la mayor parte de su tiempo en compañía de amigos y compañeros de la misma edad. Recurren a sus pares para recibir comprensión, entendimiento, consejos, afecto, e incluso orientación moral (Papalia et al., 2005). También suelen considerarlos como los acompañantes ideales en un proceso de experimentación, y las personas con quienes pueden expresar su autonomía e individualidad, mientras reciben retroalimentación sobre sus habilidades (Coleman & Hagell, 2007; Papalia et al., 2005).

La influencia de los pares es más fuerte en los primeros años de la adolescencia y va disminuyendo poco a poco conforme se alcanza la adaptación a los cambios en la familia. Cabe destacar que este tipo de influencia no necesariamente implica problemas o conflictos. Esto podría considerarse así sólo si el deseo de ganarse la aprobación de otros adolescentes fuera tan fuerte, que se desobedecieran las reglas del hogar o de la escuela (Berger, 2016; Papalia et al., 2005).

Específicamente hablando de las amistades, éstas son las relaciones más significativas para el adolescente desde su punto de vista, pues son relaciones que él mismo elige y suelen establecerse entre personas muy similares entre sí. Incluso llegan a depender más de sus amigos que de sus padres o hermanos en cuanto a intimidad, apoyo y para compartir confidencias (Papalia et al., 2005). Esto último parece ser más importante para las mujeres adolescentes que para los hombres, pues éstos buscan relacionarse por medio de actividades compartidas, como los deportes y juegos competitivos (Seiffge-Krenke, 1998). Berger (2016)

explica que hay dos conceptos que pueden ayudar a explicar el impacto que tienen los pares y amigos en los adolescentes: la selección y la facilitación. Los adolescentes seleccionan un grupo de amigos con los que comparten valores e intereses y abandonan a los que toman otro camino. Asimismo, los pares facilitan las conductas constructivas o destructivas. Además, la facilitación de los pares ayuda a que el adolescente haga cosas que probablemente no se atrevería si estuviera solo.

Debido a la importancia que tienen las relaciones con pares, así como su impacto en las conductas del adolescente, es vital que éstos establezcan relaciones de amistad significativas y que cuenten con una red de apoyo sólida, lo cual puede facilitar su paso por esta etapa.

Además de lo mencionado hasta ahora, otra de las áreas que se desarrollan en esta etapa es la sexualidad. De hecho, la sexualidad es considerada como un aspecto normal en el desarrollo del adolescente, pues esta etapa implica pasar de un niño asexual a un adulto sexual (Santrock, 2004). En el siguiente subtema, se describen las principales características de la sexualidad adolescente.

### **Sexualidad.**

Es común que la sexualidad en la adolescencia se asocie con problemas y aspectos negativos, como embarazos adolescentes y enfermedades de transmisión sexual. No obstante, no se puede olvidar que la mayor parte de los cambios físicos que se viven en esta etapa derivan en una capacidad reproductiva, lo cual, inevitablemente despierta en ellos la necesidad de consolidar una identidad sexual. Los adolescentes no sólo deben aprender a adaptarse a los cambios corporales que se presentan, sino también a manejar ciertas sensaciones nuevas, como la excitación y la atracción sexual, así como también deben aprender a desarrollar nuevas formas de intimidad y habilidades para regular el comportamiento sexual con el objetivo de evitar situaciones de riesgo y consecuencias no deseadas (Papalia et al., 2005).

La identidad sexual o identidad de rol sexual se refiere a la definición de la propia persona sobre lo que es masculino y femenino, pero también incluye la definición de su orientación sexual (Santrock, 2004). Cabe destacar que la manera en la que se vive y se

consolida la identidad de rol sexual es fuertemente determinada por la cultura en la que vive el joven. Sin embargo, lo que no cambia de una cultura a otra o de una generación a otra (al momento de su adolescencia) es que los adolescentes sienten impulsos sexuales intensos debido al efecto de las hormonas. Muchas veces, estos impulsos son confusos y no saben cómo expresarlos o satisfacerlos, por lo que, a veces, se eligen roles sexuales de manera prematura y exagerada (Denny & Pittman, 2007; citado en Berger, 2016), llevándolos a situaciones de peligro.

Por otro lado, algunos investigadores han encontrado que es más probable que se mantengan relaciones sexuales sanas durante la adultez si no hubo una represión de los impulsos sexuales durante la adolescencia (Tolman & McClelland, 2011). Estos impulsos deben expresarse adecuadamente, sin que el adolescente sea considerado como inmoral por experimentarlos. De hecho, una de las razones más comunes por las que se desarrollan tensiones y conflictos con los padres proviene de una diferencia en la opinión que tienen adolescentes y adultos sobre la sexualidad y su expresión. Si los padres logran una adecuada orientación, combinada con la oportunidad de que sus hijos aprendan y vivan su sexualidad sin generar en ellos una sensación de culpa, se puede evitar que el adolescente caiga en conductas sexuales de riesgo.

El rol sexual no es la única característica que un adolescente debe definir y concretar en este momento de su vida. De hecho, una de las principales tareas de esta etapa es consolidar y definir una identidad. Este tema se describe a continuación.

### **Desarrollo de la identidad.**

El desarrollo y la consolidación de la identidad puede considerarse como un esfuerzo del adolescente por dar un sentido a sí mismo, y que sentará las bases para afrontar conflictos a futuro (Erikson, 1963). Erik Erikson es uno de los teóricos que más se interesó en el estudio de la búsqueda de la identidad, proponiendo la Teoría del desarrollo psicosocial, la cual inspiró a muchos otros investigadores, entre los cuales destacó James Marcia (1966; citado en Berger, 2016; Papalia et al., 2005). Él describió que la búsqueda de identidad se presenta de cuatro maneras específicas:

1. **Confusión de roles o identidad difusa.** Se caracteriza por una falta de compromiso con cualquier meta o valor. Acciones como obtener calificaciones aprobatorias en la escuela, guardar la ropa, hacer amigos nuevos y decidir qué carrera estudiar son conductas que no son capaces de realizar. En cambio, duermen mucho, pasan gran parte del día jugando videojuegos o frente a la televisión o computadora, cambian de “amor” frecuentemente y suelen procrastinar. Asimismo, también se observan niveles bajos de desarrollo del ego, complejidad cognoscitiva y capacidades de cooperación deficientes (Kroger, 1993; citado en Papalia et al., 2005).
2. **Identidad prematura o exclusión.** Ésta se da cuando se intenta evitar la confusión generada por la identidad difusa, por lo que los adolescentes simplemente aceptan los valores tradicionales, o bien, se niegan rotundamente a seguir los valores y normas que sus padres les intentan comunicar. En cualquiera de las dos alternativas, no existe un cuestionamiento, ni exploran alternativas, sino que, o simplemente aceptan todo sin dudarlo, o se oponen por completo. Usualmente se trata de una identidad que se adopta de manera temporal (Meeus, 2011) y se caracteriza porque se identifican pensamientos estereotipados, obediencia a la autoridad, relaciones dependientes y bajos niveles de ansiedad (Kroger, 1993; citado en Papalia et al., 2005).
3. **Identidad moratoria o aplazamiento.** En ésta, los adolescentes inician una exploración ya sea amplia, es decir, que prueban e intentan muchas cosas nuevas; o en profundidad, o sea que experimentan un camino después de comprometerse solamente a éste (Meeus, 2011). En este estado, hay niveles elevados de ansiedad, temor al éxito, niveles elevados de desarrollo del ego, razonamiento moral y autoestima (Kroger, 1993; citado en Papalia et al., 2005).
4. **Consolidación o logro de la identidad.** En el pasado, se consideraba que esto se lograba cuando el adolescente alcanzaba una independencia o autonomía total; no obstante, estudios recientes han demostrado que, actualmente, una consolidación absoluta de la identidad es una tarea muy difícil y que incluso se ha convertido en un proceso que dura toda la vida (Meeus, 2011). A pesar de esto, identificar niveles elevados de desarrollo del ego, razonamiento moral, certidumbre personal, autoestima e intimidad podría significar que el adolescente inició un proceso de consolidación (Kroger, 1993; citado en Papalia et al., 2005).

Otros autores consideran que, para consolidar la identidad, el adolescente debe cumplir con ciertas tareas del desarrollo en la educación y la sociedad (Havinghurst, 1972; citado en Masten, Burt, & Coatsworth, 2006). En general, cada etapa de la vida tiene diferentes tareas que se deben de cumplir, pero las de la adolescencia son especialmente importantes, pues sólo así se puede consolidar la identidad que sentará las bases para la adquisición y aprendizaje de nuevas habilidades necesarias para afrontar las dificultades del futuro. Según éstos y otros autores (Achenbach, 1982; Archer, 2005; Masten et al., 2006) las tareas del desarrollo que deben alcanzarse en la adolescencia son:

- atender y comportarse adecuadamente en la escuela;
- aprender a resolver problemas con los números, álgebra;
- aprender el lenguaje apropiado, historia, y otras materias;
- terminar el nivel de secundaria;
- llevarse bien con sus compañeros en la escuela;
- hacer y mantener amistades cercanas;
- mantener una relación adecuada con los padres;
- obedecer las leyes de la sociedad;
- establecer relaciones con el sexo opuesto;
- tener una preparación profesional;
- lograr un grado de autonomía e independencia de los padres; y
- adquirir más responsabilidades.

Asimismo, algunos autores, como Erikson (1968; Berger, 2016) consideran que existen cuatro “campos de batalla para la formación de la identidad” (Berger, 2016, p. 473):

1. **La identidad religiosa.** Usualmente, ésta es igual o similar a la que sus padres les inculcaron mientras crecían. La mayoría de los adolescentes aceptan y adoptan la identidad religiosa de sus padres, pero es común que lleguen a cuestionar algunas creencias específicas, sobre todo a medida que su pensamiento va cambiando de uno concreto a uno más abstracto y reflexivo.
2. **La identidad política.** Los padres también son las figuras más influyentes en esta identidad, pues la mayoría de los adolescentes siguen las tendencias y preferencias

políticas de sus padres, aunque también existen los casos en donde rechazan tener intereses políticos.

3. **La identidad vocacional.** Originalmente, esta identidad ayudaba a determinar si el adolescente quería seguir estudiando o si decidía trabajar. Actualmente, lo que dicta la sociedad es que los adolescentes deben seguir estudiando hasta completar, por lo menos, una carrera profesional. Es raro que una persona que se encuentra en la adolescencia consolide su identidad vocacional, pues es algo que tarda años en establecerse.
4. **La identidad sexual.** Ésta también se va formando durante toda la vida. Originalmente, consolidar esta identidad implicaba la intensificación de los roles sexuales, momento en el cual los hombres se identificarían con las funciones de los hombres, y, las mujeres, con las de las mujeres. No obstante, actualmente existen muchas más alternativas en cuanto a las preferencias sexuales, aunado al hecho de que los roles de género son menos rígidos.

El desarrollo de la identidad tampoco es tarea fácil, por lo que puede traer consigo, sentimientos de confusión con respecto a quiénes son o quiénes quieren ser. Esto, a su vez, complica que los adolescentes puedan definir metas que quieran alcanzar a futuro (Arenas, 2012), e incluso esto puede generar que se manifiesta una psicopatología durante la adultez (Archer, 2005).

Todos los cambios que se expusieron en los pasados apartados son aspectos que se presentan en todo adolescente, sin importar su cultura o contexto, por lo cual una gran cantidad de autores han hecho esfuerzos por estudiar esta etapa de vida y proponer teorías que la expliquen. En los siguientes subtemas de este capítulo, se describen las principales teorías sobre la adolescencia.

## **Teorías sobre la adolescencia**

### **Enfoque psicoanalítico.**

De acuerdo con el enfoque psicoanalítico, el desarrollo de la personalidad no puede considerarse de manera independiente a la sexualidad ya que ésta es la fuerza que impulsa la conducta (Freud, 1905/1986). Por esta razón, “las zonas erógenas tienen gran trascendencia

en el desarrollo de la personalidad, pues son las primeras fuentes importantes de las excitaciones y aportan las primeras experiencias placenteras significativas” (Oblitas, 2008, p. 81).

Para Freud, lo que ocurre en la infancia es crucial e impacta significativamente en la vida adulta, y consideraba que el desarrollo es un proceso continuo que se da al atravesar una serie de etapas o estadios. Las características de estas etapas las describió por medio de la teoría de desarrollo psicosexual (Freud, 1905/1986), la cual afirma que, si estas etapas psicosexuales se completan con éxito, el resultado será una personalidad sana; pero si no se resuelven adecuadamente, la persona quedará estancada en ese estadio (fijación), generando un conjunto de rasgos específicos que pueden ser disfuncionales. Un ejemplo de lo anterior podría ser una persona fijada en la fase oral que se caracteriza por mantener relaciones dependientes y que busca la estimulación oral a través de la comida, el alcohol o el consumo de otras sustancias (Guerra, 2017). Cada etapa tiene una zona erógena predominante por medio de la cual se logra expresar la libido de manera satisfactoria. Las cinco etapas psicosexuales propuestas por Freud son la fase oral, fase anal, fase fálica, fase de latencia y fase genital (Freud, 1905/1986).

Específicamente hablando de la adolescencia, el desarrollo de ésta corresponde a la etapa genital, la cual es antecedida por un estadio caracterizado por una disminución en la fuerza de las pulsiones sexuales, y en la que los impulsos se canalizan hacia las labores escolares y el juego (Oblitas, 2008). Durante la etapa genital, en cambio, las pulsiones sexuales reviven debido a los cambios biológicos inherentes a la pubertad (Domínguez, 2009) y ocasionan la necesidad de reajuste y transformaciones, las cuales, idealmente terminan alcanzando cierta estabilización de la personalidad (Oblitas, 2008). En realidad, Freud no profundizó en el estudio de la adolescencia, pues él consideraba que la niñez temprana es el momento clave para la formación de la personalidad; no obstante, sí la describió como una etapa de excitación sexual, ansiedad y, en ocasiones, perturbación de la personalidad (Domínguez, 2009).

La etapa genital también se caracteriza por ser un periodo de socialización, en el que, el adolescente además de interesarse y sentirse atraído por personas del sexo opuesto, también se interesa por el bienestar de los demás (Guerra, 2017). Asimismo, se establece un

yo más fuerte y consolidado, pero que frecuentemente sufre las regresiones provocadas por las fuerzas pulsionales (Domínguez, 2009). Con respecto al superyó, se han logrado establecer sus fundamentos, lo cual implica un abandono de muchas de las normas morales inculcadas por los padres (Oblitas, 2008).

Anna Freud (1961) también hizo contribuciones importantes para el entendimiento del desarrollo, ahondando un poco más en la adolescencia. Para ella, todos los “fenómenos inquietantes” que se dan durante la pubertad provienen de un combate constante e intenso entre el ello, el yo y el superyó. En este periodo, el yo se muestra rígido y fuertemente consolidado. En las etapas anteriores, en cambio, era fácilmente influenciado por el ello, por lo que se aliaba con éste para conseguir gratificación instintiva. Esto no sucede en la adolescencia, pues se generarían importantes conflictos con el superyó. De esta forma, el yo se vuelve inflexible y se opone fuertemente a la necesidad de satisfacer demandas instintivas. No obstante, en su lucha por persistir, el yo recurre a muchos mecanismos de defensa, incluso a algunos a los que no había recurrido anteriormente: reprime, niega, desplaza, invierte los instintos y los vuelve contra sí mismo; produce fobias y síntomas histéricos; y reduce la angustia por medio de conductas y pensamientos obsesivos (Freud, 1961). Otros mecanismos de defensa comunes durante la adolescencia son la racionalización, con lo cual intenta huir de la angustia generada por los cambios corporales refugiándose en las ideas y tratando de explicar el mundo de manera ordenada; la formación reactiva, lo que le permite transformar algún impulso sexual o agresivo en su opuesto; la sublimación; y el ascetismo, con lo que intenta “controlar” o minimizar los impulsos del ello rechazando las tentaciones (Freud, 1961).

Otros autores, como Aberastury y Knobel (1987), consideran que el signo del adolescente, o lo que más lo caracteriza, es su necesidad de entrar al mundo del adulto, a la par de tener que lidiar con cambios corporales y sexuales. Esto se vive como una irrupción de un nuevo rol que modifica su posición frente al mundo, generando importantes niveles de ansiedad. Para enfrentarla, los sentimientos de rivalidad e invalidez juegan un papel crucial y, entonces, empieza a juzgar severamente a los adultos que lo rodean (padres, maestros, etc.), pero siente una angustia por saber que, pronto, deberá formar parte de ese mundo. En otras palabras, el adolescente ve al adulto como un competidor, por lo que desvaloriza las

capacidades y los valores de éste. El dolor que le genera abandonar su mundo y tener que entrar a otro en el que deberá hacer importantes modificaciones lo llevan a buscar hacer “reformas exteriores” con lo que asegure la satisfacción de sus necesidades. Conforme vaya detectando cierta cantidad de logros adultos, el adolescente sigue compitiendo, pero sin la necesidad de “aniquilar” por completo a su competidor (el adulto), se siente más poderoso y así, nacen en él, sentimientos de amor y gratitud, junto con los de competencia y odio. El incorporarse a un nuevo mundo, las modificaciones internas y sus “reformas externas” son, en conjunto, lo que define su personalidad, es decir, “sólo cuando el adolescente es capaz de aceptar simultáneamente sus aspectos de niño y de adulto, puede empezar a aceptar en forma fluctuante los cambios de su cuerpo y empieza a surgir su nueva identidad” (Aberastury & Knobel, 1987, p. 17).

### **Enfoque psicosocial.**

Por otro lado, desde la psicología evolutiva o la psicología del desarrollo, la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson es una de las más extendidas y aceptadas. Ésta proviene de una reinterpretación de las etapas de desarrollo psicosexual propuestas por Freud. Erikson generó su teoría con base en la idea de que el individuo va desarrollándose por medio de la interacción social y de los acontecimientos exteriores. Para este autor, el “yo” debe considerarse como una fuerza intensa y organizadora que tiene la capacidad de resolver las crisis que se presenten por el contexto genético, histórico y cultural en el que se encuentra inmersa cada persona (Regarder, 2017).

Asimismo, Erikson también propuso una teoría de la competencia, con la que afirma que, durante su ciclo de vida, una persona atraviesa por diferentes etapas vitales, cada una caracterizada por un conflicto específico que se debe de resolver, para lo cual se requiere de ciertas habilidades o competencias. Si la persona logra adquirir las competencias correspondientes a la etapa en la que se encuentra, irá alcanzando mayor “fortaleza del yo”, lo que a su vez le ayudará a desarrollar las competencias que necesitará en la siguiente etapa vital (Regarder, 2017).

Según la teoría de Erikson, existen ocho estados psicosociales:

1. confianza vs desconfianza;

2. autonomía vs vergüenza y duda;
3. iniciativa vs culpa;
4. laboriosidad/industria vs inferioridad;
5. identidad vs confusión de identidad;
6. intimidad vs aislamiento;
7. generatividad vs estancamiento; e
8. integridad del yo vs desesperación/desesperanza.

De acuerdo con esta teoría, la etapa vital en la que se encuentra un adolescente es la de identidad vs confusión, momento en el cual la persona empieza a preguntarse ¿quién soy?, y en el que trata de darle un sentido coherente a su yo que incluya el papel que debe desempeñar en sociedad (Papalia & Martorell, 2017). Cuando los adolescentes resuelven la crisis de identidad, desarrollan la virtud de la fidelidad, la cual implica una identificación con un conjunto de valores, una ideología, una religión, un movimiento político o un grupo étnico. Si no resuelven este conflicto, tendrán un sentido inestable del yo, tenderán a ser inseguros y presentarán dificultades para tomar decisiones y planear a futuro (Erikson, 1982, citado en Papalia & Martorell, 2017). Durante la adolescencia, es normal que exista cierto grado de confusión de la identidad, y, de hecho, el exclusivismo y la intolerancia a las diferencias, que son rasgos característicos de la adolescencia, son mecanismos de defensa contra la confusión de identidad (Papalia & Martorell, 2017).

Cabe destacar que la consolidación de la identidad no comienza ni termina durante la adolescencia, sino que se trata de un proceso que dura toda la vida; sin embargo, se presenta de manera pronunciada en esta edad y su resolución depende, en gran medida, de los logros de las etapas previas (Regarder, 2017). Asimismo, resolver esta crisis brinda una sensación de uniformidad y continuidad, y contribuye de manera importante en la formación de la personalidad adulta (Papalia, et al., 2005).

### **Enfoque ecológico.**

Otra de las principales y más aceptadas teorías sobre el desarrollo humano es la teoría de los sistemas ecológicos, de Urie Bronfenbrenner, la cual, ofrece un análisis detallado de las influencias ambientales y biológicas que moldean el desarrollo de una persona. Por esta

razón, es preciso describir a esta perspectiva como una teoría bioecológica (Bronfenbrenner, 1995; citado en Shaffer, 2000).

Para Bronfenbrenner, los ambientes, principal influencia ejercida sobre las personas en desarrollo, se definen como un conjunto de estructuras que interactúan entre sí como sistemas concéntricos en los cuales está inmersa la persona. En estas estructuras se incluyen desde los escenarios más cercanos e inmediatos para una persona, como la familia, hasta los más remotos, como la cultura (Shaffer, 2000).

De menor a mayor globalidad, la teoría de los sistemas ecológicos nombra cuatro sistemas que envuelven al núcleo primario, es decir, al individuo (Bronfenbrenner, 1987):

1. **Microsistema.** Es la capa ambiental más profunda y se refiere a las actividades e interacciones que se dan en los alrededores inmediatos de la persona. En los primeros meses de vida, el sistema se limita a la familia; pero, con el paso del tiempo, y con el establecimiento de nuevas relaciones en la guardería y/o en la escuela, esta capa ambiental adquiere mayor complejidad. Cabe destacar que no sólo se trata de una influencia ejercida por el microsistema sobre el individuo, sino que éste también influye en todas las personas que forman parte de su microsistema (Shaffer, 2000).
2. **Mesosistemas.** Se trata de la segunda capa ambiental y se refiere a las conexiones o interrelaciones entre microsistemas, por ejemplo, los hogares, las escuelas y los grupos de pares. Un ejemplo de esta interacción podría ser entre la escuela y los padres: para que un niño en edad escolar tenga un buen desempeño académico, no sólo depende de la calidad de la educación que recibe de sus profesores, sino que también depende del grado en el que los padres valoren estas actividades y cooperen con los maestros (Shaffer, 2000).
3. **Exosistema.** En este nivel, el individuo no se considera como sujeto activo (Álvarez, 2017), pues se trata de contextos en los que la persona no forma parte, pero que sí influyen en su desarrollo. Este sistema es conformado, por ejemplo, por la naturaleza del trabajo de los padres, las relaciones que tiene algún profesor con el resto del personal de la escuela, planes de integración social adoptados por el consejo escolar, o la disminución de ingresos en una escuela por el cierre de un negocio importante en la comunidad (Shaffer, 2000).

4. **Macrosistema.** Se trata del contexto cultural, social o estructural en el que están inmersos los sistemas anteriores y que rigen o determinan los rasgos generales y los valores que se siguen en esa comunidad. En otras palabras, “es una ideología amplia que dicta (entre otras cosas) cómo deben ser tratados los niños, qué debe enseñárseles y las metas por las que deben esforzarse” (Shaffer, 2000, p. 65). Los valores serán diferentes entre una cultura y otra, y entre clases sociales, por lo que, la frecuencia de niños que sufren violencia intrafamiliar es menor en aquellas culturas, o macrosistemas, que no utilizan el castigo físico o la agresión como principal forma de disciplinar en comparación con los macrosistemas que sí recurren a estos métodos violentos (Levinson, 1989; citado en Shaffer, 2000).

Existe también un cronosistema, en el que se introduce la dimensión del tiempo. Con este sistema, Bronfenbrenner explica cómo los cambios que ocurren en la persona a nivel cognoscitivo y biológico, por ejemplo, durante la pubertad, afectan en la dirección que toma el desarrollo (Álvarez, 2017; Bronfenbrenner, 1987; Shaffer, 2000). Así, el cronosistema podría explicar por qué incrementan los conflictos entre padres e hijos durante la adolescencia de éstos, o por qué el divorcio de los padres tiene un efecto diferente en un niño que en un adolescente.

Específicamente hablando de los adolescentes, su microsistema corresponde al lugar en el que vive y a las personas cercanas a él, así como a las actividades que desempeña junto con éstas. La familia es el microsistema principal, seguido por los amigos y la escuela; no obstante, en esta etapa, el de los amigos adquiere mayor importancia y tiene más impacto en la persona, ya que las amistades aportan algunos aspectos benéficos para los adolescentes que no podrían obtener de otro microsistema. Por otro lado, también podría convertirse en una influencia negativa, fomentando el consumo de sustancias, vida sexual irresponsable, conducta delictiva, entre otras (Acosta, 2008). Con respecto al mesosistema, éste consiste en las relaciones entre sus principales microsistemas: la familia, los amigos y la escuela. Es probable que el desarrollo del adolescente sea óptimo cuando estas relaciones son sólidas y cordiales entre sí (Acosta, 2008).

La teoría ecológica de Bronfenbrenner tiene muchas ventajas y ha hecho importantes aportaciones en el estudio y entendimiento del desarrollo humano. No obstante, es

considerada por muchos autores como insuficiente. Es por esto por lo que se le considera como un complemento y no como un reemplazo de otras teorías del desarrollo (Shaffer, 2000).

A pesar de las diferencias entre estas tres teorías (y otras no expuestas en este trabajo), en general, todas reconocen que, durante la adolescencia, se experimenta una serie de sucesos que pueden corresponder a esta etapa vital, o bien, complicar su transitar por ésta y tener un impacto en los siguientes momentos de la vida. En el siguiente apartado de este capítulo, se profundiza sobre los sucesos de vida en la adolescencia que son esperados, pero también los que podrían tener un impacto negativo en el desarrollo de la persona.

### **Sucesos de vida en la adolescencia**

#### **Estrés en el adolescente.**

El estrés es un término adoptado de la física, disciplina que lo define como el ejercicio de una fuerza sobre algún cuerpo o material, que provoca que éste se rompa o se debilite. Se empezó a utilizar como término psicológico a principios del siglo pasado, a partir de lo cual captó la atención de una gran cantidad de teóricos y autores. Lazarus y Folkman, pioneros en el estudio de este concepto, lo definen como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus & Folkman, 1991, p. 43). Generalmente, los estímulos generadores de estrés (o estresores) son de tres tipos: cambios mayores que afectan a un gran número de personas, los cuales son considerados estresores universales, por ejemplo, desastres naturales, guerras, encarcelamiento, desarraigo, etc.; cambios mayores que afectan a una sola persona, como podría ser la muerte de un ser querido, una amenaza a la propia vida, una enfermedad incapacitante, perder el trabajo, dar a luz, presentar un examen, entre muchos otros; y los “ajetresos diarios”, que consisten en pequeños acontecimientos pero que generan molestia o perturbación en un momento dado, por ejemplo, el tránsito de la ciudad, riñas con la pareja, tener que soportar excesivas responsabilidades, etc. (Lazarus & Cohen, 1977, como se citó en Lazarus & Folkman, 1991).

Todo individuo está expuesto a conflictos y dificultades en su día a día, por lo que nadie está exento de experimentar estrés; no obstante, una persona puede ser más vulnerable

y propensa a éste si está atravesando un periodo de transición biológica, social o psicológica, como la adolescencia (Seiffge-Krenke, 1998). De hecho, algunas teorías clásicas consideran que la transición a la adultez es sumamente estresante por naturaleza (Freud, 1958; Hall, 1904), pues el adolescente debe resolver diversas tareas complejas, como establecer una relación más igualitaria con sus padres, extender sus redes sociales y enfrentar retos académicos (Seiffge-Krenke, Aunola, & Nurmi, 2009). No obstante, algunos estudios han obtenido resultados diferentes de lo que afirman estas teorías, encontrando niveles moderados de estrés en adolescentes (Achenbach, 1982; Andersson, 1969, como se citó en Seiffge-Krenke, 1995) y demostrando que, a pesar de todas las transformaciones a las que es sometido un adolescente, éste es capaz de lidiar con ellas de manera productiva y adaptativa. Con base en lo anterior, es posible concluir que el nivel de estrés no depende única y exclusivamente de los cambios naturales de este periodo, sino de la presencia o ausencia de otras condiciones, por ejemplo, la necesidad de madurar de manera acelerada, el estar expuesto a sucesos estresantes durante un largo periodo de tiempo o sentir que no cuenta con los recursos necesarios para lidiar con las adversidades (Seiffge-Krenke, 1995).

Los sucesos estresantes más comunes en esta etapa varían dependiendo de la edad. En la adolescencia temprana los conflictos asociados con la familia son los estresores más frecuentes; durante la adolescencia media, es más común que se reporten sucesos relacionados con pares y amistades; y en los últimos años de este periodo, el estrés se asocia al desempeño escolar (Wagner & Compas, 1990). Cabe destacar que el efecto que tienen estos eventos varía dependiendo de si se presentan en hombres y mujeres. Específicamente en México, González-Forteza et al. (1997) realizaron un estudio con un grupo de 45,815 estudiantes de secundaria y preparatoria en el que encontraron resultados similares: el nivel de estrés percibido fue significativamente mayor en mujeres, pero, en ambos sexos, el área con un nivel más alto de estrés fue el relacionado con pares y amigos (específicamente “la traición de mi mejor amigo”), seguido de conflictos con la familia (“prohibiciones parentales”) y en tercer lugar, aparecieron los problemas con autoridades escolares.

El estrés puede afectar en todos los ámbitos en los que se desenvuelve una persona, e incluso, llega a ejercer un impacto psicofisiológico perjudicial que podría desencadenar, regular o exacerbar síntomas como taquicardia, insomnio, problemas gastrointestinales,

dermatitis, migrañas, entre otros, así como como ansiedad, depresión y temor (Pérez, 2002, como se citó en Serrano & Flores, 2005). Incluso, se ha visto que está asociado con un incremento en la conducta suicida (Garland & Zigler, 1993). A futuro, podría ser un determinante para el desarrollo de alguna psicopatología, por lo que su intervención oportuna es vital.

### **Sucesos normativos y no normativos en la adolescencia.**

Uno de los principales intereses que se tiene al estudiar el estrés es identificar las razones por las cuales un evento puede ser percibido como estresante. Según Lazarus y Folkman (1991) la frecuencia del evento, su predictibilidad y el grado de control que se tiene sobre las consecuencias de ese suceso son las características que determinan el grado de estrés que provocará alguna situación. Con respecto a los adolescentes, Seiffge-Krenke (1995; 1998) propuso que existen dos tipos de eventos estresantes que son diferentes en frecuencia, predictibilidad, control e impacto: los estresores normativos, es decir, conflictos cotidianos y habituales; y los estresores no normativos, que se refiere a situaciones críticas que no necesariamente se presentan en todos los adolescentes.

Por un lado, los sucesos normativos son eventos que cualquier adolescente debe vivir por el simple hecho de estar atravesando esa etapa de la vida. Estos sucesos consisten en los cambios biológicos, cognitivos y sociales que vienen con la pubertad. Sin embargo, hay que ir más allá de lo que se ve a simple vista. Por ejemplo, la sensación de que uno es diferente a los demás compañeros del salón por el hecho de haber madurado demasiado rápido o no haber madurado lo suficiente, puede ser considerado un estresor normativo. Cabe destacar que éstos dependen del momento de la adolescencia en la que se encuentre un individuo, pero en general, se trata de eventos que se espera que sucedan en este periodo, como la ansiedad generada por la curiosidad sexual, la necesidad de aceptación de amigos y compañeros, los cambios en la relación con los padres, el empezar a establecer vínculos íntimos con otros, el sentir miedo al rechazo, tener sentimientos de inutilidad e incompetencia, la ansiedad que genera graduarse de la preparatoria, entre otros. Estos ejemplos pueden ser descritos como eventos o sucesos normativos ya que ocurren más o menos al mismo tiempo en todos los adolescentes, están asociados a tareas específicas que se espera que un joven alcance en esta

etapa, son muy predecibles y son percibidos como medianamente estresantes pero controlables (Seiffge-Krenke, 1995).

Por otro lado, los sucesos no normativos consisten en eventos críticos e inesperados que dificultan la adaptación a los cambios de la adolescencia. Generalmente, estos eventos son crónicos, es decir, que perduran durante largos periodos de tiempo. Algunos de los ejemplos más comunes son el divorcio o separación de los padres, antecedentes de enfermedades psiquiátricas en la familia, la muerte de un familiar cercano, alguna enfermedad incapacitante, abuso físico o sexual, comportamiento delictivo y el consumo de sustancias por parte de los padres. Las principales características de estos eventos son que son poco frecuentes, son difícilmente predecibles, poco controlables por el adolescente y, por lo tanto, es complicado que el individuo pueda desarrollar adecuadas estrategias para hacerles frente sin salir perjudicado (Seiffge-Krenke, 1995).

Cabe destacar que, el hecho de que un suceso no normativo genere consecuencias adversas no depende solamente del suceso en sí, sino de otras condiciones, como del que se presenten varios sucesos al mismo tiempo y del momento, o "*timing*", en el que se presenten (Seiffge-Krenke, 1995). Wagner y Compas (1990) propusieron que existen dos rasgos que pueden predecir la aparición de síntomas psicológicos después de haber sido expuesto a eventos traumáticos: la acumulación de estrés cotidiano y la ocurrencia conjunta de estresores no normativos en poco tiempo. Esto sugiere que los niveles de estrés también pueden elevarse considerablemente aun cuando se trate de sucesos normativos, si es que se presentan varios al mismo tiempo o en un momento inesperado. De hecho, estos autores afirmaron que el estrés podría ser incluso más impactante cuando se trata de estresores cotidianos acumulados en comparación con el estrés provocado por un suceso no normativo y traumático aislado.

Otro de los impactos que puede tener un suceso no normativo es el de influir en el concepto que un adolescente tiene de sí mismo, generando, a su vez, que esto le haga pensar que no tiene los recursos necesarios para hacerles frente, y, por lo tanto, percibir ese mismo evento o uno nuevo como aún más estresante. En relación con esto, Heredia, Lucio y Suárez (2011) realizaron una investigación en la que compararon dos grupos de adolescentes: uno conformado por personas que acudían a un centro de salud y que presentaban depresión (detectada después de realizar una evaluación), y el otro conformado por jóvenes estudiantes

sin depresión. Los resultados obtenidos demostraron que los individuos con depresión experimentaron un mayor impacto de sucesos estresantes negativos relacionados con la familia, los amigos y pares, la escuela, la salud y los logros o fracasos a los que habían sido expuestos en comparación con el grupo que no presentaba depresión. En otras palabras, los jóvenes con depresión vivieron mayores niveles de estrés en comparación con los que no presentaban depresión. Cabe destacar que estos resultados no necesariamente significaron que los jóvenes con depresión hubieran vivido una mayor cantidad de sucesos estresantes en comparación con los del otro grupo, sino que la misma depresión los hizo evaluar esos eventos como más estresantes de lo que realmente eran y considerarse a sí mismos con menos recursos para hacerles frente. Con base en este estudio, se puede concluir que “la evaluación del estrés puede considerarse un indicador de malestar emocional que puede relacionarse con depresión en adolescentes” (Heredia et al., 2011, p. 55),

Pero el estrés y la presencia de sucesos no normativos, o de una acumulación de sucesos normativos, no sólo se asocia a la depresión. Algunos estudios han encontrado una relación entre el aumento en el número de sucesos estresantes y otras conductas de riesgo, como intentos suicidas (Hernández & Lucio, 2006; Seiffge-Krenke, 1998), consumo de sustancias (García & Arellanez, 2015), y autolesiones (Ulloa, Contreras, Paniagua, & Victoria, 2013) en adolescentes.

El contexto en el que vive un adolescente también es una variable determinante en la presencia de una mayor o menor cantidad de sucesos estresantes. Lucio, Barcelata, Durán y Villafranca (2004) llevaron a cabo un estudio para comparar la percepción de sucesos estresantes entre adolescentes mexicanos y venezolanos en el cual encontraron diferencias significativas, por lo que se puede concluir que la situación geográfica, las condiciones económicas de una sociedad, las limitaciones educativas del país y la cultura en general son aspectos que también influyen en la percepción de estrés de los adolescentes.

Como se ha mencionado hasta ahora, el estrés experimentado por el adolescente proviene de la percepción que tiene al respecto de sucesos normativos y no normativos, pero también, de los recursos con los que cuenta para hacerles frente. Es por ello por lo que, si se les orienta adecuadamente y se fomenta en ellos la adquisición de esos recursos, el paso a

través de esta etapa no tendría por qué ser considerado únicamente como conflictivo o riesgoso, sino de crecimiento y cambio, aspectos que se abordarán en el siguiente capítulo.

## Capítulo 2. Resiliencia y afrontamiento

### Resiliencia

#### Definición.

La resiliencia es un concepto que ha adquirido una gran popularidad durante los últimos años, pero su estudio como tal es algo novedoso. En realidad, la palabra “resiliencia” ya se utilizaba en la física y la ingeniería para referirse a la capacidad de un objeto o material de recuperar su forma a pesar de ser sometido a diferentes tipos y fuerzas de presión (Omar, París, Uribe, Ameida, & Aguiar, 2011). En psicología, las investigaciones pioneras de este tema fueron efectuadas en niños y adolescentes inmersos en diversos contextos de riesgo, pero que parecían tener la capacidad de superar exitosamente la adversidad (Garmezy, 1991; Luthar, 1991; Rutter, 1985). Esos primeros estudios sobre la resiliencia se realizaron con el propósito de entender de dónde provenía el comportamiento mal adaptado en niños y adolescentes (Ahern, Ark, & Byers, 2008, como se citó en Omar et al., 2011). Pero posiblemente el trabajo que más aportaciones dio al entendimiento de la resiliencia es el realizado por Werner y Smith (1982, como se citó en Omar et al., 2011). En éste, los autores siguieron, desde el periodo prenatal y por más de cuarenta años, a todos los niños nacidos en 1955 en una isla hawaiana. Los resultados que obtuvieron indicaban que, a pesar de haber estado expuestos a pobreza, estrés perinatal y psicopatología de los padres, un tercio de este grupo no presentaba conductas de riesgo o desadaptativas durante la adultez, describiéndolos como personas resilientes. No obstante, en el resto del grupo, los efectos de traumas vividos durante la infancia persistían en la edad adulta.

A partir de estas investigaciones, parecería más sencillo intentar explicar la definición de resiliencia, sin embargo, el creciente número de investigaciones ha llevado a que el concepto se haga cada vez más amplio y más complejo y, por lo tanto, hay casi tantas definiciones de resiliencia como autores que la estudian.

Rutter (1993, como se citó en González Arratia, Valdez, & Zavala, 2008) consideraba que la resiliencia es un fenómeno manifestado por jóvenes que evolucionaron favorablemente a pesar de haber experimentado alguna forma de estrés que implicó la posibilidad de resultados desfavorables. Más recientemente, este mismo autor explicó la

resiliencia como un “concepto interactivo” en el que se combinan experiencias de riesgo y consecuencias psicológicas positivas (Rutter, 2006). Masten y Obradovic (2006) señalaron que la resiliencia consiste en un conjunto de procesos de adaptación positiva, con los cuales, a pesar de estar inmerso en un contexto de riesgo, el individuo muestra mejores resultados de los esperados, así como una buena recuperación al trauma. Algo similar exponen Luthar, Cicchetti y Becker (2000), pues consideran que este concepto se trata de un proceso dinámico que alcanza una adaptación positiva, incluso ante adversidades significativas. De acuerdo con Vanistendael y Lecomte (2002, como se citó en González-Arratia, Valdez, Oudhof, & González-Escobar, 2009), la resiliencia es un proceso en el que se busca un equilibrio entre riesgo y protección, y ese equilibrio es lo suficientemente estable como para resistir los cambios adversos del medio. Por su parte, Suárez, Ojeda, & Kraukf (1995, como se citó en González Arratia et al., 2009) la definen como una serie de factores con los que una persona puede no sólo afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, sino también construir sobre ellos. Para Rouse e Ingersoll (1998, como se citó en Vinaccia, Quiceno, & Moreno, 2007), la resiliencia significa la habilidad de luchar y madurar en un contexto a pesar de haber adversidades y obstáculos. Por otro lado, Cornejo (2010, como se citó en Piña, 2015) entiende a la resiliencia como una cualidad de la personalidad que le da la capacidad a un individuo para afrontar diferentes tipos de adversidades y hacer uso de sus recursos con el objetivo de transformar su realidad. Mientras que Everall, Altrows, y Paulson (2006, como se citó en Piña, 2015) la definen como un proceso adaptativo por el que los individuos hacen uso de sus recursos internos y externos para superar las amenazas a las que están expuestos. Similar a esta última definición, Ruiz y López (2012, como se citó en Piña, 2015) explican la resiliencia como un proceso que surge de lo ordinario y cotidiano de una persona, y no como una cualidad extraordinaria, por lo que depende de los elementos socioculturales y contextuales en los que se desenvuelve una persona.

Definitivamente, determinar una definición única y absoluta de la resiliencia sería un trabajo imposible. No obstante, con base en lo que se conoce de este concepto, Masten y Obradovic (2006) propusieron una serie de afirmaciones que deben ser tomadas en cuenta al momento de hacer investigaciones relacionadas con la resiliencia:

1. La resiliencia engloba un complejo conjunto de conceptos, por lo que su estudio requiere de determinar cuidadosamente definiciones conceptuales y operacionales.
2. La resiliencia no debe considerarse como un proceso único, sino como un proceso que involucra diversos atributos.
3. Existen diferentes caminos que llevan a la resiliencia.
4. Las definiciones de la resiliencia dependen del contexto cultural e histórico, así como del momento del desarrollo en el que se encuentre.
5. Las definiciones de la resiliencia también están determinadas por un marco temporal, por lo que alguna conducta puede percibirse como adaptativa en un momento determinado, pero como desadaptativa en otro momento.
6. Se debe evitar el pensamiento de que la resiliencia sólo depende de los factores internos de una persona. Si se piensa así, existe una tendencia a culpar al individuo cuando no presenta características resilientes. La capacidad adaptativa de una persona también depende de procesos externos. En ocasiones, esos procesos o factores externos pueden sabotear el proceso adaptativo, incluso cuando ese sabotaje implica la desaprobación social y una amenaza al desarrollo de la persona.
7. No hay una “receta mágica” que se puede seguir al pie de la letra para desarrollar la resiliencia en uno mismo o en otra persona.
8. No existen niños invulnerables, es decir, cualquier persona presenta cierto grado de vulnerabilidad durante su infancia.
9. Existen niveles de riesgo y adversidad tan abrumadores que impiden que haya resiliencia, e incluso, la recuperación a este medio tan desfavorable podría considerarse extremadamente difícil o imposible de alcanzar.
10. Es más conveniente prevenir que se presenten adversidades en el contexto del niño, que intervenir una vez que ya se presentaron. Sin embargo, el entusiasmo por estudiar y entender este concepto, así como por intentar promover factores resilientes, puede generar que se olvide la importancia de esta afirmación, y, por lo tanto, poner en riesgo a las personas.

Con base en lo expuesto sobre la resiliencia hasta ahora, se puede concluir que una persona descrita como resiliente es alguien que ha superado la adversidad y ha alcanzado una adaptación positiva al medio haciendo uso de una serie de recursos internos y externos que

dependen tanto del mismo individuo, como del contexto en el que se desarrolla. La American Psychological Association, APA (2017) tiene una forma sencilla de explicar este concepto, en la que se incluyen algunos de los elementos que tienen en común diferentes definiciones propuestas por varios autores:

La resiliencia es el proceso de adaptarse bien a la adversidad, a un trauma, tragedia, amenaza o fuentes de tensión significativas, como problemas familiares o de relaciones personales, problemas serios de salud o situaciones estresantes del trabajo o financieras [...] La investigación ha demostrado que la resiliencia es ordinaria, no extraordinaria. La gente comúnmente demuestra resiliencia [...] Ser resiliente no quiere decir que la persona no experimenta dificultades o angustias. El dolor emocional y la tristeza son comunes en las personas que han sufrido grandes adversidades o traumas en sus vidas. De hecho, el camino a la resiliencia probablemente está lleno de obstáculos que afectan nuestro estado emocional. La resiliencia no es una característica que la gente tiene o no tiene. Incluye conductas, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidas y desarrolladas por cualquier persona. (American Psychological Association, 2017, parr. 4).

### **Factores de riesgo y protección.**

Al abordar el tema de la resiliencia y tratar de definirla, es necesario también hablar sobre las amenazas a las que una persona está expuesta en su intento por adaptarse. Debido a la confusión en la que un adolescente se encuentra en su búsqueda de identidad y autonomía, esta etapa puede considerarse como una de las más vulnerables a estas amenazas. Donas Burak (2001) incluso habla de una “cultura del riesgo”, en la que describe cómo los adolescentes en la actualidad están expuestos a muchas fuentes (mensajes transmitidos por medios masivos de comunicación, redes sociales, expectativas de “sobreocupar” el tiempo libre, cambios en la estructura y funcionalidad de la familia, etc.) que podrían amenazar su bienestar, disparar diferentes conductas de riesgo, influir en el desarrollo de algunas

patologías y no alcanzar un buen nivel de desarrollo humano y psicosocial. Por otro lado, también hay una gran cantidad de factores que pueden impactar positivamente en el desarrollo del adolescente, disminuyendo la probabilidad de que se presenten conductas de riesgo. Para este autor, los factores que afectan de manera negativa en el desarrollo y adaptación de un adolescente son los factores de riesgo, mientras que los que influyen positivamente son los factores de protección. De manera más detallada, los factores de riesgo son “aquellos cuya presencia son indicadores de una mayor probabilidad de sufrir daños no deseados y prevenibles (como ejemplos: ser miembro de una familia desarticulada, abandonar el sistema educativo formal y no tener un proyecto de vida bien articulado)” (Burak, 2001, p. 487). Por otro lado, los factores protectores son “aquellas características cuya presencia es indicadora de mayor probabilidad de un desarrollo humano más adecuado y una reducción de los riesgos de sufrir daños prevenibles (ejemplos de estos factores son [...] la permanencia en un sistema educativo formal, una familia acogedora y estimulante)” (Burak, 2001, p. 487).

Con respecto a los factores de riesgo, Masten y Obradovic (2006) distinguen entre tres tipos: los eventos de vida acumulativos, es decir, experiencias negativas a través del tiempo; experiencias específicas, como el divorcio de los padres, la pérdida de un ser querido, desastres naturales; y traumas profundos. Algunos ejemplos de los factores de riesgo más comunes en la adolescencia son: tener baja religiosidad; alto consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias por parte del mismo adolescente, de sus amigos y/o de sus familiares; tener una pobre autoimagen o autoconcepto; tendencia al aislamiento; impulsividad; formar parte de una familia con pobres vínculos entre sus miembros; violencia intrafamiliar; deserción escolar; proyecto de vida débil; locus de control externo; psicopatología paterna; pocas habilidades intelectuales o dificultades de aprendizaje; problemas socioeconómicos; recurrir a estrategias de afrontamiento evitativas; y experiencias adversas vividas en la infancia, entre otros (Burak, 2001; Páramo, 2011; Rutter, 1985).

Con respecto a los factores de protección, Rutter (1985) planteó que éstos consisten en los atributos de las personas, ambientes, situaciones y eventos que proveen resistencia al riesgo y fomentan patrones de adaptación y competencia. En otras palabras, los factores protectores son variables que modifican los efectos de riesgo hacia una dirección positiva.

Este tipo de factores se pueden clasificar como atributos individuales, familiares y de la comunidad. Los primeros consisten en las características de las personas, como autoconcepto positivo y capacidades intelectuales adecuadas. Los segundos se refieren a las características de la familia, como la calidez, cohesión, buena comunicación, organización parental, etc. Los terceros son las características del entorno en el que se encuentra inmerso el individuo fuera de la familia, como las características de su escuela, los recursos de su vecindario, organismos de apoyo a la comunidad, etc. Posteriormente, Garmezy (1991) propuso una clasificación más general: factores internos y factores externos. Los internos corresponden a características constitucionales de la persona, como su temperamento, inteligencia, autoestima, sentido del humor, autoconcepto positivo, altruismo, locus de control interno y autonomía. Por otro lado, los externos son factores provenientes del ambiente o el contexto, como lo es la cohesión familiar.

Otros ejemplos de factores protectores son tener un proyecto de vida elaborado y fuertemente internalizado; permanecer en el sistema educativo formal; desarrollarse en un ambiente en el que haya límites claros; tener responsabilidades sociales dosificadas y de acuerdo a la edad y recursos del individuo; espiritualidad y religiosidad; tener tiempo libre para desempeñar actividades placenteras; contar con habilidades de afrontamiento que favorezcan la adaptación positiva; haber vivido experiencias de autoeficacia y autoconfianza; adecuados hábitos de salud, como una buena alimentación, higiene del sueño y practicar algún deporte; y contar con habilidades de solución de problemas (Baruk, 2001; Páramo, 2011; Rutter, 1985).

Es importante mencionar que algunos factores de riesgo pueden convertirse en protectores si se hacen ciertas modificaciones en el entorno o en el individuo (por medio de programas sociales e intervenciones preventivas o psicoterapéuticas), así como también uno protector puede convertirse en uno de riesgo si se presenta algún suceso altamente estresante. El aumento en las conductas de riesgo y psicopatología en la adolescencia en los últimos años debe ser considerado como un “foco rojo” el cual requiere de acciones concretas para ser solucionado. Páramo (2011) realizó una revisión de diversos programas de intervención exitosos en el tratamiento de conductas de riesgo y encontró que la atención individualizada e intensiva, la presencia de programas colaborativos comunitarios, intervenciones basadas en

entrenamiento de habilidades sociales, el trabajo con pares y familiares y el contar con profesionales entrenados son formas efectivas para disminuir los factores de riesgo en los adolescentes y fomentar los de protección, teniendo un impacto positivo en el desarrollo de los jóvenes y disminuyendo la probabilidad de que se presenten conductas de riesgo, como conductas suicidas, depresión, trastornos alimentarios y adicciones, entre otras.

### **Resiliencia y adolescencia.**

Como se ha mencionado anteriormente, los cambios y las tareas del desarrollo que deben afrontarse en la adolescencia podrían convertir a esta etapa en un periodo complicado, sobre todo si se presentan ciertos sucesos normativos y no normativos que aumentan el nivel de estrés al cual está sometido el adolescente. El fracaso en encontrar una solución adecuada para la crisis de este periodo podría traer consigo consecuencias negativas “en cascada”, es decir, dificultar la resolución de las tareas que debe lograr en las siguientes etapas del desarrollo (Masten & Obradovic, 2006). Además, podría disminuir su satisfacción vital y aumentar el riesgo de desarrollar problemas emocionales y conductuales (Luthar et al., 2000; Oliva, Jiménez, Parra, & Sánchez-Queija, 2008). Por esta razón, el que un joven cuente con características que lo hagan resiliente podría protegerlo de dificultades y adversidades a futuro, y sentar las bases para una adaptación positiva a su medio.

Los adolescentes resilientes han sido definidos de diferentes maneras en términos de buena salud mental, satisfacción vital, capacidad funcional, competencia social (Oliva et al., 2008) y ausencia de problemas conductuales (Luthar et al., 2000). En la literatura, existe una gran cantidad de investigaciones centradas en encontrar qué características están presentes en personas resilientes y se han detectado que existen diferencias dependiendo del género y grupo de edad (González-Arratia & Valdez, 2015; Jiménez, Izal, & Montorio, 2012; Saavedra & Villalta, 2008). En general, la resiliencia en adolescentes se relaciona con la capacidad que tenga el joven de resolver el problema de la identidad, incluso en contextos donde ésta no posea las condiciones que necesita para consolidarse de manera positiva. Asimismo, también se asocia con estar en contacto con experiencias que le ayuden a confiar en sí mismo y en los demás, a fortalecer su autonomía y a gestionar sus propios proyectos de manera responsable.

Particularmente en México, González-Arratia et al. (2008) realizaron una investigación para conocer los factores de la resiliencia en adolescentes mexicanos en la que trabajaron con 200 estudiantes de secundaria y preparatoria. Los resultados obtenidos muestran que los adolescentes engloban la resiliencia en seis dimensiones: seguridad personal, autoestima, afiliación, baja autoestima, altruismo y familia. Estas dimensiones les permitieron determinar que los individuos resilientes se caracterizan por ser firmes en sus propósitos, poseedores de una visión positiva del futuro, tener competencia personal, sentir confianza en sí mismos, con control interno, sentido del humor, autonomía y habilidades cognitivas. Todas las cualidades anteriores son factores que, según Bernard, facilitan la resiliencia (1991; como se citó en González-Arratia et al., 2008). En un estudio posterior se detectó que la capacidad de empatía es otra característica de los jóvenes descritos como resilientes, así como estar inmerso en un ambiente del cual recibe apoyo, especialmente de parte de la familia (González-Arratia & Valdez, 2015).

#### ***Factores promotores de la resiliencia en la adolescencia.***

A pesar de la gran cantidad y diversidad de estudios que se han realizado sobre la resiliencia, los resultados de esas investigaciones han demostrado una gran consistencia entre ellas, sin importar las variaciones en las definiciones del concepto o en las condiciones en las que se llevan a cabo (Masten & Obradovic, 2006). Con base en esta conclusión, Masten y Obradovic (2006) propusieron una lista de factores generales que parecen estar asociados a una adecuada adaptación o recuperación durante o después de vivir alguna situación adversa (Tabla 1). Esta lista sugiere que hay sistemas adaptativos fundamentales pero ordinarios que tienen un papel crucial en el desarrollo de la resiliencia. Si esos sistemas están al alcance del individuo y funcionan adecuadamente, es muy probable que la persona presente características de resiliencia; sin embargo, si están dañados, destruidos o se desarrollaron de manera anormal debido a los efectos de alguna situación desfavorable, el adolescente inmerso en esos sistemas se ve amenazado y podría presentar diferentes conductas de riesgo o problemas emocionales en un futuro. Cabe destacar que el adecuado funcionamiento de esos sistemas depende tanto de la capacidad del cerebro humano para desarrollarse y adaptarse, como de la capacidad regulatoria de la sociedad para el establecimiento de relaciones sociales.

Tabla 1

*Lista de sistemas adaptativos fundamentales en el desarrollo de la resiliencia*

---

Sistemas de aprendizaje del cerebro:

- habilidades de solución de problemas,
- procesamiento de información.

Sistemas de relaciones o apego:

- relaciones cercanas con padres, cuidadores, amigos, parejas y figuras espirituales.

Sistemas de motivación y dominio:

- procesos de autoeficacia,
- sistemas de recompensa relacionado con comportamientos satisfactorios.

Sistemas de respuesta al estrés:

- regulación emocional,
- funcionamiento ejecutivo,
- activación e inhibición de la atención y el comportamiento.

Sistema familiar:

- paternidad (estilos y prácticas parentales),
- dinámicas interpersonales,
- expectativas altas pero realistas,
- cohesión y comunicación,
- realización de rituales,
- normas, límites y disciplina.

Sistema escolar:

- profesores,
- valores,
- expectativas altas pero realistas.

Sistema de pares:

- amistades,
- grupo de pares,
- normas y valores.

Sistemas culturales y sociales:

- religión,
-

- costumbres, tradiciones y rituales,
- valores y leyes.

---

Nota: adaptada de “*Competence and Resilience in Development*” A. Masten y J. Obradovic, 2006, New York Academy of Science, 13-27.

Uno de los escenarios en donde más se ha trabajado con la resiliencia en adolescentes es el escolar, ambiente en el cual los jóvenes desarrollan habilidades sociales y académicas, y deben aprender a lidiar con la presión de pares y de autoridades. Gracias a las investigaciones que se han hecho sobre la resiliencia educacional (Luthar et al., 2000) se ha llegado a conocer una gran cantidad de rasgos característicos de los jóvenes resilientes, así como las maneras en las que se pueden enseñar, modelar y aprender habilidades resilientes (Wolin, & Wolin, 1993).

Wolin y Wolin (1993) proponen una explicación sobre la adquisición de la resiliencia con base en las etapas del ciclo vital. Ellos postulan siete características internas que denominan como “resiliencias”:

1. Introspección, entendida como la capacidad de examinarse internamente, plantearse y darse respuestas honestas. Durante la adolescencia, ésta corresponde a la capacidad de saber qué pasa a su alrededor, comprender las situaciones y adaptarse a ellas.
2. Independencia, que se refiere a la capacidad para establecer límites entre uno mismo y su ambiente, así como mantener distancia emocional y física sin caer en un aislamiento. En la adolescencia, la independencia se manifiesta al no involucrarse en situaciones conflictivas.
3. Interacción, que consiste en poder establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas. En la adolescencia, esta resiliencia se identifica por medio de la habilidad de reclutar pares y establecer redes de apoyo.
4. Iniciativa, es decir, la capacidad de hacerse cargo de los problemas y ejercer control sobre ellos. Incluye la tendencia a exigirse y a ponerse a prueba en tareas exigentes. La iniciativa se identifica en los adolescentes por medio de su inclinación al estudio, la práctica de algún deporte y otras actividades extraescolares.

5. Creatividad, entendida como la capacidad de imponer orden, belleza y un propósito a alguna situación difícil o caótica. Se refleja en las habilidades artísticas, como escribir, pintar, bailar, etc.
6. Moralidad, que corresponde a la capacidad de comprometerse con los valores y reconocer entre lo que es considerado como bueno y malo en su contexto. Se manifiesta en los adolescentes mediante el desarrollo de sus propios valores y en la capacidad de establecer juicios de forma independiente de los padres.
7. Sentido del humor, que se refiere a la disposición del espíritu de la alegría, ayudando a disminuir la tensión, relativizar, adoptar una actitud positiva y encontrar lo cómico en la tragedia. Se reconoce en la adolescencia a través de su capacidad y apertura para reírse, moldearse y jugar.

Estos autores representan esta propuesta de forma gráfica en un diseño al que denominaron “mandala de la resiliencia” (Figura 1).



Figura 1. Mandala de la resiliencia, de “*The resilient self: how survivors of troubled families rise above adversity*” por S.Wolin y S. Wolin, 1993, Villard Books.

Henderson y Milstein (2007) también proponen algunos pasos para promover y desarrollar la resiliencia, específicamente en la escuela:

1. brindar afecto y apoyo;
2. establecer y transmitir expectativas elevadas, así como fomentar motivación intrínseca con base en los intereses del adolescente;
3. brindar oportunidades de participación significativa, es decir, hacerlo responsable de sus acciones sin culpabilizar, dar oportunidad de que el adolescente tome decisiones, planifique, fije metas y ayude a otras personas;
4. enriquecer los vínculos psicosociales, fortaleciendo las relaciones del adolescente con su familia y pares, y motivando la realización de actividades extraescolares;
5. fijar límites claros y firmes en conjunto con el adolescente; y
6. enseñar habilidades para la vida, como la cooperación, la resolución de conflictos, estrategias de asertividad, destrezas comunicacionales, habilidad para resolver problemas, capacidad para tomar decisiones, desarrollar capacidad empática y un manejo sano del estrés.

Los primeros tres pasos fomentan y construyen resiliencia en el ambiente, mientras que los últimos tres son estrategia para mitigar el efecto de estresores o factores de riesgo. Estos pasos se grafican en lo que denominaron la “rueda de la resiliencia” (Figura 2).

A pesar de que estos modelos fueron creados con el objetivo de ser puestos en práctica en escuelas, muchos de los aspectos que proponen pueden llevarse a cabo en otros ambientes. Incluso podrían llegar a utilizarse en intervenciones que promuevan las habilidades que se requieren para adaptarse positivamente a los cambios de la adolescencia y para cumplir con las tareas de este periodo. Según Masten y Obradovic (2006) este tipo de intervenciones tienen efectos preventivos en la aparición de problemas conductuales o emocionales en las siguientes etapas de la vida.

Hasta el momento, se ha hablado de cómo se define la resiliencia, así como los factores que promueven que ésta se desarrolle, o bien, que la obstaculizan. Sin embargo, cuando se trabaja con este concepto, es importante tener claridad con respecto a cómo se ha abordado su estudio en la literatura. Por esa razón, en el siguiente apartado se exponen los principales modelos propuestos por los autores con la intención de dar estructura a la investigación que se realiza en torno a la resiliencia.

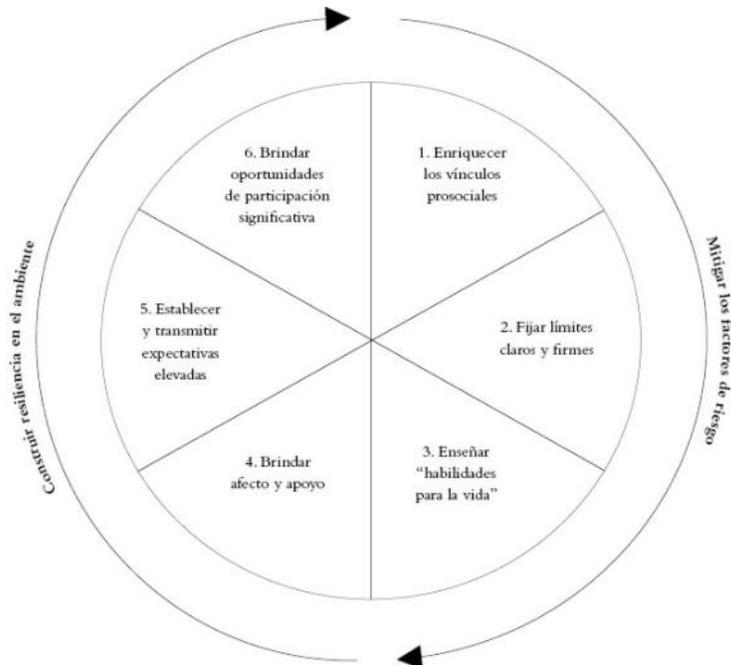


Figura 2. Rueda de la resiliencia, de *Resiliencia en la escuela*, por N. Henderson y M. Milstein, 2007, Paidós.

### Modelos sobre resiliencia.

Garnezy, Masten y Tellegan (1984, como se citó en Luthar & Zigler, 1991) propusieron una aproximación al estudio e investigación de la resiliencia a través de tres modelos diferentes. Estos modelos ayudan a identificar y a hacer distinciones conceptuales entre los factores que podrían considerarse favorables para aminorar el estrés, considerando que éste tiende a disminuir las competencias de un individuo. El primero de estos es al que denominaron “modelo compensatorio”. Éste explica que existen factores (por ejemplo, la autoestima) que, ante la presencia de algún riesgo o estresor, contraactúa y opera en una dirección opuesta a la de un factor de riesgo, disminuyendo o neutralizando los efectos que podría tener el riesgo en la persona. El resultado de la combinación de un factor de riesgo con uno compensatorio es un indicador de resiliencia en el individuo.

El segundo de estos modelos es el llamado “modelo desafiante”. Éste considera que estar expuesto a niveles moderados de estrés podría tener consecuencias positivas en el individuo, además de que lo prepara para cualquier próximo encuentro con un estresor. No obstante, niveles bajos o demasiado altos, disminuyen las competencias de la persona y tienen consecuencias negativas.

Finalmente, el tercer modelo es el de “protección-vulnerabilidad”. Este modelo explica que la relación entre el estrés y los atributos personales es condicional, es decir, que los atributos personales modulan el impacto del estrés. Con base en esta aproximación a la resiliencia, se considera que hay algunos atributos personales que pueden ser vistos como protectores y que, cuando una persona cuenta con altos niveles de ese rasgo o factor protector específico, será poco afectada por el estresor. Pero aquellos individuos que tienen bajos niveles de ese atributo cuentan con una menor cantidad de competencias necesarias para hacerle frente al estrés. Asimismo, también existen atributos vistos como indicadores de vulnerabilidad y cuando éstos se presentan en altos niveles, la persona tenderá a recibir el impacto de los estresores con mayor intensidad, mientras que, si se presentan en niveles bajos, entonces tendrán mejores respuestas al estrés. Esto quiere decir que los factores o procesos protectores interactúan con los de riesgo para reducir la probabilidad de obtener resultados adversos a partir de la exposición al estresor. De esta forma, cualquier factor protector tiene un impacto en la adaptación positiva no por el simple hecho de poseerlo, sino en función de su interacción con una variable de riesgo o estresor.

La literatura sobre este tema contiene una gran cantidad de información sobre factores de riesgo y protección, pero se conoce poco al respecto de procesos y mecanismos protectores, compensatorios o amortiguadores. En realidad, todavía no se logra entender por completo cómo funcionan estos mecanismos. No obstante, la investigación en los últimos años ha intentado cambiar su foco de atención y pasar de estudiar los efectos que tiene el evitar situaciones de riesgo, a estudiar los efectos de afrontarlas directamente (Luthar & Zigler, 1991), y se ha concluido que la resiliencia se alcanza a partir de la combinación de ambos. En otras palabras, para poder considerar a alguien como resiliente, éste no sólo evita la exposición a factores de riesgo, sino que también tiene la capacidad de afrontar las

adversidades o los conflictos cuando éstos se presentan. A continuación, en el siguiente subtema de este capítulo, se desarrolla a fondo este tema.

## **Afrontamiento**

### **Definición.**

Parecido al concepto de la resiliencia, el estudio del afrontamiento, y los intentos por definirlo, adquirieron importancia en el campo de la psicología a mediados del siglo pasado, y su popularidad sigue creciendo. En un inicio, la literatura teórica y empírica sobre el tema se dividía en dos tipos: la primera derivada de la experimentación tradicional con animales, y la segunda, de la teoría psicoanalítica del yo. En el modelo animal, el afrontamiento se define como “aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo, por tanto, el grado de perturbación psicofisiológica producida por éstas” (Lazarus, & Folkman, 1991, p. 141). Por otro lado, el modelo psicoanalítico define al afrontamiento como “el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés” (Lazarus, & Folkman, 1991, p. 141).

Hasta el momento, existen múltiples definiciones del afrontamiento, pero en general, no se ha logrado un consenso en el que se elija una definición absoluta. Sin embargo, la mayoría de las definiciones explican el concepto de manera similar, por lo que se pueden detectar elementos comunes en las diferentes formas de explicarlo. Soriano (2002) realizó un trabajo en el que recopiló las principales definiciones de afrontamiento, empezando por la de Lazarus de 1966, en la que se refiere al afrontamiento como todas las estrategias para tratar amenazas. Continuó con una definición de Lipowski de 1970, quien centró el estudio del afrontamiento en personas con alguna enfermedad física, por lo que la explicó como todas las actividades cognitivas y motoras que una persona emplea para preservar su organismo e integridad física. White, en 1974, sencillamente definió el concepto como la adaptación ante cualquier tipo de dificultad; mientras que Wiessman y Worden, en 1977, lo definen como lo que hace un individuo ante cualquier tipo de problema para conseguir cierto alivio, recompensa o equilibrio. Mechanic, en 1978, se refirió al afrontamiento como las conductas instrumentales y las capacidades de resolución de problemas de las personas, incluyendo las habilidades, técnicas y conocimientos que un individuo ha adquirido debido a las demandas de la vida y de las metas que se plantea. Pearlin y Schooler, en 1978, definieron el concepto

como cualquier respuesta ante las tensiones externas y que sirven para prevenir, evitar o controlar el distrés emocional. Heim, en 1991, afirmó que el afrontamiento se refiere a los intentos por salvaguardarse y para reducir o asimilar una demanda existente, tanto como esfuerzo intrapsíquico, como también por acción, considerando que el individuo suele contar con un repertorio amplio de opciones, en el que puede encontrar estrategias que son más estables o constantes que otras.

Sin embargo, Lazarus & Folkman son los teóricos con la definición más reconocida (Soriano, 2002). Estos autores explican al afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus, & Folkman, 1991, p. 164). Para Lazarus y Folkman, era importante destacar el hecho de que el afrontamiento se trata de un proceso y no de un rasgo de personalidad, es decir, que se trata de algo cambiante y que depende de las condiciones específicas que se presentan en el contexto en un momento determinado, en vez de pensar que se trata de una característica fija de un individuo. Además, ellos también distinguen entre el afrontamiento y las conductas adaptativas automatizadas, limitando el afrontamiento a aquellas demandas que son percibidas por la persona como desbordantes, por lo que requieren de llevar a cabo acciones novedosas y que no han sido aprendidas o automatizadas. Las conductas adaptativas automatizadas, en cambio, ya no requieren de un esfuerzo, pues se tratan de acciones que se utilizan tan frecuentemente, que se vuelven automáticas. De hecho, al principio de cualquier proceso de aprendizaje, se requiere de conductas de afrontamiento. Con el paso del tiempo, la necesidad de concentración va disminuyendo y esas conductas iniciales de afrontamiento se van convirtiendo en conductas adaptativas automatizadas (Lazarus, & Folkman, 1991).

El afrontamiento proviene de las interacciones de las personas con múltiples circunstancias a lo largo de su vida. Esas interacciones implican una relación recíproca, en la que el individuo es impactado por su entorno y viceversa. Tomando en consideración esta afirmación, el afrontamiento se puede ver como una forma de manejar situaciones que generan estrés en una persona, con lo que busca tolerar, minimizar, aceptar o ignorar aquello que sobrepasa sus capacidades. Una forma de hacerlo es resignificando el estímulo a través

de pensamientos y emociones que el individuo utiliza a la hora de abordar la situación desbordante (Macías, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2013).

Conocer lo que implica este concepto, así como la importancia que tiene para el bienestar de una persona, puede ayudar a desarrollar diferentes intervenciones que fomenten el desarrollo de recursos psicológicos en el individuo, mismos que podrían representar factores resilientes a la hora de afrontar situaciones estresantes y así, lograr una adaptación positiva a pesar de la adversidad (Macías, et al., 2013). A su vez, para desarrollar estas intervenciones, es vital tener claridad con respecto a cómo se ha abordado el estudio de este concepto a lo largo de los años. Las formas de explicar el afrontamiento se exponen a continuación.

### **Modelos de afrontamiento.**

En los últimos años, muchos autores han tratado de definir el concepto de afrontamiento, así como determinar la mejor forma de aproximarse a su estudio. Por esta razón, existen diversos modelos que interpretan al afrontamiento de formas muy diversas: algunos lo hacen a partir de las demandas de la situación, otros se centran en el contexto cultural, otros lo relacionan con características individuales y de personalidad, y unos más lo asocian con estrategias cognoscitivas (Arenas, 2012). Cabe destacar que no existe una definición absoluta o un modelo definitivo del afrontamiento; sin embargo, así como también sucede con su definición, uno de los modelos de afrontamiento más reconocidos es el propuesto por Lazarus y Folkman (1991), denominado teoría transaccional del estrés (González, & Landero, 2006; Lazarus, 1984). De acuerdo con esta teoría, el estrés depende de condiciones tanto internas como externas, y la relación entre estas condiciones es la que determina la respuesta que el individuo tendrá hacia esa situación estresante. Lo anterior explica por qué existen diferencias entre individuos en su forma de reaccionar ante el estrés, incluso estando expuestos al mismo estímulo. Esta relación (entre condiciones externas e internas) es lo que permite que se realice una evaluación cognitiva (o appraisal) del estímulo, que consiste en un proceso universal mediante el cual las personas hacen una valoración subjetiva de las demandas del medio ambiente con respecto a la percepción de los recursos con los que cuentan para hacerles frente (Barcelata & Lucio, 2012).

Los autores de este modelo afirman que un individuo presenta estrés sólo si, al hacer una evaluación cognitiva, percibe que está en peligro o se siente amenazado. Sin embargo, la persona decide no sólo lo que es estresante, sino que también decide la estrategia que va a utilizar para afrontar ese suceso. Estas estrategias de afrontamiento pueden ser de dos tipos: enfocadas al problema o enfocadas a las emociones. En las primeras, la atención se centra en la acción, por lo que incluye estrategias de solución de problemas o intentos por modificar la relación entre el individuo y su ambiente. En las segundas, la atención se centra en la forma de pensar para tratar de cambiar la relación estresante, es decir, en contrarrestar las emociones negativas que surgen como resultado del estrés. Es importante mencionar que, bajo este modelo, el afrontamiento no sólo incluye los intentos exitosos para manejar el estrés, sino que considera cualquier intento, sin importar su eficacia.

De acuerdo con lo expuesto por esta teoría, y tomando en cuenta la definición propuesta por Lazarus y Folkman (1991), el afrontamiento es un proceso cambiante y que depende de las condiciones del contexto. Aparece cuando el individuo, por medio de evaluaciones cognitivas, percibe una amenaza o peligro, y puede estar dirigido a cambiar de manera activa la situación, o a modificar los pensamientos y emociones que ese acontecimiento está provocando. Esto se puede lograr haciendo uso de una gran variedad de estrategias o recursos con los que una persona dispone tanto de manera individual (factores internos) como en su contexto (factores externos).

Además de la teoría transaccional del estrés, existen otros modelos que intentan explicar este concepto y con base en los cuales se han desarrollado escalas o cuestionarios que tienen el objetivo de evaluar el estilo o las estrategias de afrontamiento. Uno de estos es el propuesto por Connor-Smith y Compas (2004). En este modelo, los autores proponen que existen dos formas de reaccionar ante un suceso estresante: con respuestas involuntarias y con respuestas voluntarias o de afrontamiento. Las respuestas involuntarias consisten en todos los cambios fisiológicos que se dan ante un estresor, como excitación emocional, cambios cardiovasculares, y pensamientos intrusivos y rumiación. Con respecto a las respuestas voluntarias o de afrontamiento, éstas pueden tratarse de respuestas comprometidas, las cuales están dirigidas a actuar sobre el estresor o sobre los pensamientos y/o emociones relacionados; o de respuestas no comprometidas, como la evitación, negación

o retirada, es decir, acciones dirigidas a alejarse del estresor y de los pensamientos y emociones que éste genera. Asimismo, dentro de las respuestas comprometidas, se encuentra otra clasificación de respuestas: las de control primario y las de control secundario. Las primeras, también conocidas como afrontamiento activo, consisten en intentos activos de cambiar directamente una situación negativa o modificar las emociones y pensamientos relacionados, así como las respuestas fisiológicas que este evento provocó. Ejemplos de respuestas de control primario son las estrategias de solución de problemas, la expresión emocional y la regulación emocional. Por otro lado, las respuestas de control secundario, también llamadas afrontamiento confortable, consisten en intentos por adaptarse a la situación. Ejemplos de éstas son la distracción, la aceptación y el pensamiento positivo (Connor-Smith, & Compas, 2004; Lucio, Durán, Barcelata, & Romero, 2016). La Figura 3 representa este modelo mediante un esquema.

Algunos estudios revisados por Connor-Smith y Compas (2004) para el desarrollo de este modelo encontraron que la presencia de respuestas involuntarias ante el estrés estaba asociada a problemas de salud, a un mayor riesgo de presentar complicaciones cardíacas, a la aparición de síntomas depresivos y ansiosos, e incluso a un deterioro del sistema inmunológico. Por otro lado, se encontraron resultados favorables relacionados con el haber recurrido a respuestas comprometidas, especialmente a las de control primario y secundario. No obstante, dependiendo de la situación, las respuestas no comprometidas también generaron resultados positivos en las personas (por ejemplo, en los padres cuyo hijo es diagnosticado con cáncer o durante el duelo después de la pérdida de un hijo), pero, en general, este tipo de respuestas paradójicamente se asocia con un aumento en los pensamientos intrusivos y en la rumiación.

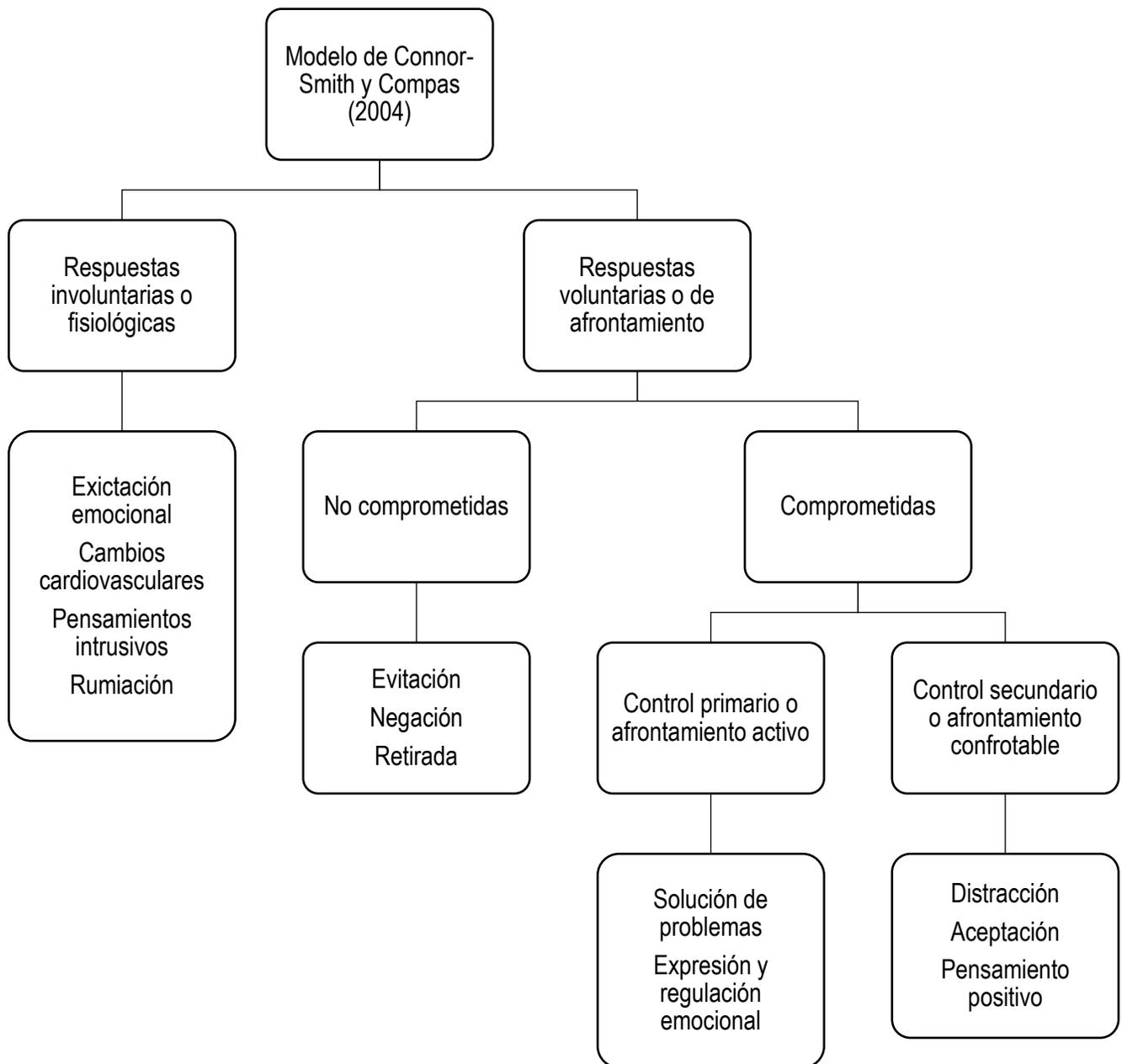


Figura 3. Esquema que explica el modelo de afrontamiento, adaptado de *Coping as a Moderator of Relations Between Reactivity to Interpersonal Stress*, por J. Connor-Smith y B. Compas, 2004, *Cognitive Therapy Research*, 347-368.

Otro modelo basado en la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman es el propuesto por Seiffge-Krenke (1993), de acuerdo con el cual, el afrontamiento puede ser de tres tipos: activo, interno o evitativo. El afrontamiento activo consiste en la conducta

manifiesta mediante el uso de recursos sociales; el interno se refiere a respuestas como analizar el problema y pensar en posibles soluciones; y el evitativo está compuesto por respuestas orientadas a evitar el estresor. Estos tres tipos de afrontamiento, a su vez, pueden ser descritos como funcionales o disfuncionales. En general, el afrontamiento activo y el interno pueden considerarse funcionales, pues se intenta manejar el problema evaluando el conflicto, buscando apoyo, pidiendo consejos, haciendo reflexiones sobre las soluciones y realizando acciones concretas. Por otro lado, el afrontamiento evitativo usualmente se considera disfuncional, pues implica retirarse o alejarse del problema, sin hacer esfuerzos por resolverlo. No obstante, ante ciertos conflictos específicos, este tipo de afrontamiento puede traer consigo resultados positivos (Arenas, 2012; Lucio et al., 2016; Seiffge-Krenke, 1993).

Específicamente en México, este modelo propuesto por Connor-Smith y Compas (2004) se ha utilizado como base para el desarrollo de diferentes instrumentos de afrontamiento; sin embargo, la mayoría de éstos están dirigidos a población adulta. Considerando la necesidad de contar con instrumentos válidos, confiables y diseñados para adolescentes, Lucio et al. (2016) desarrollaron la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (EA-A) con base en los modelos de afrontamiento propuestos por Connor-Smith y Compas (2004) y Seiffge-Krenke (1998). Esta escala evalúa las estrategias que utilizan los jóvenes de entre 13 y 18 años para afrontar conflictos, las cuales se agrupan en diferentes dimensiones o factores que pueden ser considerados funcionales o disfuncionales. Por un lado, los factores funcionales consisten en los siguientes:

- Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones. Las estrategias que se engloban en este factor consisten en intentos de solucionar problemas y enfocarlos de manera positiva.
- Búsqueda de apoyo en la familia. Se relaciona con la intervención pasiva o activa de los familiares para solucionar problemas y brindar apoyo emocional.
- Búsqueda de apoyo con el grupo de pares. Estas estrategias consisten en recurrir a los recursos sociales, como habilidades de solución de problemas, apoyo emocional o, incluso, un escape cognitivo o conductual del problema
- Religión. Éste implica el uso de creencias religiosas para disminuir el malestar emocional provocado por el conflicto.

Por otro lado, los disfuncionales son:

- Respuestas fisiológicas. Consiste en la activación fisiológica que se da al momento de estar en contacto con un conflicto. Este factor es relevante debido a que puede relacionarse en la posibilidad de desarrollar enfermedades físicas.
- Pensamientos obsesivos y desesperanza. En este factor, se incluyen las estrategias caracterizadas por pensamientos y emociones negativas que giran en torno al problema, pero sin dirigirse a la resolución de éste. También implica acciones en las que no se hace una evaluación de las consecuencias provocadas por éstas y que generan malestar posterior. Asimismo, se engloban conductas autodirigidas con el fin de lastimarse a sí mismo.
- Evitativo pasivo. Esta dimensión describe estrategias en las que se niega o se reprime el problema, así como conductas y actitudes de inmovilidad o retirada, por lo que no hay esfuerzo por llegar a alguna solución.

La EA-A es relevante debido a que es de los pocos instrumentos que se tienen para evaluar este concepto en adolescentes. En el siguiente apartado de este capítulo, se profundiza un poco más al respecto de lo que se sabe, hasta ahora, del afrontamiento en esta población específica.

### **Afrontamiento en la adolescencia.**

Considerando que la adolescencia es una etapa caracterizada por la vivencia de cambios físicos, sociales, emocionales y cognitivos, la manera en la que los jóvenes lidian y se enfrentan a esos eventos, así como la adaptación a ellos, puede ser un indicador del estado de salud mental de un adolescente, por lo que se ha convertido en una de las líneas de investigación más ampliamente estudiadas en los últimos años (Martín, Lucas, & Pulido, 2011). La mayoría de los estudios realizados en relación con este tema se basan en la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984; 1991), e incluso, como se mencionó anteriormente, se han desarrollado diferentes escalas con el objetivo de medir y evaluar sistemáticamente los estilos y estrategias de afrontamiento más utilizadas.

En México, existen diversos instrumentos que están enfocados en medir este concepto en esta etapa de la vida; sin embargo, evalúan aspectos muy específicos, por ejemplo, la

Escala de Enfrentamiento como Rasgo, de López (1999, citado en Lucio et al., 2016), que explora el afrontamiento de adolescentes ante el SIDA. Contar con instrumentos válidos y confiables específicamente para adolescentes mexicanos es vital, pues podrían utilizarse como herramientas para la planeación de intervenciones preventivas y de promoción de estrategias funcionales que contribuyan a alcanzar una buena salud, bienestar y una adecuada calidad de vida en los jóvenes (Lucio et al., 2016). La EA-A, descrita en el apartado anterior, ha sido de gran ayuda para lograr esta planeación de intervenciones.

Por medio de los estudios que se hicieron para analizar las propiedades psicométricas de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes Mexicanos (Lucio, & Durán, 2014), se detectó que las principales estrategias de afrontamiento utilizadas por los jóvenes eran pensamiento positivo, búsqueda de soluciones, respuestas fisiológicas, búsqueda de apoyo con la familia, pensamientos obsesivos, desesperanza, respuestas de afrontamiento evitativas o pasivas, búsqueda de apoyo con pares, apoyo emocional, escapes cognitivos y conductuales, y religiosidad (Lucio et al., 2016).

Otras investigaciones en las que se tiene como objetivo identificar las principales estrategias de afrontamiento en adolescentes, se ha encontrado que la evitación, la rumiación, y la asertividad también se presentan recurrentemente en los adolescentes afrontando sucesos estresantes (Barcelata & Lucio, 2012). Los resultados de otros estudios realizados con estudiantes adolescentes arrojaron que las estrategias más utilizadas por ellos son buscar diversiones relajantes, preocuparse, invertir en amigos íntimos, distracciones físicas, fijarse en lo positivo, esforzarse y tener éxito, y buscar pertenencia (Martín et al., 2011; Veloso, Caqueo, Caqueo, Muñoz, & Villegas, 2010). Asimismo, también se han encontrado diferencias por género, pues las mujeres tienden a centrarse más en la emoción, a pensar demasiado en sus problemas y a preocuparse, mientras que los hombres tienden a evadir y a distraerse (Barcelata, & Lucio, 2012; Martín et al., 2011).

El afrontamiento y la resiliencia son dos conceptos que pueden confundirse, por lo que es importante hacer una distinción. Por un lado, el afrontamiento consiste en los esfuerzos para movilizar los recursos disponibles dependiendo de las demandas del ambiente, y en busca de una adaptación, sin importar si esos esfuerzos fueron eficaces o no. Por otro lado, la resiliencia puede considerarse como el resultado de esos esfuerzos cuando sí fueron

eficaces (Arenas, 2012). En el caso de los adolescentes, el que un joven sea resiliente depende, entre otras cosas, de que sus estilos y estrategias de afrontamiento sean funcionales.

Retomando la lista de factores generales asociados a la resiliencia (Tabla 1) propuesta por Masten y Obradovic (2006), el que esos sistemas funcionen adecuadamente dependen, en gran parte, de que los adolescentes cuenten con estrategias de afrontamiento funcionales, como pensamiento positivo, búsqueda de soluciones, búsqueda de apoyo en la familia, búsqueda de apoyo emocional, y religiosidad. Así como la resiliencia, el afrontamiento no se trata de un rasgo fijo, sino que consiste en conductas que varían dependiendo del contexto y que pueden ser aprendidas o desarrolladas (APA, 2017). De hecho, se ha visto que el modo en que los padres afrontan tiene una importante influencia en la manera en que sus hijos adolescentes lo hacen (Barcelata & Lucio, 2012). Por esta razón, se puede concluir que es posible ayudar a los adolescentes a adaptarse a los cambios y sucesos estresantes a los que se enfrentan por medio de fomentar y enseñar estrategias funcionales y desalentar otras estrategias disfuncionales no sólo en ellos, sino también en sus padres. El impacto que tiene la familia en la resiliencia y el afrontamiento se explica a detalle a continuación.

### **Influencia de la familia en la resiliencia y el afrontamiento adolescente**

La familia es considerada la entidad social responsable de dar protección, afecto, alimentación y seguridad, así como la encargada de transmitir la cultura y los valores a sus hijos (Burak, 2001; Cuervo, 2010). Esta función de la familia es especialmente importante durante la adolescencia, pues los jóvenes necesitan orientación y apoyo de sus padres para poder adaptarse a los cambios que están enfrentando. De acuerdo con diferentes autores (Berger, 2016; Fallon & Bowles, 2001; Macías et al., 2013; Papalia et al., 2005), los adolescentes se “ajustan” mejor cuando perciben que su familia es cohesiva, expresiva, organizada y que fomenta su independencia. Según estos teóricos, el ambiente familiar ideal hace uso de una comunicación eficaz y positiva, y provee de apoyo y oportunidades para que los adolescentes generen inquietudes y opiniones a partir de las cuales se planteen proyectos de vida. Noller y Callan (1991, como se citó en Fallon & Bowles, 2001) identificaron que la intimidad familiar y un estilo de crianza democrático son componentes que reflejan funcionalidad en la familia. Asimismo, estos autores afirman que la experiencia de un adolescente en su familia está relacionada con la manera en que éste afronta los sucesos estresantes. La disfuncionalidad de una familia podría influir en que los miembros presenten

estrategias de afrontamiento desadaptativas (Macías, et al., 2013). En otras palabras, el modo en el que los padres afrontan tiene una importante influencia en la forma en que los adolescentes lo hacen.

El afrontamiento parental también puede ser descrito como funcional y disfuncional, dependiendo de la efectividad con la que lidian con un estresor, y de la capacidad que tienen para buscar y proporcionar apoyo. En un estudio realizado por Barcelata y Lucio (2012) en el que se buscaron correlaciones entre ambos grupos, se encontró que el uso de búsqueda de soluciones en los hijos se asocia con la búsqueda de apoyo social en los padres. Asimismo, ante evitación y acción agresiva-antisocial de parte de los padres usualmente los jóvenes reaccionan con respuestas fisiológicas. A pesar de la importancia de esta relación entre el afrontamiento adolescente y el afrontamiento de sus padres, hay pocos estudios que la investiguen.

Los padres no sólo influyen en las estrategias de afrontamiento de sus hijos, sino que se ha demostrado que la psicopatología de ellos se asocia con los niveles de estrés en sus hijos adolescentes (Compas, Howell, Phares, Williams, & Ledoux, 1989; Patterson, 2002). Asimismo, García, Lila y Musitu (2005, como se citó en Ruvalcaba, Gallegos, Caballo, & Villegas, 2016) observaron que los niños que afirmaron sentirse rechazados por sus padres presentaban puntuaciones más altas en indicadores de síntomas de ansiedad, depresión, trastornos somáticos, retraimiento social, agresividad y delincuencia. Por esta razón, dependiendo de las características de la familia y de las conductas que los padres utilizan para educar a sus hijos, el contexto familiar puede ser un factor protector que facilita el desarrollo de la resiliencia en algunos adolescentes, pero también puede ser un factor de riesgo que aumente la probabilidad de que aparezcan conductas de desadaptación, como conductas suicidas, autolesiones, abuso de sustancias, desajuste escolar, conductas delictivas, conductas sexuales de riesgo, y conducta antisocial (Andrade, & Betancourt, 2010; Ruvalcaba et al., 2016) en otros adolescentes.

En el estudio longitudinal realizado por Werner y Smith (1982; como se citó en Omar et al., 2011) con más de 500 personas de una isla de Hawái sometidas a estrés y psicopatología paterna, encontraron que todos los individuos que fueron descritos como resilientes se habían desarrollado junto con un adulto significativo que los había apoyado

incondicionalmente. Asimismo, por medio de una revisión de la literatura con respecto a la resiliencia y la calidad de vida, Fiorentino (2008) detectó que varios autores coinciden en que un vínculo estable con al menos uno de los padres; una actitud de comprensión, cuidado y amor por parte de los cuidadores; un ambiente regido por normas claramente establecidas y respetadas; relaciones afectivas positivas; oportunidades de desarrollo de destrezas y competencias cognitivas, afectivas y conductuales; reconocimiento y atención a los éxitos y habilidades; y apoyo y orientación desde un marco de referencia ético, moral y espiritual son aspectos característicos de las familias de individuos resilientes. El hecho de que estas características estén presentes depende del estilo y las prácticas parentales.

Darling y Steinberg (1993) destacan las diferencias entre estos dos conceptos. Por un lado, los estilos se refieren a todo un conjunto de actitudes hacia los hijos con base en las cuales se genera un ambiente o clima emocional dentro del cual, los padres llevan a cabo ciertas acciones o comportamientos. Por otro lado, las prácticas parentales son conductas específicas llevadas a cabo por los padres al intentar educar a sus hijos (Darling, & Steinberg, 1993). Tanto en el estudio de los estilos como en el de las prácticas, las dimensiones más comunes son el apoyo y el control. El apoyo consiste en el grado en el que los hijos se sienten aceptados y tomados en cuenta. El control (dividido en control conductual y control psicológico) se refiere a los límites y reglas establecidas por los padres y los comportamientos de los padres que podrían interferir con el desarrollo de la individualidad del hijo (Andrade, & Betancourt, 2010).

Diversas investigaciones basadas en estas dos dimensiones han encontrado que las prácticas parentales asociadas al control conductual, a la comunicación y a la supervisión parental son factores que fomentan una mejor autoestima y protegen al adolescente de desarrollar conductas antisociales, conductas desafiantes y síntomas depresivos (Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura, & Rojas, 2012; Betancourt & Andrade, 2011; Florenzano et al., 2009). Específicamente con respecto a la resiliencia, en un estudio realizado por Ruvalcaba et al., (2016) con 417 estudiantes adolescentes, se encontró que, a mayor autonomía, comunicación y control conductual de los padres, se observa una mejor autoestima, resiliencia y competencia socioemocional en los hijos adolescentes. También comprobaron que el control psicológico y la imposición parental se asocian con una mayor sintomatología

depresiva y ansiosa, así como una mayor probabilidad de que aparezcan diferentes conductas de riesgo. Aunado a lo anterior, se ha reconocido en diferentes estudios (Alegre & Benson, 2010; Berger, 2016; Darlin, & Steinberg, 1993; Papalia et al. 2005; Sheffield, Silk, Steinberg, Myers, Robinson, 2007) que un estilo parental autoritativo funciona mejor con los adolescentes; sin embargo, una crianza autoritaria excesivamente estricta puede ser contraproducente. Los padres autoritativos pero asertivos, que no se exceden en exigencias y expectativas, establecen reglas, normas y valores importantes, pero también están dispuestos a escuchar, explicar y negociar, ejerciendo un control adecuado en sus hijos, pero sin ser invasivos en la consolidación de su identidad (Darling, & Steinberg, 1993), tienen un impacto positivo en ellos.

En general, los resultados de estas investigaciones concluyen que los estilos y las prácticas parentales positivas, como la autonomía, la comunicación y el control conductual, facilitan el desarrollo de una buena salud mental y resiliencia; mientras que los negativos, como la imposición y el control psicológico, se asocian con su deterioro y con la presencia de conductas de riesgo. Por esta razón, es de especial relevancia diseñar programas preventivos relacionados con competencias parentales para apoyarlos en la formación de sus hijos (Ruvalcaba et al., 2016), pero también se destaca la importante necesidad de trabajar no sólo con los adolescentes, sino también con sus padres, cuando se tiene el objetivo de fomentar en los jóvenes aspectos que favorezcan el desarrollo de la resiliencia y que así, puedan alcanzar una adaptación positiva a pesar de la adversidad. Cabe destacar que el trabajo con los padres puede tener resultados más favorables si, además, se trabaja con los adolescentes para que éstos puedan reconocer estas características en los estilos de crianza de sus padres y que no las interpreten como autoritativas, excesivas, invasivas o innecesarias, sino que sean capaces de entender las razones detrás de esas conductas, así como sus consecuencias posteriores.

En el siguiente capítulo, se abordan los temas de suicidio y el comportamiento autolesivo en adolescentes, que se tratan de dos conductas que ponen en riesgo la vida y la integridad física de los jóvenes, y que pueden ser producto de la presencia de estrategias de afrontamiento disfuncionales y de factores de riesgo, así como de la ausencia de factores protectores, características que, a su vez, dificultan el desarrollo de la resiliencia.

### Capítulo 3. Suicidio y conducta autolesiva en adolescentes

#### Suicidio

##### Definición.

Antes de exponer las diferentes definiciones que se han propuesto del suicidio, es importante destacar el hecho de que, a pesar de ser un tema estudiado y reflexionado durante cientos de años (Browne, 1642/2016; Burton, 1621/1997; Caramuel, 1657/2010; Dibdin, 1651/2013) y que ha sido el tema central de una gran cantidad de investigaciones, no existe una nomenclatura específica y absoluta con la cual referirse a este concepto. Ante esta realidad, algunos autores han propuesto un conjunto de términos para abordar el estudio del suicidio y las conductas asociadas, con la intención de facilitar la comunicación, minimizar la confusión al investigar este fenómeno y ofrecer una definición completa del suicidio (O'Carroll et al., 1996).

A mediados de los años 80, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), una agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América encargada de desarrollar y aplicar programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud, definieron el suicidio como la muerte provocada por herida, envenenamiento o asfixia en donde haya evidencia (implícita o explícita) de que la herida fue autoinfligida y que la persona tenía la intención de terminar con su vida (O'Carroll et al., 1996). Las principales características de esta definición con la que se distingue la muerte por suicidio de otras razones de muerte son que es autoinfligida e intencional. Con base en la definición de los CDC, O'Carroll et al. (1996) destacaron ciertas diferencias entre algunos términos relacionados con este concepto:

- Suicidio consumado: utilizaron la misma definición propuesta por los CDC.
- Intento suicida: consiste en comportamientos autolesivos cuyo resultado no es fatal y para el cual hay evidencia implícita o explícita de que la persona tenía la intención de quitarse la vida.
- Amenaza de suicidio: se trata de cualquier acción interpersonal, verbal o no verbal, con la que una persona comunica que tiene la intención de cometer un acto suicida (intento o suicidio consumado) en el futuro.

- Ideación suicida: explicada como la presencia de pensamientos que comuniquen el deseo de cometer un acto suicida.

A pesar de reconocer las ventajas de esta definición, los mismos autores hablan de la importancia y necesidad de operar y promover el uso de esta nomenclatura, lo cual no se ha logrado debido a la gran variedad de definiciones que se han propuesto del suicidio. Silverman (2006) hizo una recopilación de las más comunes que se utilizan tanto para investigación como para la práctica clínica. A continuación, se presentan algunas:

- Emile Durkheim (1897/2006) definió al suicidio como todos los casos de muerte que resultaron directa o indirectamente de un acto positivo o negativo de la víctima misma, y que tenía como propósito terminar con su vida.
- Karl Menninger (1938, como se citó en Silverman, 2006) explicó el suicidio como un asesinato cometido por uno mismo, que se realiza con la intención de morir y en el cual se involucran sentimientos de culpa, desesperanza, odio, así como un deseo de matar y/o de ser asesinado.
- Jean Baechler (1975, como se citó en Silverman, 2006) consideró al suicidio como cualquier comportamiento que atenta contra la vida de un individuo y con el cual se tiene el propósito de buscar y encontrar la solución a un conflicto existencial.
- Para Edwin S. Shneidman (1968, como se citó en Silverman, 2006), el suicidio es un acto consciente de aniquilación autoinfligida provocado por un malestar multidimensional en un individuo, quien percibe que terminar con su vida es la mejor solución para eliminar ese malestar.
- Joseph H. Davis (1988, como se citó en Silverman, 2006) afirmó que el suicidio consiste en un acto intencional y autoinfligido que amenaza la vida de un individuo que no tiene el deseo o la motivación para seguir viviendo. En su definición, Davis destaca dos características esenciales: la letalidad y la intencionalidad.
- Morton Silverman y R. Maris (1995) destacaron el hecho de que el suicidio no es una enfermedad, sino una muerte provocada por actos o comportamientos intencionales y autoinfligidos.

- Diego DeLeo (2004, como se citó en Silverman, 2006) definieron al suicidio como un acto con resultados fatales iniciado y mantenido por una persona, sabiendo o deseando que ése fuera el resultado.

A pesar de algunas diferencias, en general, todas estas definiciones tienen en común ciertos elementos esenciales: para considerarse suicidio, el llevar a cabo ciertas acciones debe resultar en la muerte del individuo. Esas acciones consisten en conductas autoinfligidas que atentan contra la vida e integridad física de una persona; y quien las comete, tiene la intención de terminar con su vida, es decir, busca provocar su muerte de manera intencional. Otro factor que se repite es la idea que tiene la persona del suicidio como la mejor solución ante algún conflicto que no sabe cómo resolver. Sin embargo, existen múltiples obstáculos para alcanzar un consenso general no sólo en la definición del suicidio, sino también en la manera más adecuada de medirlo en la población (Silverman, 2006). Es por esto por lo que es vital contar con una organización reconocida a nivel mundial encargada de promover la salud, como es la Organización Mundial de la Salud, y que ofrezca una definición que pueda ser aplicada en cualquier contexto y con cualquier población, utilizada sin importar desde qué perspectiva teórica se está trabajando y que evite emitir juicios de valor (O'Carroll et al., 1996; Silverman, 2006).

Desde 1986, la OMS planteó que el suicidio consiste en un acto con resultados fatales, el cual, el mismo fallecido inició y mantuvo, sabiendo o deseando obtener ese resultado. Esta definición ha sido complementada y modificada con el paso del tiempo y en la actualidad, es una de las más utilizadas en la investigación del suicidio. Para la OMS, es importante destacar la diferencia entre suicidio consumado, intento de suicidio y conducta suicida. El suicidio consumado consiste en el “acto de matarse deliberadamente” (WHO, 2014, p. 12). El intento suicida se refiere a las acciones de envenenamiento o autolesión que no resultan en la muerte del individuo que las lleva a cabo, pero que fueron realizadas con la intención de terminar con su vida (WHO, 2014). Finalmente, la conducta suicida es definida como una serie de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (ideación suicida), planearlo, intentarlo y consumarlo (suicidio consumado). Cabe destacar que la OMS hace énfasis en la importancia de seguir complementando y “afinando” estas definiciones, así como en la

necesidad de que, cualquier autor que trabaje con el tema, aclare y especifique la manera en la que abordará este fenómeno.

Además de los múltiples intentos por definir el concepto de suicidio, una de las principales áreas de investigación con respecto a este tema es la de la epidemiología de este fenómeno, tema que se aborda en el siguiente apartado.

### **Epidemiología.**

En los últimos años, el suicidio se ha descrito como un importante problema de salud pública y que, en la mayoría de los países, las tasas de suicidio pueden aportar valiosa información con respecto a la salud mental de su población (INEGI, 2017). De acuerdo con los datos más recientes recopilados por la OMS (WHO, 2014), durante el año 2012 se cometieron más de 800,000 suicidios a nivel mundial, lo cual implica que hubo 11.4 personas que murieron por suicidio por cada 100,000 habitantes. El 1.4% de las muertes durante ese año fueron por esta razón, haciéndola la décimo quinta causa de muerte. No obstante, el lugar que ocupa entre las principales causas de muerte de una población varía de acuerdo con la edad. Por ejemplo, en adolescentes y adultos jóvenes de entre 15 y 29 años, los suicidios equivalen al 8.5% del total de muertes, haciendo que ésta sea la segunda causa más común, después de los accidentes de tráfico. Por otro lado, en los adultos de 30 a 49 años, el suicidio es la quinta causa más común. Asimismo, el suicidio puede considerarse dentro de la clasificación de “muertes violentas”, constituyendo el 56% de éstas. Las principales causas por las que las personas optan por quitarse la vida son: sentimientos o pensamientos negativos; sentimientos de vergüenza, culpa o sentirse una carga para sus seres queridos; sentirse víctimas; sentimientos de rechazo, pérdida o soledad; y situaciones agobiantes como el envejecer, la muerte de un ser querido, crisis emocionales, enfermedades físicas graves, perder el empleo y problemas financieros (Nizama, 2011; WHO, 2014).

Específicamente en México, de acuerdo con el registro más reciente realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017), se cometieron más de 6,000 suicidios en el año 2015, lo que implica que hubo 5.2 fallecidos por suicidio por cada 100,000 habitantes. Similar a lo que ocurre a nivel mundial, las muertes por suicidio son más comunes en hombres que en mujeres: del total de los fallecidos por esta causa, 80.1% fueron hombres y 19.9% fueron mujeres. Asimismo, en México, el grupo con mayor proporción de muertes

por suicidio también corresponde al de los adolescentes y adultos jóvenes de entre 15 y 29 años. En el 2015, el 41.3% de las muertes registradas en este grupo etario fueron por suicidio. Cabe destacar que, a pesar de que, en general es mucho mayor la cantidad de hombres que cometen suicidio (80.1% contra 19.9% en mujeres), específicamente en el grupo de adolescentes y adultos jóvenes de entre 10 y 24 años, el suicidio es más común en mujeres. Con base en esto, se puede concluir que las mujeres parecen ser más vulnerables y propensas a cometer un suicidio que los hombres durante los años de la adolescencia y los primeros años de la adultez.

Con respecto a los métodos más frecuentemente utilizados, en primer lugar, se encuentra el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, representando el 79.3% del total de muertes por suicidio (81% en hombres y 72.7% en mujeres). Por medio de disparo de arma corresponde al 8.9% del total, siendo el segundo método más común en hombres (10.1%), pero el tercero en las mujeres (4.2%). En ellas, el segundo método más recurrente consiste en envenenamiento por plaguicidas, constituyendo un 6.9% del total, mientras que, en hombres, éste fue el tercero (3%).

La epidemiología de este fenómeno no sólo debe concentrarse en los suicidios consumados, sino también se debe recopilar información sobre la ideación, planeación e intentos, pues son precursores del suicidio consumado y, por lo tanto, representan importantes factores de riesgo (Benjet et al., 2017). De acuerdo con la OMS (WHO, 2014), por cada suicidio consumado, hay alrededor de 20 intentos a nivel mundial. Obtener estos datos no siempre es una tarea sencilla de lograr, debido a los juicios de valor y a la estigmatización que gira en torno al tema; no obstante, conocer esta información puede ser de gran ayuda para el desarrollo de programas preventivos y de promoción de la salud mental, sobre todo en los grupos que se encuentren en mayor riesgo, como lo son los adolescentes y adultos jóvenes. Se sabe que las mujeres presentan tasas más altas de ideación e intentos en comparación con los hombres, a pesar de que sean ellos los que presentan un mayor número de suicidios consumados. Esto tiene que ver con el hecho de que, usualmente, los hombres eligen métodos de mayor letalidad (INEGI, 2017; Nizama, 2011).

En un estudio realizado en el 2008 por Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco y Nock, se encontró que el 11.5% de los adolescentes mexicanos de entre 12 y 17 años presentaba

ideación suicida, el 3.9% reportaron planeación, y el 3.1% había tenido por lo menos un intento suicida. Más recientemente, Benjet et al. (2017) realizaron una investigación longitudinal en la que estudiaron, en el 2005, a 3,005 adolescentes de 12 a 17 años, y ocho años después, en el 2013, se contactó a más de mil de esos adolescentes de, ahora, 19 a 26 años. Esta investigación se hizo con el objetivo de publicar la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente, principal fuente de donde se pueden obtener estadísticas sobre éste y otros temas de salud mental. Los resultados arrojaron que, de los 960 adolescentes sin ideación suicida en el 2005, 121 (13.37%) desarrollaron esta conducta para el 2013. En este grupo, la edad promedio en la que apareció la ideación fue a los 16.69 años (DE = 2.47). De estos 121 adolescentes, 36 (30.5%) no sólo presentaron ideación, sino también planeación en algún momento de esos ocho años que pasaron, y otros 12 jóvenes (9.81%) habían presentado planeación en el último año. La edad promedio en la que apareció la planeación fue de 16.61 años (DE = 2.69). Asimismo, en ese nuevo grupo con ideación, 53 adolescentes (43.04%) tuvieron un intento en algún momento entre el primer estudio y el segundo. Catorce más (8.21%) cometieron un intento en el último año. La edad promedio de intentos suicidas fue de 16.75 años (DE = 2.46). Estos resultados, que reflejan un incremento en las conductas suicidas, principalmente en adolescentes, concuerdan con lo que se han obtenido en otras investigaciones (Borges et al., 2017; Natera, 2015).

En México, los principales motivos por los que los adolescentes intentan quitarse la vida son: problemas familiares; soledad, tristeza y depresión; enojo o coraje; incompreensión de la familia; problemas con amigos; falta de oportunidades académicas y laborales; fracaso académico; violencia intrafamiliar; problemas con la pareja; y acoso escolar o bullying (Chávez-Hernández, González-Forteza, Juárez, Vázquez, & Jiménez, 2015; Martín del Campo, González, & Bustamante, 2013). Estos datos reflejan la importancia de trabajar en esta población con el manejo de emociones y con las habilidades para establecer relaciones sociales y de apoyo (Chávez-Hernández, et al., 2015; Martín del Campo et al., 2013).

A pesar de que las tasas de ideación, intento, planeación y suicidios consumados son relativamente bajas en México comparado con otros países (Natera, 2015; WHO, 2014), esta conducta sí se ha incrementado en los últimos años, a la par de que se ha visto una disminución en los demás países (Borges et al., 2017; WHO, 2014). Lo que puede ser

preocupante es el hecho de que ese incremento en las tasas no implicó un incremento en el uso de servicios de salud mental (Borges et al., 2017), por lo que se vislumbra una necesidad de continuar con la investigación en el país y buscar mejorar la atención que se brinda con respecto a este tema, especialmente la que está dirigida al grupo de adolescentes y adultos jóvenes.

### **Conducta suicida.**

Como se mencionó en el apartado anterior, el estudio del suicidio no sólo implica el análisis del fenómeno cuando su resultado es la muerte del individuo, sino también implica la revisión de todo un conjunto de conductas relacionadas. Según la definición de Durkheim (1897/2006), la conducta suicida consiste en un proceso dinámico que incluye diversas etapas, no necesariamente secuenciales, y que, en ocasiones, culmina con la muerte de la persona como resultado de una conducta autodestructiva. De acuerdo con otros autores (Borges, Anthony, & Garrison, 1995), la conducta suicida se trata de un proceso complejo que está conformado por emociones y pensamientos multifactoriales y dinámicos, y que abarcan un espectro que va de la ideación, pasa por la planeación y el intento, y culmina en el “exitus letalis” (Kohli et al., 2010, como se citó en Nizama, 2011).

La nomenclatura y la definición del suicidio y de las conductas suicidas siguen estando sujetas a debates y no se ha alcanzado un consenso general (O’Carroll et al., 1996), por lo que es importante determinar las definiciones conceptuales y operacionales con base en las cuales se desarrollará cualquier investigación. A continuación, se presentan algunas definiciones propuestas por los principales estudiosos del tema, y las principales características de las diferentes conductas suicidas.

### ***Ideación suicida.***

Según O’Carroll et al. (1996) la ideación suicida se explica como la presencia de pensamientos que comuniquen el deseo de cometer un acto suicida. Otros autores la definen como una serie de pensamientos intrusivos y recurrentes relacionados con el deseo de quitarse la vida (Borges et al., 1995). Cabe destacar que, en las definiciones de la ideación suicida, no se incluyen pensamientos de muerte o deseos de morir, sino que deben ser pensamientos específicos de matarse (Hernández, 2007).

La ideación es la conducta suicida más común, pero sólo una parte de las personas que la presentan progresan hacia un intento (Chávez-Hernández et al., 2015), de hecho, según la OMS, tener pensamientos suicidas no es anormal, principalmente durante la adolescencia, pues son parte de los cuestionamientos que los jóvenes se hacen en su intento por comprender el sentido de la vida y la muerte (OMS, 2001). Los pensamientos suicidas se vuelven anormales cuando los adolescentes consideran que, llevar a la acción esos pensamientos, es la única salida a sus dificultades. La ideación es un factor de riesgo importante, pues se ha comprobado que muchas personas que consumaron el suicidio presentaron pensamientos relacionados con quitarse la vida e incluso lo comunicaron a personas cercanas. La ideación es una conducta que se presenta en mayor proporción en mujeres que en hombres y la edad más común en la que aparece es entre los 13 y los 14 años (Chávez-Hernandez et al, 2015; INEGI, 2017; Nizama, 2011).

De acuerdo con una revisión sobre el suicidio en adolescentes mexicanos realizada por Martín del Campo et al. (2013), algunas señales de aviso de que una persona presenta ideación suicida son:

- manifestaciones de ideas de daño, de muerte y de “no despertar”;
- cambios importantes en los hábitos alimenticios y del sueño;
- pérdida significativa de interés en las actividades habituales, antes placenteras;
- retraimiento respecto a los amigos y miembros de la familia;
- manifestaciones de emociones contenidas, crisis, alejamiento o huida;
- uso y abuso de alcohol y drogas;
- descuido personal (en higiene y aliño);
- situaciones de riesgo innecesarias;
- preocupación acerca de la muerte;
- aumento de molestias físicas, frecuentemente asociadas a conflicto emocionales, como dolores de estómago, de cabeza y fatiga;
- pérdida de interés por la escuela o el trabajo escolar;
- sensación de aburrimiento;
- dificultad para concentrarse; y
- deseos de morir.

Aunque no en todos los casos, la conducta suicida se presenta de manera secuencial, es muy común que, después de presentar ideación suicida, una persona pase a la conducta de planear el suicidio.

### ***Planeación suicida.***

La planeación suicida consiste en la organización en pensamiento o en acto sobre la manera concreta y el método con el que una persona desea quitarse la vida (OMS, 2001). El plan suicida consiste en ideas sobre cómo se pretende lograr el suicidio, cómo se puede conseguir el medio con el cual se realizará el acto, qué tan letal es el método pensado, el momento y el lugar en el cual se intentará y las estrategias que se necesitarán para evitar ser descubierto o detenido (Hernández, 2007).

Algunas frases y conductas comunes (Martín del Campo et al., 2013) que pueden comunicar que un adolescente ha estado planeando un intento suicida son:

- “quiero matarme” o “voy a suicidarme”;
- “no seré un problema por mucho tiempo más” o “si me pasa algo, quiero que sepan que...”;
- regalar sus objetos favoritos, tirar pertenencias importantes;
- portarse alegre repentinamente luego de un periodo aparente de tristeza o depresión;
- expresar pensamientos extraños; y
- escribir una o varias notas suicidas o de despedida.

Cuando ya se cuenta con un plan suicida, el riesgo de cometer un intento es todavía mayor que cuando sólo se detecta ideación en el adolescente. Es importante mencionar que los adolescentes todavía no son capaces de medir riesgos adecuadamente, y normalmente es difícil que estime correctamente la letalidad del método seleccionado, por lo que ésta no debe ser el principal indicador de riesgo en el adolescente.

### ***Intento suicida.***

El intento de suicidio es una conducta de autolesión con un desenlace no fatal, y en la cual hay evidencia implícita o explícita de que la persona tenía la intención de quitarse la vida (O’Carroll et al., 1996). La OMS (2001) lo define como un acto de resultado no fatal que consiste en comportamientos no habituales, y que causa un daño a quien lo está

realizando, con el cual se busca conseguir un cambio a través de las consecuencias de dicho acto. Para ser considerado como tal, un intento suicida debe poseer las siguientes características: la persona presenta conductas autoinfligidas de posible daño, expresa el deseo y la intención de morir, pero estas conductas no llevan a la muerte de la persona (Apter, 2010). Según datos de la OMS (WHO, 2014) y la Secretaría de prevención y promoción de la salud (2014), tanto en México como en el mundo, por cada suicidio consumado hay entre diez y veinte intentos; no obstante, estos datos pueden no representar fielmente lo que ocurre debido a que no se dispone de fuentes confiables que midan esta conducta. Además, los prejuicios y estigmatización existente en torno a esta conducta provocan la tendencia de evitar registrar la muerte de una persona como suicidio (Chávez-Hernández et al., 2015).

Similar a lo que ocurre con la ideación, los intentos suicidas son más frecuentes en mujeres que en hombres y la edad más común en la que se tiene el primer intento es a los 14 años (Borges et al., 2008; Chávez-Hernandez et al., 2015; INEGI, 2017; Nizama, 2011). Asimismo, se ha visto que cuando una persona comete un intento suicida, lo más probable es que lo intente de nuevo en el futuro, y que, en cada nuevo intento, la letalidad sea mayor (Chávez-Hernández et al., 2015; González-Forteza et al., 2005). Frecuentemente, los intentos suicidas se llevan a cabo en una forma en que el rescate es posible, por lo que, a menudo, representan un “grito desesperado” con el que se busca conseguir ayuda (Nizama, 2011). De hecho, O’Carroll et al. (1996) mencionaron que, con lo que respecta al deseo de morir, el 66% de los suicidas no desean morir, sino comunicar un mensaje de malestar.

### **Factores de riesgo y protección asociados al suicidio en adolescentes.**

El suicidio es un fenómeno complejo y multifactorial, por lo que cada caso de suicidio consumado, ideación, planeación o intento es diferente y tiene sus peculiaridades; no obstante, la mayoría de la investigación que se realiza con respecto a este tema se centra en detectar qué factores presentes en la vida y contexto de los adolescentes los pueden proteger, o bien, poner en riesgo de presentar conductas suicidas. Lo que se ha encontrado en la literatura es que estos factores pueden clasificarse en cuatro grupos: personalidad y rasgos individuales, factores cognitivos, factores sociales/familiares y sucesos de vida negativos o estresantes (O’Connor & Nock, 2014). Los factores expuestos en los siguientes apartados son en relación con el suicidio en la adolescencia específicamente.

### ***Personalidad y rasgos individuales.***

Los principales factores de riesgo que consisten en características de la personalidad y rasgos individuales son: ser mujer y tener entre 15 y 29 años; desesperanza, definida como un pesimismo o falta de objetivos positivos acerca del futuro; impulsividad y conductas agresivas; perfeccionismo, principalmente cuando se asocia con la creencia de que otras personas, especialmente miembros de la familia, han depositado en el individuo expectativas poco realistas e inalcanzables; irritabilidad; alta sensibilidad al estrés (neuroticismo) combinada con introversión; considerarse a sí mismo como poco eficaz para enfrentarse a las demandas ambientales; incertidumbre con relación a la identidad de género u orientación sexual; intentos de suicidio previos e historia de conducta autolesiva; y tener baja autoestima. Otros factores de riesgo están relacionados con aspectos biológicos, como disfunciones del sistema serotoninérgico; presencia de trastornos mentales, especialmente trastornos depresivos y ansiosos, así como también trastornos de abuso de sustancias y trastornos alimenticios; enfermedades orgánicas y dolor crónico (Andrade et al., 2012; Arenas, 2012; Chávez-Hernández, et al., 2015; Hernández, 2007; Martín del Campo et al., 2013; Nizama, 2011; O'Connor, & Nock, 2014; OMS, 2001; Páramo, 2011; Shaffer, 2000).

Por otro lado, también existen ciertas cualidades que, cuando están presentes, pueden proteger al adolescente de desarrollar estas conductas. Algunos de estos factores protectores son: tener alta autoestima y autoconcepto positivo, tener adecuados hábitos de sueño y alimenticios, hacer ejercicio regularmente, autoeficacia, tener una vida saludable física y emocionalmente, optimismo, la capacidad de autorregulación y autocontrol emocional, el sentido del humor, empatía, perseverancia hacia las metas, habilidades para pedir apoyo, resiliencia y religiosidad (Hernández, 2007; Luthar et al., 2000; Martín del Campo et al., 2013; Nizama, 2011; O'Connor, & Nock, 2014; Rutter, 2006; Sánchez, & Robles, 2014).

### ***Factores cognitivos.***

Con el propósito de comprender el proceso de pensamiento que tiene una persona que decide intentar quitarse la vida, también se ha investigado sobre factores cognitivos que puedan proteger o poner en riesgo a una persona (O'Connor, & Nock, 2014). Algunos de los principales factores que ponen en riesgo al adolescente son: rigidez de pensamiento, la cual lleva a un sujeto a pensar que la muerte es la única opción; rumiación; pensamiento evitativo;

tener la idea de que representa una carga para sus seres queridos; falta de sensibilidad al dolor; temeridad, principalmente hacia la muerte; dificultad para resolver conflictos; estrategias de afrontamiento disfuncionales; tener la idea de que las metas personales son inalcanzables; inhabilidad para entender la realidad; y tener pocas razones para vivir (Baruk, 2001; O'Connor & Nock, 2014; OMS, 2001; Páramo, 2011; Rutter, 1985; Sánchez & Robles, 2014).

Con respecto a los factores protectores, se detecta la importancia de contar con un estilo atribucional positivo, que consiste en un proceso cognitivo mediante el cual una persona se explica las situaciones que vive dependiendo de si son eventos negativos o positivos: con los negativos, la situación se interpreta como algo externo, inestable y específico; para situaciones positivas, se interpretan como algo interno, estable y global (Martínez-Correa et al., 2006, como se citó en Sánchez, & Robles, 2014). Otros factores protectores consisten en las formas opuestas de algunos de los factores de riesgos expuestos: flexibilidad de pensamiento; contar con habilidades de solución de problemas; estrategias de afrontamiento funcionales; tener metas alcanzables y realistas; e identificar varias razones para vivir.

### ***Factores sociales/familiares***

Gran parte de la investigación que se ha realizado con respecto a los factores de riesgo y protección asociados al suicidio en adolescentes busca explicar el grado en el que el contexto familiar y social impacta en la aparición de conductas suicidas. Ambos ambientes, dependiendo de sus características, pueden representar tanto riesgo como protección en los jóvenes (Andrade & Betancourt, 2010; Ruvalcaba et al., 2016). Los principales factores relacionados con la dinámica familiar que pueden implicar la aparición de estas conductas son: historia de comportamientos suicidas, principalmente en los padres; antecedentes familiares de trastornos mentales y abuso de sustancias, así como psicopatología de los padres; relaciones padre-hijo disfuncionales; comunicación pobre entre padres e hijos; estilo parental negligente; violencia física, verbal y sexual; peleas frecuentes entre padres o cuidadores; mudanzas frecuentes; padres con autoridad excesiva o ambivalente; y rechazo o descuido (Andrade et al., 2012; Arenas, 2012; Chávez-Hernández et al., 2015; Hernández, 2007; O'Connor, & Nock, 2014; OMS, 2001; Sarmiento, & Aguilar, 2011). En cuanto al

contexto social (que incluye la escuela, el vecindario y las relaciones con pares), los factores de riesgo más comunes son: aislamiento; bajo nivel educativo; desempleo o estrés laboral; escasez de recursos económicos; contagio o imitación después de exponerse a comportamientos suicidas en redes sociales, series, películas, etc.; acceso a métodos de suicidio; tener malas relaciones con amigos, compañeros de la escuela y profesores; y relacionarse con personas con historia de conducta autolesiva e intentos de suicidio previos (Chávez-Hernández et al., 2015; Hernández, 2007; O'Connor, & Nock, 2014; OMS, 2001; Sarmiento, & Aguilar, 2011).

Con respecto a los factores protectores en estas esferas de la vida del adolescente, se detectan los siguientes: buena relación con los miembros de la familia; cohesión familiar; estilos parentales autoritativos pero que permitan el desarrollo de la autonomía e identidad del adolescente; integración social, como participar en un deporte, en una asociación religiosa o en clubes; relaciones positivas con sus compañeros, profesores y otros adultos; recibir apoyo de personas relevantes; y activismo social (Darling, & Steinberg, 1993, Hernández, 2007; O'Connor, & Nock, 2014; OMS, 2001).

#### ***Sucesos de vida como factores de riesgo o protección.***

Existen algunos estudios que evidencian una influencia de los sucesos estresantes o negativos vividos por los adolescentes en la aparición de conductas suicidas, es decir, que esos acontecimientos funcionan como un detonador del comportamiento suicida como resultado de un intento desesperado por enfrentar las reacciones emocionales generadas por el suceso (Arenas, 2012; Garland & Zigler, 1993; González-Forteza et al., 1997; Hernández, 2007; Hernández & Lucio, 2006). En general, estos eventos cuya presencia puede considerarse como un factor de riesgo, son sucesos no normativos que tienen un resultado adverso o desfavorable en el adolescente. Asimismo, la interpretación que el adolescente le da al suceso también influye en el hecho de que se trate de un factor de riesgo o de protección.

En la investigación, los principales sucesos estresantes que impactan en la aparición de conducta suicida son: adversidades de la infancia; divorcio o separación de los padres o cuidadores; mudanzas; separación de los amigos; cambios de escuela; rupturas amorosas; problemas legales, disciplinarios o encarcelamiento; sometimiento y victimización, *bullying* y *ciberbullying*; embarazos no deseados y abortos; enfermedades de transmisión sexual;

desastres naturales; incidentes violentos; accidentes de tráfico; y abuso sexual (Andrade et al., 2012; Arenas, 2012; Chávez-Hernández et al., 2015; Martín del Campo et al., 2013; Nizama, 2011; Sánchez, & Robles, 2014).

La investigación que tienen los sucesos de vida como detonantes de la conducta suicida se ha centrado principalmente en el estudio de éstos como factores de riesgo, por lo que es difícil exponer qué sucesos podrían considerarse protectores para los adolescentes. No obstante, el Cuestionario de Sucesos de Vida, desarrollado por Lucio y Durán (2003) considera que existen algunos sucesos normativos y no normativos que, si son percibidos como positivos por el adolescente, podrían representar un factor protector contra la aparición de comportamientos suicidas. Ejemplos de lo anterior son: ser enviado con un psicólogo o terapeuta; tener un logro personal sobresaliente; mejorar las relaciones con otras personas; ganar un premio deportivo importante; tener el permiso de salir en una cita por primera vez; sacar un certificado escolar; participar en un evento académico o deportivo; conocer nuevos amigos; dejar de frecuentar malas compañías; tener un reencuentro con amigos; tener más libertades; mejorar la relación con la pareja; y conocer a alguien que da buenos consejos, entre otros.

Cabe señalar que los factores de riesgo y protección asociados al suicidio varían de acuerdo con la edad, el sexo y las influencias culturales y sociales, y usualmente se modifican a lo largo del tiempo. Además, es común que una persona esté expuesta a más de un factor, por lo que la presencia de alguno de éstos no es determinante, sino que requiere de una combinación de factores y características. Tener un conocimiento de lo que promueve o evita el comportamiento suicida puede ayudar a desarrollar intervenciones que amplifiquen el efecto protector de los factores y que minimicen el impacto de las variables de riesgo, así como la vulnerabilidad de los adolescentes (O'Connor & Nock, 2014; Sánchez, & Robles, 2014).

La cultura y los medios de comunicación han provocado que, comúnmente, cuando se hable de suicidio, se asocie de manera automática con la conducta auto lesiva. Ante este fenómeno, es importante destacar que, si bien son conceptos que se relacionan entre sí, hay importantes diferencias que se necesitan reconocer y recordar al momento de trabajar con estas conductas. En los siguientes apartados de este capítulo, se profundiza en la definición,

prevalencia, etiología y factores de riesgo y protección asociados al comportamiento autolesivo.

## **Conducta autolesiva**

### **Definición.**

La conducta autolesiva se ha convertido en un problema de relevancia tanto a nivel clínico como a nivel social por el aumento en su prevalencia y porque, actualmente, se considera un predictor de un intento suicida posterior (González, Vasco, & Nieto, 2016; Kirchner, Ferrer, Forns, & Zanini, 2011; Spirito, Francis, Overholser, & Frank, 1996). Para definirla, se deben de tomar en consideración diferentes características relacionadas con la conducta, como el número de episodios, el grado de daño que provocan, la aceptación social del comportamiento, el estado psicológico en el cual se realizan, entre otras cosas. Existen ciertas conductas que pueden considerarse autolesiones, pero no son descritas como patológicas debido a que son infligidas de manera indirecta, es decir, que la consecuencia física del acto no es inmediata (Castro, Kirchner, & Planellas, 2014) como manejar bajo los efectos del alcohol, y que son socialmente aceptables, como realizarse perforaciones o tatuajes. La conducta autolesiva patológica es repetitiva, genera un daño que va de leve a moderado (Suyemoto, 1998), y su consecuencia física es inmediata (Castro et al., 2014). Existen otros actos autodestructivos que suelen provocar un enorme daño en la persona y que no son repetitivos, como la enucleación ocular o la autocastración. Este tipo de conductas, a pesar de ser consideradas autolesiones, comúnmente se asocian a un diagnóstico psicótico, por lo que se distinguen de la conducta autolesiva patológica. Asimismo, se debe diferenciar de los movimientos estereotipados que llegan a presentarse en individuos con algún desorden cognitivo, como retraso mental o autismo (Suyemoto, 1998). También existe la conducta autolesiva ligada a aspectos psicológicos, en las que se incluyen el autocastigo y las emociones autodestructivas como sentir envidia, vergüenza, culpa, remordimiento, culpar a otros y tener pensamientos autolesivos (Castro et al., 2014).

Con base en estas características, Suyemoto (1998) propuso la siguiente definición de la conducta autolesiva patológica:

Se trata de una conducta autoinfligida, socialmente inaceptable y repetitiva que causa un daño leve o moderado. Cuando se realiza, el individuo se encuentra en un estado psicológico perturbado, pero no intentando cometer suicidio, ni respondiendo a una necesidad de autoestimulación, así como tampoco se trata de comportamientos estereotipados característicos del retraso mental o del autismo. (p. 532).

No obstante, hay algunos autores que consideran que la intencionalidad suicida no debería de ser considerada como un criterio para determinar si se trata de conducta autolesiva o no, pues en muchos casos, sobre todo en adolescentes, al momento de llevar a cabo el acto autodestructivo, hay cierta ambivalencia hacia la idea de querer quitarse la vida (Brunner et al., 2014). Por otro lado, Nock (2010 como se citó en González et al., 2016) propuso que la conducta autolesiva consiste en una autodestrucción deliberada, directa, autoinfligida de los tejidos del cuerpo, sin intención suicida y para fines no socialmente aprobados; con comportamientos que incluyen cortarse, pegarse en la cabeza, quemarse, rasguñarse hasta sangrar, interferir con la cicatrización. En ocasiones, la conducta llega a producir repercusiones más severas como rotura de huesos o amputación de partes del cuerpo.

En los años 70, se hizo un esfuerzo por tratar de caracterizar el problema e incluso en la década de los 80, se debatía si la autolesión consistía en una entidad diagnóstica propia. Autores como Pattison y Kahan (1983) trataron de incluir en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-3) el síndrome de autolesiones deliberadas dentro de la categoría de los trastornos de control de impulsos. Sin embargo, en la siguiente versión, sólo se consideró a la conducta autolesiva como criterio del trastorno límite de la personalidad (Nieto, 2017). Cabe destacar que este comportamiento suele presentarse no sólo en este trastorno, sino también en otras patologías, como trastornos de la alimentación, del estado de ánimo, de conducta, de ansiedad, de abuso de sustancias y de personalidad (Albores et al., 2014; Nieto, 2017; Suyemoto, 1998; Zetterqvist, 2015). Asimismo, McKay y Andover (2012) propusieron considerar a las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida como un desorden relacionado con el trastorno obsesivo compulsivo. Todo lo anterior, aunado con un incremento gradual de la conducta en adolescentes sin diagnóstico psiquiátrico, impulsó a que algunos autores propusieran la inclusión de esta conducta como un trastorno distinto e

independiente en la quinta y más reciente versión del DSM, así como con una definición y criterios precisos, atribuyéndole el nombre de desorden por autolesiones no suicidas (NSSID por sus siglas en inglés). No obstante, la inclusión se hizo en la sección III del DSM-5, la cual consiste en desórdenes que requieren mayor investigación (Albores et al., 2014; American Psychiatry Association, 2013; Bresin & Gordon, 2013; Zetterqvist, 2015). En éste, la conducta autolesiva se define como un daño intencional autoinfligido de la superficie corporal en ausencia de una intención suicida y que suelen producir sangrado, hematoma o dolor. Ésta se realiza con la expectativa de que la lesión aliviará un sentimiento o estado cognitivo negativo, resolverá un problema o dificultad personal, o inducirá sentimientos positivos (American Psychiatry Association, 2013).

Los criterios diagnósticos para el NSSID (American Psychiatry Association, 2013; Gratz, Dixon-Gordon, Chapman, & Tull, 2015) según el DSM-5 son:

- A. La persona, en el último año y durante por lo menos cinco días, se ha autoinfligido, de manera intencional, daño en la superficie de su cuerpo, provocando sangrado, moretones o dolor, con propósitos sancionados socialmente, y con la esperanza de que la lesión produzca un daño leve o moderado. La ausencia de intencionalidad suicida es reportada por el paciente o se puede inferir que el paciente sabe, por experiencia, que sus métodos de lesionarse no tienen potencial letal. Las lesiones no son conductas de naturaleza trivial, como morderse las uñas.
- B. Quien realiza la conducta autolesiva tiene la expectativa de que ésta resolverá un conflicto interpersonal, generará alivio a pensamientos y/o emociones no placenteras o aversivas, o que inducirá un estado emocional positivo.
- C. La lesión intencional está asociada con al menos dos de los siguientes criterios:
  - 1. Pensamientos o sentimientos negativos, como depresión, ansiedad, tensión, enojo, aflicción generalizada o autocrítica que preceden de manera inmediata la conducta de autolesión.
  - 2. Preocupación inmediatamente antes de incurrir en el acto de que la conducta a realizar es difícil de resistir o evitar.
  - 3. Impulsos frecuentes de realizar la autolesión, incluso sin que se actúe sobre éste.

- D. Las lesiones no son socialmente aprobadas, y tampoco se trata de comportamientos autolesivos menores.
- E. La conducta y sus consecuencias tienen un impacto clínicamente significativo en una o más áreas de funcionamiento, como la laboral, académica, interpersonal, etc.
- F. El comportamiento autolesivo no ocurre exclusivamente durante un estado de psicosis, delirio, intoxicación o abstinencia. Asimismo, en personas con trastornos del desarrollo, la conducta no es parte de un patrón de movimientos estereotipados. Las lesiones autoinfligidas no se deben a otro trastorno mental o médico.

A pesar de que no hay un acuerdo general o global con respecto a la definición de este concepto, las expuestas en este apartado son las más comunes y las más utilizadas en la investigación y en la práctica clínica. En general, se considera que la conducta autolesiva consiste en la acción de lastimarse a uno mismo físicamente de manera repetitiva y utilizando un método que es socialmente inaceptable. La lesión genera un daño leve o moderado y puede estar vinculado o no al deseo de quitarse la vida. Asimismo, en ocasiones se encuentra asociado a algún trastorno psiquiátrico, pero en los últimos años, se ha detectado que esta conducta se presenta más frecuentemente, sobre todo en adolescentes, independientemente de un diagnóstico. El hecho de que haya tantas diferentes formas de explicar el concepto trae como consecuencia la necesidad de determinar clara y concretamente la forma en la que se definirá el concepto específicamente para una investigación y para la medición de su prevalencia. Información sobre este tema se presenta en el siguiente subtema.

### **Prevalencia.**

Tener datos precisos sobre la prevalencia de la conducta autolesiva es una tarea compleja. Muchas personas que lo hicieron en algún momento de su vida no lo mencionan, a menos de que se les pregunte directamente. Además, las diferencias en las formas de definir el concepto también complican su medición, pues hay estudios que consideran a los intentos suicidas como conductas autolesivas; o bien, también hay estudios en donde sólo consideran cierto tipo de lesiones físicas; y otros que incluyen no sólo heridas físicas, sino manifestaciones psicológicas de autodestrucción (Castro et al., 2014). Asimismo, usualmente esta información se obtiene de reportes médicos o policíacos, los cuales normalmente tienen registro de los casos más severos y no necesariamente de los casos en los que las autolesiones

son repetitivas y generan heridas leves (Suyemoto, 1998). El estudio de su prevalencia ha sido centro de atención durante varias décadas, pero, en general, los resultados que se obtienen son sumamente variables entre una investigación y otra, incluso en poblaciones similares (Swannell, Martin, Page, Hasking, & St. John, 2014).

Para combatir estas diferencias, Swannell et al. (2014) realizaron una revisión de la literatura (119 estudios llevados a cabo entre 1990 y 2012) sobre el tema y con base en ésta, detectaron qué tanto impactan los factores metodológicos de cada investigación en la heterogeneidad de los datos, exploraron los cambios de la conducta autolesiva a través del tiempo y estimaron una prevalencia universal general. Esta revisión de la prevalencia arrojó un rango que va de 1.5% a 54.8% en la población mayor a los 10 años. El 48.4% de estas investigaciones fue realizada con adolescentes (10 a 17 años), 43% con adultos jóvenes (18 a 24 años) y sólo el 8.6% estudió este comportamiento en adultos (mayores de 25 años). En el 94.7% de los casos se utilizaban las cortadas como el principal método autolesivo, pero también se detectaron otros métodos como quemaduras (78.9%), rascarse en exceso (58.9%), mordeduras (50.5%), interferir con el proceso de cicatrización de heridas (48.4%) y golpearse la cabeza. También se encontró que esta conducta es más común en mujeres (13.8-28.8%) que en hombres (10.1-25.6%), pero la diferencia no es significativa. Tampoco identificaron diferencias significativas entre zonas geográficas. Según éstos y otros resultados analizados, los autores propusieron que la prevalencia de la conducta autolesiva sin intencionalidad suicida es de 17.2% (8-26.3%) en adolescentes, 13.4% (4.5-22-3%) en adultos jóvenes y 5.5% (1.7-16.3%) en adultos. Con respecto al aumento en la prevalencia entre 1990 y 2012, los autores no llegaron a una respuesta fehaciente, pues a pesar de que sí notaron un incremento, concluyeron que éste podría deberse a los métodos de medición de la conducta. Por otro lado, cabe mencionar que, aunque la prevalencia de las autolesiones parece ser alta, sobre todo en adolescentes, la mayoría de los que presentan la conducta lo hacen durante un corto periodo y con baja frecuencia. Pero también hay un grupo de individuos que la presentan de manera recurrente y se mantiene durante largos lapsos. Brunner et al. (2014) consideran que los segundos están asociados con una mayor cantidad e intensidad de problemas psicológicos. En lo que respecta a la edad de inicio de las autolesiones, también se vislumbra una disparidad en los resultados; sin embargo, en varias investigaciones realizadas alrededor del mundo, se ha detectado que la edad de aparición de esta conducta

está entre los 10 y los 12 años, pero que es a los 16 cuando se presentan con más frecuencia (Albores et al., 2014; Brunner et al., 2014; Castro et al., 2014; Kirchner et al., 2011; Lloyd-Richardson et al., 2007). Wilkinson (2011) hizo una distinción entre la prevalencia de autolesiones en población comunitaria y la clínica. En la primera, el rango va de 13 a 28%, lo cual coincide con los resultados de Swannell et al. (2014); en la segunda, el 40 al 80% presentó este comportamiento. Con respecto a la reincidencia, el 70-93% repite la conducta tres o más veces, mientras que sólo el 7-29% presenta sólo un episodio (Wilkinson, 2011).

Específicamente en México, la mayoría de la investigación que se realiza con el objetivo de conocer la prevalencia en el país no distingue entre los intentos suicidas y las autolesiones sin intencionalidad suicida. Por esta razón, Albores et al. (2014) realizaron un estudio con el propósito de conocer la prevalencia de las autolesiones tomando en cuenta tres diferentes maneras de definir el concepto:

1. De acuerdo con los criterios expuestos en el DSM-5;
2. A partir de un criterio amplio, es decir, con base en la respuesta dada al reactivo 51 “¿Te lastimas sin la intención de quitarte la vida?”, de la cédula de autolesiones (instrumento diseñado con base en los criterios del DSM-5 cuyo objetivo es explorar la prevalencia de autolesiones con y sin intencionalidad suicida);
3. Y con prevalencia al mes, seis meses y un año, de acuerdo con las respuestas dadas a los reactivos 42 “¿En el último mes te has lastimado una a tres veces?”, 43 “¿En los últimos seis meses te has lastimado una a tres veces?” y 44 “¿En el último año te has lastimado cinco o más veces?”.

Se trabajó con 533 adolescentes de 11 a 17 años, de los cuales el 54% eran mujeres. La prevalencia de autolesiones sin intencionalidad suicida según la primera definición (criterios del DSM-5) fue del 5.6%. De acuerdo con la segunda definición (criterio amplio), el 17.1% de los adolescentes presentaron la conducta. La prevalencia en el último mes fue de 9.9%; en los últimos seis meses, del 11.6%; y en el último año, de 12.6%. La edad de inicio para la muestra total fue de 11.9 (DE = 1.39). En lo que respecta a los métodos de autolesión, el más común fue hacerse cortes en la piel (22.5%), seguido de interferencia de la cicatrización (22.3%) y, en tercer lugar, mordidas (20.3%). Además, las mujeres también reportaron recurrir a pellizcos y usar objetos para marcar la piel. Las zonas corporales más

comunes para autolesionarse fueron antebrazos y muñecas (16.9%), brazos y codos (8.4%) y muslos y rodillas (6.4%). Es importante mencionar que estos resultados deben manejarse con cautela, pues la muestra incluyó sólo a adolescentes que asistían a la escuela, y no exploró lo que sucede con los que no estudian o abandonaron la formación académica, quienes, se sabe que se autolesionan con mayor frecuencia y cronicidad (Brunner et al., 2007 como se citó en Albores et al., 2014).

A pesar de ser un problema de salud importante tanto en México como en el resto del mundo, la mayoría de los adolescentes que presentan la conducta no solicitan ni reciben la ayuda y atención de un profesional que pueda atender este conflicto (Brunner et al., 2014). Asimismo, la investigación ha demostrado la necesidad de mejorar las formas de intervenir para tratar esta problemática. Sin embargo, lo anterior difícilmente se podría lograr si no se tiene un entendimiento de por qué una persona recurre a estas acciones. Las razones más comunes por las cuales las personas optan por autolesionarse, así como los rasgos que mantienen la conducta, se explican con mayor detalle a continuación.

### **Etiología y fenomenología**

En el esfuerzo que se ha hecho a lo largo de los años por entender este comportamiento, la investigación se ha concentrado en detectar las posibles funciones que cumplen las autolesiones en una persona (Bresin & Gordon, 2013). Muchos adolescentes que se lastiman a sí mismos lo hacen como un intento por regular sus emociones, principalmente emociones negativas o que tienen una consecuencia aversiva en ellos. Cuando esto se da así, usualmente proviene de una dificultad para adoptar estrategias de afrontamiento funcionales o adaptativas (Castro et al., 2014; Mikolajczak, Petrides, & Hurry, 2009). La regulación emocional ha sido definida como un proceso que involucra el monitoreo, la evaluación y la modificación de los estados emocionales (ya sean positivos o negativos) y por medio del cual se pueden alcanzar metas propias (Compas et al., 2001; González et al., 2016). La disfunción de ésta se asocia a una buena cantidad de patologías emocionales y conductuales, entre las que se encuentra el comportamiento autolesivo. De esta forma, la desregulación emocional puede considerarse como un importante factor etiológico que provoca la aparición y el mantenimiento de esta conducta, la cual es utilizada para reducir la experiencia emocional

negativa y producir un alivio temporal del sufrimiento emocional (González et al., 2016), principalmente cuando la persona no cuenta con adecuadas estrategias de afrontamiento.

La anterior no es la única explicación que se ha propuesto sobre la función y la etiología de las autolesiones. A lo largo de los años, se han realizado muchas investigaciones en torno a este tema específico, principalmente buscando establecer bases empíricas que sustenten diferentes formas de tratamiento e intervención (González et al., 2016). Para Rodríguez et al., (2007) el autodaño está estrechamente relacionado con vivencias de culpa o castigo, así como con vivencias de alivio de estados emocionales percibidos como muy dolorosos, como urgencia ante niveles altos de ansiedad, e incluso, con estados disociativos en los que las lesiones ayudan a romper la disociación. Doctors (2007) considera que este fenómeno es independiente de un intento suicida, es decir, que cuando una persona se realiza alguna lesión, no debe interpretarse como si lo estuviera haciendo para terminar con su vida. Sin embargo, destacó que, la autolesión, aunque sea leve, puede ser mortal, incluso sin tener la intención de serlo, o puede evolucionar a lesiones más severas que incrementan la probabilidad de muerte. Para la autora, la conducta autolesiva es una reacción hacia una experiencia psicológica amenazante y la autolesión es percibida como la solución por la persona, al mismo tiempo que es vista como problemática por los observadores (padres, amigos, pareja, profesores, etc.). Nader y Boehme (2003) complementan el conocimiento que se tiene de este fenómeno explicando que se puede tratar de un evento rutinario o azaroso, relacionado con estados emocionales intensos y que, la persona que los vive siente que “va a explotar” si no logra canalizar esas emociones. A esto, le sigue un acto impulsivo que permite que “fluyan” las emociones y el dolor psicológico intolerable a través del cuerpo, lo cual, a su vez, produce alivio y la sensación de un bienestar que, si bien es inmediato, es transitorio y, usualmente, le siguen sentimientos de culpa y vergüenza. Estos mismos autores también citan a Favazza (1996 como se citó en Nader & Boehme, 2003) agregando que los bajos niveles de serotonina (neurotransmisor que, entre otras cosas, regula impulsos agresivos) impacta de manera importante en el desarrollo de esta conducta. Además, ante el dolor, el cuerpo secreta péptidos opiáceos que producen una sensación de placer y que tienen un carácter adictivo. Posiblemente, esto es lo que ocurre al momento de la autolesión, razón por la cual, muchas personas sienten placer u otras sensaciones “positivas” al momento de cometer el acto, y que no pueden dejar de hacerlo. Por otro lado, Manca (2011) explica que

las autolesiones se presentan por una falta de control de impulsos, por aumento de la tensión y por una sensación de alivio que viene como consecuencia de la lesión o herida. Para Taboada (2007 como se citó en Sánchez & Hernández, 2014), las autolesiones son una forma de utilizar el cuerpo como lenguaje y con las cuales se pueden expresar sentimientos y comunicar la propia identidad. Según este autor, los motivos por los que alguien se autolesiona son: escapar de una angustia, huir de un problema, modificar el comportamiento de otros, mostrar desesperación, como venganza, aliviar tensión emocional, buscar ayuda, cambiar un dolor psicológico por uno físico, bloquear recuerdos aversivos y autocastigarse.

Con base en una revisión de la literatura empírica sobre las razones o las motivaciones detrás de las autolesiones, Klonsky (2007) identificó y sintetizó siete funciones que podría cumplir esta conducta, y que fueron analizadas repetidamente por distintos autores e investigaciones. Estas siete funciones se describen a continuación:

1. Regulación afectiva: el acto autodestructivo busca aliviar afectos negativos o aversivos. Linehan (1993 como se citó en Klonsky, 2007) explica que, cuando una persona nace y crece en un ambiente invalidante, aprenderá estrategias desadaptativas o disfuncionales para lidiar con el estrés emocional. Si lo anterior se mezcla con una predisposición biológica a la inestabilidad emocional, la persona será menos capaz de lidiar con sus emociones y, por lo tanto, tenderá a utilizar las autolesiones como una estrategia disfuncional de regulación emocional.
2. Anti-disociación: la conducta se utiliza como respuesta a algún episodio de despersonalización o disociación. Éstos suelen ocurrir como resultado de eventos muy intensos emocionalmente que provocan que la persona se sienta adormecida, vacía, irreal, o que manifieste “no sentir nada”. El ver la sangre o sentir dolor ayuda a salir del shock y a recuperar el sentido de sí mismo.
3. Anti-suicidio: las autolesiones reemplazan o ayudan a evitar el impulso de cometer un suicidio, es decir, se trata de una estrategia de afrontamiento hacia la urgencia de quitarse la vida. Con ésta, se logra la expresión de deseos destructivos y suicidas, pero sin llegar a un riesgo de muerte.
4. Influencia interpersonal: la conducta autolesiva es utilizada para influir en o manipular a otras personas, aunque quien se lastima no necesariamente es consciente

del efecto que esta acción tiene en otros. Se considera que las autolesiones son peticiones de ayuda, formas de evitar el abandono o intentos de ser tomado más en serio por sus seres queridos. Asimismo, también se relaciona con un fenómeno de contagio social y una presión ejercida por pares para lograr satisfacer un sentido o necesidad de pertenencia a un grupo, principalmente en adolescentes mujeres (Hawton, Saundres, & O'Connor, 2012). Al llevar a cabo el acto, la persona es incluida y considerada como parte del grupo, es decir, se acepta y normaliza esa conducta, lo cual fomenta que se repita con frecuencia (Wilkinson, 2011).

5. Límites interpersonales: a través del autodaño se busca reafirmar los límites de uno mismo, es decir, marcar la diferencia entre uno y los demás. Los autores que explicaron esta función consideran que las personas que se autolesionan carecen de un sentido normal del sí mismo debido a un vínculo materno inseguro, lo que provoca que no se logre la diferenciación o individuación. Asimismo, entienden a la piel como lo que separa al individuo del ambiente y/o de otras personas, por lo que hacerle marcas implica intentar diferenciarse de los demás y afirmar la propia identidad o autonomía.
6. Autocastigo: se utiliza la autolesión como forma de expresar enojo hacia sí mismo. Linehan (1993 como se citó en Klonsky, 2007) afirmó que las personas que llevan a cabo este comportamiento aprendieron de su entorno que debían castigarse o invalidarse a sí mismos. Ellos consideran que lo merecen, por lo que llevarlo a cabo genera una sensación de alivio, como si se tratara de un analgésico.
7. Búsqueda de sensaciones: la acción autodestructiva ayuda a generar sensaciones de excitación, regocijo o placer, similares a las que se generan al realizar deportes extremos. Esta función ha sido poco estudiada tanto a nivel teórico como empírico.

En el estudio realizado por Albores et al. (2014) con población mexicana, encontraron que los principales precipitantes de esta conducta fueron tener sentimientos o ideas de coraje, sentimientos negativos, y sentimientos o ideas depresivas, todos ellos de manera previa. También se reportaron otros precipitantes, como sentir altos niveles de estrés y ansiedad, tensión, autocrítica, resistencia previa y necesidad de realizar el acto. En esta misma investigación, los autores exploraron qué es lo que los adolescentes experimentaban después de llevar a cabo la conducta, es decir, la respuesta contingente. Los resultados demostraron

que muchos lo hacen con la intención de reducir sentimientos negativos, alcanzar la sensación de liberar dificultades personales y disminuir los niveles de tensión que están experimentando por algún conflicto. No obstante, la mayoría de los adolescentes afirmaron desconocer el motivo por el cual lo hacen. Otros contestaron que se autolesionan por desesperación y como castigo. En menor medida, los actos autodestructivos son utilizados por los jóvenes para asustar a otros, para llamar la atención, como manipulación o chantaje, como medio para comprobar afecto y con la intención de pertenecer a un grupo. Finalmente, los autores también detectaron un componente adictivo, es decir, que a pesar de que los adolescentes tuvieran el deseo de dejar de lastimarse, se sentían con una necesidad incontrolable de hacerlo y con la incapacidad de detenerse, sobre todo en las mujeres.

El trabajo teórico, clínico y empírico, tanto en México como en el mundo, parece indicar que las autolesiones constituyen una estrategia de regulación emocional que se utiliza ante un afecto negativo intenso (como enojo, ansiedad, culpa, soledad, odio, tristeza) con la intención de reducir este afecto. Sigue siendo necesario clarificar los mecanismos a través de los cuales funcionan las autolesiones, pero, al parecer, éstas pueden desarrollarse por medio de tres “camino”: la evitación de emociones indeseables, es decir, distraerse de emociones intolerables; la materialización de esas emociones, o sea, convertirlas en algo tangible por medio del dolor físico; o alterarlas, por medio de la liberación de endorfinas y otros opiáceos (Mikolajczak et al., 2009; Nader & Boehme, 2003). A pesar de que las autolesiones son eficientes de manera inmediata para disminuir el afecto negativo, esto no las aleja de ser una estrategia desadaptativa y disfuncional que, a largo plazo, puede traer una serie de consecuencias perjudiciales, incluyendo un más elevado nivel de riesgo de suicidio. El hecho de que un adolescente muestre señales de desregulación emocional, así como de ausencia de estrategias de afrontamiento funcionales puede interpretarse (con cautela) como un predictor de esta conducta y como un factor de riesgo que fomente la aparición de ésta. De esta forma, las autolesiones son utilizadas como mecanismos de afrontamiento desadaptativos o disfuncionales frente al estrés, implicando, en sí mismas, una estrategia para aliviar la angustia y el malestar emocional, pero con consecuencias físicas y psicológicas poco benéficas para el individuo (González et al., 2016).

Además de esto, la investigación también ha detectado otras variables que, dependiendo de sus características, pueden favorecer la aparición del comportamiento autolesivo, o bien, proteger al individuo de que las presenten. Los principales factores de riesgo y protección detectados en la literatura se presentan en el siguiente apartado.

### **Factores de riesgo y protección asociados a la conducta autolesiva en adolescentes.**

Similar a lo que ocurre con otras conductas de riesgo como la conducta suicida, los factores de riesgo y de protección que favorecen y limitan la aparición de las autolesiones en una persona son muy variados y pueden clasificarse de la manera en la que se expone en los siguientes subapartados. Es importante mencionar que algunos resultados que se han encontrado sobre este tema son contradictorios entre una investigación y otra, hecho que lleva a pensar que algunos factores externos pueden considerarse tanto protectores como de riesgo con base en la presencia o ausencia de otros factores internos, es decir, que los externos actúan sólo en función de ciertas variables individuales, las cuales parecen determinar la diferencia entre interpretar algún evento como traumático o tolerable (González et al., 2016).

#### ***Personalidad, rasgos individuales y factores cognitivos.***

Se ha visto que existen ciertas características individuales que, si están presentes en un individuo, lo hacen más propenso y vulnerable a que recurra a esta conducta. Algunas de estas características son la impulsividad, una baja autoestima, tener un estilo cognitivo de atribuciones internas negativas, déficit de habilidades emocionales, la tendencia al autocastigo y autocrítica severa, hipersensibilidad a la opinión de otros y una intensa necesidad de perfección (Albores et al., 2014; Castro et al., 2014; González et al., 2016; O'Connor & Nock, 2014; Wilkinson, 2011; Zetterqvist, 2015). La presencia de sintomatología psicopatológica es otro factor de riesgo que se vincula con la conducta autolesiva. Se ha detectado que está principalmente asociada a trastornos alimentarios, trastorno límite de la personalidad, depresión, ansiedad, trastorno bipolar y trastorno por estrés postraumático (González et al., 2016; Wilkinson, 2011). Aunado a lo anterior, el consumo de sustancias en adolescentes también favorece la aparición de esta conducta (Hawton et al., 2012).

Por otro lado, existe una relación entre la conducta autolesiva y el tipo de afrontamiento utilizado por adolescentes. La conducta autolesiva está asociada a un elevado uso de estrategias de evitación y enfocadas en la emoción, como beber alcohol y evitar buscar apoyo social (Andover et al., 2012; Castro et al., 2014; Mikolajczak et al., 2009). Por lo tanto, los adolescentes con mayor riesgo de presentar esta conducta son los que, ante dificultades, se resignan, las aceptan sin luchar, no piensan de forma realista en el problema y descargan sus sentimientos, es decir, la sobreutilización de estrategias de afrontamiento evitativas es un factor de riesgo. En cambio, los que intentan resolver los problemas de forma realista, buscan orientación y guía en los demás, reevalúan positivamente la situación, hablan con otras personas y reflexionan sobre la experiencia previa, difícilmente presentarán esta conducta (González et al., 2016). En otras palabras, el hacer uso de estrategias de afrontamiento de aproximación (o respuestas de afrontamiento comprometidas, según el modelo propuesto por Connor-Smith y Compas, 2004) es un factor protector en adolescentes (Castro et al., 2014, Kirchner et al., 2011). Algunos autores afirman que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los jóvenes, y especialmente por las mujeres, quienes tienden a recurrir a estrategias focalizadas en la emoción y menos activas, pueden mantener o incrementar el malestar emocional, es decir, hacer uso de estas estrategias desadaptativas es un factor de riesgo. Por esta razón, se proponen intervenciones en las que se entrenen a las adolescentes en el uso de estrategias de afrontamiento funcionales, activas, basadas en la aproximación al conflicto y que sustituyan al afrontamiento evitativo u otras estrategias disfuncionales (Castro et al., 2014; Compas et al., 2001; Kirchner et al., 2011; Mikolajczak et al., 2009).

Aunado a lo anterior, el contar específicamente con habilidades de solución de problemas dentro de su repertorio de estrategias de afrontamiento y tener la auto percepción de que cuentan con los recursos necesarios para afrontar situaciones estresantes (o sea, autoeficacia) son factores que protegen a los adolescentes de presentar conductas autodestructivas (González et al., 2016; Kirchner et al., 2011). En cambio, los adolescentes que se autolesionan, tanto hombres como mujeres, no son capaces de obtener la información del medio que necesitan para resolver algún evento estresante. Cuando esto se combina con una dificultad o incapacidad de planeación, el joven cuenta con un menor número de alternativas de solución, dejándolos vulnerables a adoptar a la autolesión como estrategia de afrontamiento (González et al., 2016).

Finalmente, algunas otras características que cumplen con un papel protector son la religiosidad o espiritualidad, el optimismo, altos niveles de autoestima, la autoeficacia (Gratz et al., 2005; Hawton et al., 2012).

### ***Factores sociales/familiares***

El entorno familiar es un rasgo que puede influir de manera importante en el desarrollo de conductas autolesivas. Las familias con reglas muy estrictas y en donde se reprime la expresión emocional o también las familias aglutinadas y con padres intrusivos no permiten una adecuada diferenciación y reconocimiento de los sentimientos y percepciones propias. Ambos son ambientes facilitadores para el desarrollo de la conducta autolesiva (Nader & Boehme, 2003). La presencia de psicopatología en los padres también es un factor de riesgo importante (Gratz et al., 2005; Wilkinson, 2011). En cambio, cuando la familia fomenta la autonomía y diferenciación del adolescente, sin señalar ni retirar el apoyo, la probabilidad de que presente conductas autodestructivas es menor.

El apoyo no sólo debe provenir de la familia, sino también de otros ambientes en los que una persona está inmersa. El que alguien se sienta querido, valorado y estimado por otros resulta muy significativo y puede protegerlo de presentar esta conducta de riesgo. Por otro lado, específicamente en adolescentes, los que presentan conducta autolesiva reportan menos apoyo social percibido, menos comunicación o pertenencia a la familia, a los compañeros y a otras personas importantes, así como un mayor aislamiento social (González et al., 2016). De hecho, algunos autores afirman que el disponer de apoyo social y familiar favorece una mayor flexibilidad cognitiva para afrontar el estrés y mejorar los niveles de autoestima.

Otro factor psicosocial que ha sido estudiado y que está relacionado con la presencia de autolesiones, principalmente en adolescentes, es el modelado o imitación de la conducta. La investigación ha demostrado que los adolescentes que se autolesionan suelen tener a su alrededor familiares, amigos o compañeros que también lo hacen (González et al., 2016), o bien, que intentan pertenecer a un grupo que realiza esta conducta. No obstante, en ocasiones las autolesiones también se utilizan como medio de comunicación de la identidad, por lo que un adolescente que se sienta señalado socialmente o muy confundido con respecto a su identidad también está en riesgo de recurrir a las autolesiones como forma de diferenciarse (González et al., 2016).

### ***Sucesos de vida como factores de riesgo o protección.***

Algunos sucesos o eventos específicos percibidos o interpretados como estresantes también son factores clave que favorecen la aparición de conducta autolesiva. Ejemplo de éstos son tener un antecedente de trauma, en especial la presencia de abuso sexual repetido y exposición de la persona a otros tipos de actos violentos, como secuestros, amenazas de secuestro, homicidios, amenazas de muerte, extorsión, desplazamientos forzados de las familias por causas violentas, maltrato físico, y acoso escolar. (González et al., 2016; Nieto, 2017; Rodríguez et al., 2007). Asimismo, hay otros acontecimientos que, si bien no necesariamente son violentos, son vividos por los adolescentes como impactantes, como es el divorcio o separación de los padres, la muerte de algún familiar o ser querido, y el propio paso por las diferentes etapas y transiciones del ciclo vital individual y familiar (Hawton et al, 2012; Sánchez & Hernández, 2014; Wilkinson, 2011).

### **Relación entre conducta suicida y conducta autolesiva**

A pesar de que el comportamiento autolesivo es conceptualmente diferente del suicidio (etiológica y fenomenológicamente, así como también en cuanto a intención, repetición y letalidad), hay muchos estudios que demuestran una relación estrecha entre ambos y se ha determinado que las autolesiones son un claro factor de riesgo para los intentos suicidas (Andover et al., 2012; Brent, 2011; González et al., 2016; Kirchner et al., 2011; Lloyd-Richardson et al., 2007; Spirito et al., 1996; Wilkinson, 2011). De hecho, tras un acto autodestructivo, el riesgo de cometer un intento suicida oscila entre el 0.5 y el 2% en el año siguiente (Lloyd-Richardson et al., 2007). En una investigación realizada por Kirchner et al. (2011) con 1,171 alumnos españoles de entre 12 y 16 años, se detectó que el 58% de los adolescentes que habían tenido ideación suicida también habían efectuado un acto autolesivo, y que éstos tenían doce veces más probabilidades de autolesionarse en comparación con los adolescentes que no presentaban ideación. Sus resultados también indicaron que los adolescentes con conductas suicidas tienen un patrón de afrontamiento muy parecido al de los que presentan actos autodestructivos.

En un estudio llevado a cabo por Vallejo et al. (2016) en el que se trabajó con adolescentes mexicanos de 11 a 16 años de tres regiones distintas del país, encontraron que realizarse cortadas fue el método más común al cual recurrían para intentar quitarse la vida.

Estos datos no concuerdan con lo reportado por el INEGI (2017), en donde las lesiones por cortadas no se detectaron como principal método. Posiblemente esto se deba a que, frecuentemente, se da por hecho que la acción de realizarse cortadas en la piel es una conducta autolesiva sin intencionalidad suicida. Por esta razón, no se contabilizan como intentos suicidas al momento de hacer investigación epidemiológica del suicidio, pero es común que los adolescentes tengan el deseo de quitarse la vida al momento de autolesionarse, o que se muestren ambivalentes hacia la idea, es decir, que tengan el pensamiento de que, si mueren o sobreviven como consecuencia del acto, “no importa”.

La asociación entre ambos fenómenos es compleja, pero, con base en la revisión bibliográfica realizada para este trabajo, parece que sí hay un consenso general de que el suicidio y las autolesiones están relacionados de manera significativa. De acuerdo con un análisis de la literatura realizado por Zetterqvist (2015), algunos estudios longitudinales recientes han encontrado que la conducta autolesiva sin intencionalidad suicida predice un intento suicida posterior, principalmente en adolescentes, y que la co-ocurrencia de ambos puede comprenderse a partir de considerar a las autolesiones como un factor que incrementa el riesgo de que una persona presente conductas suicidas. De esta forma, este autor propone diferenciar entre conductas autolesivas con y sin intencionalidad suicida con base en la letalidad, el método, la intención, la prevalencia, la frecuencia y su función, con el objetivo de entender mejor este fenómeno y facilitar su estudio.

En general, la investigación que ha arrojado resultados con respecto a la relación entre ambos conflictos se ha centrado en identificar otros rasgos, es decir, el encontrar esta asociación no es el principal objetivo, sino que buscan identificar factores de riesgo, prevalencia, fenomenología y etiología, etc. No obstante, como se mencionó anteriormente, son muchos los estudios que han encontrado esta fuerte asociación, razón por la cual se ha convertido en un asunto prioritario en la investigación de la psicología clínica. Seguir enriqueciendo el conocimiento que ya se tiene al respecto podría impulsar a que se hallaran más y mejores evidencias acerca de la co-ocurrencia de las autolesiones y el suicidio, lo cual, a su vez, podría ayudar a determinar cuándo y por qué cambia la intencionalidad de las autolesiones de no suicidas a suicidas, momento en el cual la persona se encuentra en mayor riesgo de terminar con su vida (González, et al., 2016). Además, podría contribuir en el

desarrollo de intervenciones en las que la atención se centre en atender la conducta autolesiva como forma de prevenir el suicidio adolescente. En el siguiente capítulo, se abordarán las principales maneras en las que se ha intentado combatir este problema de salud pública, así como los antecedentes con base en los cuales se desarrolló la intervención realizada para este trabajo.

## **Capítulo 4. Intervención en adolescentes con autolesiones y riesgo suicida**

### **Antecedentes**

En los últimos años, la OMS ha enfocado gran parte de su trabajo en el desarrollo de intervenciones para la prevención y el tratamiento de algunos trastornos mentales considerados prioritarios con base en los siguientes criterios: la carga que representan, en cuanto a mortalidad, morbilidad y discapacidad; los costos económicos que generan; y su asociación con violaciones a derechos humanos (OMS, 2017). El suicidio y las lesiones autoinfligidas, junto con la depresión, psicosis, epilepsia, demencia, trastornos por el consumo de sustancias y trastornos mentales y conductuales en niños y adolescentes, forman parte de estos trastornos prioritarios que es de vital importancia atender a nivel mundial. Para ello, esta organización creó un programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental, conocido como mhGAP con el objetivo de asegurar que la intervención a la que se recurra para tratar estas problemáticas sea de calidad y basada en evidencia (OMS, 2017). A través de este programa, la OMS dio a conocer una guía modelo (GI-mhGAP) que sirve como herramienta para que personal no especializado pueda prestar atención o determinar cuándo es necesario recurrir a especialistas.

No obstante, la OMS destaca la necesidad de adaptar las propuestas a las situaciones y necesidades nacionales o locales específicas. Desde hace tiempo, algunos investigadores han publicado sus puntos de vista con respecto a lo que se ha probado que genera resultados favorables en el tratamiento del riesgo suicida y la conducta autolesiva en adolescentes. Cabe destacar que, para generar una propuesta de intervención, primero se debe analizar y entender la función que las autolesiones están cumpliendo en el adolescente que las está llevando a cabo. Según González et al. (2016), esta conducta sirve para comunicar aspectos cruciales de la identidad, además de considerarlas un intento de control interpersonal. Tomando en cuanto lo anterior, estos autores plantean la necesidad de intervenir por medio de un tratamiento dirigido a entrenar y fortalecer habilidades de regulación emocional, habilidades interpersonales y validación, así como prestar atención a los esfuerzos de señalización social. Asimismo, destacan la importancia de profundizar, en futuras investigaciones, acerca de la función social de las lesiones autoinfligidas.

En general, la mayoría de los estudios sobre este tema ponen énfasis en la función de autorregulación afectiva/cognitiva que cumplen estos comportamientos: la autolesión ayuda a disminuir un estado aversivo interno o a aumentar un estado deseado. Por ello, varios autores proponen que las intervenciones no sólo deben enfocarse en disminuir o eliminar los factores que ponen en riesgo al adolescente de presentar esta conducta, sino también se deben generar competencias emocionales y estrategias de afrontamiento que ayuden a que la persona pueda hacerle frente al estrés de una manera favorable o adaptativa, así evitando que se recurra a las autolesiones como la única solución para disminuir el malestar (González et al., 2016). Algunos estudios han demostrado que el uso de técnicas de la terapia cognitivo-conductual tienen una alta efectividad en el tratamiento de esta problemática (Hawton et al., 2012; Mollá et al., 2015; González et al., 2016), principalmente la terapia de solución de problemas, la cual implica un entrenamiento en una serie de habilidades y actitudes necesarias para promover una resolución activa y eficaz de conflictos (Mollá et al., 2015; Oblitas, 2011). Para lograr este objetivo, la terapia de solución de problemas sigue tres líneas de trabajo:

1. Fomentar el desarrollo de una orientación positiva y disminuir la negativa al momento de tener que lidiar con un problema.
2. Entrenar una forma racional de solucionar conflictos.
3. Reducir la tendencia a evitar los problemas, así como la impulsividad ante la toma de decisiones.

Sin embargo, en una revisión realizada por Mollá et al. (2015), se identificó que, en la actualidad, hay una preferencia hacia las intervenciones breves, poco costosas y centradas en entrenamiento de habilidades muy específicas, pero que resultan ineficientes, o que dejan fuera otros factores que también influyen en la presencia de las autolesiones. Estos autores afirmaron que, para poder mejorar el tratamiento, se necesitan establecer definiciones consistentes y aceptadas de este concepto. Además, agregan que debe de ser de suficiente intensidad y duración y estar basado en lo que dice la literatura, destacando la sobriedad, los procesos familiares y de soporte.

En la búsqueda de la intervención que evidencie los mejores resultados, se han desarrollado manuales, programas, técnicas y tratamientos diferentes que, en general, han

demostrado resultados positivos. Ejemplo de lo anterior es la *Manual-Assisted Cognitive-Behavioral Therapy* (MACT), en la que se integran la terapia de solución de problemas con técnicas cognitivas y estrategias de prevención de recaídas. Su contenido incluye resolución de problemas, ventajas y desventajas de autolesionarse, estrategias cognitivas básicas para gestionar emociones y pensamientos negativos, búsqueda de estrategias de afrontamiento y prevención de recaídas. Esta terapia consiste en una intervención de seis sesiones siguiendo el manual al pie de la letra (Evans et al., 1999; Mollá et al., 2015). No obstante, algunos estudios demostraron que este tratamiento tenía mejores resultados en adultos en comparación con adolescentes. Por tal motivo, Tylor et al. (2011), desarrollaron y probaron un programa llamado *The Cutting Down Program* que consiste en ocho a doce sesiones individuales cuyo contenido incluye un entendimiento de qué son las autolesiones; el fomento del *insight* en las emociones y los problemas; el establecimiento de objetivos; el concepto de cambio; la identificación de pensamientos negativos; habilidades de solución de problemas, asertividad, *mindfulness* (atención plena) y alternativas de solución; revisión de objetivos alcanzados; “botiquín de primeros auxilios”; y habilidades para reforzar el programa. Esta intervención demostró diferencias significativas con respecto a otros tratamientos, así como disminuciones importantes en la frecuencia de las autolesiones y en la intensidad de los síntomas depresivos.

Otra intervención que corresponde al enfoque cognitivo conductual es la desarrollada por Brent et al. (2008 como se citó en Mollá et al., 2015) llamada *Treatment of SSRI-Resistant Adolescent Depression* (TORDIA). Ésta evalúa de forma separada las autolesiones no suicidas y aquellas con intencionalidad, pero sólo incluye pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor y que tienen deficiencias en el inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI). En este tipo de tratamiento, se incluye la reestructuración cognitiva, la activación conductual, así como entrenamiento en habilidades de regulación emocional, sociales y de solución de problemas. Además, de manera paralela, se realizan sesiones con los padres de los adolescentes para aumentar el apoyo y soporte que ofrecen a sus hijos, disminuir el criticismo y mejorar la comunicación familiar. Al evaluar los resultados de este tratamiento, se ha visto que la combinación de sesiones individuales y de orientación para padres es más eficaz para reducir los síntomas depresivos que sólo cambiar la medicación. Los componentes más eficaces de la intervención fueron el entrenamiento en habilidades

sociales y de solución de problemas. Sin embargo, no encontraron diferencias significativas en la disminución de episodios autolesivos.

La modalidad de terapia cognitivo-conductual que ha demostrado mayor evidencia en la disminución de esta conducta es la DBT o terapia dialéctico conductual (González et al., 2016; Mollá et al., 2015; OMS, 2017; Turner, Austin, & Chapman, 2014; Wilkinson, 2011). Al revisar estudios comparativos, los clientes que recibieron una intervención desde la DBT mostraron una disminución significativa no sólo de episodios autolesivos, sino de hospitalizaciones, ideación suicida, síntomas de trastorno límite de la personalidad, depresión, ansiedad y severidad global, especialmente con adolescentes. Esta terapia combina entrenamiento en habilidades, exposición con prevención de respuesta, manejo de contingencias, entrenamiento en solución de problemas y reestructuración cognitiva con estrategias de mindfulness (atención plena), validación y aceptación de la realidad. Además, la DBT parte de la idea de que una persona puede tener visiones opuestas a la vez, por ejemplo, sentir deseos de morir al mismo tiempo que se quiere seguir viviendo. También centra gran parte de su atención en trabajar el compromiso del cliente al cambio. La DBT se ha adaptado para ser aplicada con adolescentes. Dentro de las modificaciones que se realizaron para ser utilizada en esta población, están los grupos multifamiliares de entrenamiento en habilidades, cuyo objetivo es mejorar la generalización y el reforzamiento de las habilidades, y también estructurar un ambiente óptimo para los adolescentes (Rathus & Miller, 2015). Otro de los aspectos novedosos de esta terapia es que combina sesiones individuales con sesiones grupales en las que se lleva a cabo un entrenamiento en habilidades, así como un monitoreo telefónico (Turner et al., 2014). Al investigar la eficacia de la DBT modificada para adolescentes, se encuentra que es muy útil para reducir días de hospitalización, ideación suicida y abandonos del tratamiento. También se vislumbra una reducción de la conducta autolesiva, aunque para determinarlo con certeza, es necesario hacer más investigación (Mollá et al., 2015; Turner et al., 2014; Wilkinson, 2011).

Fuera de la terapia cognitivo-conductual, otros tipos de intervención que se utilizan con frecuencia para tratar esta conducta son:

- Terapia basada en la mentalización, MBT (Bateman & Fonagy, 1999 como se citó en Mollá et al., 2015): es un tratamiento que sigue un manual y que tiene una duración

de un año con sesiones individuales semanales y sesiones familiares mensuales. En esta terapia, se parte del supuesto de que, si no hay capacidad de mentalización, entonces lo negativo es percibido con gran intensidad, lo que eleva sentimientos de depresión y la urgencia/necesidad de distracción. La falta de mentalización también genera aislamiento social. Los creadores de esta terapia encuentran una relación entre las autolesiones y la baja capacidad de mentalización, lo que a su vez provoca dificultades de regulación emocional y para controlar la impulsividad. La terapia busca mejorar la capacidad, tanto del adolescente como de sus familiares, para entender la acción de lastimarse en términos de pensamientos y emociones, lo cual lleva a un aumento del autocontrol y de la regulación emocional. Esta intervención demostró ser eficaz en la disminución de la conducta autodestructiva, los síntomas depresivos y los síntomas del trastorno límite de la personalidad. También demostró un mantenimiento de los cambios en un seguimiento de ocho años.

- Terapia multifamiliar: se basa en el modelo social-ecológico, el cual focaliza las intervenciones en los sistemas que mantienen la conducta autolesiva (Mollá et al., 2015).
- *Developmental group psychotherapy* (DGT): esta intervención está basada en la terapia grupal dialéctico-conductual y en la terapia psicodinámica. Se realiza en ocho sesiones enfocadas en estrategias de solución de problemas, regulación emocional y entrenamiento en habilidades sociales. Además, se trabaja con respecto a las áreas escolar, pares y familiar. También busca trabajar la rabia, depresión y autolesiones. Esta terapia ha mostrado resultados variados con respecto a su eficacia, aunque en general, se encontró una reducción significativa de las autolesiones (Mollá et al., 2015).
- *Emotion regulation group therapy* (ERGT) (Turner et al., 2014): este tipo de terapia tiene una duración de 14 sesiones de tipo grupal concentradas en el desarrollo de habilidades de regulación emocional y de aceptación de la realidad, así como el fortalecimiento de estrategias para identificar metas y valores favorables y perseverar en alcanzarlos. Wilkinson (2011) detectó que la psicoterapia de grupo se asocia con una reducción significativa en la repetición de las autolesiones. Uno de los principales componentes que generan este resultado es la buena comunicación, que incluye

escuchar, hablar y dar consejo. Esto favorece a que el adolescente descargue cierta tensión emocional o el malestar que, usualmente, precede al acto de lastimarse. Este autor hace hincapié en la importancia de que el terapeuta se muestre libre de prejuicios y que no se presente con la idea de que la conducta autolesiva tiene el objetivo de manipular a otros o llamar la atención.

Por otro lado, Hawton et al. (2012) afirman que los tratamientos cuyo objetivo es tratar este conflicto pueden clasificarse en dos tipos: las intervenciones dirigidas a la población general y las enfocadas a grupos de alto riesgo. Dentro de las primeras, se consideran los siguientes:

- Programas de entrenamiento en habilidades dirigidos a ambientes escolares.
- Entrenamiento a “cuidadores” (maestros, compañeros, familiares, etc.).
- Entrenamiento en habilidades para detectar signos de riesgo.
- Restricción de acceso a medios para cometer intentos suicidas o autolesiones.
- Programas y políticas enfocadas en mejorar la manera en la que se comunica el suicidio y las autolesiones en los medios de comunicación.
- Motivación y sensibilización sobre la importancia de buscar apoyo.
- Campañas de conciencia pública.
- Líneas telefónicas de ayuda.
- Fuentes de apoyo en internet.
- Reducción de la estigmatización hacia los problemas de salud mental y hacia la petición de ayuda profesional.

En las intervenciones dirigidas a los grupos de alto riesgo se incluyen las siguientes:

- Intervenciones psicosociales para adolescentes en riesgo de suicidio y autolesiones (adolescentes con síntomas depresivos, adicciones, etc.)
- Evaluación con el objetivo de detectar adolescentes en riesgo.
- Intervenciones psicosociales dirigidas a adolescentes que se han autolesionado.
- Intervenciones farmacológicas.

En general, cualquier intervención que se haga dirigida a este conflicto con adolescentes, debe incluir un trabajo con respecto a la manera en la que se transmite la idea de suicidio o de autolesiones a nivel social, las preocupaciones sobre la orientación sexual, acoso escolar, y fomentar la petición de ayuda profesional, mejorar autoestima y resiliencia.

Los estudios considerados para este trabajo han demostrado que, para cambiar el panorama que se tiene con respecto a este conflicto, es necesario enfocar la energía en tres grandes ejes: entendimiento, intervención y prevención. Con respecto al entendimiento, es vital hacer más investigación para conocer con más exactitud cuáles son las señales que predicen los intentos suicidas; tener más claridad sobre el significado y las funciones de las autolesiones; encontrar mejores estrategias para identificar subtipos de individuos en riesgo de suicidio o autolesiones, con lo que se podría llegar a diseñar intervenciones específicas eficientes; mayor entendimiento sobre los factores que llevan a los adolescentes a dejar de autolesionarse; mayor entendimiento con respecto al contagio social en las autolesiones; y más conocimiento sobre el impacto de los medios de comunicación en el desarrollo de la conducta autolesiva. En cuanto a la intervención, es necesario desarrollar y evaluar nuevas intervenciones psicosociales y farmacológicas que sean aceptables para los jóvenes y eficientes en la reducción de las conductas de riesgo; proponer intervenciones y estrategias innovadoras que tengan el objetivo de disminuir el estigma social hacia las autolesiones, así como de fomentar que los adolescentes busquen ayuda cuando se sientan necesitados, y de fortalecer la adherencia a cualquier tratamiento enfocado en la salud mental; mejorar el acceso a tratamientos de salud mental, especialmente en países en desarrollo; y un mejor manejo de la atención para los jóvenes que pasan de una atención especializada en niños a otra para adultos.

Finalmente, en lo que respecta la prevención, se requiere una protección contra el impacto de los desafíos universales inevitables (como crisis económicas) en la salud mental de los adolescentes; atacar el estigma social que se tiene sobre las enfermedades mentales y los problemas de salud mental; presionar a los medios de comunicación para que tengan un manejo más cuidadoso del suicidio y las autolesiones; implementar políticas públicas que restrinjan el acceso a medios con los cuales se pueden llevar a cabo intentos de suicidio o autolesiones; e intervenir en otros factores de riesgo como lo son el consumo de sustancias y

contextos de violencia/abuso, etc. (González et al., 2016; Hawton et al., 2012; Mollá et al., 2015; Turner et al., 2014; Wilkinson, 2011).

A pesar de las diferencias considerables entre los distintos tipos de terapia hasta ahora expuestos, es posible detectar que, en la mayoría de éstos, hay elementos que se repiten y que, incluso, son considerados agentes vitales para alcanzar el cambio en los adolescentes que presentan estas conductas. Estos elementos van desde la manera en la que se lleva a cabo el tratamiento, hasta las habilidades que se deben de desarrollar y fortalecer por medio de la intervención. Considerando los recursos (humanos, materiales y académicos) con los que se contó para realizar la intervención que se propone en este trabajo, se tomó la decisión de integrar todos estos elementos en común para alcanzar los mejores resultados posibles. En los siguientes apartados, se expone lo que se debe conocer para poder realizar una adecuada integración.

### **Modelo integrativo**

Actualmente, la psicoterapia se ha ido consolidando como una disciplina formal que va evolucionando y tomando fuerza, al grado de contar con más de 400 modelos distintos desde donde se puede entender y desarrollar, con el objetivo de enfrentar la enfermedad mental. Asimismo, la investigación en torno a la psicoterapia y su creciente aceptación social han fomentado que cada vez haya más conocimiento sobre cuál es la mejor manera de enfrentar los problemas de salud mental, desafiando modelos antiguos y proponiendo nuevas estrategias (Feixas & Miró, 1993). Sin embargo, a pesar de contar con mayor conocimiento, esto también provoca una fragmentación que dificulta que, todo ese conocimiento, se integre y se aproveche, pues nacen competencias y rivalidades entre los defensores de un modelo contra los de otros modelos, buscando imponerse como superiores. Gracias a esta lucha, es común que la preocupación real y genuina que se tiene hacia el paciente pase a segundo plano (Feixas & Miró, 1993; Fernández, 1992). Es por razones como éstas que algunos autores consideran que, actualmente, la psicoterapia presenta una gran cantidad de debilidades, como la existencia de múltiples discrepancias metodológicas, epistemológicas, teóricas, paradigmáticas y clínicas (Opazo, 2001 como se citó en Feixas & Miró, 1993; Fernández & Opazo, 2004).

De hecho, gran parte de la investigación en psicoterapia que se realiza se ha centrado en comparar modelos, destacando sus diferencias para tratar de demostrar cuál es mejor. Sin embargo, también ha habido intentos por “construir una aproximación teórica que permita identificar los avances y similitudes entre modelos. Esta tendencia constituye el enfoque de la psicoterapia integrativa” (Cervantes, 2016, p.67). Debido a que, hasta este momento, no se ha demostrado que exista un enfoque adecuado para trabajar con absolutamente todos los problemas, los pacientes y las situaciones, algunos clínicos proponen alternativas que integren distintos enfoques (Cervantes, 2016; Fernández, 1992). Uno de los supuestos del modelo integrativo es la disposición a incorporar los progresos metodológicos que otorguen una mejor confiabilidad a la investigación científica, a su vez que permite que el terapeuta tenga una mayor cantidad de recursos técnicos para aplicar con sus pacientes durante las sesiones (Fernández & Opazo, 2004). Cuando esta tendencia empezó a tomar fuerza, la integración se hacía a partir de un eclecticismo espontáneo que, aunque tuviera buenas intenciones, poco a poco se fue vislumbrando la necesidad de formalizar esta nueva forma de trabajar (Fernández, 1992).

La integración formal en psicoterapia se compone de varias partes: la evidencia clínica, el proceso de investigación y el proceso de aprendizaje del terapeuta que trabaja bajo un modelo particular pero que considera nuevas ideas y técnicas que podría incorporar en un modelo existente. Con base en esto, la psicoterapia integrativa puede definirse como una nueva y particular forma de psicoterapia que se compone de un conjunto de teorías y prácticas clínicas, y en la que se unen conceptos y métodos provenientes dos o más tipos distintos de psicoterapia (Stricker & Gold, 2008). Conforme fue ganando popularidad esta forma de hacer terapia, se fueron identificando cuatro distintos patrones de integración, los cuales se exponen en el siguiente apartado.

### **Tipos de integración.**

Varios autores son los que detectaron las posibles líneas que los clínicos seguían para sintetizar diferentes escuelas de psicoterapia bajo un solo modelo; sin embargo, Feixas y Miró (1993) lograron exponer claramente estas diferentes maneras de hacer integración en su libro *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. De acuerdo con ellos, los patrones que se tienden a seguir son los siguientes:

1. Integración técnica o eclecticismo técnico. En ésta, se pone énfasis en lo técnico, con independencia de lo teórico, es decir, se trata de una selección de técnicas y procedimientos terapéuticos sin importar la teoría desde donde se originaron, con base en lo que se considera que funcionará mejor con un cliente o paciente determinado. La selección de estas técnicas se puede hacer a partir de alguna de las siguientes líneas:

- Eclecticismo técnico pragmático: el único criterio de selección es el nivel de eficacia que han demostrado empíricamente.
- Eclecticismo técnico de orientación: las técnicas son seleccionadas en función de lo que el cliente necesita y de acuerdo con los criterios establecidos desde una teoría concreta.
- Eclecticismo técnico sistemático: la selección se hace por medio de una lógica sistemática o esquema básico que indica qué técnicas deben utilizarse dependiendo al tipo de cliente con el que se está trabajando.

La integración técnica tiene ciertas desventajas relacionadas con el hecho de que no involucra ningún tipo de avance conceptual ni tiene una lógica que integre, además de que se corre el riesgo de ser incoherente (Feixas & Botella, 2004, como se citó en Cervantes, 2016).

2. Integración teórica. En esta forma de integrar, se espera que el resultado de la combinación de dos o más psicoterapias sea mejor que el que aporta cada una de esas psicoterapias por separado. Es decir, se busca crear un marco conceptual que conjunte los mejores elementos de dos o más aproximaciones psicoterapéuticas. Esta integración de lo teórico engloba, a su vez, una integración de técnicas, y se puede hacer de diferentes formas:

- Integración teórica híbrida: se combinan teorías y prácticas correspondientes a dos enfoques terapéuticos ya establecidos y que son considerados complementarios entre sí.

- Integración teórica amplia: busca articular distintos aspectos del funcionamiento humano, como los cognitivos, emocionales, conductuales e interpersonales.
  - Integración metateórica: la integración se hace con base en un marco común metateórico.
3. Integración asimilativa. Para lograr esta integración, es necesario tener un conocimiento firme y sólido de un sistema de psicoterapia, pero con la disposición de incorporar selectivamente ciertas técnicas, procedimientos y formas de trabajo desde otros enfoques. En la integración asimilativa, se tiene, como base, un sistema único, pero también está la posibilidad de utilizar de forma flexible un amplio rango de intervenciones desde distintos sistemas. Usualmente, esto se logra cuando el terapeuta elige una aproximación teórica y conceptual, pero, en la práctica de ésta, se percata de sus limitaciones, por lo que se flexibiliza para aceptar complementar ese enfoque con otros.

Además de estos patrones aquí expuestos, también existe la idea de que, la única manera en la que se puede lograr una integración entre diversas psicoterapias es detectando, en primer lugar, los puntos en común existentes entre ellas. De hecho, se considera que, si no hay factores comunes debido a una alta especificidad, entonces una integración formal no es posible, y sólo se tendría un eclecticismo (Uribe, 2008). Este patrón se explica con detalle en el siguiente apartado.

#### **Factores comunes.**

Uno de los primeros artículos en los que se planteó la idea de los factores comunes entre diversas psicoterapias fue escrito por Saul Rosenzweig (1936). En este estudio, el autor hace una reflexión en torno a los elementos presentes durante cualquier proceso psicoterapéutico que no son destacados por los terapeutas, pero que inevitablemente están presentes, detrás de los métodos utilizados y de la fundamentación teórica sobre la cual se apoya el tratamiento. Rosenzweig consideró que la efectividad de una intervención se debe más a esos factores comunes que a la teoría o modelo sobre el que se basa el terapeuta. Estos elementos en común que él notó en diferentes psicoterapias son:

- la personalidad del terapeuta;

- cierto reacondicionamiento social, es decir, el rol social del terapeuta actuando como elemento terapéutico a través de la fe, la esperanza y el deseo de curación que el paciente lleva a consulta;
- la catarsis que se alcanza a través del diálogo entre el terapeuta y el paciente; y,
- una consistencia formal del sistema explicativo del terapeuta, sin importar cuál sea, sino que, lo que impacta, es la firmeza con la que la sostiene y el hecho de que el paciente lo crea (Uribe, 2008).

Después de Rosenzweig, muchos autores contribuyeron en el desarrollo de este tema como parte primordial de la psicoterapia. Uno de ellos fue Carl Rogers, cuya contribución puede considerarse indirecta, pues él proponía que la psicoterapia efectiva se basaba en un tipo particular de relación humana caracterizada por la empatía, la calidez y la actitud positiva incondicional (Oblitas, 2011).

Por otro lado, otros autores siguieron desarrollando este tema de forma más directa. Frank (1973) identificó y clasificó los siguientes factores comunes entre diversas psicoterapias:

- Factores del paciente: compromiso, motivación, esperanza, confianza e idealización.
- Factores del terapeuta: poder de sugestión, persuasión, calidez, empatía, compromiso, dirección y experticia.
- Factores del vínculo: apego, grado en que están de acuerdo, contrato y *rapport*.

Grencavage y Norcross (1990), propusieron una lista de factores comunes a partir de una revisión que hicieron de 50 publicaciones diferentes. Esta lista se expone a continuación:

- Características del paciente: expectativas positivas, esperanza, fe, petición y búsqueda de ayuda.
- Procesos de cambio: catarsis, adquisición de conductas nuevas, racionalidad, *insight*/darse cuenta, aprendizaje emocional e interpersonal, retroalimentación, prueba de realidad, sugestión, logros, experiencias de dominio, persuasión, placebo, identificación con el terapeuta, manejo de contingencias, disminución de la tensión, modelamiento por parte del terapeuta, desensibilización, educar e informar.

- Cualidades del terapeuta: proyecta positividad, cultiva esperanzas y expectativas, brinda calidez, genera empatía, es reconocido como terapeuta, es aceptado por el paciente.
- Estructura del tratamiento: uso de técnicas o rituales, foco en el mundo interno/exploración, adherencia a una teoría, setting terapéutico, interacción, comunicación verbal y no verbal, explicación del rol del terapeuta y del paciente, elementos de la relación, alianza, compromiso, transferencia.

Por su parte, Lambert (1992, como se citó en Mirapeix & Rivera, 2010) explicó que los factores pueden clasificarse en tres tipos:

1. Factores de apoyo: catarsis, identificación con el terapeuta, relación terapéutica positiva, estructura del tratamiento, empatía y alianza terapéutica.
2. Factores de aprendizaje: experimentación afectiva, asimilación de experiencias problemáticas, cambio en las expectativas de la efectividad personal (autoeficacia), experiencia emocional correctora, *feedback* (retroalimentación) e *insight*.
3. Factores relacionados con la acción: regulación conductual, habilidad cognitiva, modelado, práctica, juicio de realidad, experiencia exitosa de los resultados obtenidos en la terapia.

Muchos clínicos, en la actualidad, han tomado conciencia de las limitaciones inherentes a cualquier abordaje único y consideran que la adhesión a un modelo se debería de fundamentar con base en una elección personal, y comprometida con el perfeccionamiento de ese modelo, en lugar de aceptarlo ciegamente, como si fuera un dogmatismo. De esta forma, la intención del modelo integrativo es superar este clima de competencia y dogmatismo, y llegar a uno de cooperación entre escuelas y a un esfuerzo común para hacer madurar el campo de la psicoterapia, pero, sobre todo, poner como prioridad el bienestar del paciente.

En el caso de este trabajo, la integración realizada consistió en una detección inicial de los factores comunes entre diversos tipos de psicoterapia que demostraron ser efectivos en el tratamiento con pacientes que presentaban conducta autolesiva y riesgo suicida. Se decidió trabajar por medio de una intervención grupal en la que se integraran los factores

comunes entre la terapia gestáltica grupal, la terapia dialéctico-conductual y la terapia de solución de problemas. En los siguientes subtemas, se hace una breve revisión de estas psicoterapias.

### **Terapia grupal**

La psicoterapia grupal, por definición, implica el trabajo de prevención, orientación, consejería y/o entrenamiento en grupos. No obstante, el hablar de psicoterapia va más allá y puede ser definida como “el tratamiento de desórdenes emocionales o psicológicos, o de problemas de adaptación, por medio de un escenario grupal, y considerando, como puntos focales, los cambios interpersonales (sociales), intrapersonales (psicológicos) o conductuales en las personas conformando el grupo” (Burlingame & McClendon, 2008, p. 347). La terapia grupal no cumple su objetivo sólo mediante la reunión de un conjunto de personas, sino que se requiere de los conocimientos y habilidades del terapeuta grupal para que el grupo sea la herramienta facilitadora para alcanzar los cambios terapéuticos.

La terapia grupal ofrece varios beneficios. El más obvio es la eficacia de recursos debido a que se trata a entre seis y ocho personas de manera simultánea durante alrededor de 90 minutos. No obstante, éste no es su único beneficio, sino que se ha demostrado ser benéfico para una amplia gama de problemas.

Al hablar de terapia grupal, indudablemente surge la duda de cómo puede ser tan eficiente si cada miembro del grupo es diferente y sólo recibe la atención del terapeuta durante una porción de esos 90 minutos. La investigación con respecto a esta forma de hacer terapia ha detectado que los diferentes procesos grupales, así como la dinámica grupal tienen importantes efectos en cada una de las personas que integran el grupo, es decir, que el grupo en sí tiene efectos terapéuticos (Burlingame & McClendon, 2008).

Han sido muchos los autores que han contribuido al desarrollo y fortalecimiento de la psicoterapia grupal desde mediados del siglo XX. Un ejemplo de éstos es Joseph Henry Pratt, quien detectó, al trabajar con un grupo de pacientes diagnosticados con tuberculosis, que el identificarse con otras personas que padecían algo similar, así como la esperanza compartida les traía avances e importantes beneficios en su recuperación (Burlingame & McClendon, 2008). Jacob Moreno, por otro lado, también fue un autor clave, pues propuso

toda una teoría terapéutica basada en la influencia interpersonal del grupo: el psicodrama (Burlingame & McClendon, 2008). Además, fue de los primeros en referirse a esta forma de hacer terapia como terapia grupal. Asimismo, Freud, aunque de manera más sutil, también contribuyó. Él solía realizar reuniones grupales con algunos estudiantes y llegó a comprender y proponer que el grupo se trata de una totalidad con sus propias dinámicas y experiencia, y no bastaba considerarlo como únicamente la suma de sus partes (Oblitas, 2011). Alfred Adler, por su parte, afirmaba que los humanos son seres sociales, por lo que una de sus más importantes necesidades es la de pertenecer, tener una meta y contribuir con su ambiente (Oblitas, 2011). Si una persona puede cubrir esta necesidad, entonces es capaz de funcionar adecuadamente; si no cuenta con ésta, se produce un desajuste social y una deficiencia en su funcionamiento. Por estas afirmaciones, Adler utilizaba al grupo para ofrecer “influencias correctivas” ante las deficiencias (Burlingame & McClendon, 2008).

No obstante, probablemente la contribución más importante provino de lo propuesto por Harry Stack Sullivan, pero popularizado por Irving Yalom. Ellos hablaron de una aproximación teórica al proceso grupal que se conoce como la terapia grupal interpersonal. Yalom consideraba que la interacción interpersonal que ocurre en el grupo es crucial, y es el factor que detona la aparición de otros importantes factores terapéuticos. Actualmente, la terapia grupal interpersonal se ha aplicado a personas con diagnósticos similares y cuyo tratamiento tiene un límite de tiempo. Se basa en la premisa de que un disturbio en la salud mental y en el bienestar de una persona tiene su origen en las relaciones que establece esa persona, por lo que el objetivo de la terapia grupal interpersonal es fomentar, en el individuo, la capacidad para establecer relaciones significativas y de calidad. El principal vehículo de cambio es el enfocarse en el aquí y el ahora, y los acontecimientos que ocurren durante la sesión grupal tienen más importancia que lo que ocurrió en el pasado de sus miembros (Burlingame & McClendon, 2008; Yalom 1931/2005).

Cabe mencionar que, a pesar de que, con el paso del tiempo, surgieron psicoterapias grupales con un enfoque psicoanalítico/psicodinámico, así como también cognitivo-conductuales y existenciales, la terapia grupal no cuenta con una teoría de la personalidad y psicopatología sobre la cual desarrollarse (Burlingame & McClendon, 2008). En el siguiente apartado se explica lo anterior con mayor profundidad.

### **Teoría del grupo psicoterapéutico.**

La mayoría de los grupos tienen una “identidad prestada” proveniente de la escuela o enfoque del que el terapeuta es afín. No obstante, cabe destacar que los efectos terapéuticos del grupo van más allá de ese enfoque específico. En la terapia grupal, los factores comunes juegan un papel sumamente importante y, en realidad, se carece de un marco conceptual que organice de manera efectiva el conocimiento teórico y empírico que se tiene. Los efectos del grupo en los pacientes se pueden explicar desde diferentes enfoques con base en su teoría de cambio específica; pero no es suficiente como para poder explicar cada aspecto relativo a la terapia grupal. Partiendo de esta idea, los clínicos que trabajan con esta forma de hacer terapia han llegado a la conclusión de que el mismo grupo es el “vehículo de cambio” y que su efectividad depende de cinco elementos esenciales (Burlingame & McClendon, 2008):

1. Teoría formal de cambio, es decir, el enfoque o enfoques terapéuticos desde los cuales se lleva a cabo (psicodinámico, cognitivo-conductual, Gestalt, etc.).
2. Los procesos y dinámicas inherentes e inevitables del grupo.
3. La acción del líder.
4. Las características del cliente.
5. Las características estructurales del grupo y del tratamiento.

Además de estos elementos, existen también otros factores presentes en los grupos que contribuyen de manera importante en el mejoramiento del paciente y que se llegan a presentar en cualquier grupo, sin importar si es psicoterapéutico. Estos factores son conocidos como los factores terapéuticos o curativos y se exploran a continuación.

#### ***Factores terapéuticos.***

Uno de los principales autores que estudió estos elementos o factores curativos fue Irving Yalom (1931/2005) y propuso lo siguiente:

1. El grupo infunde esperanza. Los miembros del grupo interactúan con otros que están atravesando diferentes momentos de su conflicto. Ver el progreso de otros o el propio infunde esperanza de que se puede lograr cambiar.
2. Universalidad. Los miembros pueden ver que hay otras personas que están atravesando por algo similar.

3. Es informativo.
4. Altruismo. No sólo recibir tiene efectos curativos, sino también la acción de dar. Para los miembros, es más fácil recibir retroalimentación u observaciones de los demás miembros (pares) que del terapeuta. Así, los demás pacientes pueden ser considerados como terapeutas auxiliares, pero intercambiando el rol de terapeuta a cliente constantemente. Este intercambio tiene efectos de crecimiento tanto para el grupo como a nivel individual.
5. Recapitulación y corrección del grupo familiar primario. La terapia grupal puede ser similar a la dinámica familiar, por lo que el grupo puede ser un lugar seguro para resolver conflictos que quedaron inconclusos.
6. Desarrollo de técnicas de socialización.
7. Comportamiento imitativo. Para los miembros, es fácil identificarse con los demás y aprender a través del ejemplo y de la imitación, no sólo del terapeuta, sino también de los demás participantes.
8. Conocimiento interpersonal. Al darse cuenta de que, en el grupo fueron capaces de crear su propia red de apoyo o mundo relacional/social, también se darán cuenta de que son capaces de hacerlo fuera del grupo y cambiarlo, si es necesario.
9. Cohesión. Este rasgo proviene de compartir ciertas experiencias con otros y sentir la aceptación de éstos, así como su apoyo, sin importar el conflicto. Este concepto es definido como una relación emocional positiva entre los miembros de un grupo. La cohesión se asocia con una mayor facilidad para la auto-revelación, para sentirse perteneciente al grupo y para desarrollar tolerancia hacia el estrés.
10. Catarsis. Ésta, a su vez, favorece la cohesión, pues es por medio de la catarsis que una persona puede expresar libremente sus emociones o pensamientos.
11. Factores existenciales. Por medio del grupo y de escuchar la experiencia de otros, una persona puede aprender ciertos aspectos de la realidad, los que ésta no lograba percibir o identificar de manera individual. Un ejemplo podría ser el reconocer que la vida no siempre es justa y que cosas malas le pueden ocurrir a buenas personas.

Por otro lado, Bloch y Crouch (1981) también propusieron una lista de factores curativos, pero partiendo de una base atórica:

- Auto-entendimiento
- Auto-revelación
- Catarsis
- Aprendizaje con base en la interacción
- Universalidad
- Aceptación
- Altruismo
- Orientación
- Aprendizaje vicario
- La esperanza que infunde el grupo

Asimismo, MacKenzie (1987) organizó los factores terapéuticos en la siguiente clasificación:

1. Factores de apoyo: universalidad, aceptación, cohesión, altruismo y esperanza.
2. Factores de aprendizaje: modelamiento, aprendizaje vicario, orientación y educación.
3. Factores de auto-revelación: catarsis.
4. Factores de trabajo psicológico: aprendizaje interpersonal e insight.

El grupo tiene muchos beneficios y bondades prácticamente por el simple hecho de existir; sin embargo, una intervención grupal requiere de un cuidadoso trabajo del terapeuta para poder combinar estos factores curativos con los otros elementos esenciales de la terapia. Parte de este trabajo consiste en proponer metas y objetivos de la psicoterapia grupal, así como la selección de estrategias de intervención que se utilizarán. Ambos temas son detallados en los siguientes apartados.

#### ***Objetivos del grupo psicoterapéutico.***

En la psicoterapia grupal, el terapeuta debe determinar un objetivo que sea apropiado para la situación clínica y que sea alcanzable en el periodo de tiempo con el que se cuenta. En general, los objetivos pueden clasificarse en dos tipos: objetivos alcanzables y objetivos ideales. Los alcanzables son los que le ayudan al cliente a alcanzar niveles óptimos de funcionamiento con base en sus recursos personales y económicos. Usualmente se tratan de alivio del síntoma, adquisición de habilidades y una mejoría en las capacidades de

socialización. Pero normalmente no se alcanza una maduración en la personalidad o un cambio caracterológico, lo cual sería un objetivo ideal. Algunos autores afirman que los objetivos alcanzables son los que pueden considerarse adecuados para la mayoría de los grupos, sobre todo los que están limitados en tiempo (Burlingame & McClendon, 2008). Vinogradov y Yalom (1989) incluso afirman que, en grupos limitados en tiempo y especializados, los objetivos deben ser específicos, alcanzables y adaptados a las capacidades y potencialidades de los miembros del grupo. Nada predice mejor el fracaso de un grupo que una elección inapropiada de metas.

### ***Estrategias de intervención grupales.***

Con respecto al segundo punto que el terapeuta debe atender al realizar una intervención en grupo, las estrategias que se utilizan son muy similares a las de la terapia familiar. Uno de los principales aspectos a considerar es el énfasis que se hace en el aquí y el ahora, y la importancia de fomentar que lo compartido en el grupo evite ser la narración de experiencias del pasado. Esto permite que los miembros del grupo desarrollen intensas emociones (ya sea positivas o negativas) hacia el terapeuta y hacia los demás miembros, facilitando la aparición de los factores terapéuticos. En la terapia grupal, se considera que el contenido que esté comunicando lo que un miembro siente hacia algún otro miembro del grupo es muy valioso y terapéutico. Esto no es exclusivo entre miembros, pues el líder o terapeuta también debe de ser transparente y genuino, y puede aceptar o debatir las expectativas o las emociones que detecta que los clientes le han depositado (Burlingame & McClendon, 2008).

Aunado a lo anterior, las estrategias de intervención dependen, en gran medida, del enfoque o enfoques terapéuticos bajo los cuales se está trabajando. En este caso, se trató de una terapia grupal en la que se integraron tres enfoques con base en los factores comunes de éstos. En los últimos subtemas de este capítulo, se hace una breve revisión de los principales conceptos y estrategias que caracterizan estas tres formas de hacer psicoterapia: terapia dialéctico conductual (DBT), terapia gestáltica grupal y terapia de solución de problemas.

## **Terapia dialéctico conductual (DBT)**

### **Terapias conductuales de tercera generación.**

La Terapia Dialéctico Conductual (DBT) forma parte de las terapias conductuales de tercera ola o tercera generación, las cuales, a diferencia de otras terapias conductuales, no se concentran en eliminar o cambiar los pensamientos o cogniciones de los clientes para, de esa forma, modificar su conducta, sino que intentan ayudar al cliente a aceptar estas “experiencias privadas” (pensamientos y emociones), partiendo de la idea de que la aceptación es acompañada de la disposición al cambio. Sin embargo, este cambio es distinto al de las terapias de primera y segunda generación: en vez de cambiar el contenido de los pensamientos, los clientes cambian la relación que mantienen con sus pensamientos (O’Brien, Larson, & Murrell, 2008). Además, se mantienen sensibles al papel del contexto para comprender y analizar la naturaleza y la función de algún evento particular. En general, estas terapias de tercera ola ponen énfasis en una serie de variables o cuestiones que tradicionalmente eran menos investigadas o atendidas e incluso llegaban a ser obviadas o rechazadas por completo. Algunas de estas variables son: procesos relacionados directamente con la aceptación; los valores, no sólo del cliente, sino también los del terapeuta; un proceder dialéctico; espiritualidad; asuntos que tratan el “self” y el autoconocimiento; el estar en contacto con el momento presente, es decir, el “aquí y ahora”; y la importancia concedida a la relación terapéutica (Mañas, 2006). Todos estos tópicos, si bien son novedosos para las terapias conductuales, son variables que han sido propias y exclusivas de terapias de un corte más cognitivo y humanista-existencialista. La tercera generación, por lo tanto, conecta directamente con otras aproximaciones no-científicas de corte más experiencial o existencialistas (Pérez-Álvarez, 2001, como se citó en Mañas, 2006). Además, las técnicas utilizadas se basan en la experimentación del cliente, es decir, son técnicas que la persona debe de sentir y vivir en uno mismo, como los ejercicios de mindfulness y de distanciamiento cognitivo (O’Brien et al., 2008).

### **Aspectos básicos de la terapia dialéctico conductual.**

Específicamente con respecto a la DBT, esta forma de hacer terapia se basa en una perspectiva dialéctica cuyo objetivo es alcanzar un equilibrio entre aceptación y cambio, es decir, que el cliente llegue a aceptarse al mismo tiempo que trabaja para alcanzar un cambio

(Linehan, 1993, como se citó en O'Brien et al., 2008). Asimismo, pone énfasis en la importancia de la validación de parte del terapeuta hacia las experiencias, emociones y comportamientos de los clientes, quienes se caracterizan por una marcada desregulación emocional. La DBT se “ofrece” como un contexto de aceptación y validación óptimo para el desarrollo de una serie de habilidades necesarias para la regulación emocional del cliente (Pérez-Álvarez, 2012). Originalmente, esta terapia estaba dirigida al tratamiento de personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad; sin embargo, ha demostrado ser efectiva para reducir o eliminar la conducta suicida, aun en pacientes sin este diagnóstico.

Se sustenta sobre la teoría biosocial, la cual explica que las conductas problema de individuos desregulados provienen de una combinación de factores tanto biológicos como ambientales. Por un lado, los biológicos consisten en una vulnerabilidad emocional, la cual, a su vez, implica una alta sensibilidad a estímulos emocionales, una alta reactividad y un lento retorno a un estado emocional basal. Por otro lado, los factores ambientales consisten en estar inmerso en un ambiente invalidante. Esta combinación provoca que, el individuo no aprenda a etiquetar y regular la excitación emocional a la que es expuesto ante ciertas situaciones específicas; a tolerar el malestar emocional; o a identificar cuándo sí puede confiar en que su reacción, provocada por algún evento, es la adecuada, debido a que nunca ha sido validado por los demás en su entorno (O'Brien et al., 2008; Rathus & Miller, 2015). La desregulación emocional (y conductual) usualmente contribuyen a que una persona, especialmente si es adolescente, tenga dificultades para establecer un sentido equilibrado de sí mismo, así como para entablar relaciones estables y satisfactorias (Rathus & Miller, 2015).

La DBT está dividida en cuatro módulos de habilidades: *mindfulness*, tolerancia al malestar, regulación emocional y eficacia interpersonal. Con adolescentes, se agregó un quinto módulo llamado *Walking the middle path* (El camino del medio). Con respecto a las habilidades de atención plena (*mindfulness*), la DBT considera que es la base para que el cliente pueda desarrollar una perspectiva del momento presente libre de juicios de valor, lo cual, a su vez, ayuda a que esa persona pueda observar y describir lo que está sintiendo, en vez de actuar impulsivamente. Esto implica una mayor tolerancia al malestar y una mejor capacidad de regulación emocional, lo cual tiene como consecuencia que se pueda relacionar de manera efectiva con otras personas (O'Brien et al., 2008). En cuanto al módulo especial

para el trabajo con adolescente, en éste se enseñan tres dilemas dialécticos comunes entre padres e hijos adolescentes y con los cuales se trabaja la polarización del pensamiento. Los dilemas que se exploran son: excesiva permisividad/indulgencia vs control autoritario, normalización de conductas problema vs patologizar conductas normales, y forzar independencia vs fomentar dependencia (Rathus & Miller, 2015).

Este tratamiento tiene una duración de 16 semanas en las que se combinan sesiones individuales, grupales y monitoreo telefónico, con la opción de iniciar una segunda fase de tratamiento en grupo que también dura 16 semanas llamada “grupo graduado” y que incluye estrategias como el *coaching* entre pares, consulta y solución de problemas con miembros del grupo (Mollá et al., 2015). Las sesiones individuales se pueden dividir en cuatro etapas de tratamiento y una de pretratamiento. En esta última, se establece un acuerdo sobre los objetivos del tratamiento y se trabaja con el compromiso tanto del adolescente, como de sus familiares y del terapeuta para alcanzar dicho objetivo. Lo que se trabaja en las siguientes etapas se enlista a continuación (Rathus & Miller, 2015):

1. Etapa 1: Se trabaja para disminuir las conductas que ponen en riesgo la vida del cliente, interfieren con la terapia, que interfieren con alcanzar una buena calidad de vida y para adquirir las habilidades conductuales que se necesitan para alcanzar tales fines.
2. Etapa 2: Se busca disminuir las respuestas de estrés postraumático, las experiencias emocionales traumatizantes y la tendencia a la evitación emocional.
3. Etapa 3: Se intenta generar una síntesis de lo aprendido hasta ese momento, aumentar el autorespeto, alcanzar metas individuales y a cómo confrontar problemas cotidianos.
4. Etapa 4: Se trabaja para lograr capacidad de disfrute; integrar el presente, el pasado y el futuro; integrar el *self* con otros; y resolver la necesidad de pertenencia.

Por otro lado, las sesiones grupales se dedican únicamente al entrenamiento en las habilidades atravesando cinco módulos (Rathus & Miller, 2015):

1. *Mindfulness*/atención plena: estados de la mente (mente emocional, racional y sabia), habilidades “qué” (observar, describir y participar) y habilidades “cómo” (sin juicios, manteniendo la atención y haciendo lo que realmente funciona).
2. Tolerancia al malestar: habilidades para superar una crisis y de aceptación de la realidad.
3. *Walking the middle path* (Camino del medio): pensamiento dialéctico, validación y cambio conductual.
4. Regulación emocional: entender las emociones, reducir la vulnerabilidad, cambiar emociones indeseables y reducir el sufrimiento emocional.
5. Eficacia interpersonal: establecer metas y prioridades, mantener relaciones positivas y reducir los conflictos, obtener lo que uno desea y poder decir que no, mantener un autorespeto, y desarrollar la capacidad de empatizar con otros (entender otras perspectivas).

En la DBT para adolescentes, se recomendó que, de manera simultánea, otro terapeuta (diferente al que trabaja con el adolescente) tenga sesiones de orientación con los padres. En éstas, se trabaja principalmente con las habilidades de *Walking the middle path*, pero también cabe la posibilidad de integrar entrenamientos en otras habilidades. El objetivo de estas sesiones con los padres es que puedan establecer estilos parentales consistentes y efectivos, con los aprendan a entender y manejar la desregulación emocional de sus hijos adolescentes, y, en muchos casos, la propia (Rathus & Miller, 2015).

### **Terapia gestáltica grupal**

De acuerdo con el creador de la terapia gestáltica, Fritz Perls, el principio básico de ésta consiste en la idea de que las carencias personales, las necesidades y los deseos psicológicos pueden generar, en el hombre, una desesperación por satisfacerlos. No obstante, cada vez que se satisface una carencia, una necesidad o un deseo, inmediatamente aparecen otros nuevos en el mismo lugar que también hay que satisfacer (Oblitas, 2011). En este proceso, existe la posibilidad de que la persona se adapte psicológica y biológicamente a su medio ambiente, pero, si ésta no es capaz de alcanzar un reconocimiento del propio cuerpo o de sus necesidades psíquicas, entonces, en vez de adaptarse, el camino que seguirá será el de la enfermedad (Burga, 1981). En otras palabras, para que una persona pueda sentirse en

bienestar inmersa en su contexto, necesita ser bien consciente de sus sentidos y de su expresión corporal (estar en contacto con las sensaciones corporales). Sin embargo, si no tiene esta capacidad, entonces no podrá satisfacer sus necesidades ni reemplazarlas por otras, e incluso tendrá dificultades para reconocer cuáles son sus verdaderas necesidades y presentará confusión en sus motivaciones. Ayudar a alcanzar esa adaptación psicológica y biológica (conocida como “autorregulación del organismo”) es uno de los principales objetivos de la terapia gestáltica grupal (Oblitas, 2011).

La terapia gestáltica grupal considera que la salud personal se alcanza por medio de la autorregulación del organismo, la cual implica que éste es capaz de *darse cuenta* de que, en el *aquí y ahora*, tiene la capacidad de orientar su propia vida y de tener control de sus emociones (Oblitas, 2011). Por esta razón, esta terapia considera lo que surge en el aquí y ahora en el grupo, y no lo que fue, o lo que debería de ser. Además, la experiencia presente no necesita ser explicada o interpretada, sino que debe ser contactada, sentida y descrita por la misma persona, evitando hacer juicios, interpretaciones y suposiciones. Durante el encuentro grupal, el interés se centra en el cuerpo, por medio de su percepción total y externa, es decir, por medio de los sentidos, de los sentimientos y de las sensaciones (Oblitas, 2011). En general, la terapia gestáltica considera que el terapeuta no es un experto que sabe qué es lo que una persona necesita, sino que es un facilitador que ayuda a que la persona aprenda a “escuchar” a su cuerpo para determinar qué es lo que necesita y, así, autorregularse (De la Fuente, 2015).

La autorregulación del organismo, en muchas ocasiones, es impedida por la misma persona y por intensos miedos que desarrolló debido a experiencias de conflicto, las cuales consisten en experiencias que no tienen solución (De la Fuente, 2015). Un ejemplo de lo anterior sería el de un niño que, ante algún problema, tiene intensas ganas de llorar, pero que sabe que, si lo hace, su padre se decepcionaría. El niño es consciente de que, si llora, puede disminuir la angustia que siente; sin embargo, al mismo tiempo su padre se mostraría decepcionado de él. Por otro lado, si no llora, sabe que su padre se sentirá orgulloso, pero se quedará con altos niveles de angustia. En este ejemplo, el niño se enfrenta a dos necesidades que quiere satisfacer, pero no tiene la opción de cubrir ambas y sólo tendrá una solución parcial. Cuando sólo se alcanzan soluciones parciales, se forman lo que, en terapia Gestalt se

denomina como “asuntos inconclusos” (Burga, 1981). Más adelante, cada vez que el niño se enfrenta a la necesidad de llorar, reaccionará igual a como lo hizo en esa experiencia de conflicto. Así es como se desarrollan diferentes síntomas que generan sufrimiento, como ansiedad, depresión, culpa, autorreproche, etc., pues esa conducta (llorar) o esa emoción (tristeza) no se encuentran disponibles, se quedan en el fondo, rondando y molestando. Eso no cambiará hasta que la persona conecte ese asunto anterior con circunstancias análogas del presente que experimente plenamente a través del cuerpo (Safan, 1969).

Otra característica importante de la terapia gestáltica es el principio holístico, el cual afirma que toda la naturaleza es un campo unificado y, como el hombre es parte de la naturaleza, entonces siempre se encuentra unificado consigo mismo, con sus condiciones y manifestaciones sociales y culturales formando un todo (Burga, 1981). La relación entre el hombre y su ambiente es lo que determina su conducta. Holísticamente, el hombre es un campo unificado tanto consigo mismo como con el ambiente y, en realidad, no existen partes, sino unificación (Burga, 1981). Según Perls, en este campo unificado, se pueden identificar dos niveles de actividad aparentemente diferentes: el pensar (actividad mental) y el actuar (actividad corporal) (Burga, 1981). La diferencia entre ambos niveles es la intensidad, pues la actividad de pensar implica un menor gasto de energía en comparación con la de actuar. No obstante, si se le imprime mayor intensidad, entonces se puede pasar del pensar al actuar (y viceversa: al disminuir la intensidad de la actividad corporal se transforma en actividad mental). De esta forma, es posible percibir el lado mental y físico del comportamiento humano no como dos niveles independientes, sino como una totalidad (Burga, 1981).

Como se mencionó anteriormente, la Gestalt también pone énfasis en el *darse cuenta* de uno mismo, del ambiente y del contacto entre ellos en el presente. Este proceso se da de manera espontánea cuando se presta atención a cierta región particular del límite de contacto entre el organismo y el ambiente, incluyendo no sólo lo que siente, sino también lo que hace, es decir, el *darse cuenta* no sólo trae como consecuencia, el ser consciente de cómo se siente, sino de todo lo que en el sujeto sucede: lo que siente, piensa y percibe con sus sentidos, sus confusiones y los bloqueos de su ambiente (Burga, 1981; Safan, 1969). Cabe señalar que el proceso de autorregulación del organismo funciona de manera dialéctica, o sea, con los opuestos (Burga, 1981).

Todo lo que se ha explicado al respecto de la terapia gestáltica hasta ahora no puede entenderse sin antes recordar que, según este enfoque, una persona siempre busca conectarse con el medio ambiente por la necesidad tanto de unión como de separación. Es decir, se trata de un contacto dialéctico, pues, al mismo tiempo que se tiene la necesidad de pertenecer y unirse, también se quiere mantener separado. Este contacto con el ambiente se logra a través de dos sistemas: el sensorial y el motor. El primero da orientación y ayuda a descubrir lo que es necesario para sobrevivir en el ambiente y satisfacer las necesidades; el segundo, proporciona los medios para manipularlo (Burga, 1981). Para alcanzar la autorregulación orgánica, primero debe actuar el sistema sensorial, pues se debe de identificar lo que se necesita; posteriormente, el motor manipula al entorno de manera que se satisfaga esa necesidad, estableciendo así un balance orgánico. Lo que vale la pena destacar de esto es que, si no se hace consciente este contacto y lo que éste genera, no se podría llegar a una autorregulación orgánica (Burga, 1981). El promover una concienciación de las funciones motoras y sensoriales ayuda a redirigir la atención del paciente a la experiencia de sí mismo y a que se responsabilice de sus emociones (Safan, 1969). Una de las maneras en la que lo anterior se alcanza es por medio de un “condicionamiento verbal”, el cual consiste en evitar “reforzar expresiones que no corresponden al contenido experiencial del sujeto en ese momento” (Safan, 1969, p. 188) y fomentar que la persona se comunique describiendo y expresando cómo se siente: hablando en primera persona, evitando expresar pensamientos, sin juicios alienantes (por ejemplo, “esto”, “eso”), recurriendo al contacto directo (por ejemplo “yo estoy moviendo mis piernas” en vez de “mis piernas no se dejan de mover”). En la terapia Gestalt, se hacen grandes esfuerzos para orientar al paciente a examinar el significado de sus palabras en el contexto en el que son habladas, así como sus pensamientos tal como se revelan en su uso particular del lenguaje (Safan, 1969). De hecho, algunos terapeutas gestálticos consideran que un cambio en las palabras del paciente traerá consigo un cambio en sus sentimientos, actitudes, emociones y conductas (Safan, 1969).

Otro rasgo importante de esta terapia es el énfasis que hace de permanecer en el aquí y el ahora, pues “el pasado ya no está y el futuro aún o llega” (Burga, 1981, p. 92). Lo anterior no significa que esta terapia ignore lo sucedido en el pasado o lo que podría llegar a pasar en el futuro, pero no permite que la persona se comporte como si se estuviera en el pasado o en el futuro, pues esto contamina sus vivencias en el presente. Si, durante la terapia surge algo

sobre el pasado, es vital que se conecte con lo que está sucediendo en el presente. Por ejemplo, si se recuerda algún asunto inconcluso, lo que se debe de hacer en el presente es permitir que, lo que se sofocó en ese asunto inconcluso, ahora renazca y se descargue por medio del sistema motor. La única manera de lograr lo anterior es viviendo en plena consciencia en el aquí y ahora, y evitando hacerse la pregunta de por qué pasa algo, sino concentrarse en el qué y el cómo (Safan, 1969).

En resumen, la terapia gestáltica tiene como objetivo desarrollar y facultar al individuo para que actúe teniendo toda la información posible: que capte no sólo los factores y elementos relevantes del ambiente, sino también de lo que proviene de sí mismo, de lo interno, alcanzando así la autorregulación orgánica. Está interesada en el funcionamiento saludable e integrado de todo el organismo, incluyendo los sentidos, el cuerpo, las emociones y el intelecto (Schaefer, 2012). Para lograr lo anterior, es necesario poder *darse cuenta* en el *aquí y ahora*, y para ello, se le enseña al individuo a prestar atención a lo que siente, a lo que desea y a lo que él mismo hace que interrumpe o dificulta su funcionamiento. La terapia gestáltica, tanto individual como grupal, logra sus objetivos mediante técnicas que ponen énfasis en las emociones y sensaciones del cuerpo y considera que el mal funcionamiento psicológico es, en realidad, “una falta o escaso desarrollo de conciencia o atención (*darse cuenta*) en las regiones de interacción entre el organismo y ambiente” (Safan, 1969, p. 178).

Con respecto a las características del terapeuta Gestalt, éste contribuye a restablecer las condiciones bajo las cuales una persona puede hacer uso de sus capacidades para resolver algún problema, no ayuda directamente a resolverlos (Burga, 1981). Además, el terapeuta no interpreta, sino que trabaja con sensaciones y con el cuerpo del paciente, ayuda a que se responsabilice de sus acciones y sus emociones. Otro rasgo del terapeuta Gestalt es que prefiere la actividad sobre la pasividad y usualmente no tiene un plan fijo, sino que “improvisa” y no siente miedo hacia las exploraciones emocionales. Incluso es capaz de apelar a sus propias reacciones afectivas sin temor a quedar desprotegido o mostrarse vulnerable (Burga, 1981).

El enfoque Gestalt, en diversas ocasiones, ha sido considerado un enfoque muy lejano al conductual, pues comparte muchos conceptos de los enfoques analíticos y no tiene una base teórica tan sólida como el conductismo. No obstante, autores como Safan (1969)

consideran a este tipo de terapia como “un caso especial de condicionamiento verbal y su posición en el *gamut* de las técnicas y procedimientos terapéuticos parece estar paradójicamente más cerca de las terapias conductuales que de las orientaciones analíticas” (p. 189). Así como en las terapias conductuales, la Gestalt trata más con los comportamientos que pueden observarse y describirse, en vez de con los dinamismos que están detrás; además, el objetivo principal de ambas es generar cambios en las conductas (Safan, 1969).

Por éstas y otras razones es que, para este trabajo, se consideró posible una integración entre un enfoque conductual, como es la DBT, y un enfoque humanista-existencial, como es la terapia gestáltica grupal. Además, específicamente con respecto al trabajo con adolescentes, la terapia Gestalt afirma que, durante la niñez, los traumas, la disfunción familiar, las crisis y las pérdidas generan una tendencia a culparse y a responsabilizarse de lo que sucede. Esto se acompaña de un temor a ser rechazados y abandonados, lo cual provocaría que sus necesidades no fueran atendidas. Por esto, cuando son adolescentes, hacen lo que sea necesario para evitarlo; no obstante, en algunos casos, por falta de madurez emocional e intelectual, por tener poca autonomía o fuerza interna y por no contar con la capacidad para lidiar con el ambiente por sí mismos, desarrollan “formas inapropiadas de estar en el mundo”, como reprimir mucho enojo, pero expresarlo de forma dañina, haciéndose a sí mismos lo que les gustaría hacer a otros (Schaefer, 2012). Los golpes, autolesiones y arrebatos de ira son, con frecuencia, conductas a las que recurren porque éstas brindan una sensación de energía que es placentera, pero que desaparece muy pronto (Schaefer, 2012). Es por ello por lo que también se consideró importante integrar la terapia de solución de problemas, pues ésta puede brindar las estrategias y habilidades para afrontar los problemas a los que se enfrentan día a día sin recurrir a estas “formas inapropiadas”. Este tipo de psicoterapia se profundiza brevemente en el siguiente subtema de este capítulo.

### **Terapia de solución de problemas**

Mahoney y Arkhoff (1978, como se citó en Sánchez, Rosa, & Olivares, 1999) distinguieron tres grandes grupos de terapias cognitivo-conductuales: las terapias centradas en crear habilidades necesarias para enfrentar y manejar situaciones problemáticas; las enfocadas en ayudar a una persona a interpretar de manera racional la realidad; y las que tienen por objetivo abordar situaciones ante las cuales un individuo no encuentra una

solución, es decir, para desarrollar técnicas de resolución de problemas. A su vez, estos mismos autores reconocieron tres diferentes terapias de solución de problemas: la terapia de solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure, la ciencia personal de Mahoney, y la terapia de solución de problemas de D’Zurilla y Goldfried (Oblitas, 2011). De estas tres, la que más atención ha recibido, así como la de mayor aceptación y utilización es la terapia de solución de problemas de D’Zurilla y Goldfried (1971).

La meta de las terapias que ofrecen un entrenamiento en solución de problemas es ayudar a que una persona pueda identificar y resolver los problemas actuales de su vida, los cuales son considerados antecedentes de respuestas desadaptativas, y, al mismo tiempo, busca enseñar habilidades que le permitirán manejar eficaz e independientemente futuros problemas (Bados & García, 2014). Asimismo, esta terapia también puede centrarse directamente en las respuestas desadaptativas, tales como ansiedad, depresión, dolor, consumo de sustancias, conductas autolesivas, etc., y considerarlas como problemas a ser resueltos (Bados & García, 2014).

Los conceptos básicos de este tipo de terapia y sus definiciones se enlistan a continuación (Bados & García, 2014; Oblitas, 2011):

- Resolución de problemas: consiste en un proceso cognitivo-afectivo-conductual por medio del cual una persona intenta identificar o descubrir una solución o respuesta de afrontamiento eficaz para una situación problemática.
- Problema: transacción persona-ambiente en la que se percibe una discrepancia o desequilibrio entre las exigencias y la disponibilidad de respuesta. La discrepancia reside entre lo que está sucediendo y lo que el individuo piensa que debería de ser, y en condiciones donde los medios para reducir esa discrepancia no están inmediatamente disponibles.
- Solución: respuesta de afrontamiento que es eficaz para alterar una situación problemática o las reacciones personales de uno ante ésta, de modo que se deja de percibir como un problema.
- Estrés: transacción persona-ambiente en la que las exigencias se perciben como que exceden los recursos con los que se cuentan para afrontar alguna situación.

- Afrontamiento: respuestas o actividades por medio de las cuales una persona intenta reducir, minimizar, controlar o prevenir el estrés.
- Emoción: pauta de respuestas que incluye respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras.

La terapia de solución de problemas de D’Zurilla y Goldfried tiene dos componentes. El primero consiste en una orientación o actitud hacia los problemas; el segundo implica las habilidades básicas de resolución de problemas, las cuales son la definición y formulación del problema, la generación de soluciones alternativas, la toma de decisión, la aplicación de las soluciones y su verificación (D’Zurilla & Goldfried, 1971). Con respecto a la orientación o actitud hacia los problemas, ésta se refiere a un proceso motivacional que implica un conjunto de esquemas cognitivo-emocionales relativamente estables (que pueden ser funcionales o disfuncionales) que reflejan los pensamientos y sentimientos de una persona ante algún problema y hacia sus recursos o capacidades para resolverlos. En otras palabras, consiste en las creencias, valoraciones, expectativas y respuestas emocionales que tiene un individuo al momento de enfrentar una situación conflictiva. Estos esquemas, junto con las conductas de aproximación-evitación pueden tener un efecto facilitador o inhibitorio sobre el intento de resolver un problema (Bados & García, 2014). Por lo tanto, la terapia de solución de problemas busca, en esta primera fase, que el sujeto acepte el hecho de que los problemas son parte de la vida diaria, pero que es posible hacerles frente de manera eficaz. También se intenta que reconozca las situaciones problemáticas cuando ocurren, y que evite la tendencia a responder impulsiva o evitativamente (Oblitas, 2011). Para alcanzar estos objetivos, se deben de seguir los siguientes pasos:

1. Incrementar la sensibilidad hacia los problemas y decidir la ocasión para la actividad de resolución.
2. Centrar la atención sobre expectativas positivas (pero siempre realistas) y evitar preocupaciones improductivas.
3. Maximizar los esfuerzos y la perseverancia, teniendo en cuenta que siempre habrá obstáculos y estrés emocional.
4. Minimizar la angustia emocional perjudicial, mientras se maximiza la probabilidad de estados emocionales positivos facilitadores.

Asimismo, para poder seguir estos pasos, es necesario iniciar con un reconocimiento/etiquetación del problema; después, se debe de considerar la atribución causal que la persona tiene de sus problemas; esto es seguido de una valoración del problema, es decir, el significado que una situación conflictiva tiene para el bienestar personal y social de un individuo; y, finalmente, se necesita establecer un compromiso con respecto al tiempo y al esfuerzo que la persona puede dedicar para resolver un problema (Oblitas, 2011).

El segundo componente, las habilidades básicas de resolución de problemas, inicia con una adecuada definición o formulación del problema. En esta etapa se busca obtener información relevante acerca del problema, clarificar su naturaleza, establecer una meta realista y reevaluar la importancia de ésta para el bienestar de la persona. En esta tarea, es importante evitar que las definiciones sean ambiguas, vagas, irrelevantes o abstractas (D’Zurilla & Goldfried, 1971; Oblitas, 2011). Ya que se estableció el problema y se determinaron las metas, es necesario generar soluciones alternativas. Para hacerlo, se deben mantener tres principios: el de cantidad, el de aplazamiento del juicio y el de variedad (Oblitas, 2011). Si se respetan estos principios, la probabilidad de que se haya propuesto la mejor solución posible es muy alta. Una vez que se tiene una buena cantidad de alternativas, el siguiente paso es la toma de decisión por medio de la evaluación de las opciones y la selección de las que se interpretan como las mejores para ponerlas en práctica en la situación conflictiva. En esta fase, es importante que se pongan en claro cuáles podrían ser los costos y beneficios a corto y largo plazo de cada solución alternativa, se evalúa el resultado esperado o su utilidad y se comparan entre sí para seleccionar la mejor (Oblitas, 2011). El juicio de la utilidad esperada se basa en cuatro criterios:

1. Resolución del problema: probabilidad de alcanzar la meta con alguna solución específica
2. Bienestar emocional
3. Tiempo y esfuerzo
4. Bienestar personal y social

Cuando se llega a este punto, el sujeto debe preguntarse si el problema es resoluble, si se necesita más información para poder seleccionar la mejor solución posible y qué solución (o combinación de ellas) debería de elegir para poner en práctica (Bados & García,

2014). Cuando se responden afirmativamente a estas preguntas, se puede pasar a la última fase, que consiste en la aplicación y verificación. Para la aplicación, es vital que la persona sea consciente de todos los factores personales que podrían presentarse como obstáculos (así como las formas de afrontarlos). En la verificación, se debe de hacer una comparación entre las expectativas que se tenían al respecto de la solución y los resultados que se obtuvieron al momento de ponerla en práctica. Si no hay discrepancias entre el resultado observado y el esperado, entonces es importante que la persona se refuerce a sí misma (Oblitas, 2011). No obstante, si se perciben discrepancias, entonces se debe buscar la fuente de ésta y, con base en lo que se perciba en este momento, se regresa a seleccionar alguna otra alternativa, o se la ayuda al paciente a hacerle ver que se trata de un problema irresoluble.

Cabe destacar que las respuestas emocionales pueden tanto facilitar como entorpecer el proceso de resolución de problemas, dependiendo de su cualidad, intensidad y duración. Es por ello por lo que se sugiere entrenar a la persona en habilidades que ayuden a regularlas (Bados & García, 2014). Otros aspectos que pueden dificultar el proceso de desarrollar habilidades de resolución de problemas son: no reconocer la existencia de problemas; adoptar una actitud de indefensión ante éstos, generar definiciones vagas o abstractas, no poder generar alternativas de solución, fallar en entender las posibles consecuencias de los problemas o de los intentos de solución, posponer la puesta en práctica de las soluciones, y/o no reconocer la inutilidad de alguna alternativa (Bados & García, 2014).

Como se mencionó anteriormente, para este trabajo, la intervención que se realizó consistió en una integración de diferentes formas de hacer psicoterapia tomando en cuenta los factores comunes que comparten, y con el objetivo de desarrollar y fortalecer, en las adolescentes que solicitaron la atención, una serie de factores resilientes. En el siguiente capítulo, se expone, de manera más detallada, la metodología de este trabajo.

## Capítulo 5. Método

### Justificación y planteamiento del problema

En México, según estadísticas de hospitales en los últimos años, un alto porcentaje de quienes son internados por haber intentado quitarse la vida se han infringido algún tipo de autolesión (INEGI, 2017). Además, cada vez es más frecuente que jóvenes de entre 10 y 16 años se hagan daño con objetos punzocortantes para liberar cierta tensión. Generalmente, las autolesiones no ponen en riesgo la vida de la persona que realiza esta práctica e incluso se consideran independientes de un posible riesgo suicida; sin embargo, sí aumentan la probabilidad de cometer un intento en el futuro (Lloyd-Richardson et al., 2007). Este comportamiento aparece normalmente alrededor de los 10 años y si no se atiende el malestar emocional que lo está provocando, puede perdurar hasta la adultez (Dirección General de Comunicación Social, 2012).

Estudios previos han trabajado con adolescentes dentro de escenarios escolares (Chávez, Cortés, Hermosillo, & Medina, 2008; Hernández, 2007; Lucio, Arenas, Linage, & Pérez, 2012; Lucio, Hernández, & Arenas, 2012; Sánchez & Hernández, 2014; Arenas & Lucio, 2011). Sin embargo, en este estudio, se plantea trabajar con pacientes de un centro comunitario quienes acuden solicitando la atención clínica, manifestando como principal motivo de consulta, las autolesiones. Asimismo, la intervención se propone con adolescentes que no sólo presentan conductas autolesivas, sino en quienes también hay un riesgo suicida o intentos previos.

Por otro lado, en nuestro país, es común que en las instituciones de salud (principalmente las que se dirigen a una población con un nivel socioeconómico medio-bajo y bajo) la demanda de atención rebase la capacidad para su asistencia. En los últimos años, las condiciones laborales de los profesionales de la salud han cambiado notablemente; sin embargo, a pesar de que la cantidad de personas empleadas en servicios de salud ha incrementado (lo cual, mejora la calidad del servicio otorgado), también ha aumentado la presión ejercida sobre ellos, sobre todo por un aumento en la intensidad del trabajo, la cual, a su vez, se relaciona con una demanda cada vez mayor, recursos limitados y población altamente demandante y que exige atención especializada (OMS, 2017; Secretaría de Salud, 2015). Con la creciente aceptación de la psicología en México, lo anterior no es un panorama

ajeno en el ejercicio de esta profesión, pues cada vez es mayor el porcentaje de personas que dejan de lado el prejuicio que muy frecuentemente se tiene hacia la terapia psicológica y, por lo tanto, piden ayuda. Es por esta razón por la que las instituciones que ofrecen atención psicológica deben encontrar alternativas para identificar la manera más conveniente de intervenir. Algo similar ocurre en el centro comunitario de atención psicológica en el cual se llevó a cabo este grupo terapéutico: hay una alta demanda de atención de parte de adolescentes y sus padres, pero al mismo tiempo, cuenta con un número limitado tanto de terapeutas capacitados como de espacios en donde se pueda llevar a cabo un proceso terapéutico. Parte de las labores del equipo del centro comunitario es ofrecer alternativas de solución a este tipo de problemáticas, siempre buscando la mejor propuesta de intervención con base en las necesidades del consultante. Partiendo de esta idea es que se propone trabajar de manera grupal con los pacientes. De esta forma, no sólo se soluciona el problema de la falta de espacios y terapeutas, sino que los pacientes obtienen todos los beneficios terapéuticos de un proceso grupal.

Esta intervención no solamente ofrece alternativas de solución para mejorar la demanda de atención a nivel institucional, sino también aborda una problemática de salud pública que va en incremento y que es vital atender.

### **Pregunta de investigación**

¿Existen cambios en el nivel de riesgo suicida y la conducta autolesiva en adolescentes antes y después de una intervención grupal integrativa dirigida a la promoción de factores resilientes?

### **Objetivo general**

Conocer el nivel de riesgo suicida y la conducta autolesiva en un grupo de adolescentes antes y después de una intervención grupal integrativa dirigida a la promoción de factores resilientes.

### **Objetivos específicos**

1. Evaluar el nivel de riesgo suicida en un grupo de adolescentes con autolesiones.
2. Identificar la función que desempeñan las autolesiones en las adolescentes.
3. Detectar los sucesos estresantes de la muestra.

4. Evaluar las estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes con autolesiones.
5. Conocer la percepción de las adolescentes en relación con las prácticas parentales.
6. Promover, mediante una terapia grupal integrativa, factores resilientes en las adolescentes con autolesiones.

## **Hipótesis**

### **Hipótesis conceptuales**

1. Las estrategias de afrontamiento, las habilidades de solución de problemas y las prácticas parentales son aspectos que pueden favorecer o perjudicar el desarrollo de la resiliencia en adolescentes expuestos a situaciones estresantes (Masten & Obradovic, 2006).
2. Las adolescentes que presentan conducta autolesiva suelen recurrir a estrategias de afrontamiento desadaptativas, principalmente estrategias evitativas (Spirito et al., 1996).
3. La resiliencia no es un rasgo de la personalidad el cual una persona tiene o no tiene, sino que se trata de comportamientos, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidos o desarrollados (APA, 2017).

### **Hipótesis de trabajo**

Tanto la conducta autolesiva como el nivel de riesgo suicida pueden disminuir por medio de una intervención grupal que se enfoque en la promoción de factores resilientes, principalmente en el desarrollo y fortalecimiento de estrategias de afrontamiento funcionales y de solución de problemas y un cambio la aproximación de la percepción de las prácticas parentales.

## **Variables**

### **Definición conceptual de las variables.**

1. **Riesgo suicida.** Consiste en las respuestas dadas ante un instrumento de tamizaje, que corresponden a las emociones, pensamientos y acciones de los individuos vinculados a la conducta suicida (Borges et al., 1995).

- 2. Conducta autolesiva.** Se trata de la realización socialmente inaceptable y repetitiva de cortadas, golpes y otras formas de autoagresión que causan lesiones físicas leves o moderadas (Suyemoto, 1998).
- 3. Factores resilientes.** Se definen como aquellos atributos personales, del ambiente, la situación o eventos que permiten que se alcancen consecuencias psicológicas relativamente positivas a pesar de haber vivido experiencias de riesgo significativas (Rutter, 2006). Específicamente para esta tesis se consideran los siguientes conceptos como factores resilientes: estrategias de afrontamiento funcionales, habilidades de solución de problemas y percepción de prácticas parentales positivas. A continuación, se definen conceptualmente estas variables:
- a) Estrategias de afrontamiento funcionales.** Consisten en los esfuerzos para manejar un problema, ya sea por la búsqueda activa de apoyo, realizar acciones concretas o reflexionar sobre las posibles soluciones. Incluye el afrontamiento activo y el afrontamiento interno, contiene actividades como la búsqueda de información y pedir consejo, y destaca la evaluación que los adolescentes hacen de la situación (Seiffge-Krenke, 1993). Son aquellas estrategias que les permiten a los adolescentes mostrar niveles de adaptación positivos ante sucesos de vida negativos a los que se enfrentan (Arenas, 2012).
- b) Habilidades de solución de problemas.** Este concepto se refiere a una serie de componentes específicos, y la capacidad para aplicarlos de forma eficaz y pertinente, lo cual permite que se descubra y se lleve a cabo la solución más eficaz ante un problema (Oblitas, 2011). Los componentes mencionados son los siguientes:
- orientación hacia el problema,
  - definición y formulación del problema,
  - generación de alternativas,
  - toma de decisiones, y
  - ejecución de la solución y verificación.
- c) Aproximación positiva de la percepción de las prácticas parentales.** Consiste en la percepción que tienen los hijos de los comportamientos de sus padres en su intento por educarlos. Las prácticas parentales positivas son las acciones y

conductas específicas que utilizan los padres para educar y criar a sus hijos, y que muestran una relación positiva con el bienestar de los éstos, es decir, que se asocian con efectos benéficos. La percepción de prácticas parentales positivas, entonces, implica que los hijos se sientan aceptados; apoyados; tomados en cuenta; y que crezca con ciertos límites, reglas y regulaciones de la conducta, sin que éstos sean rígidos ni que interfieran con el desarrollo de la individualidad del adolescente (Andrade & Betancourt, 2008)

### **Definición operacional de las variables.**

**1. Riesgo suicida.** Se identificó el nivel de riesgo suicida mediante las respuestas dadas al Inventario de Riesgo e Ideación Suicida (Hernández & Lucio, 2010) que permite crear niveles de prioridad a partir de un modelo acumulativo de riesgo. Los criterios para delimitar cada grupo fueron los siguientes:

- 1) Riesgo alto o prioridad 1: si se endosan los tres reactivos críticos (ideación, planeación e intento) y además hay una elevación de  $T \geq 60$  en todas las subescalas del instrumento.
- 2) Riesgo por intento o prioridad 2: si se endosa el reactivo crítico de intento suicida y hay una o más elevaciones de  $T \geq 60$  en las subescalas del instrumento.
- 3) Riesgo por ideación o prioridad 3: si se endosa el reactivo crítico de ideación suicida y hay una o más elevaciones de  $T \geq 60$  en las subescalas del instrumento.
- 4) Riesgo por malestar emocional asociado al suicidio o prioridad 4: no se endosan reactivos críticos, pero hay elevaciones de  $T \geq 60$  en el índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida.
- 5) Sin riesgo: no se endosan reactivos críticos ni hay elevaciones de  $T \geq 60$ .

**2. Conducta autolesiva.** Se identificó con base en la respuesta dada al reactivo 34 del Inventario de Riesgo e Ideación Suicida (Hernández & Lucio, 2010) en el cual se hace la siguiente afirmación: Me he lesionado internacionalmente (cortándome, pinchándome, quemándome, golpeándome, por ejemplo) para ver hasta dónde

aguanto el dolor. También se tomó en cuenta el reactivo 27 de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes, EA-A (Lucio et al., 2016), en el cual se hace la siguiente afirmación: Me hago daño para lastimar alguna parte de mi cuerpo.

**3. Factores resilientes.** Se identificaron los factores resilientes mediante:

- a) El uso de **estrategias de afrontamiento funcionales**, evaluadas a través de las respuestas dadas a la Escala de Afrontamiento para Adolescentes, EA-A (Lucio et al., 2016) que permite identificar estrategias de afrontamiento y respuestas involuntarias al estrés en adolescentes;
- b) La presencia de **habilidades de solución de problemas**, determinada mediante las respuestas dadas específicamente a los reactivos que corresponden al factor de “Respuestas voluntarias comprometidas (control primario y secundario) dirigidas a la solución de problemas” de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes, EA-A (Lucio, et al., 2016). Este factor implica estrategias de afrontamiento enfocadas a la solución de un problema, lo cual requiere de habilidades para definir el problema, generar soluciones alternativas, y realizar acciones que lleven a esa solución; y
- c) **Aproximación positiva de la percepción de las prácticas parentales**, identificada por medio de los resultados obtenidos en la Escala de Prácticas Parentales para Adolescentes PP-A (Andrade & Betancourt, 2008). Se considera que las adolescentes lograban percibir prácticas parentales positivas al obtener puntajes iguales o cercanos a 4 en las siguientes dimensiones:
  - comunicación y control conductual paterno,
  - autonomía paterna,
  - comunicación materna,
  - autonomía materna, y
  - control conductual materno.

### **Escenario**

El grupo terapéutico se llevó a cabo en un centro comunitario de atención psicológica que forma parte del conjunto de centros en los que la Facultad de Psicología ofrece atención psicológica al público general. Surgió por iniciativa de los habitantes de la colonia en la que se encuentra y colonias aledañas para atender el incremento de conflictos familiares,

conductuales, de violencia tanto familiar como en la comunidad, adicciones, entre otros, principalmente en los jóvenes viviendo en esa zona. Con el paso del tiempo, la demanda fue extendiéndose y ahora, la población que acude al centro solicitando atención no se limita a los habitantes de las colonias cercanas, sino de muchas otras zonas de la Ciudad de México.

En el último año, la demanda de atención por parte de adolescentes ha ido en aumento. Los principales motivos de consulta que reportan se relacionan con problemas escolares o familiares; no obstante, una gran cantidad de estos consultantes, principalmente adolescentes femeninas, argumentan haber recurrido a alguna conducta autolesiva (específicamente cortadas en muñecas, piernas y abdomen) para hacerle frente a cierta situación estresante o dolorosa. Asimismo, también se detecta en ellas un riesgo suicida, pues la mayoría de éstas afirma que, por lo menos en una ocasión en la que presentaron este comportamiento, intentaban quitarse la vida. En algunas, también hubo un intento suicida utilizando otros métodos diferentes a las autolesiones, como sobredosis de medicamentos.

### **Población**

Adolescentes.

### **Muestra**

Seis mujeres adolescentes de entre 12 y 16 años.

### **Muestreo**

El muestreo de este estudio es no probabilístico intencional.

### **Criterios de selección.**

#### ***Criterios de inclusión.***

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- ser mujer,
- tener entre 12 y 16 años, y
- presentar algún tipo de conducta autolesiva en los últimos tres meses (desde su primera entrevista en el centro).

### ***Criterios de exclusión.***

Se excluyeron a las adolescentes cuyos padres se negaron a participar en el grupo paralelo de padres que se llevó a cabo.

### ***Criterios de eliminación.***

Para los criterios de eliminación, se tomaron en cuenta las normas del centro en donde se llevó a cabo la intervención: después de dos faltas seguidas injustificadas y/o sin previa cancelación, se da de baja al paciente.

### **Investigación**

Mixta paralela.

### **Tipo de estudio**

Explicativo.

### **Diseño**

Cuasi-experimental con un solo grupo pre-postest.

### **Instrumentos/evaluación**

#### **Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes (Lucio & Durán, 2003).**

El cuestionario Sucesos de Vida para Adolescentes es un autoinforme de 129 reactivos y una pregunta abierta, por medio del cual se pueden detectar problemas emocionales en siete diferentes áreas: familiar, social, personal, problemas de conducta, logros y fracasos, salud y escolar. Asimismo, también puede emplearse como una prueba de detección de situaciones de riesgo. Se elaboró a partir de los sucesos estresantes comunes durante la adolescencia y la evaluación afectiva que los mismos jóvenes hacen de ellos, es decir, la percepción que los mismos adolescentes tienen de los eventos a los que han estado expuestos y la manera en que lo describen: como algo bueno, algo malo o algo que les es indiferente.

Este instrumento puede aplicarse de manera grupal o individual y toma alrededor de 30 minutos completarlo. Los reactivos se califican por medio de cuatro opciones de respuesta:

- (a) Me sucedió y fue bueno para mí;
- (b) Me sucedió y fue malo para mí;
- (c) Me sucedió y no tuvo importancia;
- (d) No me sucedió.

Las respuestas a los reactivos corresponden a lo que los adolescentes han vivido en el último año de su vida. Los sucesos que se evalúan en cada área corresponden a sucesos normativos y no normativos de la adolescencia. Además, estos sucesos también se consideran como negativos o positivos. Los negativos denotan un perjuicio o malestar en función del adolescente; los positivos implican un beneficio o bienestar.

Para la calificación del Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes, se toman en cuenta dos niveles: cuantitativo y cualitativo. En lo que respecta a la calificación cuantitativa, se hace un conteo de los reactivos que contestó el adolescente en cada área y el peso que tienen con base en si el suceso es normativo positivo (puntuación de 1), si es no normativo positivo (puntuación de 2), si es normativo negativo (puntuación de 3) y si es no normativo negativo (puntuación de 5). Este proceso se puede realizar manualmente o mediante un programa de cómputo. Con esto se obtiene un perfil en el que se grafica la calificación (sumando las puntuaciones obtenidas con base en los criterios descritos anteriormente) de cada una de las áreas de acuerdo con el sexo del sujeto. La gráfica está dividida en dos: una sección en donde aparecen los sucesos positivos y otra con los sucesos negativos. Ya habiendo graficado los resultados, se debe detectar si hay algún área en los sucesos negativos con una puntuación de entre T65 y T69. Esta puntuación indicaría que el adolescente estuvo expuesto a más sucesos estresantes de lo esperado y, por lo tanto, podría estar en riesgo de presentar conflictos en el área con la puntuación elevada. Si ésta es aún más alta, la probabilidad de riesgo aumenta.

El siguiente paso en el proceso de evaluación consiste en realizar la calificación cualitativa. Para ésta, se revisa cómo evalúa el sujeto los sucesos negativos, especialmente los que corresponden a áreas con puntuaciones elevadas: si los considera buenos, malos o indiferentes. A esto también se le agrega la información obtenida de la pregunta abierta: ¿Qué

hiciste cuando alguna de estas situaciones que consideras malas para ti te sucedió? Con esto, se puede conocer con mayor detalle algún evento estresante específico que le haya ocurrido al adolescente y la forma en la que lo enfrentó.

Con respecto a las propiedades psicométricas del cuestionario, se presentó un índice de confiabilidad global Kuder-Richardson de .89, así como una confiabilidad de .76 para los reactivos positivos y de .88 para los negativos. Por lo anterior, el cuestionario se puede considerar como un instrumento confiable. Asimismo, se realizó la validación por medio del método de jueces. Se les pidió a 18 expertos que clasificaran cada reactivo como suceso normativo o no normativo y como positivo o negativo. Posteriormente, se calcularon las frecuencias de respuesta y porcentaje para cada reactivo, y se obtuvo lo siguiente: 88% de los reactivos obtuvieron un acuerdo del 70% entre jueces; 71.2% fueron clasificados dentro del mismo rubro por el 80% de los jueces; del total de reactivos, 72 fueron clasificados como normativos y 80 como no normativos por más de la mitad de los jueces. En cuanto a la clasificación de los reactivos en positivos o negativos, 70% de los jueces estuvieron de acuerdo en 86% de los reactivos y 80% de ellos lo estuvo en la ubicación de 76.3% de los reactivos; del total, 50 fueron clasificados como positivos y 102 como negativos por más de la mitad de los jueces. Finalmente, para evaluar la discriminación de los reactivos, se obtuvo una chi cuadrada ( $X^2$ ) para determinar los reactivos que se diferenciaban entre un grupo de población general y uno clínico. Se encontraron diferencias significativas en la mayoría de los reactivos y se eliminaron aquellos que no tenían diferencias, quedando un total de 129 reactivos.

Mediante una prueba t de Student entre grupos con las puntuaciones más altas y con las más bajas se identificaron diferencias significativas en la mayoría de los reactivos, concluyendo así una buena validez de constructo. La validez concurrente se obtuvo por medio de una investigación con 96 adolescentes (59 mujeres y 37 hombres) en la que se correlacionaron los resultados obtenidos en este cuestionario y los resultados del MMPI-A. Con este estudio se obtuvo que las áreas negativas correlacionan en forma positiva con las escalas clínicas, de contenido y suplementarias del MMPI-A que indican problemas; por otro lado, las áreas positivas correlacionan de manera negativa con las escalas del MMPI-A que denotan problemas.

**Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS-A) (Hernández & Lucio, 2010).**

Desde su primera versión publicada en el 2003, el Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS-A) tiene como objetivo identificar adolescentes en riesgo de suicidio para poder referirlos a algún tipo de intervención por medio de la cual se reduzca ese riesgo y se prevenga cualquier conducta suicida. Este inventario se desarrolló siguiendo diferentes parámetros de evaluación con niños y adolescentes en riesgo suicida, así como con base en modelos teóricos y de prevención e intervención en escuelas. Además de lo anterior, también se consideraron viñetas de adolescentes mexicanos que presentaran intentos suicidas. De esta forma se llevó a cabo la adecuación y creación del banco de reactivos.

Para determinar la validez y confiabilidad del instrumento se realizó un estudio cuya muestra estuvo conformada por 555 estudiantes de una secundaria pública de la Ciudad de México. La confiabilidad se evaluó a través de una alfa de Cronbach que reportó una consistencia interna de  $\alpha = .95$ . Por otro lado, la validez se obtuvo mediante análisis factorial utilizando rotación varimax. Se obtuvo un porcentaje de varianza total explicada de 57.6%. Tanto la consistencia interna como el porcentaje de varianza explicada son aceptables. Los tres factores resultantes de estos análisis son ideación e intencionalidad suicida (10 reactivos), desesperanza y depresión (8 reactivos) y ausencia de circunstancias protectoras (6 reactivos). Asimismo, el IRIS-A muestra validez concurrente con la Escala Beck de Ideación Suicida (EBIS) y con la Subescala Experimental de Ideación Suicida del MMPI-A, así como validez convergente con el Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes. Cabe destacar que existe una alta correlación del primer factor del IRIS-A (Ideación e intencionalidad suicida) con el segundo factor de la escala Beck (Deseo de vida/muerte). Por otro lado, en relación con el Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes, se observó que las siete áreas de sucesos de vida negativos se asocian significativamente con los tres factores del IRIS-A. Los resultados obtenidos en torno a la evaluación de las propiedades psicométricas de este inventario permiten concluir que se trata de un instrumento válido y confiable.

La segunda versión del IRIS-A se compone de 50 reactivos cuyas opciones de respuesta corresponden a una escala de frecuencia: sí, todo este tiempo; casi siempre; algunas veces; rara vez; no, nunca). Este instrumento se puede aplicar de manera individual o grupal

en estudiantes de nivel educativo medio y medio superior (de 12 a 18 años de edad) y toma entre 20 y 30 minutos completarlo. El posible riesgo de suicidio se detecta a través de tres subescalas, un índice y tres indicadores que se describen a continuación:

Subescalas:

- a) Subescala 1: Ideación e intencionalidad suicidas.
- b) Subescala 2: Depresión y desesperanza.
- c) Subescala 3: Ausencia de circunstancias protectoras.

Índice: Índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida.

Indicadores: Se determina su presencia con base en lo que el adolescente responde a un reactivo específico para cada indicador. Estos reactivos se denominan como reactivos críticos.

- a) Ideación suicida (R25: He pensado en suicidarme; se identifica a partir del valor 3 de la escala, es decir, que haya respondido “algunas veces”, “casi siempre” o “sí, todo este tiempo”).
- b) Planeación suicida (R49: He planeado mi propia muerte; se identifica a partir del valor 3 de la escala, es decir, que haya respondido “algunas veces”, “casi siempre” o “sí, todo este tiempo”).
- c) Intento suicida (R50: He intentado quitarme la vida; se identifica a partir del valor 2 de la escala, es decir, que haya respondido “casi siempre” o “sí, todo este tiempo”).

Para la calificación, se toman en cuenta distintos grupos o niveles de prioridad dependiendo del riesgo. Los criterios para delimitar cada grupo o nivel son los siguientes:

- Riesgo alto o prioridad 1: se presentan los tres indicadores (se endosan los tres reactivos críticos) y hay elevaciones  $T > 60$  en las tres subescalas del instrumento.
- Riesgo por intento o prioridad 2: se presenta el indicador de intento suicida (se endosa el reactivo crítico de intento suicida, R50) y hay una o más elevaciones en las subescalas.

- Riesgo por ideación o prioridad 3: se presenta el indicador de ideación suicida (se endosa el reactivo crítico de ideación suicida, R25) y hay una o más elevaciones en las subescalas.
- Riesgo por malestar emocional asociado al suicidio o prioridad 4: no hay presencia de indicadores (no se endosan reactivos críticos) pero hay elevaciones en el índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida.
- Sin riesgo: no hay indicadores ni elevaciones en las subescalas.

**Escala de Afrontamiento para Adolescentes (EA-A), (Lucio et al., 2016).**

Para este estudio se empleó la versión previa a la EA, la cual está conformada por 45 reactivos, que toma alrededor de 30 minutos en completarse y tiene como objetivo identificar las estrategias de afrontamiento y las respuestas involuntarias ante el estrés en población adolescente. Está basado en los modelos teóricos sobre afrontamiento propuestos por Connor-Smith y Compas (2004) y de Sieffge-Krenke (2000). La prueba está validada y estandarizada en población mexicana. Los reactivos están presentados en una escala tipo Likert de 5 puntos:

- A. “Nunca lo hago”.
- B. “A veces lo hago”.
- C. “Más o menos lo hago”.
- D. “Frecuentemente lo hago”.
- E. “Es mucho lo que yo hago”.

Las respuestas del EA-A se agrupan en diferentes factores:

1. Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones
2. Respuestas fisiológicas
3. Pensamientos obsesivos y desesperanza
4. Evitativo pasivo
5. Búsqueda de apoyo en la familia
6. Búsqueda de apoyo con el grupo de pares
7. Impotencia y conducta autolesiva
8. Religión

En cuanto a las propiedades psicométricas del cuestionario, se realizaron un análisis factorial exploratorio y uno confirmatorio, con el objetivo de conocer la estructura factorial del instrumento y para comprobar si ésta se mantenía, así como para determinar la validez de constructo de la escala. Para realizar estos análisis, se tomó una muestra de 1,953 adolescentes, la cual se dividió en dos partes: con una, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales con rotación varimax; con la otra parte, se realizó el confirmatorio con el método de estimación de máxima verosimilitud. Asimismo, los índices empleados para evaluar el ajuste del modelo fueron el índice de bondad de ajuste (GFI), la raíz cuadrada media del error de la aproximación (RMSEA), el índice Tucker-Lewis (TLI), el índice de bondad de ajuste comparativo (CFI), la razón de chi cuadrada sobre los grados de libertad (CMIN/GL) como medida de ajuste de parsimonia y el índice de bondad de ajuste corregido (AGFI). Además, se evaluó la confiabilidad de los factores resultantes de primer y segundo orden a través del análisis de consistencia interna (alfa de Cronbach).

A través del análisis factorial exploratorio, se obtuvo una extracción de siete factores que explican el 51.58% de la varianza total, con un rango de valores propios de 8.1 a 1.4. Se incluyeron factores con comunalidades de .40 o más, y cargas factoriales mayores a .40. El paso factorial varió entre .42 y .84. Se eliminaron cuatro reactivos, por lo que el análisis factorial exploratorio mostró una configuración integrada de 41 reactivos válidos. Con el análisis factorial confirmatorio se evaluó el ajuste del modelo de siete factores que se obtuvo en el exploratorio (primer orden), y posteriormente, se agruparon en afrontamiento funcional y disfuncional para evaluar un modelo de segundo orden. El índice de chi cuadrado de bondad de ajuste y el índice de parsimonia sugirieron un buen ajuste a los datos. Todos los parámetros para el modelo de primer orden fueron significativos ( $p < .05$ ) y se encuentran en los márgenes aceptados, lo que sugiere un ajuste global adecuado. Con respecto al modelo de segundo orden, se agruparon los factores de Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones, Búsqueda de apoyo en la familia, Búsqueda de apoyo con el grupo de pares y Religión en la dimensión de estrategias de afrontamiento funcionales; mientras que Respuestas fisiológicas, Pensamientos obsesivos y desesperanza y Evitativo pasivo se agruparon en la dimensión de estrategias de afrontamiento disfuncionales. Esta agrupación resultó congruente con los resultados estadísticos y teóricos, y los parámetros estimados para el modelo de segundo

orden también mostraron un ajuste adecuado. En lo que se refiere a la consistencia interna (alfa de Cronbach), los valores oscilaron entre .56 y .84, lo cual corresponde a una alta consistencia interna. El instrumento tiene propiedades psicométricas satisfactorias y es adecuado para aplicarse en población adolescente mexicana.

**Escala de Prácticas Parentales para Adolescentes (PP-A), (Andrade & Betancourt, 2010).**

La Escala de Prácticas Parentales para Adolescentes es un instrumento autoaplicable de 80 reactivos (40 para cada uno de los padres) y con cuatro opciones de respuesta: nunca, pocas veces, muchas veces y siempre. A cada una de las opciones le corresponde una puntuación diferente. Su objetivo es evaluar la percepción que tienen los adolescentes de las conductas de sus padres hacia ellos. También aporta información sobre la comunicación del hijo con los padres, la autonomía que fomentan los padres en su hijo, la imposición y el control psicológico que ejercen, y, en el caso de la madre, también se evalúa la supervisión y el conocimiento que tiene sobre las actividades de su hijo (en el caso del padre, esta dimensión forma parte de la de comunicación).

Se basa en los trabajos desarrollados a partir de dos aproximaciones diferentes al rol que juegan los padres en la formación de los hijos: la aproximación de los estilos parentales y la de prácticas parentales. Por un lado, Darling y Steinberg (1993; citado en Andrade & Betancourt, 2010) indican que los estilos parentales se relacionan con el clima emocional en el que los padres criaron a los hijos. Por otro lado, las prácticas parentales son las conductas específicas que se utilizan para educar a los hijos. Esta escala se concentra en la evaluación de las prácticas parentales y para desarrollarla, se integraron reactivos de la Escala de Estilos Parentales de Palacios y Andrade (2006) y de la Escala de Control Materno y Paterno para Adolescentes de Betancourt (2007). Se eligieron los reactivos de mayor carga factorial. De esta forma, se completaron dos escalas de 40 reactivos: una para evaluar las prácticas de la madre y otra, para las del padre. Los reactivos se agrupan en cinco dimensiones diferentes en el caso de las madres y en cuatro en el caso del padre. Estas dimensiones son:

- Comunicación materna: comunicación existente entre la madre y sus hijos (conformada por 10 reactivos).

- Autonomía materna: el respeto que muestra la madre en las decisiones que toman sus hijos (conformada por 7 reactivos).
- Imposición materna: el grado en que la madre impone sus creencias y conductas a sus hijos (conformada por 8 reactivos).
- Control psicológico materno: inducción de culpa, devaluación y críticas excesivas a sus hijos por parte de la madre (conformada por 8 reactivos).
- Control conductual materno: conocimiento que tiene la madre sobre las actividades de sus hijos (conformada por 7 reactivos).
- Comunicación y control conductual paterno: comunicación existente entre el padre y sus hijos y el conocimiento que tiene el padre de las actividades del adolescente (conformada por 16 reactivos).
- Autonomía paterna: el respeto que muestra el padre en las decisiones que toman sus hijos (conformada por 8 reactivos).
- Imposición paterna: el grado en que el padre impone sus creencias y conductas a sus hijos (conformada por 8 reactivos).
- Control psicológico paterno: inducción de culpa, devaluación y críticas excesivas a sus hijos por parte del padre (conformada por 8 reactivos).

Para obtener el puntaje de cada dimensión, se suman los reactivos que conforman las dimensiones y se dividen entre el número total de reactivos por dimensión. A mayor puntaje, más frecuentemente percibe el adolescente la presencia de esa dimensión.

Para obtener la validez y confiabilidad de la escala, se llevó a cabo un estudio con 980 adolescentes estudiantes de escuelas públicas en la Ciudad de México. Se realizó un análisis factorial exploratorio de componentes principales, en el que se identificaron cuatro dimensiones para el papá y cinco para la mamá. Asimismo, la confiabilidad se obtuvo a través de una alfa de Cronbach, obteniendo valores de  $\alpha$  entre .80 y .97. Esta escala ha sido utilizada en diferentes estudios con muestras de contextos culturales distintos a donde fue desarrollada originalmente y se han obtenido valores de confiabilidad y validez similares a las reportadas por las autoras.

## **Procedimiento**

El proceso inició desde el primer contacto al centro comunitario, en el que se averiguó nombre y edad del consultante, así como el motivo de su consulta. Cuando se trataba de un adolescente con posible riesgo suicida o que presentara algún tipo de autolesión, la entrevista inicial se organizó de tal manera que una de las dos terapeutas encargadas del grupo estuviera presente. Esto se decidió así para que se pudiera indagar más acerca del motivo de consulta y la historia del adolescente, así como para empezar establecer una alianza terapéutica. Como en cualquier caso que llega solicitando atención al centro comunitario, después de este primer encuentro en el que se les pidió a los consultantes que completaran un formato de admisión y se entrevistó tanto al adolescente como a sus padres, se llevó a cabo una supervisión grupal con todo el equipo de terapeutas y supervisoras para tomar la mejor decisión en cuanto al tratamiento del consultante. Con esta supervisión grupal se determinó qué adolescentes se beneficiarían de un proceso terapéutico grupal y en quiénes sería necesario otro tipo de atención, como una canalización a un hospital psiquiátrico o a terapia familiar. Después de aproximadamente dos meses de entrevistas y supervisiones, se determinó que el grupo estaría conformado por seis adolescentes femeninas de entre 12 y 16 años, quienes, por lo menos una vez, habían recurrido a algún tipo de autolesión para enfrentar un conflicto o dolor emocional. Dos de las seis adolescentes que participaron habían recibido una intervención individual en el centro previamente; en el resto, este grupo fue el primer contacto que tuvieron con el centro. Asimismo, en las supervisiones grupales se tomó la decisión de trabajar en un grupo paralelo con los padres de estas adolescentes.

Posterior a esto, se inició el trabajo de manera individual, haciendo indagación de historia clínica, así como un proceso de evaluación. Desde la primera sesión individual, se les explicó a las adolescentes que después de algunas semanas, la manera de trabajar cambiaría, pues se formaría un grupo con adolescentes similares a ellas y con quienes se trabajaría en conjunto. También se especificó que sus padres participarían en un grupo paralelo. Esta etapa tomó aproximadamente dos meses y permitió tener un panorama más amplio de lo que sería necesario trabajar con ellas y desde qué modelo se llevaría a cabo la intervención para alcanzar los objetivos deseados. Habiendo determinado esta información, se inició el trabajo grupal con las seis adolescentes y, de manera simultánea, con los padres de éstas. El grupo paralelo de padres estuvo a cargo de dos coterapeutas de la especialización

de Intervención clínica en adultos y grupos. Este proceso tuvo la misma duración que el de sus hijas. Al iniciar, se realizó una evaluación en la que se aplicó un instrumento para identificar la presencia de depresión en los padres y otro para conocer sus estilos de crianza. Con respecto a la intervención que se realizó con ellos, ésta consistió, principalmente, en brindar psicoeducación sobre la adolescencia, las autolesiones y el suicidio; en mejorar las prácticas parentales; en trabajar con identificación, regulación y expresión emocional, tanto en ellos mismos como en sus hijas adolescentes; y en ofrecer un espacio seguro en el cual pudieran expresar sus inquietudes y escuchar a otros padres que estuvieran enfrentando problemáticas similares. Al finalizar, se volvieron a aplicar los mismos instrumentos para medir los cambios alcanzados con la intervención.

En cuanto a la intervención con las adolescentes, ésta tuvo una duración de 24 sesiones (seis meses), en las que se trabajó una vez a la semana durante 90 minutos. En la última sesión, se realizó el post-test y un cierre, en el que se reunieron los participantes de ambos grupos (adolescentes y sus padres). Además, el grupo estuvo a cargo de dos psicólogas (una terapeuta en formación y su supervisora) trabajando en coterapia, pues se consideró que, de esta forma, el proceso sería más enriquecedor no sólo para las consultantes, sino también para la terapeuta en formación. Cabe mencionar que el centro de atención psicológica en el que se llevó a cabo este trabajo tiene, como principales objetivos, la atención a consultantes que solicitan el servicio y la preparación de estudiantes por medio de la práctica supervisada, por lo que haber trabajado en coterapia facilitó la supervisión, pero también aportó en la adquisición de las habilidades y competencias necesarias para el tratamiento de pacientes adolescentes con problemáticas de riesgo (autolesiones y riesgo de suicidio). Después de finalizar cada sesión, las cuatro terapeutas encargadas de los grupos se reunían para analizar lo ocurrido con los pacientes, supervisar y determinar los temas necesarios a trabajar en la siguiente sesión con base en las necesidades de las adolescentes y de sus padres.

El procedimiento que se realizó para el desarrollo de la intervención se resume en los siguientes puntos:

1. El primer paso que se siguió fue determinar la función que las autolesiones cumplían en las adolescentes, lo cual se logró considerando las necesidades de las pacientes, planteadas por medio de sus motivos de consulta (latentes y manifiestos) y analizando

la información que se obtuvo de la historia clínica. En ellas, la conducta autolesiva representaba una alternativa de solución desadaptativa para regular sus emociones y distraerse ante situaciones percibidas como altamente estresantes.

2. Al identificar la función de las autolesiones y los sucesos de vida estresantes a los que habían estado expuestas a lo largo de su vida, se concluyó que las adolescentes se verían beneficiadas si se fomentara en ellas una serie de factores que les permitieran desarrollar resiliencia.
3. Posteriormente, con base en la literatura, se concluyó que los factores que sería conveniente trabajar para fomentar la resiliencia serían las estrategias de afrontamiento, las habilidades de solución de problemas y la dinámica familiar (por medio de fomentar una aproximación positiva de la percepción de las prácticas parentales).
4. Se analizaron las estrategias de afrontamiento en las adolescentes de acuerdo con lo obtenido en la evaluación, y se determinó qué habilidades y competencias en específico se necesitaban trabajar para generar o fortalecer las estrategias de afrontamiento funcionales, así como para disminuir o eliminar estrategias de afrontamiento disfuncionales. Se hizo lo mismo para fortalecer las habilidades de solución de problemas y para generar una aproximación positiva de la percepción de las prácticas parentales.
5. El siguiente paso consistió en determinar de qué manera se trabajarían esas estrategias, competencias y habilidades, es decir, con base en qué enfoque terapéutico se generaría ese cambio. Se seleccionaron los enfoques terapéuticos haciendo una revisión previa de las formas de hacer psicoterapia que hayan mostrado mejores resultados en los últimos años y siguiendo lo establecido por la OMS en la mhGAP.
6. Se detectaron elementos comunes entre los diferentes enfoques terapéuticos para proponer una integración.

Estos seis pasos expuestos se describen con mayor profundidad en el siguiente capítulo, en el apartado de Intervención.

### **Seguimiento.**

A manera de seguimiento, se decidió contactar a las adolescentes un año después de la intervención vía mensajes de texto. Lo anterior se determinó de esta manera debido a las dificultades de espacio y de horarios ante las cuales se está expuesto en el centro comunitario en el que se llevó a cabo esta intervención. En este seguimiento, se plantearon preguntas al respecto de su desempeño en la escuela, su situación familiar, sus redes de apoyo, su estado emocional en general y sobre sus deseos de quitarse la vida o autolesionarse. Lo verbalizado por las pacientes en el seguimiento se presenta, de manera textual, en el capítulo de resultados, en el apartado de resultados cualitativos.

## **Presentación de grupo**

### **Presentación individual de las consultantes**

A continuación, se presentan las principales características de las participantes con base en la información obtenida de las entrevistas iniciales (tanto con la misma adolescente como con sus padres), del formato de admisión al centro y de la historia clínica.

#### **Paciente N.**

##### ***Ficha de identificación.***

- Edad: 14 años.
- Fecha de nacimiento: 12 de marzo de 2002.
- Sexo: femenino.
- Escolaridad: 2° de secundaria en curso.
- Estado civil: soltera.
- Ocupación: estudiante.

##### ***Motivo de consulta.***

- “Me corto los brazos y piernas” (sic).
- “Me siento inútil y excluida. Por eso lo hago” (sic).
- “No me siento bien conmigo misma” (sic).
- Aproximadamente un mes antes de iniciar el proceso grupal, N tuvo un intento suicida por sobredosis de medicamentos, a partir de lo cual inició tratamiento psiquiátrico con fluoxetina y risperidona.

##### ***Datos generales de la paciente.***

N viv con sus padres, su medio hermano de 29 años, su abuela y una tía paterna. Tiene un hermano de 22 años que vive con su pareja y su hijo de dos años, y quien ha estado preso en dos ocasiones por robo y narcotráfico. Sus padres son comerciantes y dedican la mayor parte del día a su trabajo. Sus hermanos están desempleados. N está cursando el 2° año de secundaria en una escuela cercana a su casa. Tiene muy buenas calificaciones y no presenta problemas de conducta. De vez en cuando, N tomaba clases de baile, pero su asistencia dependía de que sus padres la llevaran.

Tanto sus padres como su medio hermano suelen consumir alcohol en exceso por lo menos una vez a la semana, mientras que su otro hermano tiene un problema de adicción a drogas ilegales. Mantiene una relación conflictiva con su madre y su medio hermano, caracterizada por insultos y comentarios hirientes, principalmente relacionados con su aspecto físico. La relación con su padre y con su hermano es distante porque casi no convive con ellos. N afirma sentirse “poco vista y apreciada por [su] familia” (sic), a excepción de con su hermano, con quien se siente “querida y escuchada, es el único que [la] entiende y [le] da importancia y cariño, pero nunca está” (sic).

N comenzó a cortarse a los 10 años. La primera vez que lo hizo fue en una ocasión en la que su hermano fue golpeado tan gravemente que tuvo que ser internado. Su familia se fue al hospital y ella se quedó sola en casa pues sus papás no quisieron que los acompañara. N se sintió muy triste y frustrada, por lo que se hizo cortes con un cuchillo en los antebrazos. En ese momento, N se sentía convencida de que quería quitarse la vida, por lo que se hizo varios cortes, pero se detuvo porque sintió mucho dolor. No obstante, en ese momento pensó que “lo volvería a hacer hasta lograrlo” (sic). A partir de esa ocasión, N siguió cortándose en los brazos utilizando la navaja de su sacapuntas o las navajas de afeitarse de su papá y conforme pasó el tiempo, lo hacía con mayor frecuencia. A los 12 años, se empezó a cortar también en los muslos, después de que su mamá le dijo que estaba subiendo mucho de peso y que debía dejar de comer. Al solicitar la atención psicológica, N se cortaba por lo menos una vez a la semana. Además de las cortadas, N en ocasiones se golpeaba las muñecas con ligas de látex. Usualmente, la razón por la que se autolesionaba era porque sus padres o su hermano la regañaban o la agredían verbalmente. En esos momentos, N se encerraba en su cuarto y se hacía las cortadas. Comentó que llegó un momento en el que le dejó de doler, por lo que sus heridas cada vez eran más profundas, pero que, al principio, el dolor le ayudaba a dejar de pensar en el conflicto o las palabras hirientes de sus padres y su medio hermano. También consideraba que, a través de los cortes o los golpes con las ligas, lograba expresar cómo se sentía.

Un mes antes de iniciar el proceso grupal, N tuvo un intento suicida por sobredosis de medicamentos después de tener una discusión con su mamá y su novio. Fue hospitalizada e inició tratamiento con fluoxetina y risperidona.

## **Paciente A.**

### ***Ficha de identificación.***

- Edad: 15 años.
- Fecha de nacimiento: 28 de julio de 2000.
- Sexo: femenino.
- Escolaridad: 3° de secundaria.
- Estado civil: soltera.
- Ocupación: estudiante.

### ***Motivo de consulta.***

- “Tengo ciertos problemas que no me dejan estar bien” (sic).
- “Estoy estresada por un examen de la prepa.” (sic).
- “Siento un vacío y rechazo de mi mamá porque no me escucha. Desde la separación, mis papás cuidan más a mi hermano y a mí me dejaron de lado” (sic).
- A tuvo dos intentos suicidas: el primero, dos años antes de solicitar la atención psicológica, y el segundo, seis meses antes de iniciar el proceso. A partir del segundo intento, A inició tratamiento psiquiátrico con Escitalopram y Risperidona.
- A presentaba conductas autolesivas de manera intermitente, así como conductas impulsivas que ponían en riesgo su vida, como correr hacia carros en movimiento.

### ***Datos generales de la paciente.***

A vive con sus padres y un hermano de 7 años. Su padre es carpintero y su madre se dedica al hogar. A estudió los primeros dos años de secundaria en una escuela privada, pero le pidió a sus padres que le permitieran concluir 3° por medio de un examen pues era víctima de acoso escolar. Mientras concluía la secundaria, también asistía a un curso para prepararse para presentar el examen de ingreso a la preparatoria. En su tiempo libre, A escucha música o lee novelas y cuentos. Suele pasar mucho tiempo sola y considera que no tiene amistades cercanas.

A tenía una relación cercana con sus padres, la cual cambió al iniciar la secundaria debido a que se enteró de que su padre mantenía una relación extramarital y que su amante estaba embarazada. Sus padres se separaron durante dos años, después de los cuales, su padre

regresó. A se sintió muy enojada al saber que su mamá había perdonado la infidelidad. A partir de esto, A empezó a sentir que sus padres le prestaban más atención a su hermano menor y que a ella la habían “dejado de lado” (sic). Esto ha provocado que A tenga muchas discusiones con sus padres, especialmente con su madre.

A comenzó a cortarse en 1° de secundaria, a los 13 años, motivada por una amiga que lo hacía. La primera vez, sintió mucho dolor, por lo que dejó de hacerlo durante unos meses. Volvió a cortarse después de tener una fuerte discusión con su madre relacionada con la separación de los padres y como método de su primer intento suicida: A se encerró en el baño, rompió un rastrillo y se cortó ambas muñecas. Se detuvo porque perdió el conocimiento. Inició tratamiento psiquiátrico con Escitalopram y Risperidona, pero lo interrumpió después de 2 meses.

Posterior a ese intento, A continuó presentando la conducta autolesiva de manera esporádica, cortándose una vez cada tres semanas aproximadamente, principalmente después de tener discusiones o peleas con sus padres, amigos o parejas. Usualmente llevaba a cabo esta conducta utilizando navajas de afeitar, tijeras o navajas de sacapuntas y normalmente lo hacía estando sola en casa encerrada en el baño. Seis meses antes de recibir la atención, A tuvo un segundo intento suicida debido a una discusión que tuvo con su madre en la que le expresaba su inconformidad con respecto al regreso de su padre a su casa a pesar de la infidelidad. Como en el primero intento, A se encerró en el baño, llenó la bañera con agua, se sentó dentro de ésta y se cortó las muñecas con una navaja de afeitar. En esta ocasión, A también perdió el conocimiento. En ambas ocasiones, A fue encontrada por su madre y llevada inmediatamente al hospital. De nuevo, A fue recetada con Escitalopram y Risperidona. Cabe destacar que A no recuerda cómo fueron esos intentos, sino que sus familiares le contaron los detalles de lo sucedido después de salir del hospital. A refiere que, en ambas ocasiones, sólo recuerda momentos antes de encerrarse en el baño y momentos después de cortarse (y antes de desmayarse).

Después del segundo intento, A disminuyó la frecuencia de la conducta autolesiva, pero aparecieron conductas impulsivas, así como indiferencia; falta de motivación; malos hábitos de higiene, sueño y alimentación; y su ciclo menstrual se interrumpió.

## **Paciente XO.**

### ***Ficha de identificación.***

- Edad: 13 años.
- Fecha de nacimiento: 1 de noviembre de 2002.
- Sexo: femenino.
- Escolaridad: 2° de secundaria en curso.
- Estado civil: soltera.
- Ocupación: estudiante.

### ***Motivo de consulta.***

- “Vengo por algunos problemas familiares y mi forma de reaccionar” (sic).
- XO había presentado conducta autolesiva aproximadamente seis meses antes de solicitar la atención en el centro.

### ***Datos generales de la paciente.***

XO vive con sus padres, su hermano mayor, de 16 años, y una hermana menor, de 4 años. Su padre es carpintero y es participante activo de un grupo de cristianos. Su madre se dedica a la limpieza en un casino, por lo que trabaja por las noches. XO estudia el 2° de secundaria en una escuela técnica cercana a su hogar. Tiene buenas calificaciones y no presenta problemas de conducta. En su tiempo libre, XO suele escuchar música o leer. No realiza actividades extraescolares.

XO mantiene una buena relación con su madre, pero se ha vuelto distante. Alrededor de dos años antes de solicitar la atención en el centro, su madre tuvo que empezar a trabajar por cuestiones económicas, pues su padre se ausentaba de manera inesperada por largos periodos. Para el padre de XO, el hecho de que su esposa tuviera que trabajar de noche provocó que sintiera inseguridad y celos, lo cual no sólo fue expresado por él mismo, sino también por la propia paciente. Lo anterior, a su vez, generó que las discusiones entre ellos se hicieran más frecuentes e incluso, él llegó a ser violento tanto física como verbalmente. A partir de entonces, XO empezó a notar a su mamá más distante y con pocos ánimos de levantarse de su cama. Tanto XO como sus hermanos se han visto involucrados en discusiones y peleas y han recibido comentarios agresivos de parte del padre, por lo que XO

optó por convivir y hablar lo menos posible con él. Desde hace algunos meses, empezó a amenazar con irse de la casa y llevarse con él a la hija más pequeña, con quien XO tiene una relación ambivalente, pues desde que nació se siente menos atendida y escuchada, pero también busca protegerla y cuidarla. Su madre presenta ciertos síntomas depresivos, pero se ha negado a hacerse una valoración psiquiátrica o a iniciar un tratamiento psicológico.

El padre de XO solicitó la atención para su hija después de enterarse de que su hija se había cortado las muñecas con una navaja de sacapuntas. Esto lo hizo en dos ocasiones después de que sus amigas de la escuela la convencieran de que “era la forma en la que ellas se sentían bien después de ver a sus papás pelearse” (sic). La segunda vez que lo intentó también fue después de presenciar una discusión y la primera vez que su padre amenazó con irse de la casa y llevarse a su hermana pequeña. A diferencia de la primera, en la segunda ocasión lo hizo sola en casa, pero se detuvo al sentir mucho dolor. XO no se cortó después de esa segunda ocasión e incluso, decidió alejarse de las amigas con las que lo había intentado.

## **Paciente XV.**

### ***Ficha de identificación.***

- Edad: 16 años.
- Fecha de nacimiento: 27 de abril de 2000.
- Sexo: femenino.
- Escolaridad: 2º semestre de preparatoria en curso.
- Estado civil: soltera.
- Ocupación: estudiante.

### ***Motivo de consulta.***

- “Me autolesiono y eso preocupa a mis papás. Además, había estado con psicólogos antes y quise retomarlo” (sic).
- “Me hago cortes desde los 11 años. A los 12 recibí ayuda psicológica y mejoré bastante, sin embargo, meses después tuve varias recaídas y hasta la fecha, no puedo dejar de hacerlo por completo” (sic).

- “A veces no sé cómo sacar ciertas emociones (como tristeza y enojo) y el intentar tomar otras medidas no siempre me sirve” (sic).

*Datos generales de la paciente.*

XV vive solamente con sus padres. Tiene un hermano de 30 años que ya no vive con ellos, pero que va a su casa a comer casi todos los días, por lo que convive mucho con él. También tiene cuatro medio hermanos producto de un primer matrimonio del padre, pero no tiene una relación cercana con ellos. Sus padres son reposteros y se dedican a administrar una panadería propia. XV está cursando el 2° semestre de la preparatoria en un CONALEP. Sus calificaciones han sido bajas o reprobatorias desde que entró a la secundaria y ahora tiene que repetir la mayoría de sus materias. También ha tenido algunos problemas de conducta y discusiones con sus profesores. Sus bajas calificaciones se relacionan con el hecho de que no hace tarea ni entrega trabajos, pues pasa la mayor parte de la tarde leyendo novelas. Además de esto, XV toma clases de baile una vez a la semana.

La relación de XV con su padre es distante, pues éste trabaja casi todo el día y pasan poco tiempo juntos. Cuando intenta acercarse y platicarle algo, su padre se distrae o se queda dormido, por lo que la relación se limita a conversaciones cortas y superficiales. En cuanto a la relación con su madre, ésta es más cercana pero también conflictiva, pues XV siente que la compara mucho con su hermano y que no puede cumplir con las expectativas que ha puesto sobre ella. Además, XV siente que sus padres frecuentemente hacen comentarios en la que la culpabilizan por cosas de las que ella no es responsable, por ejemplo: “la única vez que mi hermano reprobó fue cuando le dijeron que yo iba a nacer [...] después mis papás me empezaron a decir que, por mi culpa, mi hermano no se quedó en la escuela que quería” (sic). Con respecto a la relación con su hermano, en ocasiones XV se siente cercana y comprendida por él, pero en otras, lo siente como “un papá más” (sic), pues también le llama la atención y la regaña.

XV empezó a cortarse a los 11 años poco después de que falleció un tío muy cercano y ella fue la primera en recibir la noticia, por lo que tuvo que comunicarla a toda su familia. Algunas amigas de la escuela ya lo hacían con frecuencia, por lo que XV tenía curiosidad, pues ellas le decían que les ayudaba a sentirse mejor y distraerse. La primera vez que lo hizo, se sentía muy triste y frustrada, así que decidió intentarlo, pues “estaba cansada de [sentirse]

así” (sic). El dolor de las cortadas le ayudó a distraerse y pensar en otra cosa, lo que generó una sensación de alivio. Por esa razón, XV decidió seguir con esta conducta. Usualmente lo hacía sola en su casa, utilizando vidrios rotos o navajas, pero en ocasiones utilizaba cualquier objeto afilado que tuviera a la mano (por ejemplo, una cuchara de plástico). XV acostumbraba a realizarse las cortadas en las muñecas, los antebrazos y los tobillos y, en promedio, lo hacía una vez a la semana. Conforme pasó el tiempo, XV empezó a sentir que tenía que hacerse más cortadas y más profundas para sentir el alivio que sentía las primeras veces que lo hizo.

A pesar de que XV se cortaba sin intencionalidad suicida, en los momentos en los que lo hacía pasaba por su mente la idea de ya no querer seguir viviendo, y que le daba igual si eso provocaba que muriera.

### **Paciente JL.**

#### ***Ficha de identificación.***

- Edad: 15 años.
- Fecha de nacimiento: 26 de enero de 2001.
- Sexo: femenino.
- Escolaridad: 3° de secundaria en curso.
- Estado civil: soltera.
- Ocupación: estudiante.

#### ***Motivo de consulta.***

- “Me trajo mi papá porque no tiene mucho que intenté suicidarme tomando pastillas y estuve internada en el hospital” (sic).
- “No sé por qué me siento así, tan perdida, vacía, triste” (sic).
- JL presentaba conductas autolesivas de manera intermitente, así como síntomas depresivos.

### ***Datos generales de la paciente.***

Seis meses antes de solicitar la atención en el centro, JL se mudó con su padre y parte de su familia extensa. Su padre trabaja como administrativo en la UNAM. JL está cursando el 3° de secundaria en una escuela técnica, y por las tardes, toma un curso de preparación para el examen de ingreso a la preparatoria. Desde que inició su vida escolar, se ha cambiado de escuela cinco veces, y sólo cursando la secundaria, ha estado en dos escuelas diferentes. En primaria, JL tenía muy buenas calificaciones, pero éstas empezaron a bajar en 5° de primaria, después de que tanto su padre como su madre iniciaron nuevas relaciones de pareja. Actualmente, las calificaciones de JL no sólo son bajas, sino que reprueba con frecuencia y tiene muchos problemas con sus profesores. En su tiempo libre, JL prefiere estar sola, por lo que ha buscado pasatiempos que pueda llevar a cabo sin estar acompañada, como escuchar música, leer o salir a patinar.

JL tiene una relación conflictiva con su padre y distante con su madre. Sus padres se separaron cuando JL tenía 6 años, después de que el padre se enteró de una infidelidad de la madre. Hubo una confrontación en la que el padre, en estado de ebriedad, fue agresivo físicamente con su esposa, por lo cual, ella decidió irse de la casa, llevándose a JL. A partir de entonces, ambas vivieron con la abuela materna, quien prohibía al padre visitar a su hija, por lo que éste procedió legalmente. No logró ganar la custodia de su hija; no obstante, se acordó que JL pasaría los fines de semana con él. Cabe destacar que JL tuvo que testificar en los juzgados cuando tenía entre 8 y 9 años. Después del divorcio, la madre mantenía relaciones informales con diferentes hombres. JL fue testigo, en repetidas ocasiones, de su madre manteniendo conductas sexuales con sus parejas. A pesar de vivir juntas, la relación con su madre era distante y problemática, pues pasaba mucho tiempo fuera de casa, tomaba frecuentemente y era agresiva física y verbalmente con JL. Por otro lado, la relación con su padre, en un principio, era cálida y afectuosa, pero desde que vive con él, se ha ido deteriorando (de acuerdo con la descripción realizada por la paciente).

Hace seis meses aproximadamente, su madre se fue de casa de la abuela para vivir con su pareja, hecho que provocó en JL mucha tristeza y enojo, y la llevó a intentar quitarse la vida por medio de sobredosis de medicamentos. Fue encontrada inconsciente por su abuela e internada en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro durante una semana. Inició

tratamiento farmacológico con fluoxetina. Al ser dada de alta, el padre decidió llevarse a JL a su casa para que viviera con él. Desde entonces, la relación con él se ha deteriorado y JL lo describe como “enojón, exigente y bipolar” (sic). Además, JL constantemente se siente muy triste, sin motivación, con sensación de odio hacia sus padres, muy cansada, perdida, sumamente sola y con deseos de dejar de vivir.

JL ha presentado conducta autolesiva de manera intermitente desde que inició la secundaria, aunque se detuvo cuando su abuela se dio cuenta de las marcas que tenía en los brazos por las cortadas. Usualmente lo hacía después de tener alguna discusión o vivir una situación desagradable con su madre. Decidió intentarlo porque escuchó en su escuela que algunas de sus compañeras lo hacían cuando se sentían tristes. Cuando se corta, JL se siente más tranquila, aliviada y se distrae de lo que la llevó a cortarse. Usualmente lo hacía justo antes de dormir, estando sola y usando navajas de afeitar. Después de cortarse, se limpiaba la herida y podía conciliar el sueño rápidamente.

## **Paciente JH**

### ***Ficha de identificación.***

- Edad: 14 años.
- Fecha de nacimiento: 3 de mayo de 2002.
- Sexo: femenino.
- Escolaridad: 2° de secundaria en curso.
- Estado civil: soltera.
- Ocupación: estudiante.

### ***Motivo de consulta.***

- “Mi mamá me trajo porque vio que tengo unas cortaduras en mis brazos y porque dice que tengo un comportamiento descontrolado” (sic).
- “Mis papás dicen que les doy muchos problemas y que no sé controlar mis emociones y por eso me regañan” (sic).

### ***Datos generales de la paciente.***

JH vive con sus padres, un hermano de 17 años y dos tías solteras. Su mamá trabaja como auxiliar contable en una empresa y su papá está desempleado. Su hermano está en el último año de la preparatoria y ya tiene su lugar en la UNAM para estudiar ingeniería mecatrónica. Una de sus tías es capturista y la otra se dedica al hogar, aunque padece de pie diabético, por lo que JH y su hermano la tienen que cuidar en las tardes. JH está cursando el 2° de secundaria en una escuela diurna. Desde que iba en primaria, ha tenido muy buenas calificaciones y no ha presentado problemas de conducta; no obstante, el año en curso presentó calificaciones un poco más bajas de lo acostumbrado y la trabajadora social de su escuela les sugirió buscar atención psicológica porque notaba a JH más retraída de lo usual. En su tiempo libre, JH disfruta leer, ver series de comedia, escuchar música y jugar fútbol.

Los padres de JH se han separado en varias ocasiones los últimos años, pero el padre regresa después de algunos días. Éste consume alcohol en exceso y, cuando llega a casa en estado de ebriedad, suele ser agresivo física y verbalmente con su esposa. Tanto JH como su hermano se involucran en las peleas. Cuando eso sucede, el padre se enoja con la paciente y le hace comentarios hirientes, lo cual no sucede con el hermano. Asimismo, cuando su padre le pide algo a JH o le dice algo de lo cual ella no está de acuerdo, le responde e intenta expresarle su inconformidad, pero su padre interpreta esta actitud como desafiante y la regaña, la insulta y la castiga. La relación con su madre es cercana pero ambivalente, pues por momentos siente que cuenta con su apoyo y en otras ocasiones, su madre también es agresiva e hiriente con su hija. A pesar de esto, JH siente que puede recibir un buen consejo y apoyo de sus padres cuando lo necesita. En cuanto a la relación con su hermano, ésta es cercana, de confianza, de apoyo y suele protegerla cuando sus padres la regañan o la insultan. También tiene una buena relación con sus tías; sin embargo, ahora JH se empieza a sentir cansada de tener que cuidar a su tía debido a su enfermedad.

La primera vez que se cortó, JL tenía 11 años. Lo hizo después de una discusión con su padre la cual inició porque le pidió que hiciera algo que ella no quería, por lo que se opuso. Su padre, ante la actitud de su hija, se enojó, la regañó, amenazó con golpearla y le dijo que todos los problemas en su familia eran por su culpa. JL se fue llorando a la cocina y recordó todos los comentarios hirientes que sus padres le habían hecho. Eso intensificó su llanto e

incluso sintió que no podía respirar. Recordó escuchar a algunas compañeras de la escuela hablar sobre las cortadas que se realizaban y que les ayudaban a sentirse mejor, por lo que, en ese momento, optó por intentarlo. Realizarse la cortada no le dolió tanto, pero ver la sangre, le ayudó a recuperar el aire. Posterior a ese día, JH siguió presentando la conducta siempre que le faltaba el aire cuando lloraba. Llegó a hacerlo alrededor de una vez cada tres semanas. En todas las ocasiones en las que se cortó, JH llegó a pensar “ojalá me muriera, así mis papás ya no tendrían tantos problemas” (sic).

### Características del grupo

Después del proceso de entrevistas iniciales, supervisiones grupales e indagación de historia clínica, se conformó un grupo terapéutico con seis adolescentes mujeres de entre 13 y 16 años, cuyos padres accedieron a participar en el grupo paralelo. El promedio de edad de las adolescentes antes de la intervención fue de 13.3 años, con una desviación estándar de 1.21, y de 15 años con una desviación estándar de 1 al concluir el proceso grupal. Cinco de las seis participantes vivían con ambos padres y sólo se presentó un caso de padres divorciados. Todas las adolescentes afirmaron haber recurrido a autolesiones por lo menos una vez en su vida: cinco se autolesionaban de manera recurrente y sólo una había realizado la conducta en dos ocasiones y después de éstas, lo dejó de hacer. Asimismo, tres de ellas habían tenido por lo menos un intento suicida que las llevó a ser hospitalizadas y a iniciar un tratamiento psiquiátrico. No obstante, a través de las entrevistas y de sus motivos de consulta, se detectó ideación en las seis participantes. Con respecto al grupo paralelo, tres de las adolescentes eran acompañadas al centro únicamente por su madre; dos de ellas, por su padre; y sólo una de las participantes fue acompañada por ambos, aunque su padre se presentaba de manera ocasional. La intervención fue concluida por cinco de las seis adolescentes. La Tabla 2 muestra la asistencia de las participantes a las sesiones grupales a lo largo de los seis meses de trabajo.

Tabla 2

#### *Asistencia al grupo terapéutico*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
N																								
A																								
XO																								
XV																								
JL																								
JH																								

*Nota: los rectángulos de color verde representan las sesiones en las que la paciente estuvo presente; los recuadros blancos indican que la adolescente no asistió a sesión, pero canceló*

*con anticipación o que faltó justificadamente; los de color rojo son las sesiones en las que la paciente faltó a la sesión sin justificación y sin contactar al centro para justificar su falta.*

## **Intervención**

### **Establecimiento del número de sesiones.**

La cantidad de sesiones individuales que se tuvieron con cada una de las pacientes dependió de la fecha en la que solicitaron la atención, pues era necesario esperar a que se conformara el grupo y se tuviera disponibilidad de espacio y horario para llevarlo a cabo. No obstante, debido a la posibilidad de riesgo suicida con ellas, no era conveniente pedirles que esperaran sin recibir algún tipo de atención. Además, como se mencionó anteriormente, en estas sesiones individuales se obtuvo la historia clínica y se realizó la evaluación. Al iniciar las sesiones grupales, se interrumpieron las individuales y también se dio inicio al trabajo paralelo con el grupo de padres. Las 24 sesiones del proceso grupal consistieron en una sesión de introducción y presentación de las terapeutas, de las participantes y el establecimiento del encuadre; una sesión de evaluación (únicamente con las pacientes con las que no fue posible aplicar todas las pruebas de la evaluación por cuestiones de tiempo); una sesión de cierre y de posttest; y 21 sesiones de intervención grupal.

### **Contenido de las sesiones.**

En cuanto al contenido de las 21 sesiones de intervención, como se mencionó en el capítulo anterior, éste se basó en el desarrollo y fortalecimiento de tres factores resilientes específicos:

- incremento de estrategias de afrontamiento funcionales,
- desarrollo de habilidades de solución de problemas, y
- aproximación positiva de la percepción de las prácticas parentales.

La manera en la que se trabajó con cada uno de estos factores resilientes, es decir, las técnicas, habilidades y competencias que se utilizaron para fomentar estos tres factores, se especifican en la Tabla 3. El trabajo durante las sesiones consistía en un fortalecimiento de las dimensiones que incluyeran estrategias de afrontamiento funcionales y una disminución del uso de estrategias disfuncionales. Los factores resilientes de habilidades de solución de problemas y aproximación positiva a la percepción de las prácticas parentales se clasificaron dentro de las dimensiones de Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones y Búsqueda de apoyo en la familia respectivamente.

Cabe destacar que las técnicas, habilidades y competencias utilizadas para cada factor resiliente expuestas en la Tabla 3 fueron seleccionadas tomando en cuenta cinco aspectos:

1. las necesidades expresadas por los pacientes durante las primeras entrevistas y las sesiones individuales;
2. el análisis realizado con respecto a la función que las autolesiones estaban cumpliendo en las adolescentes: una alternativa de solución desadaptativa para regular sus emociones y distraerse ante situaciones percibidas como altamente estresantes;
3. los resultados de las pruebas aplicadas durante la evaluación, específicamente los resultados del Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes (Lucio & Durán, 2003);
4. la evidencia proveniente de la literatura (este punto se especifica en la Tabla 4, la cual se ubica en el siguiente subapartado de este capítulo); y
5. los enfoques terapéuticos que se integraron para la estructura de la intervención (la manera en la que se hizo esta integración se detalla en el siguiente apartado).

Tabla 3

*Técnicas y estrategias utilizadas para promover la resiliencia.*

- 
1. Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones
    - Validación y autoeficacia
    - Soluciones alternativas
    - Pensamiento útil
    - Ejercicios de solución de problemas (tarjetas de problemas)
    - Identificación, expresión y regulación emocional (silueta, MATEA, iceberg, “mente sabia”)
    - Aceptación de la realidad
  2. Respuestas fisiológicas
    - Atención plena (sensorama)
-

- 
- Respiración profunda
  - Identificación, expresión y regulación emocional (silueta, MATEA, iceberg, “mente sabia”)
  - Tolerancia al malestar
3. Pensamientos obsesivos y desesperanza
- Identificación de pensamientos rumiantes y su impacto
  - Pensamiento útil
  - Aceptación de la realidad
  - Soluciones alternativas
  - Autocuidado
  - Trabajo con las consecuencias (pros y contras)
4. Evitativo pasivo
- Aceptación de la realidad
  - Solución de problemas
  - Autoeficacia
  - Identificación, expresión y regulación emocional (silueta, MATEA, iceberg, “mente sabia”)
5. Búsqueda de apoyo en la familia
- Trabajo en el grupo paralelo con los padres
  - Tareas y actividades en conjunto
  - Reconocimiento emocional en los padres (MATEA, iceberg)
  - Empatía con los padres
  - Pensamiento dialéctico (*Walking the middle path*)
  - Comunicación y asertividad
6. Búsqueda de apoyo con el grupo de pares
- Factores terapéuticos del grupo
  - Validación y empatía entre pares
-

- 
- Identificación con pares
  - Activación de recursos psicosociales
  - Comunicación y asertividad

7. Impotencia y conducta autolesiva

- Psicoeducación sobre las autolesiones
- Identificación, expresión y regulación emocional
- Aceptación de la realidad
- Autoeficacia
- Autovalidación
- Razones para vivir (pros y contras)
- Terapia de solución de problemas

8. Religión

No se trabajó

---

**Integración de modelos terapéuticos.**

Como se mencionó en el marco teórico, al cuestionarnos qué modelo terapéutico es “mejor” para tratar la conducta autolesiva y el riesgo suicida, existen diferencias en los resultados obtenidos entre una y otra investigación; sin embargo, en general, hay ciertos elementos que se repiten y que, incluso, son considerados agentes vitales de cambio a pesar de que se hayan utilizado enfoques distintos al realizar la intervención. Estos elementos que se detectaron al realizar la revisión de la literatura para este trabajo se enlistan en la Tabla 4.

Tabla 4.

*Elementos en común para el abordaje de las autolesiones y el riesgo de suicidio, desde una perspectiva integrativa*

Habilidades por desarrollar/fortalecer	habilidades de solución de problemas regulación emocional control de impulsos habilidades interpersonales/sociales habilidades de búsqueda de apoyo estrategias de afrontamiento adaptativas
Contenido de la intervención	factores de riesgo y protección psicoeducación y entendimiento personal sobre las autolesiones y el suicidio aceptación de la realidad resiliencia asertividad autocuidado y autoestima
Características del tratamiento	sesiones grupales sesiones de orientación paralelas con los padres
Características del terapeuta	con capacidad de validación libre de juicios de valor con habilidades de comunicación

Tomando en cuenta los recursos materiales, humanos y de formación con los que se contaba al momento de trabajar con estas adolescentes, se realizó una integración en la que se incluyeran todos los elementos mencionados en la Tabla 4 y con la cual se pudieran fomentar los factores resilientes de la manera en la que se expuso en la Tabla 3.

El primer paso para hacer esta integración fue seleccionar las terapias que, según la evidencia que se tiene por medio de la investigación, son las más efectivas para disminuir las

conductas autolesivas y el nivel de riesgo suicida. Éstas fueron intervenciones en las que se hace uso de técnicas cognitivo-conductuales, especialmente la terapia de solución de problemas y la terapia dialéctico conductual (DBT). Por un lado, la terapia de solución de problemas se consideró pertinente, pues su principal objetivo consiste en entrenar a una persona en una serie de habilidades y actitudes necesarias para promover una resolución activa y eficaz de los conflictos. Como se detectó que, en este grupo de adolescentes, las autolesiones se estaban percibiendo como una estrategia de solución desadaptativa, se concluyó que era importante generar en ellas habilidades de solución de problemas.

Con respecto a la DBT, la principal razón por la que se integró (además de por su efectividad comprobada) fue por el énfasis que hace en el entrenamiento en habilidades de eficacia interpersonal, de tolerancia al malestar, de regulación emocional y de pensamiento dialéctico (habilidades con las que no contaban las adolescentes o tenían que fortalecer). Como se explicó en el marco teórico, la DBT es una terapia conductual de tercera generación que pone énfasis en elementos como los procesos relacionados con la aceptación; los valores, no sólo del cliente, sino también los del terapeuta; un proceder dialéctico; espiritualidad; asuntos que tratan el “self” y el autoconocimiento; el estar en contacto con el momento presente, es decir, el “aquí y ahora”; y la importancia concedida a la relación terapéutica. Si bien, éstos son aspectos novedosos para las terapias conductuales, son elementos bien conocidos y manejados por terapias de enfoques humanista-existencial.

Aunado a esto, otro de los rasgos que se detectó como un factor vital en el trabajo de este tema está relacionado con las características del terapeuta: éste debe contar con capacidad de validación, libre de juicios de valor y demostrando habilidades de comunicación. Tanto en la DBT como en las terapias con enfoque humanista-existencial se habla de la importancia de estas características en el terapeuta. Con base en esto, se concluyó no sólo la posibilidad de integrar la terapia Gestalt, sino también que ésta podría enriquecer el trabajo, principalmente con respecto al énfasis que se hace en la terapia gestáltica del trabajo con el reconocimiento, expresión y regulación de las emociones.

Finalmente, con respecto al grupo, una de las principales razones por las que se decidió trabajar de esta manera fue por los recursos humanos, de tiempo y espacio con los que se contaba en el centro de atención psicológica en el que se llevó a cabo esta intervención.

Sin embargo, los factores curativos del grupo terapéutico también fueron razones de peso por las cuales se optó por incluir esta forma de hacer terapia. Asimismo, se concluyó que, de lo que más se podrían beneficiar las adolescentes, era de la esperanza que el grupo infunde, de la universalidad y del potencial que tiene para fomentar el desarrollo de técnicas de socialización, así como también del conocimiento interpersonal que se alcanza por medio de la interacción con otros.

Ya que se seleccionaron los modelos terapéuticos que se integrarían, se hizo un análisis de éstos con la intención de detectar los factores comunes entre ellos. Éstos se exponen en la tabla 5.

Tabla 5.

*Factores comunes entre los enfoques terapéuticos integrados.*

	<b>Terapia dialéctico conductual</b>	<b>Terapia de solución de problemas</b>	<b>Terapia gestáltica grupal</b>
Emociones	Uno de los módulos que se trabajan en sesiones grupales está enfocado en el entrenamiento en habilidades de regulación emocional.	Las emociones son consideradas factores que pueden facilitar o entorpecer la resolución de problemas, por lo tanto, se debe aprender a regularlas.	Hace énfasis en la concienciación de funciones motoras y emocionales, lo cual permite que la persona redirija su atención a la expresión de emociones y se responsabilice de ellas.
Aceptación de la realidad	Dentro del módulo de tolerancia al malestar, se incluyen	Se busca generar una orientación positiva hacia los problemas,	Fomenta la atención y la aceptación de la experiencia.

	habilidades de aceptación radical de la realidad.	con la que se acepta la idea de que los problemas son parte de la vida.	
Pensamiento dialéctico	Con adolescentes, se incluye el módulo de <i>Walking the middle path</i> , por medio del cual se fomenta un pensamiento dialéctico.	Se fomenta que el cliente pueda ver la vida como un continuo de amenaza y desafío. Hace énfasis en la necesidad de tener expectativas de solución positivas pero realistas, sin caer en extremos.	Considera que la autorregulación orgánica funciona de manera dialéctica: el ser humano tiene necesidades opuestas pero simultáneas (por ejemplo, la necesidad de simultánea de unión y separación con el medio ambiente).
Características del terapeuta	Considera a la validación como un rasgo importante en el trabajo con el cliente. El sexto nivel de validación consiste en que el terapeuta tome una postura genuina y horizontal, evitando conductas de autoridad o de superioridad.	El terapeuta debe alentar al cliente y evitar juzgar las alternativas de solución que propone. También debe evitar minimizar los problemas del cliente.	El terapeuta debe actuar sin temor a mostrarse vulnerable y/o desprotegido.
Auto-conocimiento	Por medio de las habilidades de atención plena,	Hace énfasis en que el cliente conozca sus recursos, así como el	Uno de los elementos claves en el trabajo con el paciente es el

	fomenta el autoconocimiento.	grado de control personal con el que cuenta.	“darse cuenta” de uno mismo y de la forma en la que se pone en contacto con el medio ambiente.
Trabajo vivencial	En general, las técnicas que utiliza están basadas en la experimentación del cliente.	Hace uso de la repetición imaginal, que consiste en imaginar una situación problemática desde dentro, es decir, sin verla como un observador externo y preguntar qué piensa y qué siente el cliente.	Considera que la experiencia presente debe de ser contactada y sentida por la misma persona.
Equilibrio como bienestar	Según esta terapia, el bienestar se alcanza por medio de una búsqueda de un sentido equilibrado de sí mismo.	Según esta terapia, el bienestar se alcanza por medio de un equilibrio entre las exigencias del medio y la disponibilidad de respuesta.	Según esta terapia, el bienestar se alcanza a través de la autorregulación del organismo.
Juicios de valor	Hace énfasis en adoptar una perspectiva del momento presente libre de juicios.	Define el concepto de problema con base en tres principios: cantidad, variedad y evitando juicios.	Considera que la experiencia presente no debe de ser interpretada o explicada, sino descrita por la misma persona.

Sensaciones	Invita al cliente a observar y describir su sentir para evitar conductas impulsivas.	Considera que las sensaciones son esenciales para la recogida de información para definir el problema. Invita al cliente a describir los hechos para evitar errores cognitivos.	Fomenta que el paciente se mantenga en contacto con sus sensaciones corporales.
Atención plena	Uno de los módulos de entrenamiento trabaja con el entrenamiento en habilidades de mindfulness o atención plena.	Se invita al cliente a prestar total atención en algunas técnicas como la repetición imaginal.	Presta especial interés en el cuerpo por medio de su perspectiva total y externa.
Impacto del ambiente en el cliente/paciente	Considera que un ambiente invalidante tiene consecuencias en la conducta del cliente.	Afirma que el ambiente es uno de los elementos que determina el afrontamiento de una persona.	Considera que el ambiente impacta en el desarrollo de “asuntos inconclusos” que tienen consecuencias en el paciente a largo plazo.
Interacción con el entorno	Pone atención en la interacción recíproca entre eventos ambientales y respuestas emocionales cognitivas y	Define el concepto de problema como una transacción entre la persona y su ambiente en la que hay una discrepancia entre la exigencia y la	Analiza la región particular del límite de contacto entre el organismo y el ambiente, incluyendo no sólo lo que siente

---

manifiestas /conductuales	disponibilidad de respuesta.	la persona, sino lo que hace.
------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

---

En el siguiente capítulo, se describen los resultados cuantitativos de las evaluaciones antes y después de la intervención, así como los resultados cualitativos con base en el discurso de las adolescentes.

## **Resultados**

### **Resultados cuantitativos**

En los siguientes apartados, se describen los resultados cuantitativos que se obtuvieron en las evaluaciones realizadas antes y después de la intervención. El Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes (Lucio & Durán, 2003) únicamente se aplicó una vez, antes del inicio del grupo terapéutico, pues se utilizó para determinar cuáles eran las áreas en las que las participantes parecían tener más conflictos. Por esta razón, es la única prueba en la que sólo se presentan los resultados del pretest. Asimismo, son los únicos resultados que se reportan de manera grupal. En el resto de las pruebas, los resultados se reportaron de manera individual, pues de esta forma se puede apreciar, de manera más precisa, los cambios que cada una de las adolescentes presentaron después de la intervención. A pesar de haber realizado una intervención grupal, al revisar los resultados de la evaluación pretest, en general, se notaron grandes diferencias en torno al nivel de riesgo, a las estrategias de afrontamiento y a los estilos parentales entre las adolescentes. Por esta razón, no se presentan medias de los resultados, pues éstas no reflejarían lo que en realidad estaba sucediendo con las adolescentes.

Por otro lado, tampoco se presentan los resultados de los instrumentos aplicados con los padres, pues el objetivo de este trabajo fue reportar lo obtenido con las adolescentes. Por esta razón, sí se exponen los cambios en las prácticas parentales, pero desde la perspectiva de las mismas adolescentes.

### Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes (Lucio, & Durán, 2003).

En la Figura 4, se muestran las medias de los resultados obtenidos en el Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes en cada una de las áreas que este instrumento evalúa.

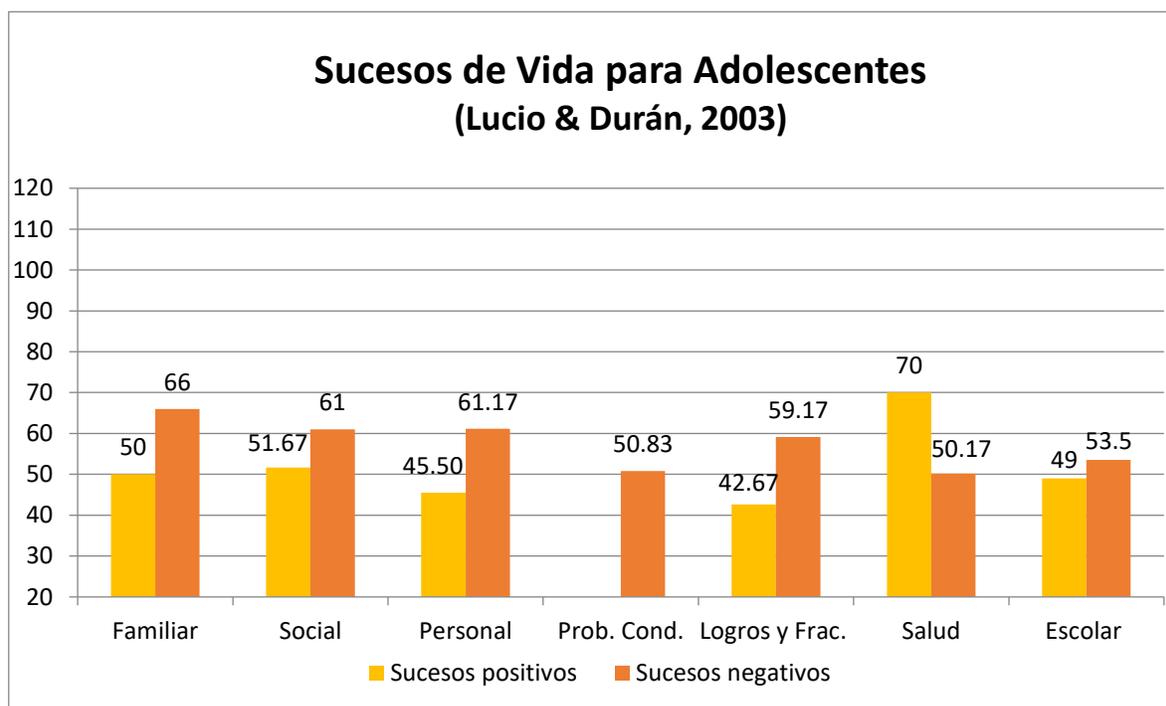


Figura 4. Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes. La media de las puntuaciones obtenidas en los sucesos percibidos como positivos por las adolescentes están representadas por las barras amarillas. La media de las puntuaciones obtenidas en los sucesos percibidos como negativos por las adolescentes están representadas por las barras naranjas.

Como se observa en la Figura 4, las adolescentes reportan una elevación en los sucesos negativos correspondientes al área familiar ( $T = 66$ ), lo cual podría indicar que estuvieron expuestas a más sucesos estresantes de lo esperado y, por lo tanto, podrían estar en riesgo de presentar conflictos en esta área. Asimismo, hay ligeras elevaciones ( $T > 60$ ) en el área social ( $T = 61$ ) y personal ( $T = 61.17$ ). Con base en lo obtenido en este cuestionario, se determinó la necesidad de trabajar en un grupo paralelo con los padres de las adolescentes. Por otro lado, también presentaron una elevación ( $T = 70$ ) en los sucesos positivos

correspondientes al área de la salud, lo cual podría estar asociado con la presencia de adecuados hábitos e higiene personal.

### **Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS-A) (Hernández & Lucio, 2010).**

A continuación, en las Figuras 5, 6, 7, 8, 9 y 10, se presentan los resultados obtenidos (puntuaciones T) por cada una de las adolescentes en el Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes, IRIS-A

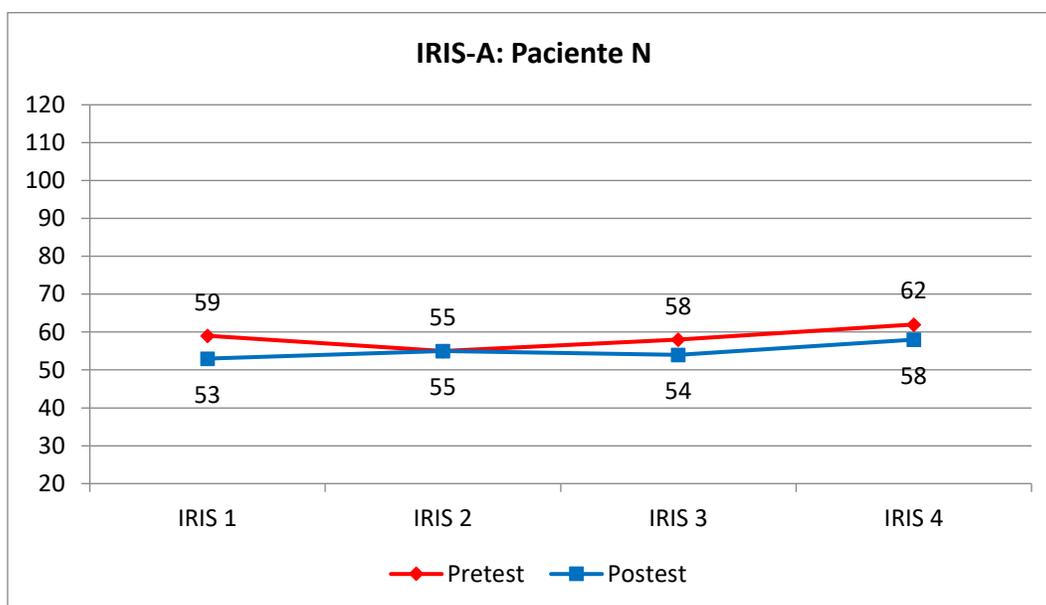


Figura 5. IRIS-A de paciente N. Los resultados del pretest se muestran con rombos en color rojo, mientras que los resultados del posttest se muestran con cuadrados en color azul.

*Nota: IRIS 1 = ideación e intencionalidad suicida; IRIS 2 = depresión y desesperanza; IRIS 3 = ausencia de circunstancias protectoras; IRIS 4 = malestar psicológico asociado al riesgo suicidio.*

Los resultados del pretest, comparados con los del posttest, muestran que hubo disminución en las puntuaciones T en tres de los cuatro índices (la puntuación se mantuvo igual en el índice de depresión y desesperanza). Los resultados obtenidos en la evaluación inicial colocaban a la paciente N en un riesgo por intento o prioridad 2 debido a que presentaba una elevación  $T > 60$  en el índice de malestar psicológico asociado al riesgo

suicida, y había endosado los tres reactivos críticos. En el postest, las puntuaciones disminuyeron y dejó de presentar elevaciones  $T > 60$ , además, sólo endosó el reactivo relacionado con ideación suicida, por lo que su nivel de riesgo cambió a riesgo por ideación o prioridad 3.

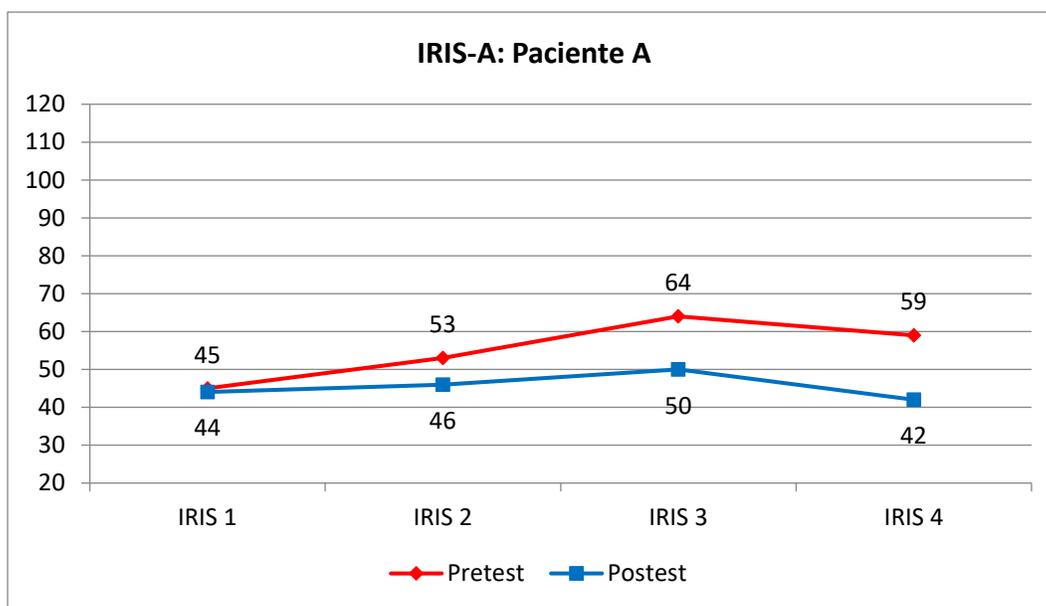


Figura 6. IRIS-A de paciente A. Los resultados del pretest se muestran en rombos en color rojo, mientras que los resultados del postest se muestran con cuadrados en color azul.

En el pretest, la paciente A presentaba una elevación  $T > 60$  en el índice de ausencia de circunstancias protectores. Además, endosó el reactivo de intento suicida, por lo que el nivel de riesgo que presentaba era por intento o prioridad 2. Después de la intervención, las puntuaciones disminuyeron en las cuatro subescalas y, de hecho, en el postest no se detectaron elevaciones  $T > 60$ . Asimismo, no endosó ninguno de los reactivos críticos, lo cual indica que la paciente está fuera de riesgo suicida.

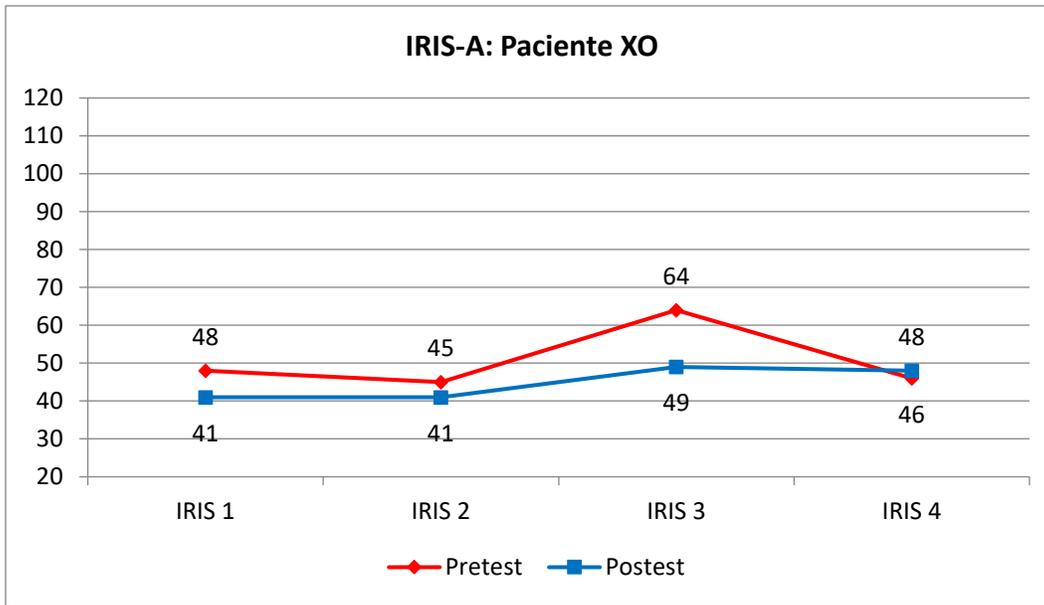


Figura 7. IRIS-A de paciente XO. Los resultados del pretest se muestran en rombos en color rojo, mientras que los resultados del postest se muestran con cuadrados en color azul.

En el pretest, XO presentó elevación  $T > 60$  en el índice de ausencia de circunstancias protectoras. En el postest, los resultados de tres de las cuatro subescalas disminuyeron. Además, antes de la intervención XO endosó el reactivo de ideación, por lo que se encontraba en un riesgo por ideación o prioridad 3; posterior a las sesiones grupales, la paciente no endosó ninguno de los reactivos críticos. Esto indica que XO dejó de presentar riesgo suicida. No obstante, cabe destacar que la puntuación que obtuvo en el índice de malestar emocional asociado al riesgo suicida aumentó ligeramente.

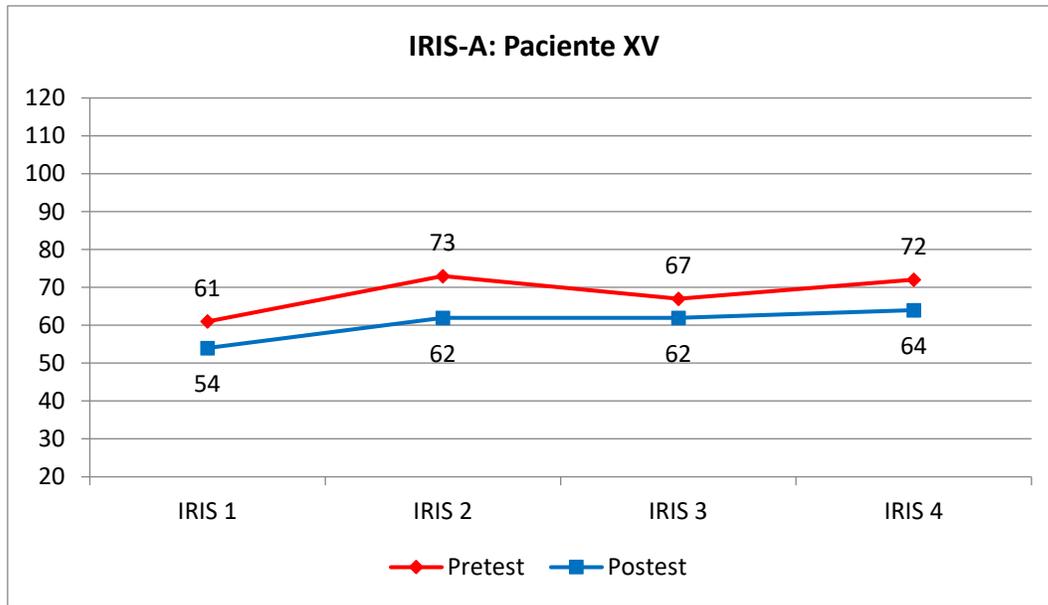


Figura 8. IRIS-A de paciente XV. Los resultados del pretest se muestran en rombos en color rojo, mientras que los resultados del postest se muestran con cuadrados en color azul.

Tanto en el pretest como en el postest, XV presentó elevaciones  $T > 60$  en los cuatro índices del inventario. No obstante, los resultados disminuyeron después de la intervención. Además, antes de ésta, la paciente endosó los reactivos de ideación y de planeación, lo que la colocaba en un riesgo por ideación o prioridad 3. En el postest, XV no endosó ninguno de los indicadores, pero por sus puntuaciones elevadas, presenta un riesgo por malestar emocional asociado al suicidio o prioridad 4.

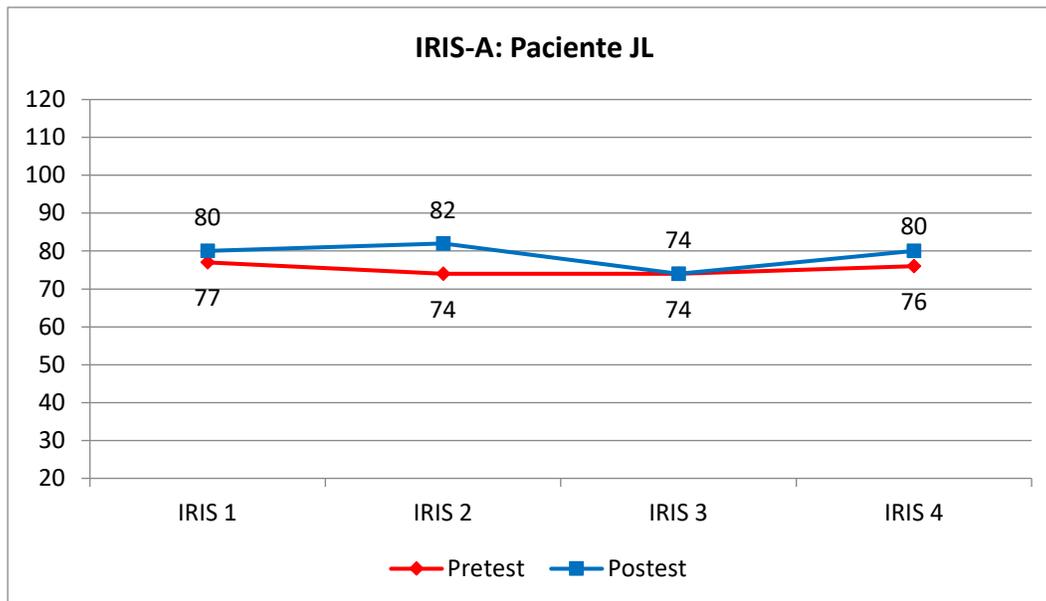


Figura 9. IRIS-A de paciente JL. Los resultados del pretest se muestran en rombos en color rojo, mientras que los resultados del postest se muestran con cuadrados en color azul.

El caso de la paciente JL es el único en el que las puntuaciones obtenidas en el postest fueron más altas en comparación al pretest. Tres de las cuatro escalas aumentaron, y se reportó la misma puntuación en la escala de ausencia de circunstancias protectoras. Además, obtuvo puntuaciones  $T > 60$  en todas las escalas y en ambas evaluaciones. Con respecto a los reactivos críticos, tanto antes como después de las sesiones grupales, JL endosó los tres (incluso respondió de la misma manera en los dos momentos de evaluación) lo cual representa un riesgo alto o prioridad 1. Cabe destacar que es el único caso en el cual la paciente siguió presentando el mismo nivel de riesgo suicida previo y posterior a la intervención.

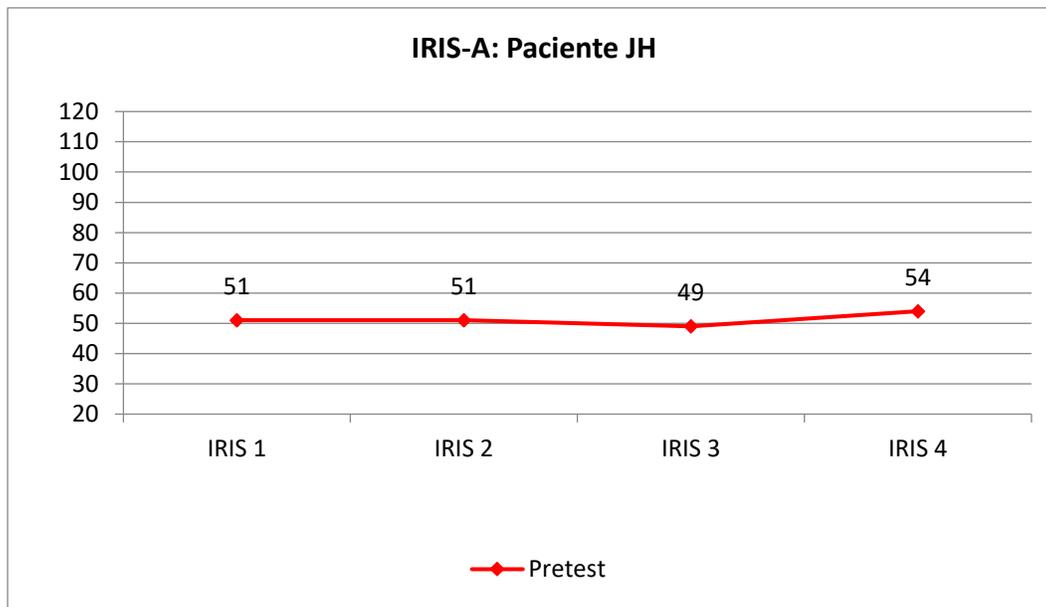


Figura 10. IRIS-A de paciente JH. Los resultados del pretest se muestran en rombos en color rojo. No se tienen resultados del postest de la paciente JH porque ésta no concluyó el proceso grupal, por lo que no se realizó la evaluación posterior con ella.

En el caso de JH, a pesar de que no presentó puntuaciones  $T > 60$  en ninguna de las escalas, respondió haber tenido dos intentos de suicidio, por lo que se encontraba en un riesgo de suicidio por intento o prioridad 2. Por otro lado, no endosó los reactivos de ideación o planeación, por lo que su intento puede estar más asociado a los pensamientos en torno a la conducta autolesiva que presenta.

Con base en los resultados obtenidos en este inventario, y siguiendo los lineamientos establecidos en el manual de la prueba, se determinó el nivel de riesgo suicida en el que se encontraban las adolescentes antes y después de la intervención. Lo anterior está descrito en la Tabla 6.

Como se puede apreciar en la tabla, en cuatro de las cinco adolescentes de quienes se contó con la evaluación postest disminuyó su nivel de riesgo e, incluso, dos de ella dejaron de presentar riesgo de cometer suicidio. La paciente JL mantuvo el riesgo al mismo nivel antes y después de la intervención.

Tabla 6.

*Niveles de riesgo suicida por adolescente en pretest y postest.*

Nivel de riesgo suicida		
Paciente	Pretest	Postest
Paciente N	Riesgo alto o prioridad 1	Riesgo por ideación o prioridad 3
Paciente A	Riesgo por intento o prioridad 2	Sin riesgo
Paciente XO	Riesgo por ideación o prioridad 3	Sin riesgo
Paciente XV	Riesgo por ideación o prioridad 3	Riesgo por malestar emocional o prioridad 4
Paciente JL	Riesgo alto o prioridad 1	Riesgo alto o prioridad 1
Paciente JH	Riesgo por intento o prioridad 2	-

### Escala de Afrontamiento para Adolescentes (EA-A), (Lucio et al., 2010).

Los resultados la EA-A se presentan de manera individual, es decir, una gráfica por paciente en las figuras 11, 12, 13, 14, 15 y 16.

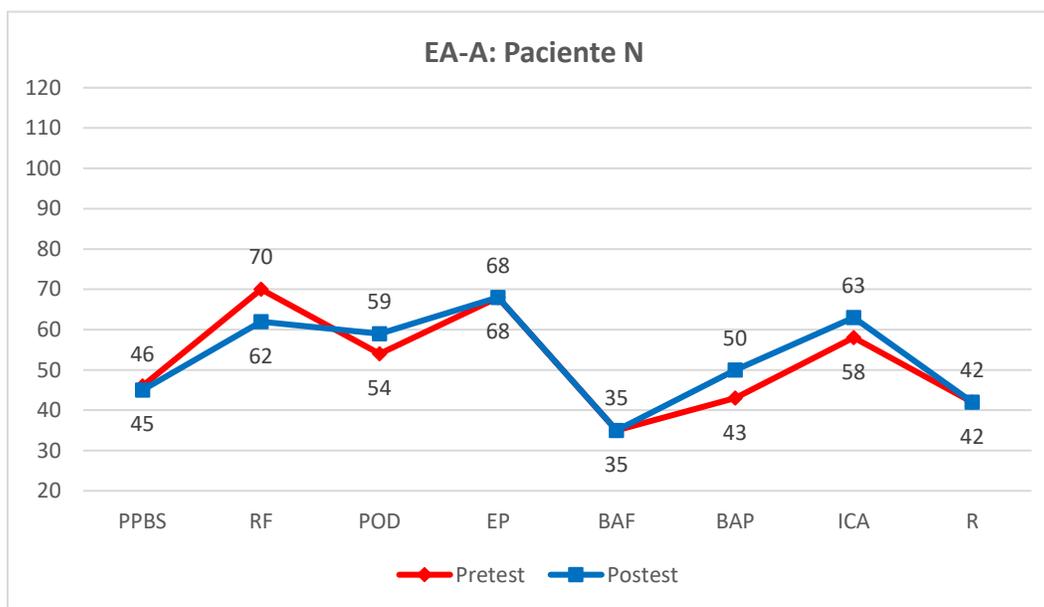


Figura 11. EA-A de la paciente N. Los resultados del pretest se presentan en rombos de color rojo, mientras que los resultados del posttest se presentan en cuadrados de color azul.

*Nota: PPBS = pensamiento positivo y búsqueda de soluciones; RF = respuestas fisiológicas; POD = pensamientos obsesivos y desesperanza; EP = evitativo pasivo; BAF = búsqueda de apoyo en la familia; BAP= búsqueda de apoyo en el grupo de pares; ICA = impotencia y conducta autolesiva; R = religión.*

En el caso de la paciente N, antes de la intervención, la estrategia de afrontamiento que puntuó más alto fue Respuestas fisiológicas (la cual disminuyó después del grupo terapéutico), mientras que la que puntuó más bajo fue Búsqueda de apoyo en la familia. Posterior a la intervención, la que puntuó más alto fue Evitativo pasivo (obteniendo el mismo puntaje en este factor en el pretest y el posttest), mientras que Búsqueda de apoyo en la familia se mantuvo como la más baja (también con el mismo puntaje). Religión fue otro factor que no cambió por medio de la intervención. Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones disminuyó ligeramente después de la intervención, mientras que, el resto de las estrategias

(Pensamientos obsesivos y desesperanza, Búsqueda de apoyo con el grupo de pares e Impotencia y conducta autolesiva) presentaron un aumento. En general, a nivel cuantitativo y específicamente con la paciente N, los resultados no fueron los esperados, pues sólo disminuyó la puntuación de una de las estrategias consideradas disfuncionales (Respuestas fisiológicas) y sólo aumentó una estrategia funcional (Búsqueda de apoyo con el grupo de pares). Las posibles razones por las cuales esto se dio de esta manera se explican en la discusión de los resultados.

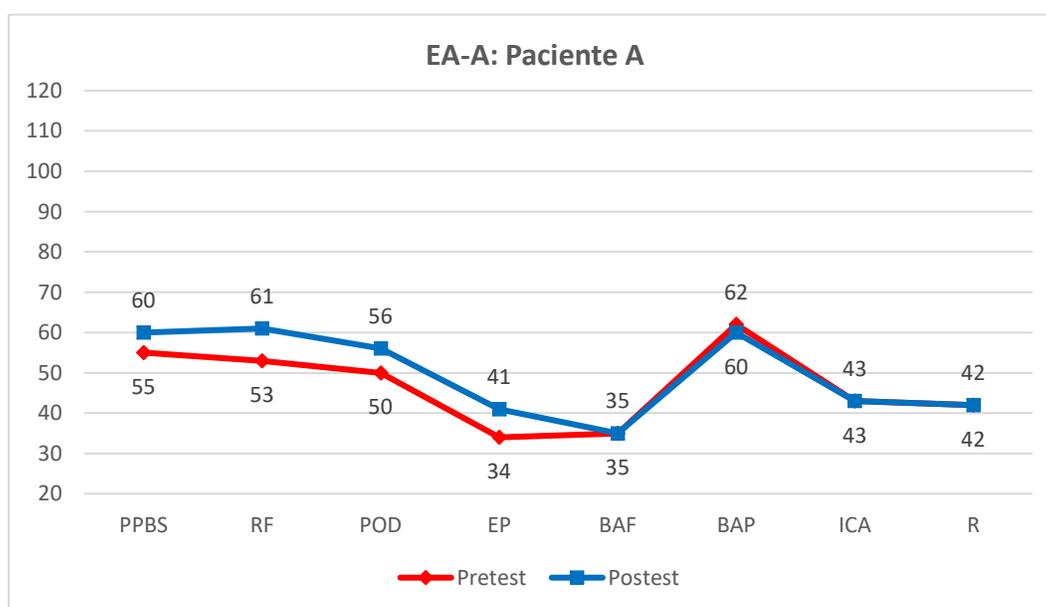
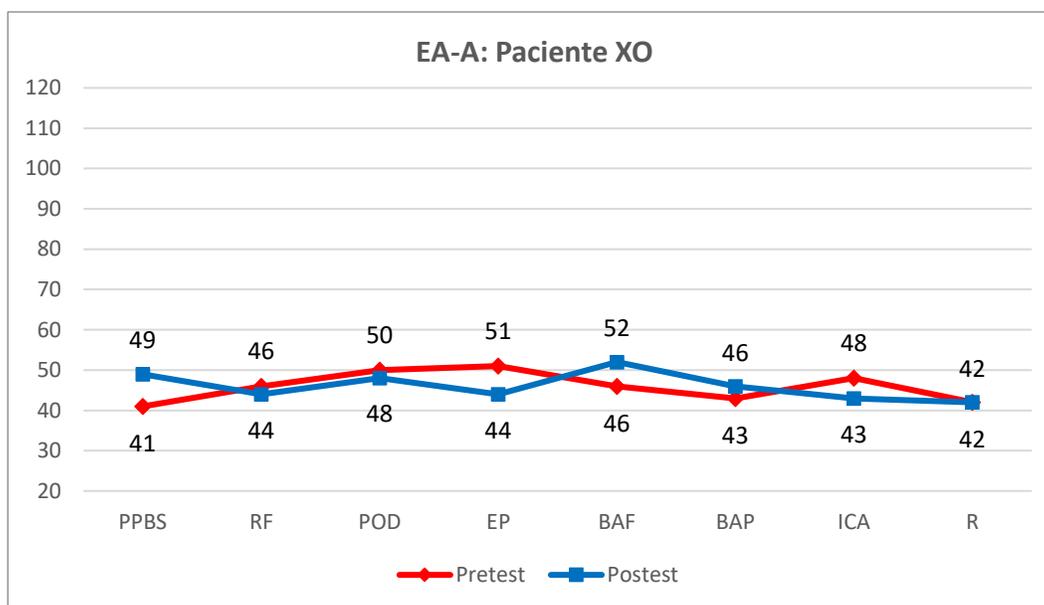


Figura 12. EA-A de la paciente A. Los resultados del pretest se presentan en rombos de color rojo, mientras que los resultados del postest se presentan en cuadrados de color azul.

Con respecto a la paciente A, antes de la intervención, su puntuación más alta corresponde a estrategias relacionadas con Búsqueda de apoyo con el grupo de pares, mientras que la más baja, se presentó en Evitativo pasivo. Después del grupo terapéutico, la más alta fue Respuestas fisiológicas y la más baja fue Búsqueda de apoyo en la familia. La paciente A elevó sus puntuaciones en estrategias asociadas a Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones, respuestas fisiológicas, Pensamientos obsesivos y desesperanza y Evitativo pasivo. Por otro lado, tuvo una disminución en Búsqueda de apoyo con el grupo de pares, mientras que sus puntuaciones en Búsqueda de apoyo en la familia, Impotencia y

conducta autolesiva y Religión no cambiaron. Similar a lo ocurrido con la paciente N, los resultados a nivel cuantitativo con respecto a las estrategias de afrontamiento en la paciente A no fueron los esperados, pues sólo aumentó una estrategia funcional: Pensamiento positivo



y búsqueda de soluciones; mientras que no cambió o no disminuyeron las disfuncionales.

Figura 13. EA-A de la paciente XO. Los resultados del pretest se presentan en rombos de color rojo, mientras que los resultados del postest se presentan en cuadrados de color azul.

Los resultados de XO son en los que se vislumbran más cambios entre el pretest y el postest, aunque, en general, todas sus puntuaciones fueron bajas ( $T < 60$ ). Antes de la intervención, XO puntuó más alto en Evitativo pasivo y más bajo en Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones. Después de la intervención, su puntuación más alta fue en Búsqueda de apoyo en la familia, mientras que la más baja fue Religión. Ésta última no cambió entre el pretest y el postest. A pesar de que los resultados obtenidos previo y posterior al proceso grupal son muy similares, en XO sí se aprecia un aumento en las estrategias de afrontamiento funcionales (Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones, Búsqueda de apoyo en la familia y Búsqueda de apoyo con el grupo de pares) al mismo tiempo que presentó una disminución en las estrategias disfuncionales (Respuestas fisiológicas, Pensamientos obsesivos y desesperanza, Evitativo pasivo e Impotencia y conducta autolesiva). La única que no se modificó fue Religión.

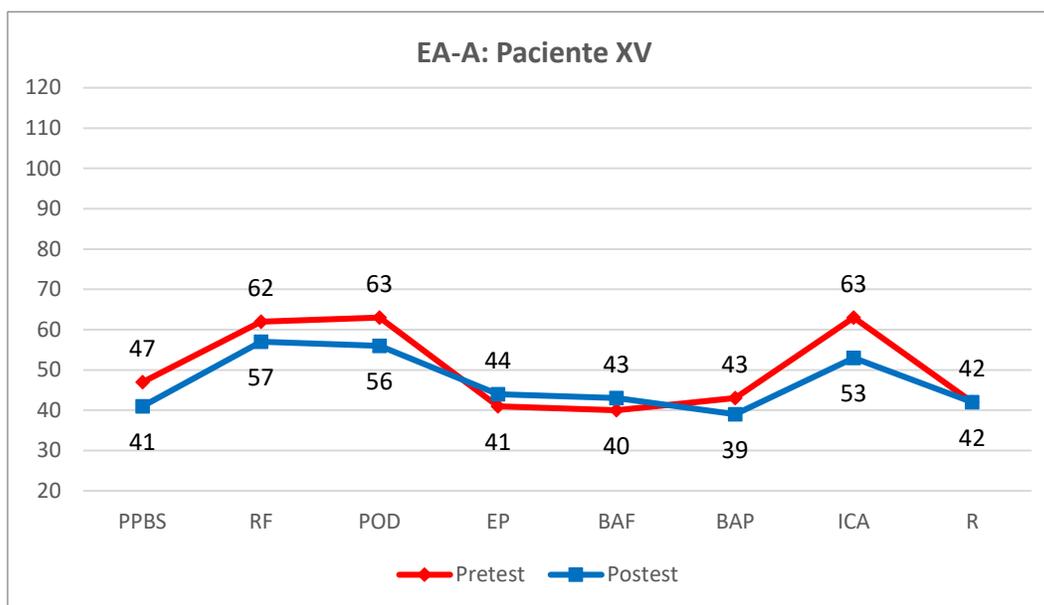


Figura 14. EA-A de la paciente XV. Los resultados del pretest se presentan en rombos de color rojo, mientras que los resultados del postest se presentan en cuadrados de color azul.

En el caso de XV, también es posible detectar cambios en la mayoría de las puntuaciones obtenidas en el pretest comparadas con el postest. En las que puntuó más alto antes de la intervención fueron Pensamientos obsesivos y desesperanza e Impotencia y conducta autolesiva. Las más bajas fueron Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones y Evitativo pasivo. Estos factores cambiaron posterior a la intervención, obteniendo la puntuación más elevada en Respuestas fisiológicas (aunque ésta tuvo una disminución después de participar en el grupo), mientras que la más baja fue Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones. La única que no presentó cambios fue Religión. En el resto, XV disminuyó tres de las cuatro estrategias disfuncionales (Respuestas fisiológicas, Pensamientos obsesivos y desesperanza e Impotencia y conducta autolesiva), pero mostró un aumento en Evitativo pasivo, la cual también forma parte de las estrategias disfuncionales. Por otro lado, con respecto a las funcionales, sólo aumentó en Búsqueda de apoyo en la familia. Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones y Búsqueda de apoyo con el grupo de pares mostraron una disminución después del proceso terapéutico. Cabe destacar que, los resultados del postest son bajos ( $T < 60$ ).

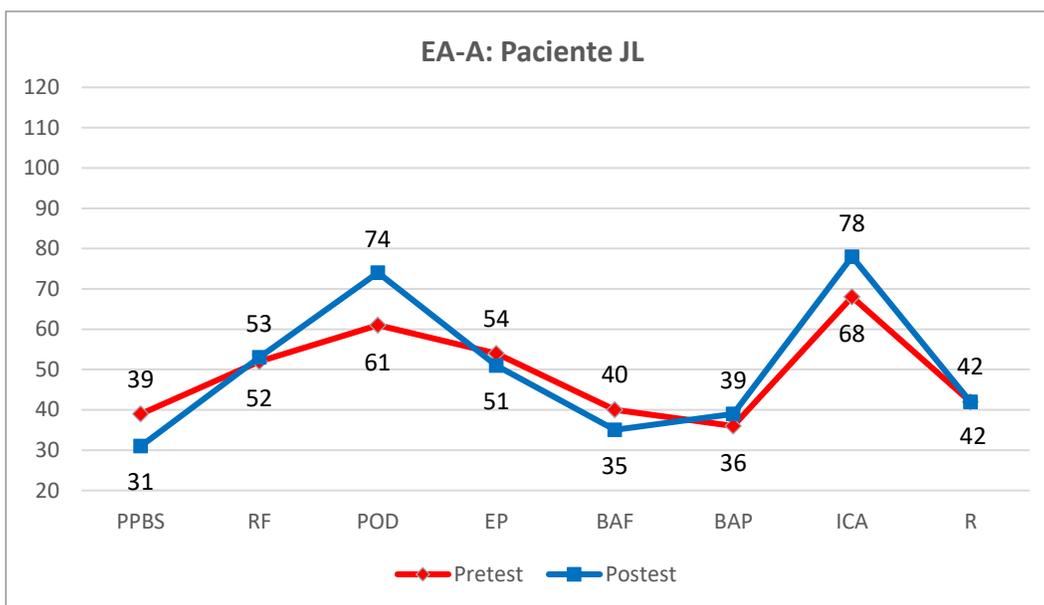


Figura 15. EA-A de la paciente JL. Los resultados del pretest se presentan en rombos de color rojo, mientras que los resultados del postest se presentan en cuadrados de color azul.

Los resultados de JL fueron los que más se alejaron de lo que se esperaba obtener. Tanto en el pretest como en el postest, su puntuación más alta fue Impotencia y conducta autolesiva. Incluso mostró un aumento en este factor después de participar en la intervención. Asimismo, la más baja antes del grupo fue Búsqueda de apoyo con el grupo de pares; después del proceso, fue Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones. Como en el resto de las pacientes, Religión no cambió. JL disminuyó sólo en un factor asociado a estrategias disfuncionales: Evitativo pasivo. En el resto (Respuestas fisiológicas, Pensamientos obsesivos y desesperanza e Impotencia y conducta autolesiva) se reportó un aumento. Por otro lado, sólo aumentó un factor asociado a estrategias funcionales: Búsqueda de apoyo con el grupo de pares. En Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones y Búsqueda de apoyo en la familia (que corresponden a estrategias funcionales) se detectaron disminuciones.

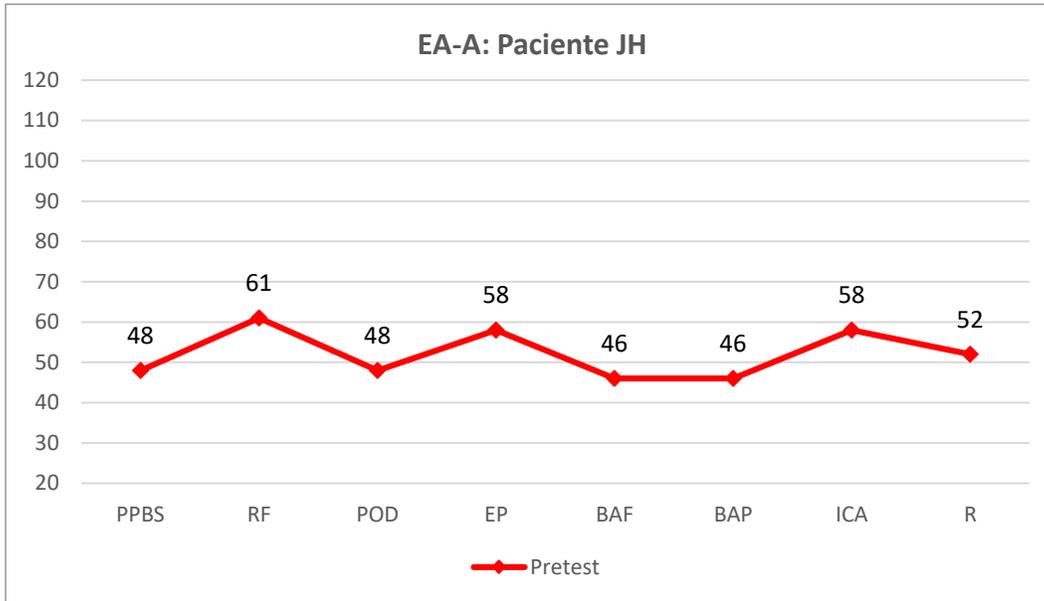


Figura 16. EA-A de la paciente JH. Los resultados del pretest se presentan en rombos de color rojo. No se reportan resultados del postest ya que JH no concluyó el proceso terapéutico.

Como se ha mencionado anteriormente, de la paciente JH sólo se tienen los resultados del pretest, pues ella dejó de asistir a las sesiones grupales. En este caso, el factor que puntuó más alto fue el asociado a Respuestas fisiológicas, mientras que los más bajos fueron Búsqueda de apoyo en la familia y Búsqueda de apoyo con el grupo de pares. Cabe destacar que fue la paciente que puntuó más alto en Religión. Además, a excepción de Respuestas fisiológicas, sus puntuaciones fueron bajas ( $T < 60$ ).

**Escala de Prácticas Parentales para Adolescentes (PP-A), (Andrade & Betancourt, 2010).**

Con respecto a la Escala de Prácticas Parentales para Adolescentes, PP-A, se reportan los resultados obtenidos por separado en cada una de las adolescentes en las figuras 17, 18, 19, 20, 21 y 22. Se realizó una gráfica para representar la percepción que tienen de las prácticas parentales de su madre, y otra gráfica, para representar la del padre.

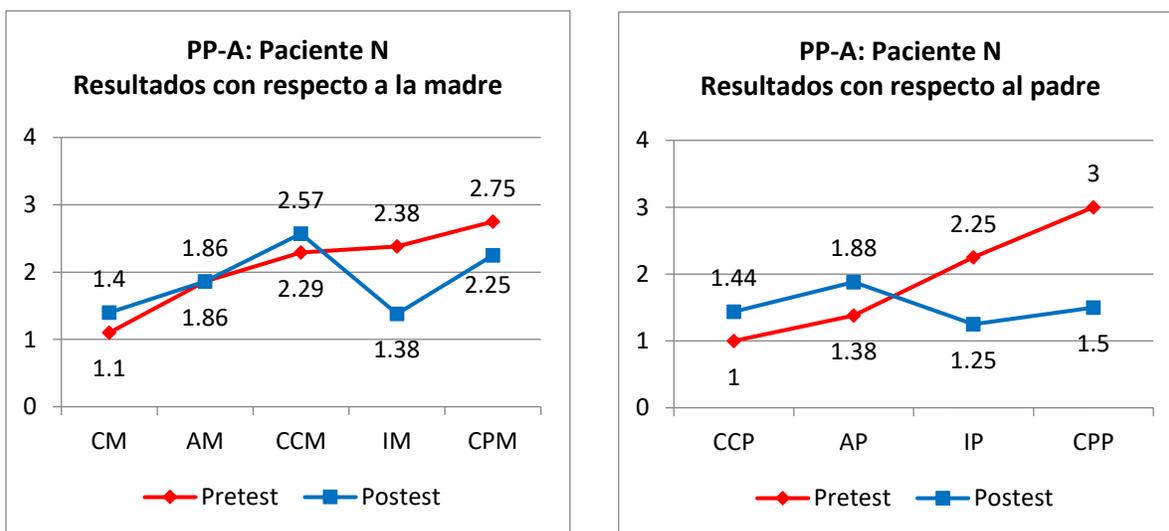


Figura 17. PP-A de paciente N. La gráfica de la izquierda representa los resultados con respecto a la madre, mientras que la gráfica de la derecha, los resultados con respecto al padre. Los resultados del pretest se presentan en rombos de color rojo, mientras que los resultados del posttest se presentan en cuadrados de color azul.

*Nota. CM = comunicación materna; AM = autonomía materna; CC = control conductual materno; IM = imposición materna; CPM = control psicológico materno; CCP = comunicación y control conductual paterno; AP = autonomía paterna; IP = imposición paterna; CPP = control psicológico paterno.*

La paciente N fue la única cuyos ambos padres asistieron al grupo paralelo. Con respecto a la madre, en el pretest, la puntuación más alta correspondió a la dimensión de Control psicológico materno (práctica negativa), mientras que la más baja fue Comunicación materna (práctica positiva). Después de la intervención, dos de las tres dimensiones positivas aumentaron (Comunicación materna y Control conductual materno). La tercera dimensión

positiva no mostró cambios (Autonomía materna). Asimismo, las dos dimensiones negativas presentaron una disminución. En el postest, la puntuación más alta fue la de Control conductual materno, mientras que la más baja fue Imposición materna.

En relación con el padre, antes del grupo, Control psicológico paterno fue la dimensión que puntuó más alto, mientras que la más baja fue Comunicación y Control conductual paterno. Posterior a la intervención, las dos dimensiones positivas aumentaron y las dos negativas, disminuyeron. Así, en el postest, la puntuación más alta fue la obtenida en Autonomía paterna y la más baja, en Control conductual paterno (aunque en esta última, si hubo un aumento en comparación con el pretest).

Cabe mencionar que, aunque sí se presentaron cambios en la dirección esperada, las puntuaciones, principalmente en las obtenidas en las dimensiones asociadas a prácticas parentales positivas, siguen siendo bajas.

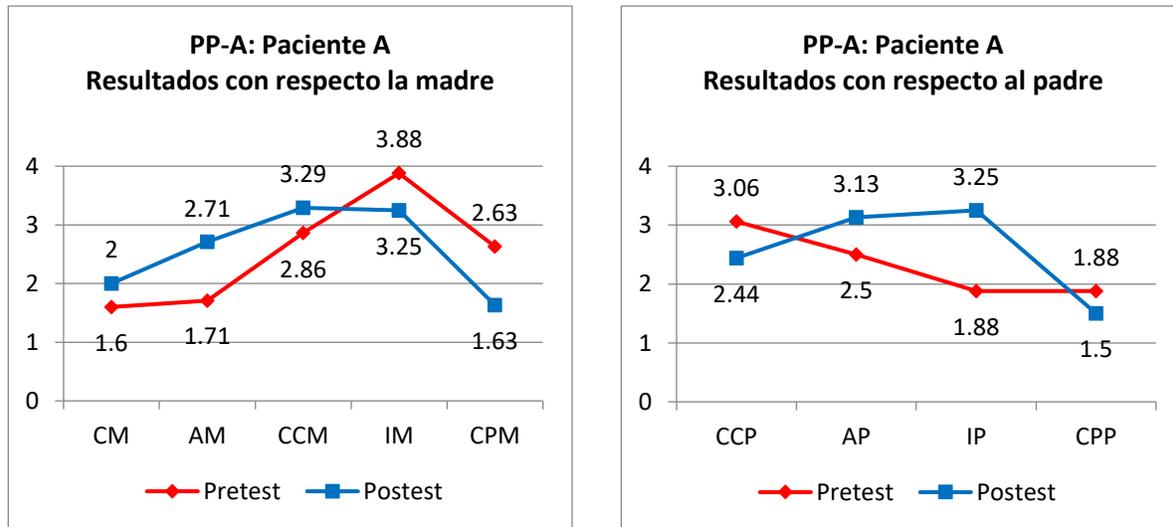


Figura 18. PP-A de paciente A. La gráfica de la izquierda representa los resultados con respecto a la madre, mientras que la gráfica de la derecha, los resultados con respecto al padre.

Con la paciente A, sólo su madre asistió al grupo. Su padre nunca se presentó. En este caso, con respecto a la madre, en el pretest, la puntuación más alta correspondió a la

dimensión de Imposición materna, obteniendo un resultado muy cercano a la máxima puntuación. La más baja fue la dimensión de Comunicación materna. Después de la intervención, las tres dimensiones positivas (Comunicación materna, Autonomía materna y Control conductual materno) aumentaron, mientras que las dos negativas (Imposición materna y Control psicológico materno), disminuyeron. En el postest, la calificación más alta fue la de Control conductual materno y la más baja, Control psicológico materno. A pesar de que hubo cambios en la dirección esperada, la puntuación en Imposición materna siguió siendo alta, pero en general, se obtuvieron resultados favorables.

En cuanto al padre, quien no asistió al grupo paralelo, antes del proceso grupal, la dimensión en la que puntuó más alto fue la de Comunicación y control conductual. Las más bajas fueron Imposición paterna y Control psicológico paterno (obteniendo el mismo resultado en estas dos dimensiones). Posterior a la intervención, una dimensión positiva (Autonomía paterna) aumentó, pero la otra disminuyó (Comunicación y control conductual paterno). Por otro lado, una dimensión negativa disminuyó (Control psicológico paterno) mientras que la otra, aumentó (Imposición paterna). En el postest, la puntuación más alta se presentó en Imposición paterna; la más baja, en Control psicológico paterno. En este caso, los resultados no siguieron la dirección que se esperaba; no obstante, en tres de las cuatro dimensiones se tenían resultados que reflejan una percepción positiva de las prácticas parentales del padre.

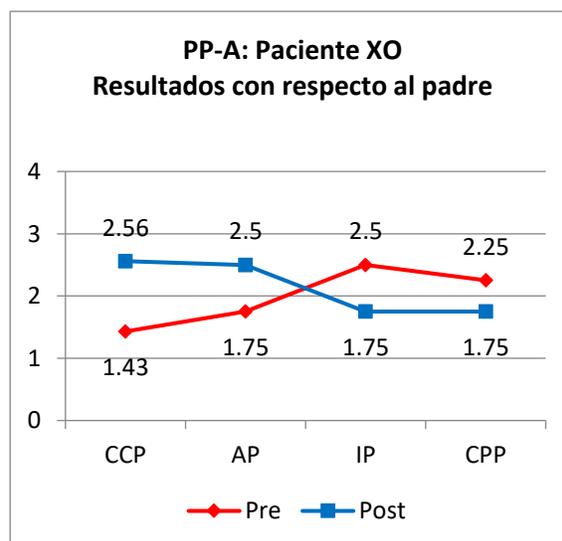
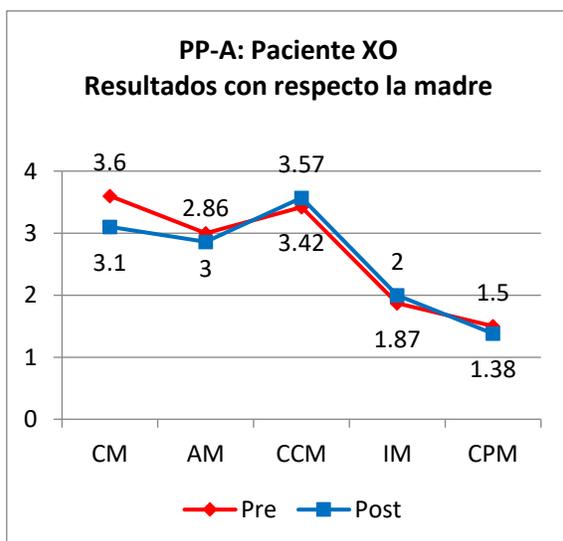


Figura 19. PP-A de paciente XO. La gráfica de la izquierda representa los resultados con respecto a la madre, mientras que la gráfica de la derecha, los resultados con respecto al padre.

En el caso de la paciente XO, con respecto a la madre, ésta no asistió al grupo paralelo. La puntuación más alta correspondió a la dimensión de Comunicación materna, mientras que la más baja fue Control psicológico materno. Después de la intervención, las puntuaciones cambiaron muy poco y la dimensión más alta y más baja siguieron siendo Comunicación materna Control psicológico materno respectivamente. La dimensión que mostró más cambios en el postest comparado con el pretest fue la de comunicación materna; no obstante, ésta permaneció mayor a 3.

Por otro lado, en lo que respecta al padre, quien sí completó el tratamiento en el grupo paralelo, antes de la intervención, la calificación más alta se obtuvo en Imposición paterna, mientras que la más baja fue Comunicación y control conductual paterno. Después del proceso terapéutico, ambas dimensiones positivas (Comunicación y control conductual paterno y Autonomía patera) aumentaron, al mismo tiempo que las dos dimensiones negativas (Imposición paterna y Control psicológico paterno) disminuyeron. En el postest, la puntuación más alta se presentó en Comunicación y control conductual paterno, mientras que las más bajas fueron las dos dimensiones negativas (obteniendo el mismo resultado en ambas).

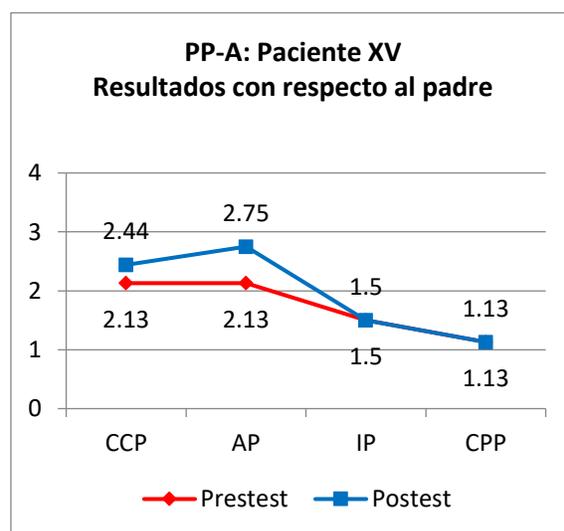
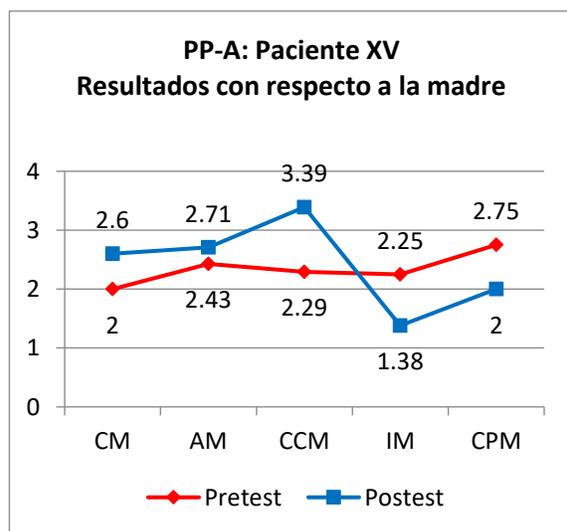


Figura 20. PP-A de paciente XV. La gráfica de la izquierda representa los resultados con respecto a la madre, mientras que la gráfica de la derecha, los resultados con respecto al padre.

En cuanto a la paciente XV, en los resultados relacionados con las prácticas parentales de la madre, la puntuación más alta en el pretest correspondió a Control Psicológico materno, mientras que la más baja fue Comunicación materna. En el postest, todos los resultados cambiaron: las tres dimensiones positivas (Comunicación materna, Autonomía materna y Control conductual materno) aumentaron; mientras que las dos negativas (Imposición materna y Control psicológico materno) disminuyeron, es decir, los cambios siguieron la dirección esperada. De esa manera, posterior a la intervención, la calificación más alta se presentó en la dimensión de Control conductual materno. La más baja fue Imposición materna.

Asimismo, en relación con lo sucedido con el padre, quien no asistió al grupo paralelo, se pueden percibir pocos cambios. En el pretest, la calificación más alta se reportó tanto en Comunicación y control conductual paterno como en Autonomía paterna. La más baja fue Control psicológico paterno. En el postest, ambas dimensiones positivas (Comunicación y control conductual paterno y Autonomía paterna) aumentaron y la calificación más alta se presentó en Autonomía paterna. Las dos dimensiones negativas (Imposición paterna y Control psicológico paterno) permanecieron iguales antes y después de la intervención.

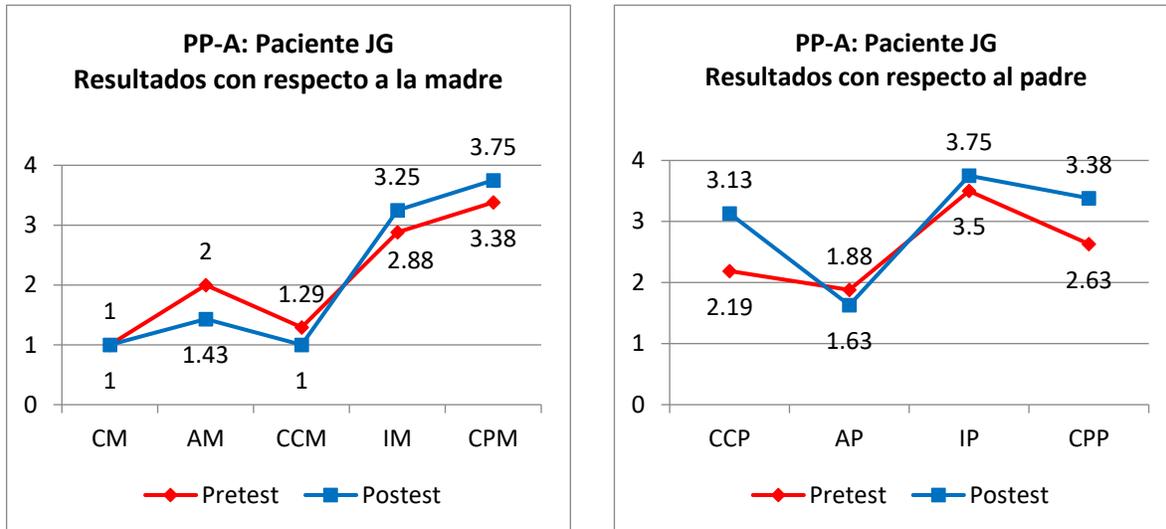


Figura 21. PP-A de paciente JG. La gráfica de la izquierda representa los resultados con respecto a la madre, mientras que la gráfica de la derecha, los resultados con respecto al padre.

La paciente JG que la que presentó los resultados más alejados de lo que se esperaba, así como la percepción más negativa con respecto a las prácticas parentales de ambos padres. Por un lado, con respecto a la madre, quien no asistió al proceso paralelo, antes de la intervención grupal, la calificación más alta correspondió a lo que se obtuvo en la dimensión de Comunicación materna; la más alta fue Control psicológico materno. Después de la intervención, dos de las tres dimensiones positivas (Autonomía materna y Control conductual materno) disminuyeron. Sólo una dimensión positiva (Comunicación materna) se mantuvo igual antes y después, obteniendo una puntuación baja. Por otro lado, ambas dimensiones negativas (Imposición materna y Control psicológico materno) presentaron un aumento, llegando a puntuar cercano a lo más alto posible. Posterior al grupo terapéutico, la calificación más alta corresponde a la de Control psicológico materno; las más bajas fueron Comunicación materna y Control conductual materno.

En cuanto al padre, quien sí completó el tratamiento, en general tampoco se obtuvieron los resultados esperados. En el pretest, la calificación más alta la obtuvo en la dimensión de Imposición paterna. La más baja fue Comunicación y control conductual paterno. Con la intervención, sólo una dimensión positiva, Control conductual paterno, presentó un aumento, e incluso puede considerarse como un cambio notable y favorable. No

obstante, las otras tres dimensiones cambiaron en la dirección opuesta a la esperada: la segunda dimensión positiva (Autonomía paterna) disminuyó, mientras que las dos negativas (Imposición paterna y Control psicológico paterno) aumentaron, acercándose a la calificación más alta posible. En el postest, la puntuación más alta siguió siendo Imposición paterna, mientras que la más baja fue Autonomía paterna.

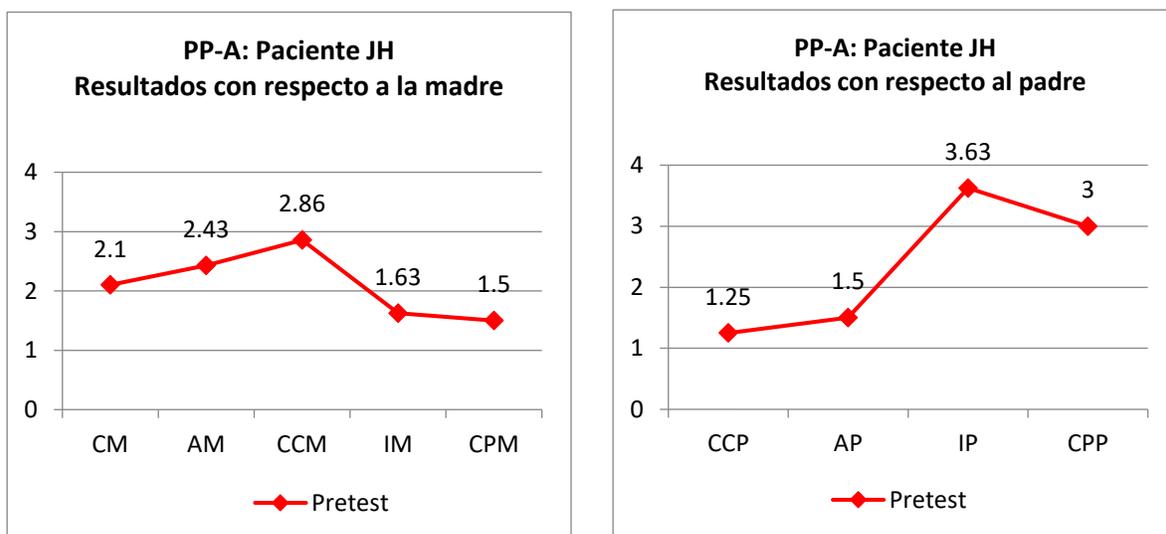


Figura 22. PP-A de paciente JH. La gráfica de la izquierda representa los resultados con respecto a la madre, mientras que la gráfica de la derecha, los resultados con respecto al padre. En este caso, no se reportan los resultados del postest ya que JH no concluyó el proceso grupal, por lo que no se realizó la evaluación posterior.

Finalmente, en el caso de la paciente JH, sólo se tienen los resultados del pretest pues ni ella ni su madre (quien fue la que asistió a algunas de las sesiones paralelas), completaron el tratamiento. En el caso de la madre, la percepción de JH hacia las prácticas parentales de su madre fue favorable, obteniendo mayores calificaciones en las dimensiones positivas (Comunicación materna, Autonomía materna y Control conductual materno). La más alta se reportó en la de Control conductual materno. Asimismo, obtuvo puntuaciones bajas en las dos dimensiones negativas (Imposición materna y Control psicológico materno). De hecho, la dimensión negativa con la puntuación más baja fue Control Psicológico materno.

Por otro lado, en relación con el padre, a diferencia de la madre, la percepción de la paciente no se considera favorable, pues su puntuación más alta fue en Imposición paterna (puntuando cerca de 4). La segunda dimensión negativa también obtuvo una calificación alta. Simultáneamente, las dos dimensiones positivas (Comunicación y control conductual paterno y Autonomía paterna) reportaron bajas puntuaciones. De hecho, la más baja corresponde a Comunicación y control conductual paterno.

### **Resultados cualitativos**

A continuación, se describen los resultados cualitativos con base en el discurso de las pacientes. El análisis está estructurado de acuerdo con las dimensiones del EA-A y con base en las técnicas, habilidades y competencias que se trabajaron para cada uno de los factores resilientes que se promovieron durante la intervención (expuestos en la Tabla 3), comparando frases expresadas durante las entrevistas iniciales y las primeras sesiones grupales con frases compartidas en las últimas sesiones o después de trabajar ciertos temas específicos. Los resultados cualitativos de la intervención con los padres tampoco se presentan en este trabajo; sin embargo, sí es posible afirmar que la intervención paralela tuvo un impacto en la disminución del nivel de riesgo de suicidio, de la conducta autolesiva y en el malestar emocional de las adolescentes.

#### **1. Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones.**

Este primer factor incluye estrategias de afrontamiento consideradas funcionales, por lo que, con la intervención, se buscó desarrollarlas y/o fortalecerlas en las adolescentes. La manera en la que se trabajó fue por medio de la validación de los conflictos y dificultades de las adolescentes; el fomento de autoeficacia; el desarrollo de pensamiento útil en las participantes; ejercicios de solución de problemas con base en la terapia de solución de problemas; identificación, expresión y regulación emocional (enfocada en la confrontación de conflictos); y aceptación de la realidad. Las habilidades de solución de problemas, uno de los principales factores resilientes que se buscaron fortalecer en este trabajo, se engloban en esta estrategia de afrontamiento funcional.

Antes de la intervención, las participantes del grupo tenían una percepción pesimista e impotente de su pasado, su presente y su futuro, así como expectativas de la realidad inalcanzables. Se percibía desesperanza y falta de motivación para seguir confrontando sus

dificultades. En la mayoría de los conflictos que compartían con el grupo, parecía que las adolescentes no se sentían con las capacidades necesarias para resolverlos, por lo que preferían evitarlos o reaccionaban de manera impulsiva.

“Me siento inútil y excluida [...] que no sirvo para nada y que ya no puedo más” (sic N)

“Tengo muchos problemas, que no me dejan estar bien y, por más que intento, no puedo resolverlos, no sé qué hacer, me desespero” (sic A)

“Es bien difícil cambiar y no vale la pena, no te sirve de nada en la vida intentar cambiar”  
(sic A)

“Creo que mis problemas no tienen soluciones, o son cosas en las que yo no puedo hacer nada” (sic XO)

“Nada de lo que intento me sirve, siento que soy muy torpe a veces porque lo intento, pero no puedo” (sic XV)

“[...] me llevan a sentirme expuesta y vulnerable y que todos se van a aprovechar de mí”  
(sic XV)

“No sé por qué me siento así siempre, pérdida, vacía, confundida, me siento que no sirvo para nada o que sólo le estorbo a la gente” (sic JL)

“Me pone triste no poder disfrutar de una familia feliz, con mamá, papá y yo” (sic JL)

“Tengo muchos problemas que creo que no debería de tener, yo creo que así no debería de ser mi vida [...] pero no sé qué hacer para que todo sea diferente” (sic JH)

Después del grupo terapéutico, las adolescentes tomaron una actitud de aceptación ante ciertas circunstancias de su realidad que no pueden cambiar, pero que aprendieron a tolerar. Además, desarrollaron un sentido de autovalidación y autoeficacia. Llegaron al entendimiento de que siempre habrá obstáculos que se interpongan en el camino, pero que tienen herramientas para hacerles frente. Asimismo, alcanzaron a reconocer que el cambio es inevitable, pero que pueden adaptarse a éste.

“[...] ésas son cosas que no puedo cambiar, no puedo cambiar mi entorno ni mi familia, pero sí puedo cambiar mi forma de enfrentar mis problemas y mi reacción ante esas cosas que no puedo cambiar” (sic N)

“[...] con curvas, topes, baches y hoyos, pero depende de mí salir del hoyo y seguir caminando, o quedarme atascada en uno” (sic N)

“No, no es una mala vida, es sólo un mal día. Va a pasar” (sic N)

“Es mejor estar en un mundo donde hay días buenos, pero cuando hay malos, sabes salir adelante sin hacerte daño, pero a la vez sin hacerle daño a los demás” (sic XO)

“[...] eso es para que duela menos, no dejará de doler, pero sí puedo aguantarlo” (sic XV)

“[...] ya tienes un montón de herramientas para salir adelante, por favor úsalas (sic XV en una carta dirigida a sí misma)

Aunado a lo anteriormente expuesto, es importante mencionar que, en las últimas sesiones, era común que cuando una de las adolescentes compartía alguna dificultad o problema, las demás tomaban la iniciativa de proponer soluciones. Iniciaban intentando por definir el problema y el impacto que éste estaba teniendo en la participante que expresaba el conflicto; continuaban preguntando qué es lo que quería que sucediera o qué esperaba de esa situación; después, proponían una serie de alternativas de solución; y finalmente la invitaban a que pusiera a prueba alguna de esas alternativas. En otras palabras, seguían los pasos que se habían revisado durante las sesiones para la resolución de problemas. Asimismo, también llegaron a ser capaces de proponerse opciones de solución a problemas propios, es decir, no sólo aplicaban las habilidades de solución de problemas con las dificultades de las demás integrantes del grupo, sino también consigo mismas.

“Tal vez habría sido mejor, en vez de irme a mi cuarto, empezar a hacerlo yo y tal vez eso habría hecho que, al verme, se acercaran [sus padres] a ayudarme” (sic N, al hablar de una actividad que se les pidió que realizaran con sus padres, pero éstos se negaron)

“[...] pero no te quedes esperando a que ellos te lo propongan, sino que tú hazles una oferta. Por ejemplo, que te den chance de juntarlo durante un mes y se los pagas. No sé, algo en lo que ganen los dos” (sic N)

“Tal vez yo les habría preguntado si preferían hacerlo otro día o en otro momento” (sic A)

“[...] o de alguna manera, compensar. Por ejemplo, si tienes tus lucecitas prendidas, entonces cuida más en no dejar otras luces de otros cuartos prendidas” (sic A)

“También podrías intentar no hablar con tus papás cuando los dos estén enojados, sino cuando estén más tranquilos” (sic A)

“Yo, por ejemplo, les pedí a mis papás que me dejaran irme a la escuela sola. Antes, mi papá me llevaba y era muy incómodo porque él sólo se quejaba de todo, entonces a mí se me ocurrió caminar más lento para no tener que ir junto a él y escuchar toda su queja y amargarme” (sic XO)

“Acércate en el descanso y dile ‘profe, perdón que lo interrumpa, pero necesito ayuda, no puedo con mi maestra y no entiendo cómo hacer esto’” (sic XV)

“Ya no me muerdo las uñas. Sirve que intento tenerlas pintadas siempre” (sic XV)

“Para mí es ver en cada situación todas las posibilidades que existen e irte por la que te haga más bien a ti y a los que te rodean. Y hacer cosas que funcionen” (sic XV)

“Me sentía muy sola, no sólo en mi casa, sino también en la escuela. Por eso decidí adoptar al perrito, para intentar ya no sentirme tan sola” (sic JL)

“Creo que, si no entiendo algo en la escuela, debería decirle a mi papá o a un compañero que sí entiende o a alguien que me pueda explicar” (sic JL)

Uno de los principales aspectos a trabajar al momento de desarrollar y fortalecer habilidades de solución de problemas en las adolescentes estaba enfocado en que dejaran de considerar a las autolesiones como una solución ante los conflictos. En general, la función que cumplía esta conducta en las integrantes del grupo era de una descarga de emociones que

no eran capaces de identificar, validar, expresar y regular. Asimismo, también cumplía la función de distracción y evasión: el dolor que las cortadas las causaban, así como el impacto que generaba al ver la sangre brotar de las heridas, les ayudaba a “distraerse” del conflicto que las había llevado a cortarse, incluso, en una de las seis adolescentes (paciente JH), le ayudaba recuperar la respiración cuando lloraba. En otra, ayudaba a regresar de lo que parecía un episodio de disociación (paciente A). En otras palabras, las adolescentes percibían las autolesiones como una estrategia de solución ante un conflicto para el cual no contaban con las herramientas necesarias para resolverlo, o no eran capaces de identificarse como eficaces para afrontarlo.

“[...] como yo tenía la culpa, iba contra mí y por eso tomaba esa solución” (sic N)

“[...] yo sé que tú [terapeuta] me dices que no es una solución, pero no quiero dejar de hacerlo porque es la única manera en la que me siento bien” (sic N)

“Después de cortarme, me sentí bien, me sentía más enfocada en el dolor que en estar llorando por lo que sentía, entonces lo seguí haciendo” (sic XV)

“[...] yo siento que mis papás no me escuchan. Por eso, a veces tengo que hacer cosas que llamen la atención, como cortarme, porque si no, no me escuchan” (sic JH)

Al finalizar la intervención, las cinco adolescentes que la concluyeron dejaron de autolesionarse y abandonaron la idea de que hacerlo era una solución útil.

“Se sentía bien en el momento, pero era peor después porque no sólo no arreglabas nada, también empeorabas muchas cosas, todo lo que he trabajado aquí desde que empecé. Es mejor buscar otras formas” (sic N)

“Es que me di cuenta de que las cosas seguían igual antes y después de cortarme porque no arreglaba nada” (sic A)

“Yo le digo que el cortarse no va a hacer que se solucionen sus problemas, yo lo sé porque yo pasé por ahí” (sic XO)

“He decidido ya no hacerlo. Me acuerdo de cómo la última vez que lo hice ni siquiera me hizo sentir tan bien y tuve que hacerme una cortada muy profunda. No lo vale” (sic XV)

“No quiero volver a eso. Ya no me he vuelto a cortar las muñecas ni otra parte del cuerpo, porque intento ser positiva [...] le echo ganas para encontrar otras soluciones” (sic JL)

Es importante mencionar que tres de las seis adolescentes que integraron el grupo al inicio, también percibían el quitarse la vida como una solución eficiente.

“Cuando me corto, sólo me lastimo. Se siente bien, pero todo sigue igual. Por esa razón, pensé en buscar otro recurso con el que sí podría terminar con todos los problemas” (sic N, al indagar sobre su intento suicida)

“Cuando estuve hospitalizada, eso no pasaba [discusiones con su padre]. Por eso creo que estar hospitalizada sería una buena solución. Sería la única manera de alejarme de todo y de todos” (sic JL)

“Mientras lo hacía, llegué a pensar que ojalá me muriera, así mis papás ya no tendrían tantos problemas” (sic JH)

Posterior a la intervención, la idea de la muerte como solución dejó de presentarse en dos de las tres adolescentes que lo habían verbalizado antes del proceso grupal. En el caso de una de ellas, JH, que fue la adolescente que no concluyó el proceso completo, esta idea mostró cambios desde la sesión de cierre del proceso individual previo a la conformación del grupo.

“No creo que las cosas mejoren si yo no estoy aquí. Creo que, viva o muerta, los problemas seguirían, pero si estoy muerta, ni siquiera podría proponer otras soluciones que tal vez sí funcionen” (sic N)

“Hablarlo aquí me ha ayudado a reflexionar y a darme cuenta de que ni morirme ni cortarme es la solución para que mis papás dejen de pelear y que yo no tengo la culpa de sus problemas” (sic JH)

## **2. Respuestas fisiológicas.**

La dimensión de respuestas fisiológicas abarca estrategias de afrontamiento que son consideradas desadaptativas, por lo que, con la intervención, se buscó disminuir su presencia en la conducta de las adolescentes. La manera en la que se trabajó fue por medio de la enseñanza y entrenamiento de la respiración profunda con las adolescentes; algunos ejercicios que involucraron los cinco sentidos en los cuales se fomentó la atención plena; la identificación, expresión y regulación de emociones intensas; y tolerancia al malestar.

Antes de la intervención, todas las pacientes verbalizaron tener dificultades para disminuir la activación fisiológica provocada por emociones percibidas como intensas, especialmente emociones como tristeza, enojo y miedo. En general, las adolescentes sentían que se aceleraba su respiración y el ritmo cardíaco, presentaban sudoración en las manos, sentían cosquilleo en diferentes partes del cuerpo, y aumentaba la temperatura corporal. Algunas sentían opresión en el pecho y dolor en el abdomen, espalda, hombros y cuellos.

“[...] lo siento aquí, en el pecho, como si me estuviera dando golpes en el corazón [...] a veces es tan fuerte que me duele” (sic N)

“Me dan ganas de golpear algo porque siento como tensión o algo así en las manos” (sic N)

“A mí se me pone la cara roja y caliente y me da mucho calor, aunque haga frío” (sic A)

“Yo no sé por qué, pero siento un hormigueo en todo el cuerpo y que sube hasta la cara y me recorre hasta la punta de mis dedos y ahí se queda, no fluye fuera de mi cuerpo [...] me desespera porque no sé cómo detenerlo” (sic XV)

“[...] llega un momento en el que ya no puedo respirar bien. Sigo respirando, pero muy rápido y siento que me ahogo, entonces trato de respirar más pero sólo siento que me ahogo” (sic JH)

“Cuando lloro mucho, no puedo respirar, sólo me pongo roja y me falta el aire” (sic JH)

Posterior a la intervención, las adolescentes expresaron hacer uso de ciertas estrategias comentadas durante el proceso para tener más control de estas sensaciones. Es importante mencionar que el trabajo con la activación fisiológica fue un factor esencial para que las adolescentes lograran una adecuada identificación, expresión y regulación emocional, especialmente ante emociones extremas. El que aprendieran a reconocer estas reacciones y a controlarlas, influyó en que pudieran regular y expresar sus emociones adecuadamente.

“[...] me empecé a sentir súper enojada y que me faltaba el aire, pero me acordé de los ejercicios de respiración que me enseñaron aquí y los intenté [...] sí me ayudaron, no a arreglar el problema, pero sí a sentirme mejor” (sic N)

“[...] me dieron muchas ganas de llorar y de gritar, sentía un hormigueo por todos lados y me dio calor, pero sabía que, si hacía algo en ese momento, iba a ser peor, así que me alejé, respiré profundo, cerré los ojos y esperé” (sic XV)

“[...] sentía mucha tensión en mi cuerpo y ahí me dieron muchas ganas de cortarme, me dolía la panza, creo que estaba muy triste y enojada. Pero me aguanté mucho, respiré y aguanté” (sic JL)

Asimismo, se consideró vital que las participantes estuvieran más conscientes de sus sensaciones y de su cuerpo en general debido a que algunas de ellas verbalizaron no sentir dolor al momento de realizarse las autolesiones. En el caso de la paciente A, ante eventos sumamente estresantes, ella experimentaba un episodio de disociación, durante el cual, perdía contacto con su propio cuerpo y llevaba a cabo conductas impulsivas que llegaron a poner en riesgo su vida en dos ocasiones.

“[...] llegué a hacerlo varias veces al día porque ya no me dolía, ya no sentía nada, lo que me ayudaba era ver la sangre, pero no sentía” (sic N)

“[...] cada vez me tenía que hacer más cortadas o cortadas más profundas para sentirme mejor porque ya no sentía nada” (sic XV)

“[...] sólo me acuerdo de momentos antes de encerrarme en el baño. Lo siguiente que me acuerdo es estar ahí en el baño y con las muñecas sangrando. Luego, otra vez no sé qué pasó y lo siguiente que me acuerdo es estar en el hospital” (sic A)

“Antes de encerrarme, lo sentía como si lo estuviera viendo de fuera, como si fuera una película o un sueño. Ya después, lo siguiente que me acuerdo, sí sentía el dolor de las muñecas, pero como que no podía reaccionar. Supongo que después me desmayé” (sic A)

### **3. Pensamientos obsesivos y desesperanza.**

Similar a Respuestas fisiológicas, en este tercer factor se incluyen estrategias de afrontamiento disfuncionales, por lo que se buscó disminuir la frecuencia con la que aparecía en la conducta de las adolescentes. Para alcanzar este objetivo, primero se trabajó en que las participantes pudieran identificar sus pensamientos rumiantes, así como su impacto en sus emociones y acciones; posteriormente, la atención se enfocó en que las pacientes desarrollaran un pensamiento útil; alcanzar una aceptación de la realidad; fortalecieran la capacidad de proponer soluciones alternativas; y, que fueran capaces de reconocer las consecuencias de sus acciones y decisiones.

Antes de realizar la intervención, las jóvenes tendían a presentar una serie de pensamientos (principalmente autoinvalidantes o devaluatorios consigo mismas) que llegaban a ser intrusivos y repetitivos. Frecuentemente, estos pensamientos determinaban su estado emocional y tenían un importante impacto en la toma de decisiones.

“[...] cuando me pasan cosas así, me quedo piense y piense en que soy torpe, que no puedo, que soy una inútil, cosas que me han dicho mis papás, que no sirvo para nada y entonces mejor me quedó encerrada en mi cuarto, sin hacer nada” (sic N)

“Mis papás no me escuchan nunca. Por eso a veces creo que no soy importante, que nadie me quiere, que no importa si me muero [...] no me cortaba pensando en querer morir, pero si pasaba, en realidad no importaba” (sic A)

“Me quedo pensando un buen rato que no puedo, que no soy lo suficientemente buena para poder terminar la preparatoria [...] prefiero ni entrar a las clases porque ya sé que no puedo” (sic XV)

“[...] pues sí, si estás dice y dice que no vas a poder, por ejemplo, terminar una tarea, pues no vas a poder, ya te programaste a no poder. Es como cuando tienes novio y no te contesta y empiezas a pensar ‘ay, ya está con otra’, pero en realidad estaba durmiendo, pero tú ya te volaste. Obviamente te molesta, te hace sentir mal, te hace sentir triste, te estresa” (sic XV)

“[...] a veces también pienso que sí estoy loca. Es una idea que me da vueltas en la cabeza de vez en cuando porque no entiendo por qué no puedo dejar de sentirme así, triste, vacía, sin esperanza” (sic XV)

“[...] en esos momentos pienso que era mejor para todos que no hubiera nacido. Cuando hablo con mi mamá no dejo de pensar eso, y a veces me doy cuenta de que es cierto, que sí sería mejor para todos” (sic JL)

Posterior a la intervención, las adolescentes fueron capaces de detectar, por un lado, la presencia de pensamientos autoinvalidantes, y por otro, la cualidad rumiante de esos pensamientos, así como su impacto. A partir de esto, también llegaron a ser capaces de detener la rumiación antes de que ésta las llevara a actuar de manera impulsiva.

“Antes, pensaba que mi novio era mi fuerza vital y lo único que me podía mantener bien, y por eso, si él no me contestaba o no me buscaba, pasaba un rato piense y piense en que seguro ya no quería estar conmigo. Me puse a pensar, si eso es verdad, ¿en dónde quedan mis amigos, mi familia, yo misma?” (sic N)

“[...] ya si no toman en cuenta mi opinión, sé que no necesariamente es porque lo que dije sea tonto o que no sea útil. Antes, si no me escuchaban, pensaba que era porque no soy importante o que la había regado en algo, ahora ya sé que es otra cosa” (sic N)

“Identificar cuándo me estoy enajenando con algo y tratar de entender que, lo que haga otra persona no debe de repercutir en mí. O que repercute lo menos. También tratar de darme cuenta de lo que realmente está pasando y no ser tan imaginativa” (sic N)

“Estoy orgullosa de lo que he logrado” (sic A)

“Mi mamá, de repente otra vez se le olvida todo lo que ve en el grupo y pareciera que no me escucha, pero ahora ya no pienso que es porque no me quiere. De repente sí me viene esa idea a la mente, pero trato de no darle tantas vueltas porque, en el fondo sé que no es verdad” (sic A)

“Mi hermano a cada rato me dice ‘no te quieras hacer la loca, si no lo estás’. Antes pensaba que sí estaba loca, ahora sé que no es que esté loca, es sólo que me cuesta más trabajo que a otros. Sé que mi hermano y mi papá no lo entienden, pero yo trato de pensar en que es válido y no estar piense y piense que mi papá cree que estoy mal por pedir ayuda” (sic XV)

“[...] ahora siempre que salgo a la calle con el pelo mojado, me acuerdo de lo que hablamos aquí y trato de dejar de pensar que seguro me voy a enfermar” (sic XO)

Con respecto a la aceptación de la realidad, esta habilidad se trabajó no sólo en esta dimensión, sino también en otras. No obstante, en el caso de la Pensamientos obsesivos y desesperanza, el enfoque que se tuvo fue con base en la idea de que no pueden controlar lo que sucede en su contexto, ni la reacción de las personas que las rodean. Antes de la intervención, se notaba en las participantes cierta desesperación por controlar el contexto con base en sus necesidades y presentaban ideas rumiantes con respecto a cómo ellas consideraban que debería de ser la realidad. Posterior a la intervención, llegaron a entender que no pueden controlar su contexto ni la reacción de los demás, pero sí la propia.

“Ahora sé que, tal vez no puedo controlar lo que pasa en mi casa ni lo que me dicen mis papás. Pero sé que sí puedo controlar la forma en la que interpreto lo que pasa y mi reacción” (sic N)

“[...] antes pensaba que no debería de ser así, que mis papás no deberían de comportarse así, como lo hacen. Ahora sé que, haga lo que haga, yo no los voy a cambiar a ellos. Mejor me concentro en mí y en lo que sí puedo hacer en vez de esperar a que mi mamá ya me haga caso” (sic A)

“Ya sé que así se portan a veces los chavos, supongo que yo también me he portado así con otros y por eso ahora me doy cuenta de que, aunque quiera que cambien, aunque esa persona diga que va a cambiar, si lo que hace no concuerda con lo que dice, pues no va a cambiar [...] es mejor que yo deje de esperar a que cambie y mejor cambio yo, aunque duela” (sic XV)

“[...] sé que mis papás no me van a dejar de regañar, aunque haga las cosas bien. Pero sé que no puedo hacer nada más que dejar de esperar a que cambien porque es muy desesperante esperar eso y a la mera hora, que sea igual que siempre. Mejor ya dejo de pensar que así debería de ser y veo a mis papás como en realidad son” (sic JH)

Otro elemento importante que se consideró durante la intervención como parte fundamental para disminuir los Pensamientos obsesivos y desesperanza en las adolescentes fue el trabajo con el autocuidado. Durante los 6 meses que duró el proceso terapéutico, aproximadamente cada mes se monitoreaban los hábitos de sueño y de alimentación de las adolescentes. Asimismo, se buscaba fomentar el autocuidado impulsándolas a que realizaran actividades recreativas y deportivas, y se buscaba que no se ausentaran en sus actividades escolares. Pero, principalmente, se trabajó el autocuidado en torno a las relaciones de pareja y amistosas. Previo a la intervención, las adolescentes descuidaban de su salud y, en general, mantenían relaciones en las que se sentían poco respetadas, humilladas y que fomentaban actitudes autodestructivas, incluyendo la conducta autolesiva por la cual habían buscado la atención en el centro.

“[...] me dijo que era mi culpa que ella tuviera todos esos problemas [...] a veces creo que sí es cierto que es mi culpa porque sé que se corta por mi culpa” (sic N)

“ella no se quería a sí misma, se cortaba, no le importaba nada” (sic A, al hacer una actividad en la que se les pidió que se describieran como ella pensaba que otras personas la describirían)

“[...] me empecé a juntar con ellas porque nadie más se acercaba. Ellas me decían que, si me cortaba, me iba a sentir mejor, así que lo intenté” (sic XO)

“[Autocuidado] es no hacerte daño y no dejar que nadie más te lo haga, ni físico ni mental. Yo me pongo un 6” (sic XV)

“[...] a veces me contesta, a veces no. A veces me dicen que soy fea y que estoy gorda, pero que me lo dice porque me quiere [...] a veces sí le creo que me lo dice porque le importo, pero a veces no sé” (sic JL)

Después del grupo terapéutico, se notaron pocos cambios en cuanto a sus hábitos de sueño y alimenticios; sin embargo, sí se percibieron diferencias con respecto a sus relaciones de pareja y amistosas, su asistencia a actividades escolares y recreativas, pero principalmente, las adolescentes lograron empezar a detectar ciertas actitudes de otras personas como agresivas y dejaron de justificarlas.

“A veces mi mamá no me quiere llevar a mis clases [de zumba], pero yo intento no faltar. Cuando me dice que no me va a llevar, le pregunto a alguien más o le digo que me deje ir sola” (sic N)

“He estado yendo al gimnasio con mi papá todos los días excepto los fines de semana. Me ha gustado y me he sentido poco mejor con mi papá” (sic A)

“Me metí a clases de inglés. Está padre, he conocido a mucha gente que me ha tratado muy bien, no como mis compañeros en secundaria” (sic A)

“Procuro leer todos los días, pero también trato de no dejar de hacer las cosas de la escuela por estar leyendo” (sic XV)

“Terminamos, él no me respetaba, me culpaba de todo, me reprochaba, me jalaba, me llegó a pellizcar, me hacía sentir mal y cuando veía que me estaba perdiendo, doblaba las manos. No confiaba en mí, ni yo en él. Comencé a darme cuenta de que realmente no quería estar con él, de que no merecía ese trato, de que una vez más me estaba tratando mal” (sic N)

“Debo de hacer algo por mí, nunca me he dado mi lugar. Es hora de que lo haga” (sic N)

“Decidí dejar de estar esperando a que me mandara mensaje. Creo que no merezco que me traten así. Yo lo único que hecho es estar para él, pero él me ha tratado con mucha indiferencia. No creo que sea lo que merezco” (sic A)

“Tú bien sabes qué va a pasar si sigues poniéndote en segundo, tercer o cuarto lugar. Nosotras tenemos que ponernos en primer lugar. Si alguien nos trata mal, no tenemos por qué soportarlo” (sic A)

“Ya no porque se empezaron a juntar con otras personas y ya no entraban a clases y a veces las veía fumando, entonces ya no me gustó. Me decían que faltara a clases, antes a veces sí lo hacía por pena a que dijeran cosas de mí, pero ahora ya no me gusta” (sic XO)

“Creo que deberías de pensar si quieres seguir ahí. Si estás dispuesta a seguir maltratándote, está bien, lo puedes hacer, pero ya sabes cuáles son las consecuencias. Yo no lo permitiría y tampoco creo que tú merezcas eso” (sic XV)

“Ay, yo lo dejaba. Eso de que ‘no es cuando tú quieras’ me suena a berrinche, bueno, a que te quiere usar” (sic JL)

“Ahora, si no entiendo algo, trato de preguntarle a alguien, a algún compañero que sí entienda o a alguien que me pueda explicar” (sic JL)

#### **4. Evitativo pasivo.**

Esta dimensión engloba estrategias de afrontamiento disfuncionales, por lo que, por medio de la intervención, se buscó disminuir la frecuencia con la que las pacientes las utilizaban. El trabajo realizado con respecto a la aceptación de la realidad contribuyó a alcanzar el objetivo. Asimismo, el fortalecimiento de habilidades de solución de problemas;

el fomento de autoeficacia; y la identificación, regulación y expresión emocional también fueron necesarios para disminuir estas estrategias. Antes de iniciar con el proceso grupal, había una clara tendencia a evitar los conflictos y sus emociones por parte de las adolescentes.

“[...] no me permito llorar frente a nadie, mi mente tiene claro que no debo de sentirme así”  
(sic N)

“[...] no me gusta expresarlo, no quiero decir que algo me está pasando, porque así es como si en realidad no estuviera pasando” (sic N)

“Últimamente, la única solución que he encontrarlo es evadirlo [...] es como si yo me estuviera ahogando sin poder respirar, pero hay problemas que prefiero mantener por debajo” (sic N)

“Cuando estoy hablando con alguien y me empiezo a enojar, cambio el tema y hablo de cosas que sé que le son agradables a la persona con la que estoy hablando” (sic A)

“[Cuando alguien hace algo que le genera enojo] yo les digo que no me importa” (sic A)

“Estaba triste por cosas que no son importantes. Pero no quiero hablar de eso, ya pasaron. ¿Para qué hablar de eso si ya está en el pasado?” (sic A)

“No es correcto llorar frente a otros” (sic XO)

“Cuando tengo un problema, hago algo para distraerme y que se me olvide y ya, como si nada” (sic XO)

“Cuando me enojo, sólo me voy a mi cuarto, me hago bolita y ahí me quedo hasta que pasa el tiempo y ya, al rato es como si nada” (JL)

“Cuando estuve hospitalizada, eso [las discusiones con su papá] no pasaba. Por eso creo que estar hospitalizada sería una buena solución. Sería la única manera de alejarme de todo y de todos” (sic JL)

Una de las principales razones por las cuales las adolescentes tendían a evitar confrontar sus conflictos, así como las emociones provocadas por éstas, era porque, previo al grupo terapéutico, no se consideraban con las herramientas necesarias para resolverlos o para lidiar con esas emociones. Por esta razón, se consideró esencial trabajar con la autoeficacia y con las habilidades de solución de problemas.

“Tengo la idea de que no voy a lograr nada, aunque lo intente, entonces mejor ni lo intento, y me pasa lo mismo con las emociones. Creo que no voy a lograr nada si las expreso, entonces mejor no lo hago” (sic N)

“Es que, no sirve para nada. Supongo que es porque no sé cómo hacerle, pero no puedo, nunca he podido” (sic A)

“[...] no tengo control de mí, no soy realista, no soy asertiva” (sic XO)

“Me sentía muy triste y no sabía qué hacer y eso me hacía estar más alterada y menos sé qué hacer” (sic XV)

“A veces creo que soy tonta porque no puedo. Ya no sé qué más hacer. No creo poder cambiarlo” (sic JL)

Después de las sesiones grupales, las adolescentes se percibían con más herramientas para hacerle frente a los conflictos y así, disminuyó la tendencia a evitar tanto las situaciones problemáticas como sus emociones. Es importante mencionar que, una de las habilidades que adquirieron relacionadas con la tolerancia al malestar, estaba relacionada con distraerse llevando a cabo otras actividades. No obstante, las participantes aprendieron que la distracción puede ser útil para disminuir los niveles de malestar provocados por algún evento estresante y así, evitar realizar alguna acción impulsiva o reaccionar sin antes medir las consecuencias, lo cual, a su vez, ayudaba a que pudieran pensar en soluciones alternativas desde una postura menos emocional e impulsiva.

“[...] en esos momentos, creo que es mejor hacer ejercicio y bañarme. Eso me ayuda a calmarme para después, poder acercarme y hablar tranquilamente, y no desde la mente emocional” (sic N)

“Sé que hay obstáculos que me gustaría sólo evitar, hacer como si no estuvieran ahí, pero ahora también sé que depende de mí superar esos obstáculos, y sé que puedo hacerlo” (sic N)

“Es que sí es cierto que el cambio es doloroso, pero sí podemos lidiar con ese dolor. Ya hemos superado otros dolores antes, podemos con esto” (sic A)

“Sabes salir adelante sin hacerte daño” (sic XO al escribir un texto dirigido a sí misma como una actividad de cierre del proceso)

“Hay otras formas en las que puedes sacar lo que sientes, como escribiendo o dibujando, pero sí tenemos que sacarlo” (sic XO)

“[...] y me pongo a escuchar música o veo la tele un rato. Ya después hablo con mi mamá de lo que pasó” (sic XO)

“Ya tienes un montón de herramientas para salir adelante, por favor úsalas” (sic XV al escribir un texto dirigido a sí misma como una actividad de cierre del proceso)

Además de alcanzar una autoeficacia, las adolescentes también aprendieron y fortalecieron sus habilidades de solución de problemas, lo cual ayudó a que dejaran de evitar los conflictos. Por otro lado, con respecto a la tendencia a evitar expresar sus emociones, ésta posiblemente se debía a su dificultad para regularlas. Es decir, reaccionaban fácilmente, las vivían de manera intensa, y les era muy difícil disminuir su intensidad. Por esa razón, preferían reprimirlas a expresarlas, o bien, tendían a utilizar las autolesiones para centrar su atención en el dolor y la sangre, en vez de atender su emoción. En otras palabras, para las adolescentes, las cortadas eran una estrategia de afrontamiento evitativa. Al aprender a regular sus emociones, les era más sencillo encontrar formas de expresarlas y así, dejar de

recurrir a las autolesiones como una solución con la cual podían comunicar su sentir, o bien, bajar la intensidad de la emoción que estaban experimentando.

“Me doy cuenta de que llorar es algo liberador y con lo que me puedo desahogar [...] no deberíamos de tener miedo a sentir y, si llorar me ayuda a sentir, entonces no tengo por qué evitarlo” (sic N)

“La última vez que me corté, me sentí más ahogada. Me di cuenta de que en realidad no estaba expresando nada, sólo me estaba distraendo. Ahí me di cuenta de que tenía que intentar otras cosas para expresar mis emociones” (sic N)

“Es que podemos hacer muchas cosas antes que cortarnos. Podemos salir a caminar, jugar con nuestra mascota, hacer algo que nos gusta, llorar, o hasta platicarlo con alguna amiga”  
(sic A)

“Hay otras formas en las que podemos sacar lo que sentimos, escribiendo, dibujando, no tienes que lastimarte” (sic XO)

“A lo mejor puedes gritar. No a otras personas, pero sí a una almohada y estando sola. Yo a veces lo hago y me funciona muy bien para bajar mi coraje y ya después pensar en qué hacer” (sic XV)

“Ayuda que sepamos qué estamos sintiendo. Antes sólo sentía muchas cosas, pero no entendía qué. Pero ahora que podemos identificar qué sentimos y en qué parte del iceberg está esa emoción que estamos sintiendo, es un poquito más fácil” (sic XV)

## **5. Búsqueda de apoyo en la familia.**

Este quinto factor que evalúa la escala es considerado funcional, por lo que, con la intervención se buscó desarrollarlo y fortalecerlo. Es importante mencionar que, en este trabajo, también se quiso cambiar la percepción que tenían las adolescentes sobre las prácticas parentales utilizadas por sus padres, y que desarrollaran una aproximación positiva hacia éstas. De hecho, esto fue uno de los tres principales factores resilientes que se fomentaron a través del proceso terapéutico. Se partió de la idea de que, el generar esta

aproximación positiva ayudaría a que, a su vez, pudieran recurrir a la Búsqueda de apoyo en la familia como una estrategia para afrontar sus conflictos y dificultades.

Uno de los principales objetivos del grupo paralelo en el que participaron los padres de las adolescentes fue generar cambios en las prácticas parentales, mejorando la comunicación, la autonomía y el control conductual, y disminuyendo la imposición y el control psicológico de los padres hacia sus hijas adolescentes (dimensiones propuestas en la PP-A). Sin embargo, generar cambios en los padres no era suficiente, pues para las adolescentes, algunas de las acciones que éstos estaban llevando a cabo asociadas a mejorar la comunicación o tener mayor control conductual era percibido por ellas como negativo, invasivo o innecesario. Es por ello por lo que, para fomentar este factor resiliente, no sólo bastó con la intervención en paralelo de los padres, sino que también fue necesario cambiar la aproximación que las adolescentes estaban teniendo hacia las prácticas parentales.

Para impactar en este factor resiliente, así como en las estrategias de afrontamiento dirigidas a la Búsqueda de apoyo en la familia, se organizaron tareas y actividades que las adolescentes debían llevar a cabo con sus padres, para lo cual, a su vez, se fortalecieron habilidades interpersonales, específicamente la comunicación y la asertividad. Asimismo, el generar empatía hacia sus padres y un reconocimiento emocional no sólo en ellas mismas, sino también en sus padres, fue esencial para alcanzar el objetivo. Finalmente, se trabajó con las adolescentes (y con los padres en el grupo paralelo) el desarrollo de un pensamiento dialéctico y la evitación de posturas polarizadas.

Antes de iniciar ambos grupos terapéuticos, las adolescentes no se percibían capaces de comunicarse con sus padres sin generar conflictos o discusiones, así como para sentirse escuchadas. Tendían a hacer comentarios agresivos como reacción a conductas de sus padres que interpretaban como invasivas o controladoras. Además, preferían tener la menor comunicación posible con ellos, pues no se sentían con confianza de conversar sin ser juzgadas.

“No lo platico con mi mamá porque no siento la confianza para hacerlo. Siento que en vez de ayudarme o darme un consejo, me va a decir que la que está mal soy yo. Entonces mejor ni le digo nada” (sic N)

“Yo trato de decirle a mi mamá, pero no sé cómo hacerle para que me escuche, sólo le presta atención a mi hermano [...] por eso, tiendo a hacer ese tipo de cosas [autolesiones] para que me pongan atención. No sé de qué otra forma hacerle” (sic A)

“Yo prefiero no hablar con mi papá porque ahora, todo lo que le digamos, se aprovecha para quejarse o decirnos que es nuestra culpa” (sic XO)

“[...] pero no lo hago consciente. O sea, sólo intento hacerles o decirles cosas muy hirientes porque ellos [sus padres] me lastimaron primero” (sic XV)

“No sé cómo hacerle para poder decirle a mi mamá que me siento mal sin que se desespere conmigo y ella termine diciéndome que por qué no mejor me mato y yo diciéndole que sí debería de hacerlo, o algo así” (sic XV)

“Casi no le platico esas cosas a mi papá porque sé que me va a terminar regañando o diciendo que estoy haciendo mal. Mejor no le cuento” (sic JL)

“[...] intento decirlo sin ser grosera, pero a veces se me sale [...] no me gusta no poder comunicarme sin generar discusiones [...] pero es raro porque fuera de casa, eso no me pasa, sólo me pasa con mis papás” (sic JH)

“Creo que tengo que aprender a comunicarme mejor” (sic JH)

Después de la intervención, en general, se percibieron mejorías en la comunicación con sus padres. Además, entendieron la importancia de transmitir un mensaje considerando el contenido, la manera y el momento de hacerlo, es decir, desarrollaron y fortalecieron su asertividad. Cabe destacar que, a través del discurso de los adolescentes, es posible detectar no sólo cambios en ellas, sino también en sus padres y en las prácticas parentales.

“Ahora sé que, si quiero platicarle algún problema a mi mamá, es mejor que no lo haga cuando está enojada o estresada porque, si lo hago en ese momento, seguro me va a regañar porque ya va a estar enojada” (sic N)

“[al hablar de asertividad] creo que es eso que hizo XV un día que escuchó a su mamá llorar, pero estaba encerrada en su cuarto, entonces pensó que si estaba encerrada era por algo, y entonces no fue a preguntarle qué le pasaba en ese momento, sino que esperó a que estuviera más tranquila” (sic N)

“Ahora veo que mi mamá intenta regañarme cuando su coraje baja. No siempre, pero lo intenta, y así es más fácil hablar” (sic N)

“A lo mejor me alejaría. Pero no me iría toda enojada, sino que me alejaría porque entendería que la otra persona necesita su espacio o necesita llorar a solas. Entonces nada más le diría ‘bueno, cuando quieras hablar, yo te puedo escuchar’” (sic A)

“Ahora, trato de siempre pensar en qué quiero decir, pero también en cómo hacerlo. O sea, no le voy a gritar, pero tampoco voy a decirlo como si no me hubiera lastimado [...] También intento pensar en el momento en el que lo voy a decir” (sic XV)

“[...] sí le platiqué a mi papá [de su novio]. Yo pensé que se iba a enojar y me iba a regañar, pero no, me preguntó que quién era y que de dónde lo conocía y me dijo que sólo tuviera cuidado, pero no se enojó” (sic JL)

Con respecto al reconocimiento emocional, antes de la intervención, las adolescentes consideraban que sus padres estaban enojados todo el tiempo. Los describían como enojones, “bipolares”, exigentes, duros, crueles e hirientes. Después de la intervención, fueron capaces de reconocer los momentos en los que sus padres presentaban otras emociones, así como las maneras particulares en las que las expresaban, y no sólo centraban su atención en el enojo. Lo anterior también contribuyó a que fortalecieran su capacidad empática, lo cual, a su vez, favoreció a la aparición de un pensamiento dialéctico.

“A mi mamá no le gusta demostrar que está triste, así como yo, tampoco le gusta que la vean con miedo. De mi papá, no sé, porque siempre está muy ausente, me costó mucho trabajo. Me doy cuenta de que no lo conozco tan bien” (sic N)

“Por ejemplo, tristeza y enojo, seguro todo lo que me diga para sentirse mejor, como yo estoy enojada, no le voy a hacer caso o no la voy a escuchar o algo así” (sic N)

“Tal vez también siente miedo porque no sabe cómo calmar la tristeza de su hija” (sic A)

“Cuando yo estoy triste, mi mamá normalmente se enoja, lo cual me hace enojar y ella se enoja más, y me hace más triste, pero luego enojada. Creo que se enoja porque no sabe qué hacer con mi tristeza” (sic A)

“Cuando nos ven llorar, nos dicen que no lloremos para no alterar a los demás, pero seguro más bien ellos son los que no quieren vernos llorar para que ellos mismos no lloren. Pero, puede ser que sea porque a ellos también les duele, pero tampoco saben cómo hacerle” (sic XV)

“Con mis papás, me acuerdo de nuestros icebergs y me doy cuenta de que a veces hacemos mala combinación, pero en ese momento, trato de alejarme para no gritarles algo que empeore la situación” (sic XV)

“Creo que, cuando estuve hospitalizada, yo pensaba que estaba enojado, pero estaba llorando. Ahora creo que estaba triste o tenía miedo, pero no sabía qué hacer y por eso mejor se enojaba” (sic JL)

Finalmente, con respecto al pensamiento dialéctico, antes de la intervención, tanto en las adolescentes como en sus padres, era posible percibir una postura extremista o polarizada, y tenían dificultades para generar acuerdos, pues, por un lado, los padres pensaban que tenían la razón, y por otro, las adolescentes consideraban que ellos no estaban dispuestos a escuchar sus puntos de vista y encontrar un punto medio entre lo que ellos opinaban y lo que ellas deseaban. Después de la intervención, las participantes empezaron a notar que sus padres estaban más dispuestos a establecer y respetar acuerdos, así como a reconocer que ellas también podían tener opiniones o puntos de vista válidos y dignos de ser considerados. Además, las mismas adolescentes generaron mayor flexibilidad en cuanto a sus puntos de vista, es decir, ampliaron su panorama y concluyeron que, ante algún conflicto o situación

problemática, puede haber más de una versión de cómo y de por qué sucedió algo y que, aunque éstas sean diferentes o parezcan opuestas entre sí, son válidas.

“Veo que he cambiado mi forma de pensar. Me gusta que puedo ver las cosas desde otra perspectiva, no sólo una perspectiva, la mía, sino que puedo entender las perspectivas de otras personas, como las de mis papás, por ejemplo” (sic N)

“[...] si no toman en cuenta mi opinión, no necesariamente es porque no me están escuchando, sino porque cada quien tiene su punto de vista” (sic N)

“Creo que es importante ver el otro lado, no sólo el nuestro” (sic A)

“[...] reflexionar acerca de lo que debemos llevar a cabo para no estar en un extremo, sino de tratar de encontrar un punto medio para tratar de no afectarnos, pero tampoco afectar a otras personas” (sic XO)

“[...] hay un dicho, algo así como ‘lo que es bueno para la araña es el caos para la mosca’. Con mis papás sé que lo que puede ser bueno para mí, no necesariamente lo es para ellos y al revés igual, pero eso no quita que tengamos esa opinión y que queramos respetarla. Lo que seguiría es que ambos cediéramos un poco” (sic XV)

“Mi papá y yo platicamos de los quehaceres. Antes pensaba que yo tenía que hacer todo, pero ahora veo todo lo que tiene que hacer él [...] llegamos a un acuerdo. Ahora yo barro y él trapea” (sic JL)

“[...] sé que mis papás están muy estresados porque mi papá no ha encontrado trabajo, entonces intento entenderlos y no enojarme con ellos [...] me he dado cuenta de que mi mamá, cuando me regaña mi papá, ella intenta averiguar las versiones de los dos y eso nos ayuda a los dos a entenderlo y no enojarnos tanto” (sic JH)

## **6. Búsqueda de apoyo con el grupo de pares.**

Para este trabajo, la Búsqueda de apoyo con el grupo de pares se consideró como una dimensión funcional que había que fortalecer en las adolescentes, pues se detectó que éstas no contaban con redes de apoyo sólidas que les ayudaran a confrontar situaciones conflictivas

y a superar su malestar emocional. Algo que contribuyó de manera importante en alcanzar este objetivo fueron los factores terapéuticos del grupo (Yalom, 1931/2005), especialmente la esperanza que éste infundió en ellas al momento de interactuar con otras adolescentes, y al percibir sus cambios y progreso. El desarrollo de técnicas de socialización, el comportamiento imitativo, la cohesión, la universalidad y el altruismo también fueron factores esenciales para el desarrollo y fortalecimiento de estrategias de afrontamiento asociadas a la Búsqueda de apoyo con el grupo de pares. Otras maneras en las que se trabajó para alcanzar este objetivo fue el fomento de identificación, validación y empatía entre pares. Asimismo, no sólo se buscó que las participantes recurrieran al apoyo que sus pares podrían ofrecerles, sino también a que generaran la capacidad de activar sus recursos psicosociales, específicamente el que pudieran pedir ayuda o buscar apoyo cuando reconocieran que el malestar generado por alguna situación estresante fuera demasiado alto.

Cuando las adolescentes solicitaron la atención en el centro, en general en las seis se detectó un malestar asociado a sus círculos sociales y amistosos. Expresaban tener pocos amigos cercanos y genuinos, y no consideraban que podían confiar o apoyarse en ellos ante conflictos. Algunas de ellas vivían acoso escolar y en la mayoría, sus amigas también presentaban conducta autolesiva, por lo que, en las adolescentes que integraron el grupo, las relaciones con sus pares podían ser consideradas como factores de riesgo.

Durante la intervención, las participantes empezaron a notar el impacto negativo que tenían algunas de sus relaciones y, por lo tanto, se generó cierta desesperanza con respecto a las amistades. No obstante, en este momento, los factores terapéuticos del grupo (especialmente el altruismo y la esperanza) fueron vitales para que las participantes cambiaran poco a poco esta perspectiva desesperanzada hacia los amigos y, en vez de aislarse y evitar la socialización con otros adolescentes, intentaran alejarse de quienes las hacían sentir culpables, les hacían comentarios hirientes u ofensivos y que las impulsaban a llevar a cabo conductas de riesgo, incluyendo las autolesiones. Al finalizar el proceso grupal, fue posible notar que las participantes empezaron a establecer y respetar límites y a buscar relacionarse con personas de quienes sí percibían apoyo, escucha y validación.

“Antes, pensaba que mi novio era mi fuerza vital y lo único que me podía mantener bien [...] Me puse a pensar, si eso es verdad, ¿en dónde quedan mis amigos, mi familia, yo misma?” (sic N)

“[...] cuando me enteré de que había estado hablando de mí, pensé ‘ya basta, no lo merezco’ [...] le dije que me estaba lastimando y que había decidido alejarme de ella para no seguir lastimándonos más” (sic N)

“[...] y recuerda que no estás sola. Tienes a D., a tu pequeño grupo de amigas en el centro, a las de la escuela, etc.” (sic N)

“Me acuerdo de que antes pensaba ‘me gustaría, aunque fuera un día, tener con quien platicar de lo que sea’, porque en ese entonces, mis ‘amigas’ tampoco les importaba [...] ahora ya sé que sí hay gente que me va a escuchar” (sic A)

“A veces hablo con XV y N. En realidad, hablamos poco, pero sé que ahí están si necesito ayuda” (sic A)

“Me di cuenta de que tus amigas no hacen que te cortes, tus amigas hacen cosas buenas por ti” (sic XO)

“No tenía buenas amigas. Las que según yo eran mis amigas me decían que me odiaban o que estoy fea o gorda, o me han hecho cosas feas, y yo lo permitía, no hacía nada para que no lo hicieran [...] ahora no lo permitiría, ya no les voy a dar mis frijolitos” (sic XV)

“[...] yo le escribo a A o a alguien más. Creo que empezamos a recuperar nuestros frijolitos y a saber a quiénes sí podemos dárselos y no nos van a lastimar” (sic XV)

“Me desespera mucho la gente hipócrita y ya prefiero no relacionarme con ellos. Antes sentía que tenía que hacerlo, ahora no. Ahora sé que sí hay gente que se parece a mí y que es mejor que me junte con ellos” (sic JL)

Específicamente con respecto a la búsqueda de apoyo, como se mencionó anteriormente, con la intervención se buscó que las adolescentes pudieran reconocer los

momentos en los que se sentían rebasadas por la situación y sin la capacidad necesaria para resolver el evento problemático por sí mismas. Se hizo hincapié en la importancia de no interpretar esos momentos como debilidades, sino como oportunidades para pedir ayuda y apoyo. Antes del proceso terapéutico, las participantes consideraban que tenían que resolver los conflictos por sí mismas, pues consideraban que eran una carga o una molestia para la persona a la que le pedían ayuda.

“[...] otras veces que les he pedido ayuda, mi mamá me dice que no debería de sentirme así porque yo no tengo problemas y que lo único que hago es distraerla de los verdaderos problemas, que es mi hermano. Sé que sí es un problema grande y entonces prefiero ya no decir nada para no preocuparla más” (sic N)

“Yo sé que ahorita [mi amiga] no me va a poder ayudar. Ella también tiene sus problemas y no quiero ser una carga para ella. Mejor la escucho y la ayudo y ya” (sic N)

“[Mis amigos] ya tienen suficientes problemas como para que yo llegue con más” (sic A)

“Cuando me ven llorar, me dicen ‘no llores, nos ayudas más estando tranquila’” (sic XV)

“Cuando se enteraron de mis cortadas, me dijeron ‘¿te parece justo que nosotros demos todo por ti y tú nos respondas haciendo eso?’ [...] lo que no entienden es que me corto porque me siento mal y se los he dicho. Pero cuando me dijeron eso, me sentí como un estorbo y como si no fuera importante” (sic XV)

“[...] según esto, ahí están para mí y me dicen que me apoyan y que me quieren y luego me entero de que están diciendo que estoy loca y que me quiero matar y todos son hipócritas [...] me recuerda a las veces que mi papá me dice que ya no esté chingando [...] desde que vivo con él, me he sentido un estorbo en todos lados” (sic JH)

Con la intervención, a través de la identificación, validación y empatía que se fomentó entre ellas y con las terapeutas, las adolescentes no sólo fueron capaces de reconocer todos sus recursos, sino también de percibir diferentes fuentes de apoyo, con lo cual cambió su idea de que eran una carga o un estorbo.

“En fin, no acabaría nunca de decirte todo lo que has logrado y decirte también que estoy muy orgullosa de ti [...] No te preocupes que aquí estoy yo, sí, yo misma [...] y recuerda que no estás sola. Tienes a D., a tu pequeño grupo de amigas en el centro, a las de la escuela, etc.” (sic N)

“[...] quien tiene que decir si está bien o no es ella [N], no sus papás, no su novio, no sus amigos, sino ella. Sólo ella sabe y entiende qué es lo que está sintiendo [...] si los demás no la quieren ayudar o le dicen que no es importante, pues nosotras sí la ayudamos porque sí podemos y porque sí es importante” (sic A)

“También tenemos nuestro apoyo, ¿no? Entre nosotras” (sic XO)

“Es que, si te sientes así, nos lo tienes que platicar, nosotras no vamos a saber cuándo te sientes mal. Nosotras nunca vamos a pensar que estás chingando o que eres un estorbo, nosotras te vamos a escuchar” (sic XV)

“[...] ahora sé que hay otras personas que se sienten igual que yo o piensan igual que yo. Y esas personas que decían ser mis amigas, tal vez lo son para salir, o para no entrar a clases, pero no son quienes me van a ayudar cuando lo necesite” (sic XV)

En algunas ocasiones (todavía durante el proceso), cuando las participantes se enfrentaban a una situación percibida por ellas mismas como sumamente difícil de afrontar y resolver, y después de intentar diferentes alternativas de solución, trataban de contactar a las terapeutas por mensaje de texto o llamada. En esos momentos, las terapeutas ofrecían contención y validación, al mismo tiempo que buscaban que las mismas adolescentes generaran nuevas opciones de solución cuando los niveles de malestar disminuyeran. Usualmente, después de estos contactos, las participantes reportaban sentirse más tranquilas y con mayor claridad con respecto a qué podrían hacer para resolver el conflicto o bien, impedir que éste determinara su estado de ánimo el resto del día o la semana. Cabe destacar que estos resultados se lograron gracias al impacto que tuvo el trabajo de reconocimiento, expresión y regulación emocional.

## **7. Impotencia y conducta autolesiva.**

Este factor se considera disfuncional, por lo que la intervención tenía el objetivo no sólo de disminuirlo, sino de eliminarlo. Para lograr lo anterior primero fue necesario identificar la función que las autolesiones estaban cumpliendo en las adolescentes. Como se mencionó anteriormente (en el Capítulo 6. Presentación de grupo), la conducta autolesiva consistía en una alternativa de solución disfuncional o desadaptativa a la que recurrían con la intención de descargar emociones y distraerse ante situaciones percibidas como altamente estresantes. Es decir, las participantes no eran capaces de identificar, expresar y regular sus emociones, por lo que éstas les generaban altos niveles de malestar.

“[...] me empieza a dar calor y me empiezo a acelerar y a veces me cuesta respirar. Siento que necesito golpear algo o aventar algo. Me dan ganas de gritar y no sé qué hacer para ya no sentirme así [...] así me quedo un rato. Muchas veces se me quita hasta el día siguiente”

(sic N)

“[...] me dan ganas de llorar, pero me da risa y me siento ansiosa y luego me dan ganas de gritar, pero nada más hago como si no me importara [...] reprimo mis sentimientos y después no sé cómo expresarlos” (sic A)

“A veces siento que no tengo control de mí y que no sé qué decir, sólo me quedo callada, pero me siento hiperactiva y me dan ganas de hacer muchas cosas” (sic XO)

“Muchas veces no se dan situaciones en realidad, sino que un día estoy bien y puede ser que lleve toda la semana bien y no tenga problemas con mis papás o en la escuela, y todo esté bien y agradable, pero en la mañana de un día o cuando ya me voy a dormir, me siento desesperada y nerviosa y con ganas de llorar y de decirle a todos que los odio y sólo me siento muy mal y me abrumo y no sé qué hacer [...] así me quedo todo el día o a veces varios días y nada me ayuda a sentirme bien” (sic XV)

“[...] a veces puedo estar sintiendo mal 3 días de 7, o incluso más. Por ejemplo, en esta semana, hubo como dos veces en las que estuve llorando y llorando” (sic XV)

“[...] no puedo parar de llorar y me siento muy sola y eso hace que llore más y me desespero y así me quedo hasta que me duermo. No sé, es una sensación extraña y así se me

queda varios días y pasan más cosas y me dan más ganas de llorar [...] me alejo de todo y me hago bolita” (sic JH)

“[...] me empiezan a dar ganas de llorar y no puedo respirar y me da calor y me acuerdo de todos los comentarios que mis papás me han dicho [...] y me dan más ganas de llorar. Me desespero mucho” (sic JL)

En su intento por manejar ese malestar, buscaban estrategias que les ayudaran a distraerse, a no pensar en la situación conflictiva que les estaba generando ese malestar (es decir, a evitar el problema). Una de esas estrategias eran las cortadas y heridas autoinfligidas: el dolor que éstas les causaban y el ver la sangre brotar de la herida provocaba que las adolescentes centraran su atención en eso y dejaran de rumiar sobre el conflicto y las emociones provocadas por éstas. Es importante mencionar que en una de las participantes (paciente A), en dos ocasiones, las heridas fueron el medio que ayudó a que regresara de un episodio de disociación que vivió después de dos momentos altamente estresantes. Asimismo, para otra adolescente (paciente JH), las heridas le ayudaban a recuperar la respiración en momentos en los que tenía un llanto incontrolable, también provocado por algún evento sumamente estresante.

“Cuando me hacen enojar, siento la necesidad de lastimar o causar daño, porque si no lo hago, siento que lo no expreso, que no lo descargo. Pero no puedo hacer daño, entonces lo hago conmigo” (sic N)

“Como ya tengo la idea de que no voy a lograr nada expresando lo que siento, ni lo intento, me lo guardo y, como me quedo con eso adentro, cuando ya estoy sola, lo saco contra mí” (sic N)

“La sangre es la expresión de la represión de mis emociones” (sic N)

“Ya después, ya ni siquiera tenía que sentirme así para hacerlo, ya había veces en las que me sentía sólo un poco mal, pero por cualquier cosita y ya luego luego me cortaba” (sic N)

“Yo no me acuerdo de nada, bueno, de lo único que me acuerdo es de cuando estaba diciéndole cosas a mi mamá. Después no me acuerdo de nada hasta que desperté en el hospital. Mentira, tengo un breve recuerdo de ver mis muñecas con sangre y sentir dolor y mucho sueño” (sic A)

“Lo seguí haciendo porque cuando veía las cortadas, no sé por qué me dolía, pero era un momento en que dejaba de pensar, sólo pensaba en las cortadas o se quedaba mi mente en blanco” (sic A)

“Cortarme es mi forma de sacar las cosas cuando no es suficiente llorar o dormir” (sic XV)

“Cuando me corto, sea lo que sea que me haya llevado a hacerlo, se me baja y me distraigo” (sic XV)

“Después de cortarme, me sentí bien, me sentía más enfocada en el dolor que en estar llorando por lo que sentía, entonces lo seguí haciendo” (sic XV)

“Hubo otra vez en que lo intenté sola. No me acuerdo bien, pero lo intenté porque todas decían que te sentías mejor después y yo me quería sentir mejor entonces lo intenté. En realidad, no me gustó porque me dolió mucho y ya no lo intenté otra vez [...] me dolió pero como que, por ese momento, hasta se me olvidó por qué lo estaba haciendo” (sic XO)

“Cuando me corto, siento alivio, me siento más tranquila, como que se me olvida todo. Cuando me corto, lo hago sola en la noche, justo antes de dormir. Después de cortarme, sólo me limpio y me puedo ir a dormir. Y al día siguiente, ya están un poco mejor las cosas” (sic JL)

“[...] cuando lloro, me cuesta mucho trabajo controlarme y hasta se me va el aire. Cuando me siento así, me corto y, no me duele tanto, pero ver toda la sangre que brota, como que me ayuda a respirar otra vez” (sic JH)

“Después de cortarme, me siento más tranquila y puedo dejar de llorar” (sic JH)

En resumen, cuando las adolescentes se enfrentaban a un evento percibido como estresante (o que pensaban que no contaban con los recursos y herramientas necesarias para afrontarlo), éste provocaba una serie de emociones que no eran capaces de identificar, expresar y regular, por lo que sus niveles de estrés y malestar aumentaban. Esto las llevaba a cortarse o lastimarse, pues, por un lado, podían distraerse del malestar y de las emociones que lo estaban provocando, y por otro, tenían la sensación de descarga emocional. Por esta razón, el trabajo con la identificación, expresión y regulación emocional fue uno de los factores más importantes de la intervención.

Se concluyó que era esencial que las adolescentes entendieran esta función, por lo que se decidió iniciar con una psicoeducación sobre la conducta autolesiva. Además de esto, como las autolesiones se estaban percibiendo como una alternativa de solución aceptable, todas las intervenciones que se hicieron en torno a generar habilidades de solución de problemas también fueron sumamente importantes.

“Es lo único que de verdad me funciona. Sé que hay otras formas, pero no funcionan, cortarme es lo único que de verdad me ayuda, por eso no quiero dejar de hacerlo” (sic N)

“En ese momento, fue lo único que se me ocurrió hacer. Pensé en todas las niñas de la escuela que decían que les funcionaba y pensé que podía funcionar. No podía pensar en otras cosas que pudiera hacer” (sic XO)

“[...] me abrume y ya no sé qué hacer, por eso tengo que cortarme [...] para calmarme y sentirme mejor. Siempre funciona” (sic XV)

“Yo también me acordé de esas niñas en la escuela que decían que se sentían bien después de hacerlo [cortarse]. Creo que fue un impulso, pero después lo hacía porque funcionaba para sentirme mejor y para poder dormir” (sic JL)

“Trato de respirar lentamente, trataba de calmarme, pero cuando lloro así, lo único que me sirve para recuperar mi respiración” (sic JH)

Cabe destacar que, a pesar de que, en la mayoría de los episodios autolesivos de las participantes no había una intencionalidad suicida, en algunas ocasiones, ellas sí llegaron a pensar que “si algo les pasaba, no importaba” y en casi todas, la primera vez que se autolesionaron, lo hicieron con el deseo de morir. Por esta razón, y por el nivel de riesgo suicida que se detectó a partir de las pruebas en el pretest, también se trabajaron las razones para vivir, se hizo conciencia sobre las consecuencias de sus acciones y se intentó generar en ellas un proyecto de vida que pudiera ser motivante. Finalmente, con respecto a la impotencia, para disminuirla, se trabajó con la aceptación de la realidad y se fomentó la autoeficacia y la autovalidación (la comparación del discurso antes y después del grupo en relación con la impotencia se detalló en el apartado de Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones de este capítulo).

Después de concluir el proceso grupal, en general, se pudo detectar una mayor facilidad para identificar sus emociones e intentos por expresarla y regularla sin necesidad de recurrir a conductas autolesivas u otros comportamientos de riesgo. Lograron reconocer en ellas la tendencia a dejarse dominar por sus emociones y tomar decisiones o actuar con base en ello, en vez de alcanzar un punto medio entre la emoción y la razón (“Mente sabia”, una de las habilidades DBT).

“Ahora, cada vez que me siento triste o desesperada sé que es por algo, que hay una razón y que mi emoción me está queriendo decir algo” (sic N)

“La mente emocional es impulsiva, con mucho drama, ¡como yo! Creo que necesito ser más racional a veces” (sic A)

“‘Estar en el extremo de lo emocional también implica evitar cosas’ [repitiendo las palabras de la terapeuta] yo hago eso, creo que tengo que intentar dejar de hacerlo” (sic XO)

“Hay días en los que simplemente me siento mal, pero trato de entender por qué me siento así, y, si no lo entiendo, por lo menos intento identificar qué estoy sintiendo, si es tristeza o enojo o miedo o una combinación [...] verlo así me ayuda a hacer algo al respecto porque ya no es sólo sentirme mal, sino que ya tiene nombre” (sic XV)

“Ahora entiendo que estoy triste porque no puedo disfrutar de una familia feliz, con mamá, papá y yo. Estoy triste” (sic JL)

Asimismo, cambiaron la idea que tenían de que las autolesiones eran una alternativa de solución ante los conflictos, y empezaron a poner en práctica las habilidades de solución de problemas aprendidas durante el proceso para generar diferentes opciones, tanto para ellas mismas como para ayudar a las demás participantes.

“La verdad, a veces me dan ganas de cortarme porque es lo más fácil, pero me acuerdo de las veces que lo hice y que sólo me sentía más ahogada. Entonces busco otras maneras para sentirme bien” (sic N)

“Sentía que yo tenía la culpa, entonces iba contra mí, y por eso tomaba esa solución, que en realidad no es solución” (sic N)

“[...] cuando me cortaba, sólo me lastimaba, pero no arreglaba nada, no es una solución al problema, era sólo una forma de sentirme mejor, pero sólo por un ratito” (sic N)

“No arregla nada, tal vez te hace sentir mejor, pero complica todo. La gente se enoja o se preocupa. A mí me pasó, me di cuenta de que sólo preocupaba a los demás y empeoraba las cosas” (sic A)

“Hay otras formas en las que puedes sacar lo que sientes, escribiendo, dibujando, pero no cortándote” (sic XO)

“Siempre hay que ver la forma en la que estamos expresando las cosas y ver si lo estamos haciendo bien, o sea si está funcionando realmente. Creo que las cortadas no funcionaban realmente” (sic XV)

“Hablarlo aquí me ha ayudado a reflexionar y a darme cuenta de que ni morirme ni cortarme es la solución para que mis papás dejen de pelear y que yo no tengo la culpa de sus problemas” (sic JH)

Por otro lado, identificaron los beneficios de tener un proyecto de vida alcanzable y realista, y en el que incluyeran actividades que les fueran satisfactorias. Al final del proceso, en la mayoría de las adolescentes, estas actividades y este proyecto se convirtieron en razones para vivir.

“Quiero terminar la secundaria y seguir estudiando. Quiero tener buenas calificaciones y seguir siendo parte de la escolta. Después, no sé, todavía falta mucho, pero la prepa sí quiero terminarla con buenas calificaciones” (sic N)

“Todos esperan mucho de mí, en especial mi abuela, quieren que actúe como ellos lo harían y que haga lo que ellos quieren, pero yo no quiero eso” (sic A)

“Ya no quiero seguir reprobando mis materias. Ya estoy intentando cosas para pasar y creo que sí me va a funcionar. Quiero estudiar gastronomía y para eso, necesito primero tengo que pasar” (sic XV)

“A mí, patinar, quiero hacerlo más seguido, me hace sentir bien” (sic JL)

“Sí quiero entrar a la prepa. A veces no estudio tanto como debería para el examen [...] es muy difícil, pero sí quiero pasar el examen, sí quiero estudiar” (sic JL)

Finalmente, las cinco adolescentes que concluyeron el proceso verbalizaron haber dejado de recurrir a las autolesiones.

“No, ya no me he cortado, la última vez que lo hice fue hace como tres meses. Ahí me di cuenta de que [...] no es una solución al problema” (sic N, al plantear la pregunta de si seguían autolesionándose)

“Ya sólo me lastimo a veces mentalmente, pero no físicamente” (sic N, en la carta de cierre)

“No me he vuelto a cortar, ni siquiera me han dado ganas” (sic A, en los mensajes de seguimiento)

“Después de esas dos veces, no me volví a cortar” (sic XO, al plantear la pregunta de si seguían autolesionándose)

“No es la mejor forma las autolesiones, [...] sabes salir adelante sin hacerte daño, pero a la vez sin hacer daño a los demás” (sic XO, en la carta de cierre)

“La última vez fue hace como dos meses. La verdad, no sé por qué lo hice, creo me sentía muy desesperada y no sabía que hacer, fue un impulso, pero no sentí que me sirviera, al contrario. Ni siquiera fue muy fuerte la herida, desde entonces ya casi no he dan ganas” (sic XV, al plantear la pregunta de si seguían autolesionándose)

“Sí, sí me han dado ganas de cortarme, pero he decidido no hacerlo. Me acuerdo de cómo la última vez que lo hice ni siquiera me hizo sentir tan bien y tuve que hacerme una cortada muy profunda” (sic XV, en los mensajes de seguimiento)

“Ya no me acuerdo cuándo fue la última vez, pero fue hace mucho. Desde antes de adoptar a mi perrito” (sic JL, al plantear la pregunta de si seguían autolesionándose)

“Ya no me dan ganas de suicidarme o esos pensamientos, ya no me he vuelto a cortar las muñecas ni otra parte del cuerpo, intento ser positiva” (sic JL, en los mensajes de seguimiento)

Además de tomar en cuenta las afirmaciones y comentarios verbalizados por las adolescentes, la presencia de conducta autolesiva también se identificó a partir de la respuesta dada al reactivo 34 del IRIS-A y al reactivo 27 de la EA-A. En la Tabla X se muestran los resultados.

Tabla X

*Resultados pretest y postest de los reactivos relacionados con la presencia de conducta autolesiva.*

---

IRIS-A	EA-A
--------	------

---

	Pretest	Postest	Pretest	Postest
Paciente N	Casi siempre	Rara vez	A veces lo hago	A veces lo hago
Paciente A	Rara vez	No, nunca	Nunca lo hago	Nunca lo hago
Paciente XO	Rara vez	No, nunca	Nunca lo hago	Nunca lo hago
Paciente XV	Casi siempre	Algunas veces	Más o menos lo hago	Más o menos lo hago
Paciente JL	Algunas veces	Una vez	A veces lo hago	Nunca lo hago
Paciente JH	Algunas veces	-	A veces lo hago	-

## 8. Religión.

A pesar de que ésta es una dimensión relacionada a estrategias de afrontamiento favorables, y que la religiosidad/espiritualidad es considerada un factor protector, se tomó la decisión de no trabajar con ésta dado que no fue un factor significativo para las adolescentes.

## Seguimiento.

A continuación, se presentan breves descripciones de la situación de las pacientes un año después de finalizar el grupo, así como algunas frases textuales.

Paciente N:

Al contactar a N, su familia estaba enfrentando diversos problemas por el consumo de sustancias del hermano. De hecho, N contactó a una de las terapeutas para pedir recomendaciones sobre la atención psicológica para él y para tratar su consumo. Ante esto, N tenía dificultades para dormir y de tenía altos niveles de ansiedad. Ella tuvo que cuidarlo en varias ocasiones que llegó a casa alcoholizado, drogado y golpeado: “Cuando me siento así o pasan esas cosas, me acuerdo de los ejercicios de respiración que nos enseñaron y los pongo en práctica. A veces me funcionan, pero otras veces, no puedo seguir porque empiezo a pensar en muchas cosas que me distraen y ya no sigo” (sic).

Por otro lado, N comentó que decidió terminar su relación de pareja: “Terminamos, él no me respetaba, me culpaba de todo, me reprochaba, me jalaba, me llegó a pellizcar, me

hacía sentir mal y cuando veía que me estaba perdiendo, doblaba las manos. No confiaba en mí ni yo en él. Comencé a darme cuenta de que realmente no quería estar con él, de que no merecía ese trato, de que una vez más me estaba tratando mal” (sic).

Finalmente, comentó que no continuó su tratamiento psiquiátrico por cuestiones económicas y porque sus padres argumentaron que, quien necesitaba la ayuda en ese momento era su hermano. Cabe mencionar que la paciente tardaba días en contestar a los mensajes. Después de unas semanas, dejó de responder. Al parecer, el número de contacto dejó de funcionar o fue cambiado. No obstante, un año después del seguimiento, la paciente se puso en contacto con la terapeuta para pedir consejos sobre una situación que el aquejaba. A pesar de no considerarse como seguimiento, se le preguntó al respecto del riesgo de suicidio y la conducta autolesiva, ante lo cual N negó la presencia de ideación así como de las autolesiones.

Paciente A:

En el seguimiento, A afirmó sentirse contenta en su escuela nueva porque ahí “nadie sabe por qué [la] molestaban antes” (sic). Al parecer, logró establecer amistades nuevas y fortalecer algunas pasadas, además de mantenerse en contacto con dos de otras pacientes que integraron el grupo terapéutico.

Con respecto a las autolesiones, ella misma comentó que no se había vuelto a cortar ni había sentido el deseo o el impulso de hacerlo ni de necesitarlo. También negó la presencia de conductas suicidas, compartiendo el hecho de que, a pesar de que a veces las cosas no se dan como a ella le gustaría, se sentía con más control de sus emociones y acciones. Al indagar sobre qué cosas no se habían estado dando como a ella le gustaría, dijo que sus padres discutían más frecuentemente en comparación a lo que sucedía antes. No obstante, parece que el tratamiento que recibió ella (y también su hermano en el pasado) sentó las bases para que sus padres solicitaran atención de pareja en el centro: “como vieron que con mi hermano funcionó y conmigo también funcionó, creo que van a ir [al centro comunitario de atención psicológica] para terapia de pareja” (sic). La madre buscó a una de las terapeutas poco tiempo después para pedir información y sí acudió a su cita.

Paciente XO:

Con esta paciente, fue imposible hacer el seguimiento, pues los números y medios de contacto que tanto ella como sus padres proporcionaron al centro fueron cambiados.

Paciente XV:

En el seguimiento, esta paciente comentó que sus padres no la llevaron a la valoración psiquiátrica que se había sugerido durante las últimas semanas de la intervención, pues pensaron que sería suficiente con la atención psicológica que había recibido. Relacionado con eso, XV afirmó lo siguiente: “hay días que me siento muy bien y siento que puedo hacer lo que me proponga, pero también hay días que me cuesta trabajo pensar así” (sic).

En cuanto a las autolesiones, XV mencionó lo que a continuación se expone: “Sí me han dado ganas de cortarme, pero he decidido no hacerlo. Me acuerdo de cómo la última vez que lo hice ni siquiera me hizo sentir bien y tuve que hacerme una cortada más profunda. Ahora lo que hago es escribirle a A y a veces a N cuando me siento así y ellas me hacen sentir mejor” (sic). Se percibe a XV con dificultades para regular sus emociones, pero dotada de diferentes estrategias para hacerle frente a su malestar. Siguiendo esta misma línea, al parecer XV también hace uso de esos recursos al tener conflictos con sus padres, pues afirmó recordar las actividades que se realizaron en el grupo sobre la regulación y expresión emocional (tanto la propia como la de sus padres), lo cual le ayuda a evitar reacciones impulsivas y decide poner distancia hasta que la intensidad de su emoción baje.

Con respecto a la escuela, comentó que ha aprendido a organizar mejor sus tiempos para cumplir con los exámenes, las tareas, los trabajos y procura no faltar. No obstante, reconoce que a veces atraviesa temporadas en las que se siente desmotivada, lo cual le dificulta cumplir con sus obligaciones.

Paciente JL:

Al contactar a JL para el seguimiento, comentó que ya no vivía con su padre, sino que se había mudado de vuelta con su abuela, con lo cual la paciente afirmó sentirse mejor y más cómoda; sin embargo, también mencionó lo siguiente: “a veces me pongo triste por lo que pasa, pienso en muchas cosas. Me pone triste el no poder disfrutar de una familia feliz, con mamá, papá y yo. Me pongo triste [sentir] que no puedo. En la escuela tampoco me va tan bien, pero intento esforzarme” (sic). A pesar de estar conforme con la decisión, esto provocó que JL tenga que vivir con su madre, con quien debe convivir con más frecuencia que antes. La paciente detalló sentirse lastimada por el hecho de que ve a su madre cuidar a su media hermana (quien nació algunos meses después de concluir el proceso terapéutico): “ahora ella tiene una niña pequeña, la besa, la abraza, le dice ‘te amo’ y pienso que eso a mí nunca me hizo, nunca me decía algo tan lindo” (sic).

Con respecto a las autolesiones y el riesgo de suicidio, compartió lo que se expone a continuación: “ya no me dan ganas de suicidarme o esos pensamientos, ya no me he vuelto a cortar las muñecas ni otra parte del cuerpo, intento ser positiva” (sic). A pesar de que no parece presentar altos niveles de riesgo de suicidio, sí se vislumbran pensamientos con los que cuestiona su existencia: “a veces me pregunto si no me quieren, si me tratan tan mal como padres, ¿por qué me trajeron? ¿en realidad, qué hago aquí? [...] lo que me sorprende es que, aun así, no me dejo caer. Tengo días en que me siento muy mal, pero, aun así, salgo y voy a la escuela, intento distraerme, patino. Yo ya no quiero estar así de triste o volver a caer en depresión, no quiero volver ahí. De verdad me estoy esforzando” (sic).

Es importante recordar que JL, en el postest, siguió presentando Riesgo de suicidio alto o prioridad 1. No obstante, al hacer el seguimiento, con base en las afirmaciones de la paciente y tomando en cuenta la ausencia de conducta autolesiva, se podría afirmar que, a pesar de las dificultades, sí se desarrollaron recursos en la paciente que favorecen la resiliencia, lo cual, a su vez, contribuyó a que disminuyera el riesgo.

## Discusión y conclusiones

El objetivo central de este trabajo estuvo dirigido a conocer el nivel de riesgo suicida y la conducta autolesiva en un grupo de adolescentes antes y después de una intervención grupal en la cual se promovieron tres factores resilientes específicos: estrategias de afrontamiento funcionales, habilidades de solución de problemas y aproximación positiva a la percepción de las prácticas parentales. A continuación, se hace un análisis de los resultados obtenidos.

### Conducta autolesiva

Uno de los principales objetivos específicos de este trabajo fue analizar la función que las autolesiones estaban desempeñando en las adolescentes que conformaron el grupo. Lo anterior es de suma importancia, pues con base en ese análisis se le dio estructura a la intervención. De acuerdo con los resultados obtenidos, la conducta autolesiva en las adolescentes se presentaba como una alternativa de solución para descargar emociones y distraerse del malestar provocado por la situación conflictiva a la que estaban expuestas. Lo anterior concuerda con lo establecido por Klonsky (2007) con relación a las siete posibles funciones de este comportamiento: regulación afectiva, anti-disociación, anti-suicidio, influencia interpersonal, límites interpersonales, autocastigo y búsqueda de sensaciones. De acuerdo con la primera función (*regulación afectiva*), las heridas autoinfligidas buscan aliviar afectos negativos o aversivos en personas que crecieron en ambientes invalidantes. Esto se vincula con el hecho de que, en este caso, todas las adolescentes del grupo, desde temprana edad, estuvieron expuestas a un contexto en el que constantemente escuchaban comentarios invalidantes y agresivos, principalmente de sus padres. Esto último no sólo se observa en lo verbalizado por las pacientes, sino también en las puntuaciones obtenidas en la dimensión de Control psicológico materno/paterno, la cual evalúa la inducción de culpa, devaluación y críticas excesivas a sus hijos por parte de los padres.

En el caso de la paciente A, las autolesiones también servían como método de *anti-disociación*, pues las utilizaba como respuesta a algún episodio de disociación que ocurrió como resultado de eventos muy intensos emocionalmente. La sangre o el dolor ayudan a salir del shock y a recuperar el sentido del sí mismo. Esto también se presentó en la paciente JH,

quien utilizaba las autolesiones para recuperar el aliento cuando lloraba después de vivir una situación altamente estresante.

Es importante mencionar que, en A, también se detectó la función de *influencia interpersonal*, es decir, que la conducta autolesiva era utilizada para influir en otras personas. Esta paciente expresó, en diferentes ocasiones, que no se sentía escuchada o atendida por sus padres, por lo que pensaba que necesitaba recurrir a “acciones extremas” para pedir ayuda, para evitar el abandono o para lograr ser tomada más en cuenta por sus seres queridos, tal como lo señala Klonsky (2007). Otra cualidad de esta función está relacionada con el contagio social, lo cual se pudo percibir en las pacientes XO, JL y JH, quienes afirmaron haber recurrido a esa conducta al ver que algunas compañeras en la escuela lo hacían. Esta presión social y la necesidad de pertenencia posiblemente fue más intensa debido a que, en general, las tres habían estado expuestas a diferentes sucesos no normativos asociados al área social. Esto se ve reflejado en la puntuación T mayor a 60 reportada en el área social de Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes. Según Hawton et al. (2012), este fenómeno de contagio social y presión ejercida por pares para lograr satisfacer un sentido de pertenencia al grupo es común en adolescentes mujeres.

Asimismo, además de la regulación afectiva, en las pacientes N y JL, las autolesiones servían como una *conducta anti-suicida*, es decir, se utilizaban como una estrategia de afrontamiento hacia la urgencia de quitarse la vida, o de expresar deseos destructivos, pero sin llegar a un riesgo de muerte (Klonsky, 2007). La paciente N, también recurría a este comportamiento como un *auto-castigo*, pues lo veía como una manera de expresar su enojo hacia sí misma. Cuando alguien lo hace así, es porque aprendió de su entorno que debe castigarse o invalidarse a sí misma porque lo merece. En esta paciente, desde las primeras sesiones su discurso mostraba altos niveles de culpa, lo cual generaba en ella una serie de emociones que no sabía cómo expresar y regular.

A pesar de ciertas diferencias entre las pacientes, los elementos que, sin duda, compartían, era la dificultad de adoptar estrategias de afrontamiento funcionales, lo cual se vislumbra en los resultados del pretest de la EA-A; en su desregulación emocional; en una falta de habilidades de solución de problemas confirmado por las puntuaciones bajas en la dimensión de Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones del EA-A; en el hecho de que

habían estado expuestas a una serie de sucesos no normativos relacionados con el área familiar; y en una relación con sus padres caracterizada por prácticas parentales disfuncionales, lo cual está reflejado en los resultados de la PP-A. Esto concuerda con lo expuesto por diferentes autores (Castro et al., 2014; González et al., 2016; Mikolajczak et al., 2009), quienes afirman que estos aspectos, principalmente la desregulación emocional acompañada de una tendencia a recurrir a estrategias de afrontamiento disfuncionales, pueden considerarse factores etiológicos en la aparición y mantenimiento de esta conducta.

Hasta ahora, la discusión se ha centrado en el análisis de la conducta previo a la intervención. Cuando ésta se evaluó en el postest, hubo algunas discrepancias entre los resultados cuantitativos y los cualitativos. En cuanto a los cuantitativos, tomando en cuenta lo reportado en la EA-A, sólo dos de las cinco adolescentes que concluyeron el tratamiento mostraron una disminución en la dimensión de Impotencia y conducta autolesiva; otras dos mostraron un aumento; y una puntuó lo mismo antes y después. Sin embargo, tomando en cuenta los resultados cualitativos, se concluyó que todas habían tenido un cambio en esta dimensión, alejándose de la impotencia y dejando de recurrir a las autolesiones como estrategia, por lo que lo reportado en la evaluación parece no concordar por completo con lo detectado en la conducta de las participantes y en lo verbalizado por éstas. Para comprender estos resultados, se tomaron en cuenta las respuestas proporcionadas a cada uno de los reactivos que comprenden esta dimensión, los cuales son:

- Reactivo 21: Pienso en matarme para escapar de los problemas.
- Reactivo 27: Me hago daño para lastimar alguna parte de mi cuerpo.
- Reactivo 39: Me paralizó y no puedo hacer nada ante los problemas.

Como se describió en los Resultados en la Tabla 7, al hacer una comparación entre el reactivo 27 de la EA-A y el reactivo 34 del IRIS-A (que son los dos reactivos con base en los cuales se definió operacionalmente el concepto de conducta autolesiva), las respuestas tampoco concuerdan. Por un lado, en el IRIS-A, las cinco adolescentes marcaron una respuesta diferente en el pretest y el postest, expresando una disminución de esta conducta (dos de ellas, A y XO, incluso, respondieron haber dejado de hacerlo). Esto concuerda con lo que las adolescentes verbalizaron en las últimas sesiones. Cabe destacar que, cuando se les preguntó directamente si lo seguían haciendo, las pacientes N, XV y JL contestaron que,

la última vez que lo hicieron había sido alrededor de tres meses antes de la sesión de cierre. En el IRIS-A, se les pide a las evaluadas que contesten los reactivos considerando los últimos seis meses de su vida, por lo que se explica por qué estas adolescentes respondieron de esa forma ese reactivo específico (y por lo cual, los resultados del IRIS-A no contradicen lo verbalizado por ellas). No obstante, lo que respondieron en el reactivo 27 del EA-A parece que sí es incongruente con respecto tanto a su respuesta en el IRIS-A, como a lo expresado por las adolescentes, pues las pacientes A y XO negaron hacerse daño tanto antes como después de la intervención; N y XV no cambiaron su respuesta; y JL contestó que a veces lo hacía antes de la intervención y que dejó de hacerlo después de la terapia grupal.

Algo similar ocurre con el reactivo 21 de la EA-A (“Pienso en matarme para escapar de los problemas”, que también corresponde a la dimensión de Impotencia y conducta autolesiva) y el reactivo 25 del IRIS-A (“He pensado en suicidarme”). En el pretest del EA-A, las pacientes A, XO y XV respondieron que nunca lo hacían; mientras que en el pretest del IRIS-A, estas mismas tres pacientes respondieron que sí lo habían pensado algunas veces; además, en la entrevista inicial, verbalizaron que sí lo habían considerado más de una vez. De nuevo, los resultados del IRIS-A y su discurso sí concuerda, pero contradice lo respondido en el EA-A. Con respecto a las pacientes N y JL, en este reactivo en específico, sus respuestas en el postest sí fueron diferentes a las del pretest, pero mostraron un aumento, es decir, que después de la intervención, pensaban en matarse para escapar de los problemas más frecuentemente que antes del proceso grupal. En el IRIS-A, las respuestas que estas pacientes dieron al reactivo 25 fueron las mismas antes y después de la intervención y, de hecho, este tipo de respuestas podría explicar por qué estas pacientes fueron las que mostraron niveles más altos de riesgo suicida aún después de la intervención (N registró un Riesgo por ideación o prioridad 3, mientras que JL puntuó Riesgo alto o prioridad 1).

Vale la pena comentar que, cuando se realizaron las evaluaciones para este trabajo, la versión de la EA-A con la que se contaba estaba conformada por ocho dimensiones. En la versión más reciente, se eliminó la dimensión de Impotencia y conducta autolesiva, y los tres reactivos que conformaban este factor (reactivos 21, 27 y 39) pasaron a formar parte de la dimensión de Pensamientos obsesivos y desesperanza. Posiblemente estas discrepancias en

los resultados podrían deberse a condiciones de la escala que, hasta ese momento, no se habían considerado.

Por otro lado, tomando en cuenta que otra de las principales funciones de las autolesiones en estas adolescentes era la distracción, las puntuaciones en la dimensión de Evitativo pasivo de la EA-A también se consideró como un indicador del cambio en esta conducta después de la intervención. Parecido a lo que ocurrió en la dimensión de Impotencia y conducta autolesiva, dos de las cinco pacientes que estuvieron presentes durante todo el proceso mostraron una disminución en las puntuaciones obtenidas; mientras que otras dos puntuaron un aumento; y una de ellas se mantuvo igual. No obstante, a pesar de que hubo ese ligero aumento en dos de ellas (A y XV), las estrategias asociadas a la dimensión de Evitativo pasivo no fueron en las que obtuvieron calificaciones más altas (lo que significa que estas dos participantes no tendían a la evasión o pasividad como primera estrategia de afrontamiento). De hecho, sólo una (paciente N) puntuó arriba de 60, lo cual podría estar indicando que, en general, este grupo de adolescentes no recurría principalmente a estrategias de afrontamiento evitativas, sino a otro tipo de estrategias. Algunos estudios (González et al., 2016) afirman que los adolescentes que presentan autolesiones tienden a utilizar estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y en la evitación. Tomando en consideración los reactivos específicos que conforman esta dimensión, en la EA-A, la dimensión de Evitativo pasivo describe estrategias que representan la negación y represión del problema (Lucio et al., 2016); sin embargo, en estas adolescentes, parece ser que la cualidad evitativa y distractora de su conducta autolesiva iba más enfocada en evitar las emociones provocadas por el conflicto, en vez de evitar el problema en sí. Tal vez por esa razón, cinco de las seis adolescentes puntuaron por debajo de 60 en esta dimensión. Asimismo, también por esto el haber puesto especial atención al trabajo con el reconocimiento, expresión y regulación emocional, así como en el desarrollo y fortalecimiento de habilidades de búsqueda de apoyo con los padres y pares, tuvo un impacto importante en la conducta autolesiva de este grupo de adolescentes.

En lo que tiene que ver, específicamente, con la conducta autolesiva, parece ser que la intervención grupal integrativa dirigida a la promoción de factores resilientes contribuyó

a que las adolescentes dejaran de cortarse. En el siguiente apartado, se hace un análisis relacionado a lo ocurrido con el riesgo de suicidio.

### **Riesgo suicida**

Con respecto a la intencionalidad suicida de las autolesiones, lo que ocurría con las adolescentes antes de la intervención es que, cuando llevaban a cabo la conducta, mostraban cierta ambivalencia hacia el deseo de morir, lo cual concuerda con lo expuesto por Brunner et al. (2014), quien afirma que la intencionalidad suicida no debería de ser considerada como un criterio para determinar si una conducta se trata de autolesión o no. En el caso de este grupo de adolescentes, a pesar de la presencia de esta ambivalencia, con base en lo expresado por las adolescentes, se puede concluir que, cuando llevaban a cabo la conducta autolesiva de manera recurrente, no había una verdadera intención de quitarse la vida, sino que, al realizarse las cortadas, buscaban satisfacer otras necesidades. Sin embargo, este comportamiento, tenga o no una verdadera intencionalidad suicida, es considerado un factor de riesgo.

Asimismo, se encontró que algunas características de la muestra están relacionadas con factores de riesgo estudiados por diversos autores (Andrade et al., 2012; Arenas, 2012; Chávez-Hernández, et al., 2015; Hernández, 2007; Martín del Campo et al., 2013; Nizama, 2011; O'Connor, & Nock, 2014; OMS, 2001; Páramo, 2011; Shaffer, 2000) como el ser mujer, actitud pesimista y desesperanzada, impulsividad, conductas agresivas, expectativas poco realistas e inalcanzables, falta de autoeficacia, rumiación, dificultad para resolver conflictos, sentirse una carga para sus seres queridos, y otros factores relacionados con la dinámica familiar, como pobre comunicación entre padres e hijas, violencia física y emocional, peleas frecuentes entre los padres, separación o divorcio, padres con excesiva o ambivalente autoridad y la sensación de rechazo o descuido. También se identificaron otros sucesos relacionados al área social que podrían estar contribuyendo al riesgo, como acoso escolar/bullying, relaciones conflictivas con pares, relaciones con personas con historia de conducta autolesiva, cambio de escuela, sensación de rechazo por parte de profesores y compañeros y rupturas amistosas (Andrade et al., 2012; Arenas, 2012; Chávez-Hernández et al., 2015; Hernández, 2007; O'Connor, & Nock, 2014; OMS, 2001; Sarmiento, & Aguilar, 2011). La presencia de estos factores en la muestra no sólo se detectó a través de lo

verbalizado por las participantes mismas, sino también por las puntuaciones obtenidas en las áreas Familiar, Personal y Social, y en las puntuaciones en las dimensiones correspondientes a prácticas parentales negativas de la PP-A (Imposición y Control psicológico), así como puntuaciones menores a 2 específicamente en la dimensión de Comunicación de esta misma escala (PP-A).

Además de la presencia de estos factores de riesgo, los resultados del IRIS-A en el pretest también indicaron niveles de riesgo en las adolescentes que iban de prioridad 3 a prioridad 1. Después de la intervención, se obtuvieron resultados favorables en cuatro de las cinco adolescentes que concluyeron el proceso, pues en dos de ellas, disminuyó el nivel de riesgo (pacientes N y XV) y en las otras dos ya no se detectó riesgo (pacientes A y XO). Sin embargo, al hacer el análisis de los resultados, se llegó a la conclusión de la importancia de tomar los resultados cuantitativos con cautela y complementarlos con lo verbalizado por ellas, pues al calificar la prueba, en la evaluación inicial, se vio que tres de las seis (pacientes N, JH y JL) contestaron el reactivo de intento (reactivo 50: “He intentado quitarme la vida”) reportando que habían tenido más intentos de los que habían comentado durante las entrevistas iniciales. Esto se repitió en la paciente JL al realizar la evaluación final, pues ella también contestó que había tenido un intento suicida en los últimos seis meses (hecho que no concuerda con lo verbalizado por ella y/o su padre). Lo anterior podría deberse a que, antes de integrar el grupo, las adolescentes percibían cada episodio autolesivo como un intento de suicidio (debido a la ambivalencia que mostraban hacia la muerte). Con la terapia grupal, las participantes lograron identificar las diferencias entre las autolesiones y el intento suicida, así como sus funciones y las razones detrás de ambos comportamientos. Es por esto por lo que N respondió afirmando que no había tenido intentos suicidas en los últimos seis meses a pesar de que sí había tenido episodios autolesivos. No obstante, JL fue la que más se ausentó durante el proceso y constantemente llegaba tarde o se iba antes de finalizar la sesión, por lo que es probable que esto influyera en la forma de responder a la prueba, en la que afirmó que, en los seis meses anteriores a la evaluación posttest, sí había intentado quitarse la vida una vez.

Con respecto a lo sucedido con JH (la paciente que dejó de asistir antes de finalizar), al analizar su evaluación pretest del IRIS-A, en ella se detectó un nivel de riesgo por intento

o prioridad 2. Pero, al revisar la puntuación T de cada subescala/índice, en ninguna se reportó una elevación, por lo que el nivel de riesgo fue determinado por el hecho de que endosó el reactivo de intento (no endosó los reactivos de ideación o planeación). Como se mencionó anteriormente, JH respondió ese reactivo considerando que cada episodio autolesivo había sido un intento de suicidio, lo que influyó en el nivel de riesgo obtenido. Cabe destacar que, esta paciente dejó de autolesionarse justo antes de iniciar el proceso grupal (lo verbalizó en la última sesión individual que se tuvo con ella), por lo que, además de la ausencia de riesgo suicida en ella, ya tampoco estaba expuesta al factor de riesgo que implican las heridas autoinfligidas. Lo anterior podría estar relacionado con la interrupción de su proceso.

Así como se hizo un intento por entender qué sucedió con JH, también vale la pena mencionar las razones por las cuales se considera que la paciente JL siguió presentando el nivel más alto de riesgo. Tanto en el pre como el postest, esta adolescente puntuó arriba de 60 en todas las subescalas y, de hecho, éstas aumentaron posterior a la intervención. Asimismo, endosó los tres reactivos críticos en ambos momentos de evaluación. Además de las ausencias y falta de adherencia al tratamiento psicológico, otra de las razones por las cuales se cree que se obtuvieron estos resultados es porque JL estuvo expuesta a una serie de sucesos estresantes no normativos que se presentaron más o menos a la mitad del proceso. El principal de estos eventos fue el enterarse de que su madre estaba embarazada de su nueva pareja. Para JL, esto fue muy doloroso, pues ella consideraba que su mamá no la quería ni se interesaba en ella: “Me gustaría que [mi mamá] fuera más cariñosa y me abrazara y me escuchara y me dijera que me quiere [...] pero eso nunca lo va a hacer porque no me quiere” (sic JL), y que ahora, con el nacimiento de su media hermana, ella manifestaba mayor abandono emocional. Además, pensaba que su mamá había preferido vivir con su pareja que con ella. La madre de JL era poco afectuosa, bebía con regularidad, era agresiva física y verbalmente con su hija, se ausentaba durante largos periodos e incluso, la adolescente afirmó, en varias ocasiones que su madre “destruyó [su] felicidad” (sic JL) y que la odiaba: “Cada vez la odio más y más” (sic JL). Por otro lado, parecía que el padre presentaba sintomatología depresiva, lo cual concuerda con lo que algunos autores afirman sobre que la psicopatología paterna puede considerarse factor de riesgo en la aparición de la conducta suicida (Arenas, 2012; Chávez-Hernández et al., 2015; Hernández, 2007).

De manera más específica, en el caso de N, esta paciente mostró una disminución en el nivel de riesgo suicida, pasando de riesgo alto o prioridad 1 a riesgo por ideación o prioridad 3. Esta adolescente puntuó menos de 60 en todas las subescalas después de la intervención, pero el nivel de riesgo que reportó en el posttest fue determinado por la respuesta al reactivo de ideación. En este caso, el que N siguiera presentando cierto nivel de riesgo suicida después de la intervención posiblemente se deba a que, durante toda la intervención, estuvo expuesta a diferentes factores de riesgo y sucesos no normativos relacionados con su familia, como alto y frecuente consumo de alcohol y otras sustancias por parte de sus padres y hermanos, conducta delictiva y encarcelamiento del hermano, una mudanza, y violencia en su casa y vecindario.

En XV, también se detectó una disminución en el nivel de riesgo y en las cuatro subescalas de la prueba. Sin embargo, en tres de las cuatro, siguió presentando puntuaciones mayores a 60. De hecho, su nivel de riesgo suicida después de la intervención se debe a estas elevaciones, pues no endosó ninguno de los reactivos críticos. Es importante mencionar que, XV fue la paciente en la que más se percibía una dificultad para regular emociones. Además, durante la intervención, se identificó un posible trastorno psiquiátrico que requería una evaluación y, posiblemente, un tratamiento farmacológico. Se habló con ella de esta posibilidad; sin embargo, no hubo un monitoreo sobre esto y, al parecer, la paciente no solicitó la atención psiquiátrica.

Con A y XO, en general sus puntuaciones en cada subescala disminuyeron (a excepción del índice de malestar emocional en XO, que tuvo una ligera elevación, aunque sin alcanzar a ser  $> 60$ ) y no endosaron los reactivos críticos. Estas dos pacientes, después de la intervención fueron las únicas que eliminaron su riesgo de suicidio. También fueron estas mismas las que verbalizaron no haber repetido la conducta autolesiva durante el proceso (es decir, que dejaron de cortarse desde los primeros meses de la intervención o incluso desde antes de iniciar el proceso), a diferencia de lo que dijeron N, XV y JL, quienes realizaron este comportamiento por última vez alrededor de tres meses antes de la finalización del proceso. Esto podría sustentar la afirmación de varios autores de que la presencia de conducta autolesiva es un factor de riesgo para la presencia de conductas suicidas (Kirchner et al., 2011; Lloyd-Richardson et al., 2007; Zettreqvist, 2015).

Similar a lo ocurrido con las autolesiones, las conductas suicidas también mostraron cambios después de la intervención grupal en la que se promovieron factores resilientes. Si bien, sólo se eliminó el riesgo en dos de ellas, la disminución del nivel en otras dos también habla de cómo este tipo de intervenciones tienen un impacto favorable en esta conducta. Por otro lado, no se puede dejar pasar el hecho de que una de ellas siguió presentando el nivel más alto de riesgo aún después de concluir el tratamiento. Llama la atención que ella fue la que más se ausentó a las sesiones y también era una de las que estaba expuesta a más factores de riesgo. Las pacientes N y XV también se enfrentaban a una serie de sucesos no normativos, pero a diferencia de JL, en ella sí hubo una disminución del nivel de riesgo, por lo que las ausencias y la adherencia al tratamiento posiblemente tuvieron un impacto importante.

En el siguiente apartado, se discuten otros aspectos que, hasta el momento, no se han mencionado al respecto de las estrategias de afrontamiento funcionales y disfuncionales,

### **Estrategias de afrontamiento**

Otro de los objetivos específicos de este trabajo era evaluar las estrategias de afrontamiento en las adolescentes. La intervención que se realizó estaba enfocada en promover una serie de factores resilientes, incluyendo favorecer el uso de estrategias de afrontamiento funcionales y disminuir las disfuncionales. Previo al proceso terapéutico, las puntuaciones más elevadas en las seis adolescentes (mayores a 60) se detectaron en las dimensiones de Respuestas fisiológicas (pacientes N, XV y JH), Impotencia y conducta autolesiva (pacientes XV y JL), Pensamientos obsesivos y desesperanza (pacientes XV y JL) y Evitativo pasivo (paciente N). Por otro lado, sólo una de ellas (paciente A) puntuó más de 60 en Búsqueda de apoyo con el grupo de pares, la cual es una dimensión asociada a estrategias funcionales. Estos resultados van en la dirección de lo encontrado en diversos estudios sobre el tema en los que se afirma que las estrategias orientadas a la evitación y a la emoción se asocian con la presencia de problemas psicológicos (Connor-Smith & Compas, 2004; Compas et al., 2001; Spirito et al., 1996).

Después de la intervención, si sólo se considera un análisis grupal de lo que ocurrió, lo que se percibe como cambio es que Respuestas fisiológicas sólo presentó puntuaciones mayores a 60 en una adolescente (paciente N) en vez de dos (aunque una de las que presentaba  $T > 60$  en el pretest era JH, quien no concluyó el proceso); y que Pensamientos

obsesivos y desesperanza también dejó de presentar elevaciones en dos pacientes y sólo se detectó en una de ellas en el posttest (paciente JL). Además, Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones también puntuó arriba de 60 en una de las participantes (paciente A). Como se mencionó en los resultados, si lo anterior se generalizara y se hablara de que eso sucedió en la muestra, se estaría haciendo una afirmación muy alejada de lo que en realidad pasó, por eso vale la pena hacer un análisis individual de lo que ocurrió en cada una de las pacientes.

En el caso de N, antes de la evaluación obtuvo puntuaciones arriba de 60 en Respuestas fisiológicas y Evitativo pasivo. Las dimensiones con las puntuaciones más bajas fueron Búsqueda de apoyo en la familia y Búsqueda de apoyo en el grupo de pares. En el posttest, los únicos cambios favorables fueron la disminución de Respuestas fisiológicas y el aumento en Búsqueda de apoyo en el grupo de pares. Sin embargo, la puntuación de Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones disminuyó ligeramente; Pensamientos obsesivos y desesperanza aumentó; Evitativo pasivo permaneció igual, y lo mismo ocurrió en Búsqueda de apoyo en la familia; y aumentó Impotencia y conducta autolesiva, presentando un resultado elevado. Estos resultados hacen pensar que lo que generó que esta paciente dejara de cortarse y disminuyera su riesgo de suicidio no fue el trabajo con las estrategias de afrontamiento, sino otros factores. No obstante, lo que esta paciente verbalizó refleja otros resultados comparados con los cuantitativos y específicamente del EA-A.

Con respecto a A, esta paciente, en el pretest, sólo presentó una dimensión con puntuación elevada, que fue Búsqueda de apoyo en el grupo de pares. Las más bajas corresponden a Evitativo pasivo y a Búsqueda de apoyo en la familia. En el posttest, reportó puntuaciones elevadas en Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones, Respuestas fisiológicas y Búsqueda de apoyo en el grupo de pares. Esta paciente fue una de las dos que, en el posttest se pudo observar el uso de estrategias de afrontamiento funcionales; no obstante, también aumentaron las puntuaciones de otras estrategias disfuncionales, como Pensamientos obsesivos y desesperanza y Evitativo pasivo. Además, hubo tres dimensiones que no se modificaron (Búsqueda de apoyo en la familia, Impotencia y conducta autolesiva y Religión). Cabe destacar que, a pesar de que algunas dimensiones disfuncionales aumentaron, éstas no son las principales estrategias a las que recurre, sino que tiende a utilizar estrategias funcionales. La única dimensión funcional que no aumentó fue Búsqueda de

apoyo en la familia, lo cual podría deberse al hecho de que, aunque su madre asistió al grupo paralelo, A siguió verbalizando que no se sentía cómoda con sus padres pues le daba la impresión de que no recibía suficiente atención y empatía de ellos. De hecho, al analizar los resultados de la PP-A, se puede apreciar que puntuó arriba de 3 en Imposición materna/paterna y la comunicación con su padre disminuyó. En realidad, los resultados de la PP-A no son alejados de lo esperado y, en general, pueden considerarse como favorables; sin embargo, A seguía sintiendo una clara preferencia de parte de los padres por el hermano, y una falta de apoyo de la madre (quien parecía esperar comprensión y soporte de A, pero no se lo aportaba a ella). Con respecto al aumento en Respuestas fisiológicas, es posible que se deba al hecho de que, durante las sesiones, se buscó que las adolescentes fueran más conscientes de su cuerpo y de sus sensaciones. Esto fue esencial en A, pues ella había presentado en el pasado, dos episodios de disociación, lo cual se interpretó como una total desconexión con su cuerpo. Antes, al enfrentarse a situaciones altamente estresantes, se generaba la disociación. Después de trabajar este aspecto con ella, al afrontar algún evento estresante, ya era más consciente de su cuerpo y los cambios provocados por el estrés. Finalmente, es valioso destacar el hecho de que A fue una de las dos pacientes que, además de dejar de autolesionarse, también eliminó su nivel de riesgo y fue la única que puntuó alto en estrategias funcionales, por lo que se concluye que, con esta paciente, el trabajo con el fomento de estrategias funcionales y la disminución de estrategias disfuncionales sí tuvo un impacto importante.

En cuanto a XO, ni en el pretest ni en el postest puntuó arriba de 60 en alguna dimensión. Sin embargo, para hacer el análisis de lo ocurrido con esta paciente, se tomaron en cuenta las puntuaciones más altas, las cuales fueron Evitativo pasivo, Pensamientos obsesivos y desesperanza e Impotencia y conducta autolesiva, las cuales corresponden a estrategias disfuncionales. Al finalizar el proceso terapéutico, ahora las dimensiones más altas fueron Búsqueda de apoyo en la familia, Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones y Pensamientos obsesivos y desesperanza. En esta paciente, a excepción de Religión, la cual permaneció igual, todas las dimensiones mostraron un cambio en la dirección esperada, es decir, todas las estrategias disfuncionales disminuyeron y las funcionales aumentaron. Cabe mencionar, en las primeras sesiones, XO frecuentemente hacía comentarios asociados a un intento por evadir los conflictos y el malestar asociado a éstos, así como ideas rumiantes.

Específicamente con ella, estos dos aspectos se monitoreaban y trabajaban cada semana de manera puntual. Parece que esto tuvo un impacto positivo en ella. Además, similar a lo que ocurrió con la paciente A, XO también eliminó por completo la conducta autolesiva y el riesgo de suicidio. A pesar de no reportar puntuaciones > 60 en las estrategias funcionales, sí se vio que, en comparación con las demás estrategias, las funcionales eran a las que más tendía a recurrir. Asimismo, en ella, el trabajo con el grupo paralelo y el fomentar una aproximación positiva a la percepción de las prácticas parentales también tuvo un impacto positivo, lo cual se vislumbra en los resultados del PP-A.

En XV, a diferencia de lo ocurrido con A y XO, no se percibieron cambios en la manera en la que se esperaba. Antes de formar parte del grupo, las estrategias a las que tendía recurrir con mayor frecuencia eran las asociadas a Impotencia y conducta autolesiva, Pensamientos obsesivos y desesperanza y Respuestas fisiológicas (XV puntuó arriba de 60 en estas tres dimensiones). Las puntuaciones más bajas las obtuvo en Búsqueda de apoyo en la familia y Evitativo pasivo. Al concluir el proceso grupal, las puntuaciones más altas siguieron siendo Respuestas fisiológicas, Pensamientos obsesivos y desesperanza e Impotencia y conducta autolesiva; mientras que los más bajos también siguió siendo Búsqueda de apoyo en la familia y Búsqueda de apoyo en el grupo de pares disminuyó. Cabe mencionar que, a pesar de que sus puntuaciones más altas fueron las estrategias disfuncionales ya mencionadas, en todas, la puntuación en el posttest fue < 60. Por otro lado, las puntuaciones en factores asociados a funcionalidad (Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones y Búsqueda de apoyo en el grupo de pares) también disminuyeron. Con base en esto, se puede concluir que, en XV, se tuvo un mayor impacto en el trabajo enfocado a disminuir las estrategias disfuncionales, pero no así en los esfuerzos por fomentar el uso de estrategias funcionales.

En el caso de JL, parecido a lo que pasó con XV, los cambios en sus estrategias de afrontamiento, en general, no fueron favorables. En la evaluación inicial, las dimensiones con las puntuaciones más altas fueron Impotencia y conducta autolesiva y Pensamientos obsesivos y desesperanza (en ambas, obtuvo un resultado por arriba de 60). Las estrategias en las que puntuó más bajo fueron, justamente, tres de las estrategias funcionales: Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones, Búsqueda de apoyo en el grupo de pares y

Búsqueda de apoyo en la familia. En la evaluación final, las puntuaciones más altas siguieron siendo las mismas (Impotencia y conducta autolesiva y Pensamientos obsesivos y desesperanza), habiendo tenido un aumento considerable. Asimismo, las más bajas también se reportaron en las mismas dimensiones del pretest (Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones, Búsqueda de apoyo en la familia y Búsqueda de apoyo en el grupo de pares, teniendo, incluso, una disminución en las primeras de estas dos dimensiones). Este resultado se puede asociar al hecho de que JL, en el IRIS-A, siguió presentando un nivel alto de riesgo de suicidio (prioridad 1). Parecido a la explicación que se dio en el análisis de los resultados del IRIS-A de esta paciente, es probable que sus ausencias hayan sido un factor importante por el cual, en ella, no se logró fomentar y fortalecer el uso de estrategias funcionales y alejarla de las funcionales. Parece ser que su desesperanza era tan alta, que no tenía motivación al cambio, ni un compromiso con su proceso terapéutico. En este momento, vale la pena hacer el comentario de que, los resultados obtenidos en la paciente JL (y en general, los resultados desfavorables en otras pacientes, especialmente los relacionados con las estrategias de afrontamiento), no necesariamente implican que la paciente empeoró. Hay que recordar que un proceso terapéutico, independientemente del enfoque, lleva al paciente a ser más consciente de sus conflictos y emociones, y a ser más honesto consigo mismo y con el terapeuta. Considerando lo anterior, es posible que los resultados obtenidos se deban a esta cualidad de la psicoterapia.

Finalmente, con respecto a JH, a pesar de que no se tiene evaluación posttest, hay algunos aspectos de los resultados del EA-A que valen la pena destacar, pues con base en éstos, se complementan las ideas que se tienen de por qué esta paciente interrumpió su proceso. Esta adolescente sólo presentó una puntuación > 60 en Respuestas fisiológicas. Por otro lado, las más bajas se observan en estrategias funcionales como Búsqueda de apoyo en la familia y en el grupo de pares. No obstante, JH fue la única que puntuó diferente en la dimensión de Religión, contestando “A veces lo hago” en los reactivos de “Rezo para sentirme mejor” y “Busco consuelo en la religión”. A pesar de que esta dimensión no fue la que puntuó más alto, sí llama la atención que, justo la participante que dejó de asistir fue la que sí estaba expuesta a este factor considerado como protector por diferentes autores (Baruk, 2001; Lucio et al., 2016; Páramo, 2011; Rutter, 1985).

En conclusión, tomando en cuenta el análisis de los resultados de la EA-A, es posible señalar que, tal vez el trabajo con estrategias de afrontamiento tiene mejores resultados en adolescentes con bajos niveles de riesgo suicida (o ausencia de riesgo). Esto no implica que no se deba de trabajar con las estrategias de afrontamiento, sino que, con pacientes como N, XV y JL, primero es recomendable trabajar otras estrategias y habilidades asociadas a la tolerancia al malestar y sobrevivencia a la crisis, y con una modalidad terapéutica comprensiva (como lo es la terapia dialéctico conductual, en la cual se trabaja por medio de sesiones individuales, sesiones grupales de entrenamiento en habilidades, y monitoreo telefónico;) y después, ya que se logre disminuir el riesgo, entonces sí trabajar con las estrategias de afrontamiento. Por otro lado, los resultados tan diferentes entre una paciente y otra (en la EA-A) reflejan cómo las necesidades individuales y las condiciones contextuales determinan de manera crucial el camino que toma un proceso de psicoterapia y los resultados que se alcancen. Es por ello por lo que es vital generar intervenciones con base en las necesidades de las pacientes, las cuales se deben detectar complementando la información que se obtenga tanto de pruebas, escalas y cuestionarios, como de lo verbalizado por ellas mismas y por sus familiares, pues no es suficiente generar una propuesta de intervención con base únicamente en los resultados obtenidos de pruebas, o bien, solamente tomando en consideración los motivos manifiestos expresados al momento de solicitar atención.

En este apartado, se abordaron los resultados de todas las dimensiones de la EA-A; no obstante, este trabajo se centró en enseñar habilidades de solución de problemas como un factor resiliente. Es por esto por lo que el impacto que tuvo la intervención en este factor se analiza con un poco más de detalle en el siguiente apartado.

### **Habilidades de solución de problemas**

Como se mencionó con anterioridad, estas habilidades se englobaron en la dimensión de Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones, por lo que, para conocer el impacto que tuvo el proceso grupal en estas habilidades, es necesario hacer un análisis de las puntuaciones obtenidas en este factor del EA-A. Estas estrategias de afrontamiento tuvieron un cambio en lo esperado sólo en dos de las cinco adolescentes que concluyeron el proceso: paciente A y paciente XO. La paciente A fue la única que puntuó alto ( $T > 60$ ) en el pretest. XO, a pesar de no puntuar  $> 60$ , sí aumentó el uso de esta estrategia. En las demás, incluso disminuyó, lo

cual parece no concordar con lo detectado en la conducta de las adolescentes y en lo verbalizado por ellas mismas. La explicación de lo anterior posiblemente sea que esta dimensión implica una serie de habilidades muy específicas, las cuales, a pesar de ser abordadas y trabajadas durante las sesiones grupales, requieren de un entrenamiento constante no sólo durante el proceso, sino también fuera de éste y ponerlas en práctica durante situaciones estresantes. Para este trabajo, el posttest se realizó en la misma sesión de cierre y no fue posible volver a aplicar la escala como seguimiento, por lo que, posiblemente el que puntuaran como lo hicieron en Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones se relaciona al hecho de que, cuando se hizo la evaluación, no tuvieron el tiempo y las experiencias suficientes como para entrenar estas habilidades y automatizarlas.

En el siguiente subapartado se hace la discusión de los resultados obtenidos específicamente en la PP-A, a través de la cual se evaluó la manera en la que las adolescentes cambiaron la perspectiva que tenían de las prácticas parentales.

### **Aproximación positiva a la percepción de las prácticas parentales**

Similar a lo que ocurrió con el IRIS-A y la EA-A, hacer sólo un análisis grupal de los resultados de la PP-A no reflejaría adecuadamente lo sucedido con las participantes en relación con este factor resiliente. A pesar de que con el grupo de adolescentes no se trabajó directamente con las prácticas parentales, esto sí se abordó en el grupo paralelo (de hecho, fue uno de los principales objetivos de la intervención con los padres). Además, un cambio en este aspecto no era suficiente para tener un impacto en las adolescentes, sino que también se necesitaba que ellas dejaran de juzgar las estrategias de crianza de sus padres como invasivas e innecesarias, y que generaran una visión objetiva del comportamiento de sus padres, reconociendo la importancia de la comunicación y el control conductual.

Lo que se esperaba lograr con la intervención era un aumento en la puntuación obtenida en prácticas correspondientes a las dimensiones positivas (Comunicación, Autonomía y Control conductual), y una disminución en las negativas (Imposición y Control psicológico). De manera general, al comparar los resultados del pretest y del posttest, a excepción de la paciente JL (quien fue la que siguió presentando el nivel más alto de riesgo de suicidio aún después del proceso grupal), se observaron cambios en la dirección esperada en los padres y madres que asistieron al grupo, y ligeras modificaciones en los que no

asistieron. Llama la atención que en las pacientes A, XV y XO, en general, las puntuaciones de los padres/madres que no formaron parte del grupo paralelo (padre de A, madre de XO y padre de XV) eran favorables, es decir, puntuaron alto en comunicación, autonomía y control conductual, al mismo tiempo que puntuaron bajo en control psicológico e imposición. Esto puede interpretarse como que las adolescentes, desde el momento del pretest, tenían una percepción positiva de las prácticas de estos padres en específico y, por lo tanto, menos dificultades en la manera de relacionarse con ellos. El hecho de que, a pesar de no haberse presentado a las sesiones, se reportaron algunas diferencias en sus puntuaciones antes y después de la intervención podría deberse a los mismos cambios que los padres que sí asistieron provocaron en la dinámica familiar, pero también al trabajo que se llevó a cabo en el grupo de adolescentes enfocado en la percepción que ellas tenían de las prácticas parentales.

Con respecto a los padres/madres que sí asistieron al grupo paralelo, en éstos, en la mayoría, puntuaron alto en dimensiones negativas como control psicológico e imposición, y puntuaron bajo en dimensiones positivas como comunicación, autonomía y control conductual, lo cual puede suele caracterizar a las relaciones conflictivas. Al finalizar la intervención, en todas las pacientes se notaron cambios congruentes con lo esperado, pues algunas de las dimensiones positivas aumentaron y al mismo tiempo, otros factores negativos disminuyeron. Para la discusión de los resultados de esta prueba también vale la pena hacer un análisis individual.

En el caso de N, fue la única cuyos ambos padres asistieron a las sesiones, por lo que se observan modificaciones en los dos. Por un lado, su madre casi no tuvo cambios, más que en Imposición materna, en la cual hay una diferencia de un punto entre el pretest y el postest y hubo una dimensión que no cambió con la intervención. En el caso del padre, hubo modificaciones en las cuatro dimensiones, pero éstas fueron más marcadas en las negativas, alcanzando puntuaciones por debajo de dos. Para N, se consideró que podría ser sumamente benéfico que ambos padres se presentaran a las sesiones; no obstante, ellos fueron los que más se ausentaron en el proceso, es decir, su asistencia era intermitente (en varias ocasiones, sólo la llevaban al centro y después, se retiraban). Parece que, con ella, lo que más funcionó para disminuir el nivel de riesgo suicida y eliminar la conducta autolesiva, fue,

principalmente, el trabajo con el reconocimiento, expresión y regulación emocional (asociados a la conducta autolesiva) y las habilidades sociales. Además, como se comentó anteriormente, N estuvo expuesta, durante todo el proceso, a diferentes factores de riesgo asociados a la familia.

En relación con la paciente A, sólo su madre asistió al grupo paralelo, en quien, antes de la intervención, dos de las dimensiones positivas puntuaron por debajo de dos; después de la intervención, las tres aumentaron. En cuanto a las negativas, ambas disminuyeron, aunque la dimensión de Imposición materna siguió siendo alta. Algo que, hasta este momento no se ha mencionado, es que, después de las sesiones, se solían comentar los aspectos principales de éstas con las terapeutas encargadas de llevar a cabo el grupo paralelo. En general, las terapeutas notaron que la madre de A presentaba cierta rigidez de pensamiento, así como dificultades para adoptar una postura dialéctica. Esto podría explicar por qué puntuó tan alto tanto en Imposición materna y, a pesar de haber disminuido, por qué siguió puntuando alto en esta misma dimensión después de finalizar las intervenciones. Por otro lado, con respecto al padre, en general sus puntuaciones pueden considerarse como favorables tanto antes como después de la intervención. No obstante, llama la atención que, en el posttest, la Comunicación y control conductual paterno disminuyó (aunque siguió puntuando por arriba de 2), mientras que la Imposición aumentó. Esto podría deberse a que, durante el proceso, A verbalizó diferentes situaciones conflictivas que ocurrieron específicamente con su padre y expresó un enojo reprimido que tenía hacia él desde que descubrió que fue infiel. Además, para ella, el que su mamá estuviera asistiendo a las sesiones paralelas fue significativo, por lo que se esforzó por mejorar su relación con ella. Sus padres, desde que solicitaron la atención, mantenían una postura de “conmigo o contra mí”, la cual, posiblemente se mantuvo aún después de concluir, por lo que la tendencia a acercarse a su madre generaba, inevitablemente, una tendencia a alejarse del padre. En el caso de A, a pesar de que también se benefició por el fomento de este factor resiliente, parece que lo que más contribuyó al cambio en ella fue el trabajo con las estrategias de afrontamiento funcionales, específicamente las habilidades de solución de problemas, así como también el desarrollo de habilidades sociales.

En XO, los resultados reportados fueron, sin duda, los más favorables (con respecto a este factor resiliente en específico). En lo relacionado con la madre (quien no asistió a las sesiones grupales), se notaron ligeros cambios en todas las dimensiones, y en todas las positivas, puntuó por arriba de dos, incluso acercándose bastante a la calificación más alta, mientras que, en las negativas, se reportaron calificaciones por debajo de dos. En la que se vislumbra más cambio fue en la dimensión de Comunicación materna, la cual, similar a lo sucedido con A, podría deberse al hecho de que Comunicación paterna aumentó. Sus padres estaban atravesando un proceso de separación, por lo que, el hecho de que mejorara la relación con el padre (como se percibe en los resultados de esta misma escala) podría haber tenido un impacto en la comunicación con la madre. No obstante, esta disminución es ligera y siguió puntuando alto. En lo que respecta al padre, en todas las dimensiones hubo cambios de por lo menos 0.5 puntos y en la dirección esperada, es decir, mejoró la Autonomía paterna y la Comunicación y control conductual paterno, al mismo tiempo que disminuyó la Imposición paterna y el Control psicológico paterno. Tomando en consideración los resultados de las demás pruebas aplicadas, se puede concluir que esta paciente se vio beneficiada principalmente por todo el trabajo asociado a la dinámica familiar, así como también en el esfuerzo que se hizo por disminuir su tendencia a recurrir a estrategias de afrontamiento evitativas.

Con respecto a XV, sólo su madre estuvo presente en las sesiones paralelas, quien, desde un inicio, puntuó de manera favorable en las dimensiones positivas (igual o por arriba de 2), aunque también se reportaron puntuaciones elevadas en las dos dimensiones negativas. Al finalizar la intervención, las positivas aumentaron en calificación, indicando que estas características positivas que ya se presentaban en la relación se fortalecieron con la intervención. Simultáneamente, las dimensiones negativas disminuyeron, llegando a puntuaciones iguales y menores a dos. En cuanto al padre, se vislumbran aumentos en ambas dimensiones positivas. Las negativas, en las que se reportó una puntuación baja, no cambiaron. En XV vale la pena destacar que en ambos padres (a pesar de que su papá no asistió) se fortalecieron aspectos que, de inicio, se presentaban frecuentemente y que hacían que la relación fuera positiva. Parecido a lo que ocurrió con XO, posiblemente la disminución del riesgo suicida y de la conducta autolesiva en XV se deba, principalmente, a todo lo que se trabajó con respecto a la relación con sus padres, aunque también en ésta se pueden

vislumbrar modificaciones en la tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento disfuncionales (aunque, las funcionales, parecen no haberse desarrollado y fortalecido lo suficiente). El ver los resultados favorables de la PP-A hacen que sea pueda afirmar con más certeza que la razón por la cual no se eliminó el riesgo de suicidio por completo se deba a los síntomas de desregulación emocional que podrían estar indicando la presencia de algún trastorno que requería tratamiento farmacológico en esta adolescente.

En el caso de la paciente JL, de nuevo, ella es la que reportó los resultados más desfavorables. Por un lado, en el pretest, dos de las tres dimensiones positivas puntuaron por debajo de 2, mientras que Autonomía materna puntuó 2 (resultado que podría deberse al hecho de que su madre mostraba poco interés en las decisiones de su hija y no necesariamente porque considerara sus deseos y necesidades y los respetara). Al mismo tiempo, ambas dimensiones negativas reportaron calificaciones muy cercanas a la puntuación máxima. A pesar de que su madre no se presentó ni una vez durante el proceso (a diferencia de las demás pacientes, cuyos padres, aunque no se integraron al grupo paralelo, sí asistieron a algunas sesiones individuales de orientación previas a la conformación de grupo), tuvo modificaciones en sus puntuaciones: las tres positivas disminuyeron y las dos negativas aumentaron. Como se describió anteriormente, JL verbalizó en repetidas ocasiones la relación conflictiva, distante, hostil y negligente que mantenía con su madre. Ella incluso percibió que estas características se incrementaron por el hecho de que su madre dio la noticia de estar esperando a una hija. Este sucesos no normativo y estresante para JL tuvo un fuerte impacto en ella, dificultando que alcanzara cambios favorables. En lo relacionado con el padre, después de la intervención mejoró la Comunicación, puntuando arriba de dos, lo cual concuerda con lo verbalizado por la adolescente durante las sesiones finales. No obstante, en las demás dimensiones, se perciben modificaciones en dirección contraria a lo esperado: disminuyó la Autonomía paterna y aumentaron la Imposición paterna y el Control psicológico paterno. Esto podría deberse al hecho de que, el padre, en varios momentos de la intervención, verbalizó la preocupación que sentía por la posibilidad de que su hija intentara quitarse la vida de nuevo, por lo que había decidido monitorear más de cerca a su hija, sin darse cuenta de que llegó al grado de invadir su privacidad, no darle libertades para tomar decisiones y/o establecer límites y desarrollar su autonomía. Además, se podía vislumbrar en él la presencia de cierta sintomatología depresiva, lo cual, se considera un factor de riesgo en

la aparición y mantenimiento de conductas de riesgo. Lo anterior puede considerarse como una razón más por la cual, la paciente no disminuyó el nivel de riesgo de suicidio.

Finalmente, en lo que respecta a JH, con ella sólo es posible analizar los resultados del pretest para obtener más información con respecto a por qué se cree que interrumpió el tratamiento. Con respecto a la perspectiva de las prácticas de la madre, las tres dimensiones positivas puntuaron arriba de 2 y las dos negativas, por debajo de 2, lo cual puede interpretarse como que mantenía una relación favorable con ella. No ocurrió lo mismo con el padre, a quien lo calificó con puntuaciones bajas en las dos dimensiones positivas y con calificaciones cercanas a 4 en las dimensiones negativas. A pesar de esto último, la paciente parecía contar con una serie de recursos que la protegían. Uno de ellos era la excelente relación que tenía con su hermano, a quien lo consideraba como su principal fuente de apoyo, y constantemente lo describió como comprensivo, empático, afectuoso y protector. JH fue la única que describió una relación cercana y sólida con su hermano. Posiblemente, estas cualidades eran factores protectores incluso ante la presencia de una dinámica agresiva, invalidante y devaluatoria con el padre. La relación positiva tanto con la madre como con el hermano podrían ser una razón más por la cual, JH a pesar de presentar conducta autolesiva, estaba en menor riesgo y contaba con una mayor cantidad de recursos para hacerle frente a las adversidades. Definitivamente se habría beneficiado del trabajo terapéutico; no obstante, se entiende por qué no generó un sentido de pertenencia con las demás participantes, motivo por el cual, decidió dejar de asistir a sus sesiones.

Una última conclusión relacionada con los resultados de esta escala es que, de manera general, la intervención impactó más en las dimensiones positivas que en las negativas. Esto podría deberse a la manera en la que se trabajó este factor resiliente con las adolescentes, con quienes se hizo hincapié en que pudieran cambiar los prejuicios que tenían en torno a algunas actitudes de sus padres relacionadas con la comunicación y el control conductual, que, como se ha mencionado anteriormente, ellas las describían como invasivas, innecesarias y que limitaban sus deseos y necesidades. Con la intervención, se buscó que las pacientes logaran identificar que, no todos los intentos por parte de sus padres de acercarse a ellas y de preguntarles sobre sus amigos, parejas, calificaciones y demás actividades estaban asociadas a un control e imposición sobre ellas. Conforme fueron alcanzando una mayor regulación

emocional, así como desarrollando una postura dialéctica, lograron comprender la verdadera intención detrás de esos comportamientos.

Si bien, en este trabajo, se cumplió la hipótesis de trabajo propuesta, y se alcanzaron tanto el objetivo general como los específicos, por medio del análisis y discusión de resultados y con base en las conclusiones a las que se llegaron, se pueden percibir una serie de limitaciones que invitan a seguir investigando sobre el tema en ambientes comunitarios y con muestra clínica, así como a mejorar las propuestas de intervención para el tratamiento de estas problemáticas. Estas limitaciones y sugerencias se exponen en el siguiente apartado.

### **Limitaciones y sugerencias**

Una limitación de este trabajo se asocia al hecho de que, por cuestiones de horario del centro comunitario en el que se llevó a cabo la intervención grupal, la evaluación posttest fue realizada el mismo día de la última sesión (en la que todavía se trabajaron algunas habilidades y estrategias de afrontamiento). Esto es de especial relevancia, pues, para el fomento de los factores resilientes que se buscaba promover en esta intervención, se desarrolló una serie de habilidades y estrategias las cuales requieren entrenamiento en el día a día, por lo que el haber realizado el posttest el mismo día de la última sesión no permitió que las adolescentes tuvieran suficiente tiempo para practicar estas habilidades y estrategias. Además de esto, no se realizó un seguimiento en el que se aplicaran las mismas pruebas uno, tres, seis y doce meses después del cierre. El único seguimiento que se hizo fue un año después de terminar el proceso y, por poca disponibilidad de tiempo y espacios, éste se hizo vía mensajes de texto. Con respecto a esta limitación, se sugiere prestar más atención a la importancia del seguimiento y, aunque hay cierta evidencia que demuestra que hacer el contacto con adolescentes por medio de mensajes de texto es benéfico (Mishara & Coté, 2013), es recomendable buscar que éste se lleve a cabo en un espacio óptimo, y realizarlo después de un mes, tres meses, seis meses y un año. Al respecto de este tema (seguimiento) es vital considerar el contexto de la atención de la salud mental en México y especialmente en la comunidad: no se considera una prioridad y una vez que se les da de alta, suele ser difícil que acepten regresar al centro (sobre todo si ya pasaron algunos meses desde la fecha del cierre); y poder localizarlos es difícil pues es común que cambien de residencia en repetidas ocasiones y/o que su número o medio de contacto se modifique constantemente. Por esta razón, una sugerencia en el seguimiento al trabajar con pacientes en un ambiente clínico comunitario es contar con un protocolo de seguimiento informal, es decir, que el centro tenga determinadas una guía de preguntas que se pueda aplicar vía mensaje de texto o correo electrónico. De esta forma, se asegura que se realicen todas las preguntas necesarias para conocer con objetividad el estado emocional del paciente sin necesidad de tener una sesión presencial.

Por otro lado, siguiendo con el análisis de las pruebas utilizadas, otra limitación que se percibe es una falta de claridad en algunos aspectos de los cuestionarios, especialmente en los reactivos que evalúan la presencia de conducta autolesiva y de intentos de suicidio. Se

sugiere que, al utilizar estas escalas, previo a su aplicación, se tenga cierta orientación o psicoeducación sobre las diferencias entre estas conductas, pues de esa forma, se evita que se perciban de manera indistinta y, por lo tanto, no se obtengan resultados totalmente apegados a la realidad. Asimismo, en este trabajo, pasó un largo periodo entre la aplicación de las pruebas y el reporte de los resultados, momento en el cual, ya se contaba con versiones más recientes de las escalas. Esto también es una limitación importante, pues los estudios más recientes prueban cómo existen modificaciones en las versiones más actuales que las pueden hacer más válidas o confiables.

Asimismo, otra característica de este trabajo es que, a pesar de que las adolescentes que integraron el grupo tenían motivos de consulta similares, había importantes diferencias con respecto al nivel de riesgo y a la intencionalidad suicida de la conducta autolesiva. El que se trabajara con una muestra moderadamente heterogénea en estos dos rasgos cruciales provocó que los resultados fueran muy diferentes entre sí, lo cual limitó el análisis grupal de los resultados, aunque vale la pena mencionar que contribuyó al análisis individual. Además, con base en lo obtenido, es posible concluir que la intervención grupal integrativa que promueve factores resilientes es favorable en pacientes con conducta autolesiva sin intencionalidad suicida; sin embargo, no necesariamente es la más adecuada para tratar adolescentes con altos niveles de riesgo. En este tipo de pacientes, se sugiere utilizar enfoques terapéuticos comprensivos, además de centrarse con mayor atención al fomento de habilidades de regulación emocional y tolerancia al malestar, para el cual, es vital hacer evaluación de la desregulación emocional utilizando tanto pruebas validadas y estandarizadas, como el discurso de las participantes.

Aquí es adecuado mencionar que otra limitación de este trabajo fue la falta de un monitoreo con respecto al tratamiento farmacológico y la adherencia a éste. De las cinco adolescentes que participaron en el grupo, tres de ellas habían sido recetadas con medicamentos (pacientes N, A y JL), y, en una de ellas, se detectó la necesidad de hacer una valoración psiquiátrica (en XV). En intervenciones futuras relacionadas a este tema, se sugiere proponer un monitoreo y registro de su asistencia a tratamiento psiquiátrico. Continuando con el análisis sobre la manera en la que se llevan a cabo las intervenciones en torno a esta temática, se sugiere imitar el formato utilizado en este trabajo: sesiones paralelas

con los padres, y llevando las sesiones en coterapia. Asimismo, también se recomiendan sesiones individuales previas a la conformación del grupo, con el objetivo de trabajar las crisis y generar adherencia al tratamiento.

Aunado a lo que hasta ahora se ha expuesto, el análisis de la dinámica grupal fue algo que no se retomó en este trabajo, a pesar de identificar los importantes beneficios de un grupo terapéutico. Se sugiere que, en investigaciones posteriores, lo anterior se tenga presente, pues, al parecer, una parte de los resultados favorables que se identificaron en las adolescentes fueron provocados por los factores terapéuticos del grupo. Asimismo, otro rasgo que no se analizó ni se anticipó antes de la evaluación, pero que también tiene influencia en la manera en la que las participantes respondieron durante la evaluación, es la deseabilidad social. El hecho de que se observaran tantas discrepancias entre el EA-A, el IRIS-A y lo expresado verbalmente podría explicarse por medio de este factor. Para evitar ello, se sugiere que, quien haga las evaluaciones, no sea la misma persona encargada de realizar la intervención grupal.

Finalmente, para concluir este trabajo que tomó más de dos años completarse, se hace la invitación de seguir investigando sobre los conceptos centrales de la tesis que, a pesar de haber ganado popularidad durante los últimos años, sigue habiendo muchas interrogantes, especialmente en torno a la manera de trabajarlos en un proceso terapéutico. Además, también se recomienda proponer diferentes estrategias de intervención basadas en evidencia para que, poco a poco, se vaya aclarando la manera óptima y más benéfica de intervenir con estos temas que son tan complejos. Por último, se hace la invitación al lector de que persevere en su intento por comprender esta problemática multifactorial y que se mantenga alerta y bien informado para poder detectar estas conductas de riesgo en pacientes, compañeros de escuela, familiares, etc. y así, poder hacer una intervención oportuna en el momento adecuado.

## Reflexiones finales

En este último apartado, me gustaría exponer algunas reflexiones y conclusiones que fui alcanzando a lo largo de los más de dos años que me tomó terminar este trabajo (además de las ya expuestas en los capítulos anteriores), especialmente sobre el papel del terapeuta en el proceso de un paciente. En la intervención presentada en esta tesis, se consideraron muchos factores que le dieron estructura tanto a la elaboración como a su aplicación. Éstos, sin duda, tuvieron un rol esencial en el cambio de las pacientes; sin embargo, considero que el principal factor de promovió el cambio en ellas fue el vínculo generado entre éstas y las terapeutas. Lo anterior es un aspecto básico en cualquier psicoterapia, independientemente del enfoque, pero que, en algunas ocasiones, suele pasar desapercibido. El grupo de adolescentes con las que se trabajó no sólo presentaba dificultades en la regulación emocional, sino también estaban inmersas en un ambiente que las invalidaba constantemente y, por diferentes cuestiones en sus padres, carecían de orientación y de supervisión al momento de desarrollar sus valores, creencias, juicios, criterios y formas de ver la vida. Las terapeutas, al mostrar compromiso, genuinidad y espontaneidad durante el proceso, reflejamos que no todo ambiente al que estaban expuestas era invalidante y que existían espacios seguros para la expresión de sus emociones, sus deseos y sus necesidades sin ser juzgadas o castigadas. Me atrevo a pensar que lo anterior, infundió esperanza en ellas, lo cual las mantuvo con vida y las llevó a creernos cuando hablábamos de buscar otras alternativas para afrontar los conflictos y las dificultades.

Esto me hace concluir que el quehacer de un terapeuta consiste en algo que va mucho más allá de las bases teóricas y la evidencia presentada en investigación, sino que también implica rasgos que sólo se desarrollan por medio del contacto humano y emocional con otras personas. Cabe destacar que esta conclusión, en ningún momento, me hace pensar que lo único que se necesita para ser terapeuta es aprender a generar vínculos íntimos genuinos. A través de esta intervención, me hago consciente de los tres pilares esenciales en la formación de cualquier terapeuta: la preparación teórica proveniente de una formación de licenciatura y de posgrado; la supervisión con terapeutas e investigadores con más experiencia y pericia; y el autoconocimiento y fortalecimiento que se alcanza únicamente por medio de un proceso terapéutico. En mi caso, el tercer pilar fue determinante en mi desempeño, pues trabajar con pacientes con riesgo de autolesión o suicidio, me llevó, en diferentes momentos, a dudar de

mis capacidades y a sentirme permanentemente expuesta, vulnerable y con inseguridades. Sin un análisis íntimo y personal cada semana, considero que lo anterior podría haber afectado en mi desempeño como terapeuta.

Asimismo, también es importante mencionar que el trabajo en coterapia con mi supervisora fue otro elemento, en mi opinión, determinó el éxito de la intervención, no sólo en las pacientes, sino también en mi formación como terapeuta. Creo que hay una importante diferencia entre observar a un supervisor hacer terapia y llevar a cabo el proceso en una dinámica de horizontalidad con el supervisor. Realizarlo de esa manera me empoderó como terapeuta y me ayudó a desarrollar mi propio estilo, llevándome a analizar las inquietudes y confusiones que aparecen en los primeros años de formación de un terapeuta y a utilizarlas como fortalecimiento.

Al hacer este recuento de conclusiones y reflexiones años después de concluir con la intervención, soy consciente de algunas limitaciones, así como de acciones que, en la actualidad, habría llevado a cabo de una manera distinta; no obstante, puedo afirmar con certeza que la elaboración de esta tesis es una de las actividades que sentó las bases de mi quehacer terapéutico en la actualidad. Este trabajo no sólo tuvo una justificación social, sino una académica, pues consolidó una gran cantidad de conocimiento teórico sobre los siguientes temas específicos: adolescencia, riesgo de suicidio, autolesiones, afrontamiento, resiliencia e intervención grupal. Pero también determinó el camino que tomaría los siguientes años en el ejercicio de mi profesión, pues sembró en mí una curiosidad teórica y un compromiso social con esta problemática y con los lugares y profesores que me formaron.

## Referencias

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1987). *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós.
- Achenbach, T. (1982). *Developmental Psychopathology*. New York, USA: John Wiley & Sons.
- Acosta, S. (2008). *Factores de riesgo asociados a la ideación suicida en adolescentes*. (Tesina de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología; CDMX, México.
- Albores, L., Méndez, J., Xóchitl-García, A., Delgadillo, Y., Chávez, C., & Martínez, O. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(4), 159-168. doi:
- Alegre, A., & Bensons, M. (2011). Parental behaviors and adolescent adjustment: mediation via adolescent trait emotional intelligence. *Individual Differences Research*, 8(2), 83-96.
- Álvarez, P. (2017). La teoría ecológica de Urie Bronfenbrenner [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://psicologiaymente.net/desarrollo/teoria-ecologica-bronfenbrenner>
- American Psychological Association, APA. (2017). *El camino a la resiliencia*. Recuperado el 1 de marzo de 2018 de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>
- Andover, M., Morris, B., Wren, A., & Bruzzese, M. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(11). doi: 10.1186/1753-2000-6-11
- Andrade, P., & Betancourt, D. (2010). Escala Prácticas Parentales para Adolescentes: PP-A. En A. Vallejo, B. Segura, & R. Osorno (Eds.) *Prácticas parentales, CESD-R y Conductas de Riesgo. Manual de Aplicación* (pp. 7-18). México.

- Andrade, P., Betancourt, D., Vallejo, A., Segura, B., & Rojas, R. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Mental*, 35(1), 29-36. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-3325201200100005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-3325201200100005)
- Apter, A. (2010). Clinical aspects of suicidal behavior relevant to genetics. *European Psychiatry*, 25, 257-259. doi: 10.1016/eurpsy.2010.01.008
- Archer, R. (2005). *MMPI-A: Assessing Adolescent Psychopathology*. USA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Arenas, P. (2012). *Resiliencia y riesgo suicida en adolescentes expuestos a sucesos de vida estresantes*. (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología; CDMX, México.
- Arenas, P., & Lucio, E. (2011). A School-Based Program for Adolescents at Risk of Suicide. En P. Buchwald, K. A. Moore, & T. Ringeisen (Eds.), *Stress and Anxiety. Application to Education and Health* (p.p. 37-44). Berlin: Logos.
- Bados, A. & García, E. (2014). Resolución de problemas. *Personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54764/1/Resoluci%C3%B3n%20problemas.pdf>
- Barcelata, B., & Lucio, E. (2012). Afrontamiento adolescente y parental: implicaciones para una intervención integral. *Eureka*, 9(2), 144-157. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2220-90262012000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262012000200003)
- Benjet, C., Menendez, D., Albor, Y., Borges, G., Orozco, R., & Medina-Mora, M. E. (2017). Adolescent Predictors of Incidence and Persistence of Suicide-Related Outcomes in Young Adulthood: A Longitudinal Study of Mexican Youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. doi: 10.1111/sltb.12397

- Berger, K. (2016). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. México: Editorial Médica Panamericana.
- Betancourt, D., & Andrade, P. (2011). Control parental y problemas emocionales y de conducta en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(1), 27-41. doi: 10.15446/rcp
- Bloch, S. & Crouch, E. (1981). Therapeutic Factors in Group Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 38(5), 519-526. doi:
- Borges, G., Anthony, J., & Garrison, C. (1995). Methodological issues relevant to epidemiological investigations of suicidal behaviors of adolescents. *Epidemiological Reviews*, 17(1), 228-239. doi: 10.1027//0227-5910.22.3.109.
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., & Nock, M. (2008). Suicide Ideation, Plan, and Attempt in the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(1), 41-52. doi: 10.1097/chi.0b013e31815896ad
- Brent, D. (2011). Nonsuicidal Self-Injury as a Predictor of Suicidal Behavior in Depressed Adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 452-454. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11020215
- Bresin, K., & Gordon, K. (2013). Endogenous opioids and nonsuicidal self-injury: A mechanism of affect regulation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(3), 374-383. doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.01.020
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona, España: Paidós.
- Browne, T. (1642/2016). Religio Medici. En A. Signorini (Trad.), *La religion de un medico*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. (...), Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *The*

*Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(4), 337-348. doi: 10.1111/jcpp.12166

Burak, D. (2001). Marco epidemiológico conceptual de la salud integral y el desarrollo humano de los adolescents. En D. Burak (Ed.), *Adolescencia y juventud en América Latina* (pp. 469-487). Costa Rica: Libro Universitario Regional.

Burak, D. (2001). Protección, riesgo y vulnerabilidad. En D. Burak (Ed.), *Adolescencia y juventud en América Latina* (pp. 488-499). Costa Rica: Libro Universitario Regional.

Burga, R. (1981). Terapia gestáltica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13(1), 85-96. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80513106.pdf>

Burlingame, G. & McClendon, D. (2008). Group Therapy. En J. Lebow (Ed.), *Twenty-First Century Psychotherapies: Contemporary Approaches to Theory and Practice* (p.p. 347-388). New Jersey, USA: J. Wiley & Sons.

Burton, R. (1621/1997). *Anatomía de la melancolía I*. España: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Caramuel, J. (1657/2014). *Theologia moralis fundamentalis*. Barcelona, España: Sumptibus Laurentii Anisson & Ioan. Bapt. Devenet. Recuperado de <http://play.google.com/books/reader?id=tRhY5uMnHB4C&printsec=frontcover&output=reader&hl=es&pg=GBS.PP1>

Castro, K., Kirchner, T., & Planellas, I. (2014). Predicción de conducta autodestructiva en adolescentes mediante tipologías de afrontamiento. *Universitas Psychologica*, 13(1), 121-133. doi: 10.11144/Javeriana.UPSY13-1.pcaa

Cervantes, D. (2016). *Modelo integrativo en un caso de abuso sexual infantil desde la institucionalización* (Reporte de experiencia profesional). Universidad Nacional Autónoma de México, Programa de Maestría y Doctorado en Psicología: Ciudad de México, México.

Chávez-Hernández, A., González-Forteza, C., Juárez, A., Vázquez, D., & Jiménez, A. (2015). Ideación y tentativas suicidas en estudiantes a nivel medio del estado de

Guanajuato, México. *Acta Universitaria. Multidisciplinary Scientific Journal*, 25(6), 43-50. doi: 10.15174/au.2015.786

Coleman, J., & Hagell, A. (2007). *Adolescence, Risk, and Resilience*. Inglaterra: John Wiley & Sons.

Connor-Smith, J., & Compas, B. (2004). Coping as a Moderator of Relations Between Reactivity to Interpersonal Stress, Health, Status, and Internalizing Problems. *Cognitive Therapy Research*, 28(3), 347-368. Recuperado de <http://eds.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=f9cd1216-72fa-4eb4-bc57-eeda6e9237d4%40sessionmgr4007>

Compas, B., Howell, D., Phares, V., Williams, R., & Ledoux, N. (1989). Parent and Child Stress and Symptoms: An Integrative Analysis. *Developmental Psychology*, 25(4), 550-559. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/1860/0c08bdf3dafc41c8ec66485b79ff7df1c129.pdf>

Cuervo, A. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(1), 111-121. doi:

D'Zurilla, T. & Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107-126. doi: 10.1037/h0031360

Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting Style as Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496. doi:

De la Fuente, T. (3 de diciembre de 2015). El Darse Cuenta en la Terapia Gestalt [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://www.ideasquesanan.cl/single-post/2015/12/03/El-Darse-Cuenta-en-Terapia-Gestalt>.

Delval, J. (2000). *El desarrollo humano*. México: Siglo XXI.

Dibdin, C. (1651/2013). *The Ephesian Matron*. London, England: John Johnston. Recuperado de [imslp.org/wiki/The\\_Ephesian\\_Matron\\_\(Dibdin%2C\\_Charles\)](https://www.wikislp.org/wiki/The_Ephesian_Matron_(Dibdin%2C_Charles))

Dirección General de Comunicación Social (2012). *Las autolesiones, factor de riesgo para el suicidio*. Recuperado de [http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2012\\_804.html](http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2012_804.html)

Domínguez, L. (2009). La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. Distintas concepciones en torno a la determinación de sus límites y regularidades. *Boletín electrónico de investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*, 4(1), 69-76. Recuperado de: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=49381&id\\_seccion=3168&id\\_ejemplar=5003&id\\_revista=166](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=49381&id_seccion=3168&id_ejemplar=5003&id_revista=166)

Durkheim, E. (1897/2006). *El suicidio*. México: Editoriales Coyoacán.

Erikson, E. (1963). *Childhood and Society*. Toronto, Canada: W.W. Norton & Company Inc.

Evans, K., Tyrer, P., Catalan, J., Schmidt, U., Davidson, K., Dent, J., Tata, P., Thornton, S., Barber, J., & Thompson, S. (1999). Manual-assisted cognitive-behavioral therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychological Medicine*, 29(1), 19-25. doi:

Fallon, B. & Bowles, T. (2001). Family Functioning and Adolescent Help-Seeking Behavior. *Family Relations. Interdisciplinary Journal of Applied Family Science*, 50(3), 239-245. doi: 10.1111/j.1741-3729.2001.00239.x

Feixas, G. & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona, España: Paidós.

Fernández, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Fernández, H. & Opazo, R. (2004). *La integración en psicoterapia: manual práctico*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.

Fiorentino, M. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 95-114. doi: 10.14349/sumapsi2008. 18

- Florenzano, R., Valdés, M., Cáceres, C., Casassus, M., Sandoval, A., Santander, S. & Calderón S. (2009). Percepción de la relación parental entre adolecentes mayores y menores de 15 años. *Revista Chilena de Pediatría*, 80(6), 520-527. doi: 10.4067/S0370-41062009000600004
- Frank, J. (1973). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore, USA: Hopkins.
- Freud, A. (1958). Adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 13, 255-278. doi: 10.1080/00797308.1958.11823182.
- Freud, A. (1961/2012). *El yo y los mecanismos de defensa*. CDMX, México: Paidós.
- Freud, S. (1905/1986). *Obras completas. Vol VII. Tres ensayos de teoría sexual, y otras obras*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- García, M., & Arellanez, J. L. (2015). Estrés psicosocial, estrategias de afrontamiento y consumo de drogas en adolescentes. *Revista de psicología y ciencias del comportamiento de la U.A.C.J.S*, 6(2), 1-20. Recuperado de: <http://Dialnet-EstresPsicosocialEstrategiasDeAfrontamientoYConsum-5925178.pdf>
- Garland, A., & Zigler, E. (1993). Adolescent suicide prevention: Current research and social policy implications. *American Psychologist*, 48, 169-182.
- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20(9), 459-466. doi: 10.3928/0090-4481-19910901-05
- Gómez, L. (4 de febrero de 2012). En México uno de cada diez adolescentes se autolesiona. *La Razón*. Recuperado de: <http://www.razon.com.mx/spip.php?article109298>
- González, L., Vasco, I., & Nieto, L. (2016). Revisión de la literatura sobre el papel del afrontamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16(1), 41-56. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5855292>

- González, M., & Landero, R. (2006). Síntomas psicossomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y estrés*, 12(1), 45-61. Recuperado de <http://www.monica-gonzalez.com/2006%20teoria%20transaccional%20sx.pdf>
- González-Arratia, N., Valdez, J., Oudhof, H., & González S. (2009). Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *Ciencias humanas y de la conducta*, 16(3), 247-253. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5035084.pdf>
- González-Arratia, N., Valdez, J., & Zavala, Y. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e investigación en psicología*, 13(1), 41-52. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29213104.pdf>
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S., & Rojas, E. (1997). Indicadores sociodemográficos de riesgo de estrés psicossocial en los estudiantes de educación media y media superior en la República Mexicana. *Salud Mental* V, 20(4), 1-7. Recuperado de: [http://revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/662/661](http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/662/661)
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372-378. doi: 10.1037/0735-7028.21.5.372
- Guerri, M. (25 de mayo 2017). Etapas del desarrollo psicosexual de Freud [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://www.psicoadictiva.com/blog/etapas-del-desarrollo-psicosexual-freud/>
- Hall, S. (1904). *Adolescence. Its psychology: and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. New York, USA: Appleton.
- Hawton, K., Saunders, K., & O'Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379, 2373-2382. Recuperado de [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46861171/Self-harm\\_and\\_suicide\\_in\\_adolescents20160628-5959-j9k4xj.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1533566](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46861171/Self-harm_and_suicide_in_adolescents20160628-5959-j9k4xj.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1533566)

014&Signature=UmGawos62T7gAsu7cMNbXho8swg%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DSelf-harm\_and\_suicide\_in\_adolescents.pdf

- Henderson, N., & Milstein, M. (2007). *Resiliencia en la escuela*. México: Paidós.
- Heredia, M., Lucio, E., & Suárez, L. (2011). Depresión y sucesos de vida estresantes en adolescentes. *Revista latinoamericana de medicina conductual*, 1(2), 49-57. doi: 10.5461/RLMC.V1.12.20704
- Hernández, Q. (2007). *Estrategia de intervención para adolescentes en riesgo suicida*. (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, Programa de Maestría y Doctorado en Psicología: Ciudad de México, México.
- Hernández, Q. & Lucio, E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 45-52. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020646006>
- Iglesias, J. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral*, XVII(2), 88-93. Recuperado de <https://scp.com.com/descargasmedicinaadolescentes.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2017). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Datos nacionales*. Recuperado de [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017\\_Nal.pdfJ](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdfJ)
- Jersild, A. (1968). *Psicología de la adolescencia*. Madrid, España: Aguilar.
- Jiménez, A., Izal, M., & Montorio, I. (2012). Psychological and social factors that promote positive adaptation to stress and aversity in the adult life cycle, *Journal of Happiness Studies*, 13(5), 833-848. doi: 10.1007/s10902-011-9294-2
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., & Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 226-235. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/13/72/ESP/13-72-ESP-226-235-920269.pdf>

- Klonsky, D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 27*(2), 226-239. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002.
- Lazarus, R. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, USA: Springer.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Editorial Planeta.
- Lillo, J. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 90*, 57-71. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019660005>
- Lloyd-Richardson, E., Perrine, N, Dierker, L., & Kelley, M. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine, 37*(8), 1183-1192. doi: 10.1017/S003329170700027X
- Lucio, E., Arenas, P., Linage, M., & Pérez, M. (2012). Caracterización de estudiantes en riesgo de abuso de sustancias y de suicidio. En L. Reidl (Coord.), *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas. Seminarios académicos*. (pp. 148-165). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Lucio, E., Barcelata, B., Durán, C., & Villafranca, L. (2004). Sucesos de vida estresantes: un estudio transcultural de adolescentes venezolanos y mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación, 17*(1), 123-138. Recuperado de [http://www.aidep.org/03\\_ridep/R17/R176.pdf](http://www.aidep.org/03_ridep/R17/R176.pdf)
- Lucio, E., & Durán, C. (2003). *Cuestionario de Sucesos de Vida versión Adolescentes*. México: Manual Moderno.
- Lucio, E., Durán, C., Barcelata, B., & Romero, E. (2016). Propiedades psicométricas de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes: EA-A. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 8*(1), 36-48. Recuperado de: <http://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/detalle/detalles/32/2>
- Lucio, E., Hernández, Q., & Arenas, P. (2012). Modelo de tamizaje para uso de sustancias y riesgo suicida en estudiantes de bachillerato: resultados preliminares. En L. Reidl (Coord.), *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de*

- conductas adictivas. Seminarios académicos.* (pp. 133-147). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Luthar, S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62(3), 600-616. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235608/>
- Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). Research on resilience: Response to commentaries. *Child Development*, 71(3), 573-575. Recuperado de <https://asu.pure.elsevier.com/en/publications/research-on-resilience-response-to-commentaries>
- Macías, M., Madariaga, C., Valle, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>
- Mackenzie, K. (1987). Therapeutic factors in group psychotherapy. A contemporary view. *Group*, 11(1), 26-34. doi:
- Manca, M. (2011). Agresiones al cuerpo en la adolescencia: ¿redefinición de límites del cuerpo o desafío evolutivo? *Psicoanálisis*, 33(1), 77-88.
- Mañas, I. (2006). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología. Universidad de Almería*, 40(1), 26-34. Recuperado de: <http://www.psicologiamindfulness.es/assets/pdfs/39884-19.pdf>
- Martín, G., Lucas, B., & Pulido, R. (2011). Diferencias de género en el afrontamiento en la adolescencia. *BROCAR*, 35, 157-166.
- Martín del Campo, A., González, C., & Bustamante, J. (2013). El suicidio en adolescentes. *Revista médica del Hospital General de México*, 76(4), 200-209. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-el-suicidio-adolescentes-X0185106313687322>

- Masten, A., Burt, K., & Coatsworth, D. (2006). Competence and Psychopathology in Development. En D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.). *Developmental Psychopathology. Vol 3. Risk, Disorder and Adaptation*. (pp. 696-705). New Jersey, USA: Wiley.
- Masten, A., & Obradovic, J. (2006). Competence and Resilience in Development. *New York Academy of Sciences, 1094* (1), 13-27. doi: 10.1196/annals.1376.003.
- McKay, D., & Andover, M. (2012). Should Non-Suicidal Self-Injury be a Putative Obsessive-Compulsive Related Condition? A Critical Appraisal. *Behavior Modification, 36*(1), 3-17. doi: 10.1177/0145445511417707
- Meeus, W. (2011). The study of adolescent identity formation 2000-2010. A review of longitudinal research. *Journal of Research on Adolescence, 21*, 85-94. doi: 10.1111/j.1532-7795.2010.00716x.
- Mikolajczak, M., Petrides, K., & Hurry, J. (2009). Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. *British Journal of Clinical Psychology, 48*, 181-193. doi: 10.1348/014466508X386027.
- Mirapeix, C. & Rivera, L. (2010). *Revisión histórica de los modelos integradores en psicoterapia*. Trabajo presentado en el 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. España. Recuperado de: <http://mirapeix.es/wp-content/uploads/2017/07/ART-2010-modelos-integradores-INTERPSIQUIS.pdf>
- Mishara, B. & Coté, L. (2013) Suicide Prevention and New Technologies: Towards Evidence Based Practice. En B. Mishara & A. Kerkhof (Eds.) *Suicide Prevention and New Technologies. Evidence Based Practice*. (pp. 1-23), UK: Palgrave Macmillan.
- Mollá, L., Vila, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L., Pérez, V., Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revision de los tratamientos psicológicos. *Revista de psicopatología y psicología clínica, 20*, 50-61. doi: 10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14408.

- Nader, A., & Boehme, V. (2003). Automutilación: ¿Síntoma o Síndrome? *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 14(1), 32-37. Recuperado de <https://sopnia.com/boletines/boletin-abril.PDF#page=32>
- Natera, G. (2015). *El suicidio: la situación de México*. Trabajo presentado en Conferencia Regional de Salud Mental, Santiago, Chile. Recuperado de <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com-docman&task=download&gid=31997&Itemid=2>.
- Nieto, A. (2017). *Autolesión no suicida. Factores predisponentes/mantenedores y su relación con la conducta suicida*. España: ASeFo.
- Nizama, M. (2011). Artículo de revisión. *Revista peruana de epidemiología*, 15(2), 1-5. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/2031/203122516002/>
- O'Brien, K., Larson, C., & Murrell, A. (2008). En L. Greco & S. Hayes (Eds.) *Acceptance & Mindfulness Treatments for Children & Adolescents. A Practitioner's Guide* (p.p. 15-35). USA: New Harbinger and Context Press.
- O'Carroll, P., Berman, A., Maris, R., Moscicki, E., Tanney, B., & Silverman, M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A Nomenclature for Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252. doi: 10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x
- O'Connor, R., & Nock, M. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1, 73-85. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6
- Oblitas, L. A. (2011). *Psicoterapias contemporáneas*. México: Cengage Learning.
- Oliva, A., Jiménez, J., Parra, A., & Sánchez Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 13(1), 53-62. Recuperado de [http://aepcp.net/arc/\(5\)%202008\(1\).Oliva%20et%20al.pdf](http://aepcp.net/arc/(5)%202008(1).Oliva%20et%20al.pdf)
- Omar, A., Paris, L., Uribe, H., Ameida, S., & Aguiar, M. (2011). Un modelo explicativo de resiliencia en jóvenes y adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 16(2), 269-277. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n2/a10v16n2>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2001). *Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: [apps.who.int/iris/bitstream/10665/66802/1/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.3\\_spa-pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66802/1/WHO_MNH_MBD_00.3_spa-pdf)
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*. Organización Panamericana de la Salud. P
- Papalia, D., & Martorell, G. (2017). *Desarrollo humano*. CDMX, México: McGraw Hill.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2005). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. México: McGraw Hill.
- Páramo, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia psicológica*, 29(1), 85-95. doi: 10.4067/S0718-48082011000100009
- Patterson, J. (2002). Integrating Family Resilience and Family Stress Theory. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 349-360. doi: 10.1111/j.1741-3737.2002.00349.x
- Pattison, E., & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140(7), 867-872. doi: 10.1176/ajp.140.7.867
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-Generation Therapies: Achievements and Challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 281-310.
- Piaget, J. (1975). *Psicología de la inteligencia*. Buenos Aires, Argentina: Psique.
- Piña, J. (2015). Un análisis crítico del concepto de resiliencia en psicología. *Anales de psicología*, 31(3), 751-758. doi: 10.6018/analesps.31.3.185631
- Rathus, J. & Miller, A. (2015). *DBT Skills Manual for Adolescents*. United States of America: The Guilford Press.

- Regarder, B. (30 de mayo de 2017). La teoría del desarrollo psicosocial de Erikson [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://psicologiaymente.net/desarrollo/teoria-del-desarrollo-psicosocial-erikson>
- Rodríguez, M., Gempeler, J., Pérez, V., Solano, S., Meluk, A., Guerrero, E., & Liemann, E. (2007). Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas: análisis de narrativas de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, trauma y automutilaciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2), 237-254. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/806/80636207/>
- Rosenzweig, S. (1936). Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 411-415. Recuperado de <http://www.sken.ca/wp-content/uploads/2015/07/Rosenzweig.pdf>
- Ruíz, A. (2008). *Seguimiento de un grupo de adolescentes con ideación suicida*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología: México.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 157, 598-611. doi: 10.1192/bip.147.6.598
- Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12. doi: 10.11.96/annals.1376.002
- Ruvalcaba, N., Gallegos, J., Caballo, V., & Villegas, D. (2016). Prácticas parentales e indicadores de salud mental en adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 33(3), 223-236. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0123-417X2016000300223](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-417X2016000300223)
- Saavedra, E., & Villalta, M. (2008). Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*, 14, 31-40. Recuperado de <https://biblat.unam.mx/es/revista/liberabit/articulo/medicion-de-las-caracteristicas-resilientes-un-estudio-comparativo-en-personas-entre-15-y-65-anos>

- Safan, D. (1969). Breve introducción a la terapia gestáltica de grupo. *Revista Interamericana de psicología*, 1(1), 177-191. doi: 10.30849/rip/ijp.v3i2.559
- Sánchez, V., & Hernández, A. (2014). *Autolesiones en adolescentes de secundaria*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala: México.
- Sánchez, J., Rosa, A., & Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*, 11(3), 641-645. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/316.pdf>
- Sandoval, M. (2015). *Adolecer un grupo: relato de una experiencia en psicoterapia grupal para adolescentes atendidos en la clínica de la Facultad de Psicología, UNAM*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología: México.
- Santrock, J. (2004). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. Madrid, España: McGraw Hill.
- Sarmiento, C., & Aguilar, J. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Psicología y salud*, 21(1), 25-30. Recuperado de: <http://www.uv.mx/psicysalud-21-1/Carolina-Sarmiento-Silva.pdf>
- Schaefer, C. E. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. (2da ed.) México: Manual Moderno.
- Seiffge-Krenke, I. (1993). Coping behavior in normal and clinical samples: more similarities than differences? *Journal of Adolescence* 16 (3), 285-303. doi: 10.1006/jado.1993.1026.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, coping, and relationships in adolescence*. USA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Seiffge-Krenke, I. (1998). *Adolescents' Health. A Development Perspective*. New Jersey, USA: Lawrence Erlbaum Associates.

- Seiffge-Krenke, I., Aunola, K., Nurmi, J.E. (2009). Changes in Stress Perception and Coping During Adolescence: The Role of Situational and Personal Factors. *Child Development, 80*(1), 259-279. doi: 0009-3920/2009/8001-0020.
- Serrano, M., & Flores, M. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y salud, 15*(2), 221-230. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/806/1461>
- Shaffer, D. (2000). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. México: International Thomson Editores.
- Sheffield, A., Silk, J., Steinberg, L., Myers, S., & Robinson, L. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social development, 16*(2), 361-388. doi: 10.1111/j.1467-9507.2007.00389
- Silverman, M. (2006). The Language of Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*(5), 519-532. doi: 10.1521/suli.2006.36.5.519
- Silverman, M., & Maris, R. (1995). The Prevention of Suicidal Behaviors: An Overview. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 25*(1), 10-21. doi: 10.1111/j.1943-278X.1995.tb00389.x
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de psicología, 75*, 73-85. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Pastor4/publication/28171066\\_Reflexiones\\_sobre\\_el\\_concepto\\_de\\_afrontamiento\\_de\\_psicooncologia/links/02e7e530f2c57a161f000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pastor4/publication/28171066_Reflexiones_sobre_el_concepto_de_afrontamiento_de_psicooncologia/links/02e7e530f2c57a161f000000.pdf)
- Spirito, A., Francis, G., Overholser, J., & Frank, N. (1996). Coping, depression, and adolescent suicide attempts. *Journal of Clinical Child Psychology, 25*, 147-155. doi: 10.1207/s15374424jccp2502\_3.
- Stricker, G. & Gold, J. (2008). Integrative Psychotherapy. En J. Lebow, (Ed.) *Twenty-First Century Psychotherapies: Contemporary Approaches to Theory and Practice* (p.p. 389-352). New Jersey, USA: J. Wiley & Sons.

- Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud. (2014). *Depresión y suicidio en México*. Recuperado de <http://www.spps.gob.mx/avisos/depresion-y-suicidio-mexico.html>
- Suyemoto, K. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review, 18*(5), 531-554. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Karen\\_Suyemoto/publication/13544834\\_Suyemoto\\_KL.\\_The\\_functions\\_of\\_selfmutilation/links/5521a7660cf2f9c130528497.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Karen_Suyemoto/publication/13544834_Suyemoto_KL._The_functions_of_selfmutilation/links/5521a7660cf2f9c130528497.pdf)
- Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., St John, N. (2014). Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44*(3), 273-303. doi: 10.1111/sltb.12070
- Tolman, D. & McClelland, S. (2011). Normative sexuality development in adolescence: A decade in review, 2000-2009. *Journal of Research in Adolescence, 21*(1), 242-255. doi: 10.1111/j1532-77.95-2010.00726.x
- Turner, B., Austin, S., & Chapman, A. (2014). Treating Non-Suicidal Self-Injury: A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Interventions. *The Canadian Journal of Psychiatry, 59*(11), 576-585. doi: 10.1177/070674371405901103
- Tylor, L., Oldershaw, A., Richards, C., Davidson, K., Schmidt, U., & Simic, M. (2011). Development and Pilot Evaluation of a Manualized Cognitive-Behavioural Package for Adolescent Self-Harm. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39*(1), 619-625. doi: 10.1017/S1352465811000075
- Ulloa, R., Contreras, C., Paniagua, K., & Victoria, G. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescents que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud mental, 36*(5), 417-420. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n5/v36n5a10.pdf>

- Uribe, M. (2008). Factores comunes e integración de las psicoterapias. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(1), 14-28. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80615420002.pdf>
- Vallejo, A., Segura, H., Andrade, P., Betancourt, D., Méndez, M., & Rojas, R. (2016). Comparación y caracterización de ideación e intentos suicidas en adolescentes mexicanos de tres regiones. *Revista de Educación y Desarrollo*, 39, 121-128. Recuperado de [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/39/39\\_Vallejo.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/39/39_Vallejo.pdf)
- Veloso, C., Caqueo, W., Caqueo, A., Muñoz, Z., & Villegas, F. (2010). Estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Fractal: Revista de Psicología*, 22(1), 23-34. doi: 10.1590/S1984-02922010000100003.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., & Moreno, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista colombiana de psicología*, 17, 139-146. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1677639491?pq-origsite=gscholar>
- Vinogradov, S. & Yalom, I. (1989). *Group Psychotherapy*. Washington D.C., USA: American Psychiatric.
- Wagner, B., & Compas, B. (1990). Gender, instrumentality, and expressivity: Moderators of the relation between stress and psychological symptoms during adolescence. *American Journal of Community Psychology*, 18(3), 384-406. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/f6b8/973f01564e88c89b07f29a954308e95409d3.pdf>
- Wilkinson, B. (2011). Current Trends in Remediating Adolescent Self-Injury: An Integrative Review. *The Journal of School Nursing*, 27(2), 120-128. doi: 10.1177/1059840510388570.
- Wolin, S., & Wolin, S. (1993). *The resilient self: how survivors of troubled families rise above adversity*. New York, USA: Villard Books.

World Health Organization, (2014). *Preventing Suicide. A Global Imperative* [versión DX Reader]. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1)

Yalom, I. (1931/2005). *Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York, USA: Basic Books.

Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 31(9), 1-13. doi: 10.1186/s13034-015-0062-7