



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN GRUPAL PARA PROMOVER
FACTORES PROTECTORES CONTRA EL RIESGO SUICIDA
EN ADOLESCENTES**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

OSCAR HERNÁNDEZ AGUIRRE

DIRECTORA

DRA. ANGÉLICA JUÁREZ LOYA

REVISORA

DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE

SINODALES

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

DRA. ANA CELIA CHAPA ROMERO

DR. JOSÉ ALFREDO CONTRERAS VALDEZ



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatoria

A mis padres, Elsa y Marco Antonio. Sin sus esfuerzos y sacrificios llenos de amor no hubiera podido terminar mis estudios universitarios ni convertirme en un profesionalista. ¡Gracias por tanto! Me es inevitable sentir que estoy en deuda con ustedes, pero si al leer estas palabras consigo hacerlos sonreír, pensaré entonces que mi deuda es menor.

A mis hermanas, Belem y Susy. Gracias por entenderme y apoyarme de mil formas mientras estudiaba, leía y pasaba horas enteras frente a la computadora. Estaba dando lo mejor de mí para convertirme en el profesionalista que deseo ser, pero sin su apoyo no hubiera estado cerca de lograrlo. Ustedes son mi motor y mi fuerza.

Familia, este logro también es suyo.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología. Gracias por permitirme enriquecer mi experiencia como universitario. En los espacios de mi Universidad no sólo me formé como profesionista, sino que también disfruté de obras de teatro, nadé en la alberca, me recosté en sus pastos, leí en las bibliotecas, visité museos y caminé en senderos llenos de vida. En cada rincón habrá algo para recordar y volver a sentir lo maravilloso que fue estudiar ahí.

A mis mentoras en la realización de este trabajo, la Dra. Angélica Juárez Loya y la Dra. Paulina Arenas Landgrave. Gracias por sus observaciones, consejos, escucha y palabras de aliento mientras avanzaba en el camino de la titulación. Gracias también por las oportunidades de aprendizaje y formación que me brindaron. Me siento dichoso de haber sido su alumno y más aún de haber trabajado con ambas. Sin duda, dejaron una huella importante en mi formación y en mi persona.

Al proyecto PAPIME “Desarrollo y evaluación de competencias clínicas para el manejo de autolesiones y comportamiento suicida con base en las listas de cotejo fundamentadas en la GI-mhGAP” con clave PE309420 mediante el cual fue posible realizar este trabajo.

Al Dr. Pavel Arenas Castañeda. Gracias su valioso apoyo para integrar a los participantes de esta intervención y agradezco también a cada adolescente que formó parte del grupo, de quienes yo también aprendí.

A Roxana. Gracias por aceptar dirigir este grupo conmigo; aprendimos a ser colegas a la vez que nuestra amistad crecía y nos convertimos en muy buenos amigos y compañeros de trabajo. No hubiera querido compartir este proceso con nadie más que contigo.

A mis supervisoras y supervisor del programa PADyRS: Nati, Sofi, Susy, Lili y Gabo. Gracias por sus enseñanzas, sus consejos clínicos y sus palabras siempre tan alentadoras y llenas de

validación. Sin duda, haber formado parte del equipo PADyRS y de sus escenarios de práctica profesional fue lo mejor que me pudo haber pasado para despedirme de mi vida universitaria. A todos les tengo mucha admiración y respeto.

A Daniela Esquivel. Recorrer el camino de la titulación fue mucho menos tortuoso andándolo contigo. Gracias por ser una excelente compañera de equipo y -tengo que decirlo- gracias también por prestarme tu cuenta de zoom más de una vez para realizar esta intervención.

A mis amigos universitarios: Roxana, Arely, Dani, Medtzeri, Carlos, Cristina y Gerardo. Sin ustedes la Universidad no hubiera sido ni la mitad de maravillosa de lo que fue. Gracias por ser tan buenos amigos y darme miles de anécdotas divertidas para recordar. A todos les deseo un camino lleno de éxitos, aprendizaje y mucha plenitud.

A Alfonso y Laura, con quienes cultivé una sorpresiva y bella amistad al mismo tiempo que fui desarrollando este trabajo. Gracias por interesarse en mis progresos, ofrecerse a leer mis avances y tener tanta confianza en mí. Por fin les puedo mostrar todo en lo que he trabajado.

Por último, me agradezco a mí, por no darme por vencido con este trabajo y buscar mi propia resiliencia cada vez que perdía la motivación. Fueron tiempos difíciles y me tomó más tiempo del que alguna vez imaginé, pero hoy por fin ¡lo logré!

Índice

Resumen.....	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo 1. Adolescencia y salud mental	5
Cambios físicos, psicológicos y sociales de la adolescencia	8
Cambios en la adolescencia temprana (10 a 13 años).....	8
Cambios en la adolescencia media (14 a 17 años).....	9
Cambios en la adolescencia tardía (17 a 21 años).....	11
Salud mental de los adolescentes	12
Barreras para la atención de la salud mental de los adolescentes en México	14
Promoción y prevención de la salud mental en adolescentes.	17
Capítulo 2. Suicidio en adolescentes.....	19
Epidemiología del suicidio.....	24
El suicidio en México.....	25
Comportamiento suicida en adolescentes.	26
Factores implicados en el desarrollo de ideación y conductas suicidas en la infancia y adolescencia.	27
Capítulo 3. Prevención y tratamiento del comportamiento suicida en adolescentes	34
Factores protectores ante el comportamiento suicida	37

Factores protectores que promueven la resiliencia ante el comportamiento suicida	44
Tratamientos psicológicos basados en evidencia para el suicidio.	47
Intervenciones para el comportamiento suicida basadas en la tecnología.	50
Método	54
Justificación y planteamiento del problema.....	54
Pregunta de investigación	55
Objetivo general	55
Objetivos específicos	55
Hipótesis.....	56
Variables de interés	56
Muestra.....	58
Diseño	58
Criterios de inclusión	58
Criterios de exclusión.....	59
Instrumentos	59
Procedimiento	62
Presentación de grupos.....	64
Grupo A (participantes de 11 y 12 años).	64
Grupo B (participantes de 14, 15 y 17 años).....	67
Descripción de la propuesta de intervención.....	73

Módulo I: Psicoeducación sobre el suicidio.....	73
Módulo II: Regulación emocional.	74
Módulo III: Habilidades de afrontamiento.....	76
Módulo IV: Solución de problemas.	78
Módulo V: Comunicación asertiva.	79
Resultados	85
Comparación entre evaluación pre y post taller.	85
Descripción de puntajes pre y post en la escala de desregulación emocional.	86
Descripción de puntajes pre y post en la escala de afrontamiento.	89
Clasificación de riesgo de suicidio antes y después del taller.....	96
Entrevistas de cierre e impresiones clínicas.	98
Discusión.....	108
Conclusiones	115
Referencias.....	117

Resumen

En México, como en el mundo, el suicidio es un grave problema de salud pública. Las tendencias actuales muestran que los adolescentes y jóvenes mexicanos presentan un elevado riesgo de morir por suicidio y de realizar intentos de suicidio (Borges, 2010). El presente trabajo expone los resultados de una intervención grupal con cinco adolescentes mexicanos de 11 a 17 años, algunos de los cuales tenían riesgo de suicidio, en la cual se promovieron factores protectores contra el comportamiento suicida, esto mediante la enseñanza de habilidades de regulación emocional, afrontamiento, solución de problemas y comunicación asertiva, desde una aproximación clínica fundamentada en las terapias Cognitivo Conductual y Dialéctico Conductual. Dicha intervención se realizó en el contexto de la pandemia por COVID-19, a través de videollamadas grupales. Se encontró que el riesgo de suicidio disminuyó en dos participantes, quienes iniciaron con un riesgo alto y concluyeron sin riesgo alguno. Además, se observaron cambios clínicamente significativos en la regulación emocional y en el afrontamiento de los participantes. Se concluye que las intervenciones grupales dirigidas a promover factores protectores contra el riesgo de suicidio pueden ser útiles para prevenir dicho comportamiento, pero se requiere de más investigaciones para evaluar su efectividad. La realización de este trabajo pretende aportar evidencia a las investigaciones clínicas sobre el comportamiento suicida, en especial a aquellas que aprovechan los recursos tecnológicos y de internet para tener un mayor alcance.

Palabras clave: adolescencia, comportamiento suicida, factores protectores, intervención grupal, telepsicología.

Abstract

In Mexico, as in the world, suicide is a serious public health problem. Current trends show that Mexican adolescents and youth are at high risk of dying by suicide and of making suicide attempts (Borges, 2010). This thesis presents the results of a group intervention with five Mexican adolescents aged 11 to 17, some of whom were at risk of suicide, in which protective factors against suicidal behavior were promoted through the teaching of emotional regulation, coping, problem solving and assertiveness skills. This intervention was carried out in the context of the COVID-19 pandemic, through group video calls. Suicide risk was found to decrease in two participants, who started with an elevated risk and concluded with no risk. In addition, clinically significant changes were observed in participants' emotional regulation and coping. It is concluded that group interventions aimed at promoting protective factors against suicide risk may be useful to prevent such behavior, but further research is required to evaluate their effectiveness. The purpose of this work was to provide evidence for clinical research on suicidal behavior, especially those that take advantage of technological and internet resources to have a greater reach.

Keywords: adolescents, suicidal behavior, protective factors, group intervention, telepsychology.

Introducción

En México, como en el mundo, el suicidio es un grave problema de salud pública. En nuestro país, en promedio, cada día 17 personas se quitan la vida (INEGI, 2017), lo cual no solo es una tragedia para sus familias y seres queridos, sino también para nuestra sociedad. Este problema es especialmente alarmante en los adolescentes y jóvenes de todo el mundo, pues constituye la segunda causa de muerte entre personas de 15 y 29 años, y en algunos países esta tendencia ha ido en aumento (OMS, 2019).

La adolescencia, al ser una etapa de cambios físicos, psicológicos y sociales, puede ser experimentada por los jóvenes como altamente estresante. Si a esto se le suman diversos factores de riesgo, como un entorno familiar inestable, experiencias de violencia o abuso, consumo de drogas o la exposición al suicidio de un ser cercano, por mencionar algunos, los adolescentes pueden llegar a considerar el suicidio como una salida ante sus problemas, o un medio para terminar con su sufrimiento.

Afortunadamente, las muertes por suicidio se pueden prevenir, lo cual requiere de una mayor sensibilización en diversos sectores de la sociedad. El presente trabajo expone los resultados de una propuesta de intervención grupal con adolescentes que presentan riesgo de suicidio, en la cual se promovieron factores protectores contra el comportamiento suicida. Dicha intervención se realizó en el contexto de la pandemia por COVID-19, a través de videollamadas con los participantes.

En los siguientes capítulos, se aborda la etapa de la adolescencia con sus respectivos cambios en el desarrollo. Se brinda un panorama de los problemas de salud mental de las y los adolescentes y jóvenes del país, así como las barreras que existen en su atención. Se describen los factores de

riesgo que favorecen la aparición del comportamiento suicida en adolescentes, así como las estrategias de prevención y los tratamientos basados en evidencia científica. Finalmente, se incluye una propuesta de intervención grupal basada en la enseñanza de habilidades de regulación emocional, solución de problemas, afrontamiento y comunicación asertiva, la cual tiene como objetivo central reducir el riesgo de suicidio.

Una sola muerte por suicidio es lamentable y dolorosa. La posibilidad de prevenirla está en todos nosotros, profesionales, familiares, amigos y profesores.

Capítulo 1. Adolescencia y salud mental

La adolescencia es una de las mejores etapas de la vida. La mayoría de las funciones, tanto físicas como psicológicas, están en plenitud: fuerza, reflejos, rapidez, memoria, entre otras. Es cuando disfrutamos más de nuestro cuerpo y sus movimientos, cuando la comida sabe mejor, los olores son más profundos, la música es más bonita y el amor más real. Es durante la adolescencia cuando las ideas nuevas, el arte y las creencias tienen un mayor impacto en nuestra imaginación (Rivero y Fierro, 2005, p. 20).

La palabra adolescencia proviene del latín *adolescencia*, del verbo *adoleo*, que significa “crecer, desarrollarse, ir en aumento”. En este sentido, la adolescencia es una etapa de desarrollo, la cual se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; se inicia con la pubertad, aspecto puramente orgánico, y termina alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completan el crecimiento y el desarrollo físico, así como la maduración psicosocial (Güemes-Hidalgo et al., 2017, p. 234).

Si bien la adolescencia se sitúa aproximadamente en la segunda década de la vida, esta etapa comprende un periodo de tiempo impreciso, ya que su duración ha ido aumentando en los últimos años debido al comienzo más precoz de la pubertad y a la prolongación del periodo de formación escolar y profesional (Güemes-Hidalgo et al., 2017). Por ello, es de gran importancia tener como referencia a un organismo internacional como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual define a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos (OMS, 2020).

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Así, se han registrado durante el siglo pasado muchos cambios en relación con esta etapa vital, tales como el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad de matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales (OMS, 2020).

Como bien lo señalan Güemes-Hidalgo et al. (2017), la adolescencia no es un proceso continuo, sincrónico y uniforme, sino que más bien cada adolescente lleva su propio ritmo madurativo en los ámbitos biológico, intelectual, emocional y social, los cuales, a su vez, pueden verse influidos en momentos de estrés. Estos mismos autores distinguen tres etapas de la adolescencia que se solapan entre sí:

- Adolescencia inicial. Abarca aproximadamente desde los 10 a los 13 años, y se caracteriza fundamentalmente por los cambios puberales.
- Adolescencia media. Comprende de los 14 a los 17 años y se caracteriza, sobre todo, por conflictos familiares, debido a la relevancia que adquiere el grupo; es en esta época cuando pueden iniciarse con más probabilidad las conductas de riesgo.
- Adolescencia tardía. Abarca desde los 18 hasta los 21 años y se caracteriza por la reaceptación de los valores paternos y por la asunción de tareas y responsabilidades propias de la madurez.

Durante esta época de la vida, se logra un importante crecimiento y desarrollo físico y se alcanzan los objetivos psicosociales necesarios en la evolución del joven a la edad

adulta como son: lograr la independencia, aceptar su imagen corporal, establecer relaciones con los amigos y lograr su identidad (Güemes-Hidalgo et al., 2017, p. 234).

Curiosamente, los adolescentes no han gozado de muy buena fama ya desde periodos remotos de nuestra sociedad, aunque posiblemente sea la adaptación a esta sociedad “moderna” lo que contribuya a esa mala prensa (Rivero y Fierro, 2005). Se ha asumido, por ejemplo, que la adolescencia es un periodo de extrema inestabilidad y turbulencia emocional, de ruptura total con lo anterior, de pensamiento irracional e incluso una etapa de “psicosis normal” y disarmonía generacional. Lo cierto es que la gran mayoría de los adolescentes superan esta fase sin problemas (Güemes-Hidalgo et al., 2017).

Gracias a los trabajos de Giedd (2004), se sabe que entre los 25 a 30 años se alcanza el desarrollo completo de los mecanismos neurofisiológicos de la corteza prefrontal, con lo cual se adquiere la capacidad para discernir lo que conviene hacer: la maduración definitiva. Esto explica la implicación del joven, hasta ese momento, en conductas de riesgo. A diferencia del adulto, que tiene el lóbulo frontal totalmente desarrollado (conexión de la parte emocional con la racional, originando una respuesta adecuada), un adolescente puede dejarse llevar por el primer impulso emocional de ira (amígdala) ante un compañero que le insulta y empezar una pelea o adoptar diferentes conductas de riesgo (Güemes-Hidalgo et al., 2017).

En definitiva, esta etapa se caracteriza por un desarrollo emocional progresivo más que por una ruptura con lo anterior; por la inestabilidad emocional más que por un trastorno; y por la formación gradual de la identidad, más que por una crisis de incapacidad y armonía generacional. Si no se tiene en cuenta que estas creencias no son ciertas, se corre el riesgo de no identificar a tiempo lo que realmente es patológico, evitando el tratamiento adecuado lo antes posible (Güemes-Hidalgo et al., 2017, p. 235).

Cambios físicos, psicológicos y sociales de la adolescencia

La pubertad es el conjunto de cambios físicos que ocurren entre la infancia y la edad adulta (Rivero y Fierro, 2005). Dichos cambios físicos consisten en una aceleración y desaceleración del crecimiento, cambios de la composición corporal con el desarrollo de órganos y sistemas, adquisición de la masa ósea, así como la maduración sexual (gónadas, órganos reproductores y caracteres sexuales secundarios) (Güemes-Hidalgo et al., 2017).

Es importante mencionar que el comienzo y la progresión de la pubertad varían de un adolescente a otro, con un amplio rango de normalidad. Además, desde hace unos 150 años la pubertad se ha iniciado a edades cada vez más tempranas, habiéndose adelantado 3 a 4 meses por decenio. No obstante, se sabe que el 95% de las niñas inicia la pubertad entre los 8.5 y los 13 años, y el 95% de los niños entre los 9.5 y los 14 años (Rivero y Fierro, 2005).

El desarrollo de los adolescentes puede ser descrito con base en las tres etapas madurativas anteriormente descritas: adolescencia temprana, media y tardía. Es a lo largo de este periodo de tiempo que los adolescentes consiguen la independencia de los padres, la adaptación al grupo, la aceptación de su nueva imagen corporal y el establecimiento de la propia identidad, sexual, moral y vocacional (Rivero y Fierro, 2005).

Cambios en la adolescencia temprana (10 a 13 años)

Esta fase se caracteriza por el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Al cambiar la imagen corporal de los adolescentes, se genera en ellos una gran preocupación y curiosidad por dichos cambios, la cual puede ser disipada por sus iguales si se muestra aceptación entre compañeros de la misma edad y sexo. Se comparan a menudo con otros jóvenes, y experimentan un creciente interés sobre la anatomía y fisiología sexual. Los

contactos con el sexo contrario se inician de forma “exploratoria” (Rivero y Fierro, 2005; Güemes-Hidalgo et al., 2017).

Los amigos del propio sexo se vuelven más importantes, y sus opiniones adquieren gran relevancia, en detrimento de las de los padres. Esto puede suponer un estímulo favorable para los adolescentes si se estimula su interés en deportes, aficiones, arte, música, lectura u otras actividades; en cambio, puede ser un estímulo desfavorable si se le aproxima al alcohol, drogas o conductas de riesgo (Güemes-Hidalgo et al., 2017).

En el ámbito familiar, se inician los primeros intentos de modular los límites de la independencia y de reclamar su propia intimidad, pero sin crear grandes conflictos familiares (Rivero y Fierro, 2005). Existe un menor interés en las actividades paternas y un mayor recelo a la hora de aceptar sus consejos o críticas. Se produce un vacío emocional que puede crear problemas de comportamiento, en ocasiones manifestado por una disminución del rendimiento escolar. El comportamiento y el humor son inestables (Güemes-Hidalgo et al., 2017).

El pensamiento de los adolescentes en esta fase es todavía de tipo concreto, por lo cual no perciben las implicaciones futuras de sus actos y decisiones presentes. Pueden sentir que son observados por una gran audiencia imaginaria, provocando que muchas de sus acciones estén moduladas por ese sentimiento. Su orientación es existencialista, narcisista y pueden ser altamente egoístas (Rivero y Fierro, 2005).

Cambios en la adolescencia media (14 a 17 años)

Para este entonces, el crecimiento y la maduración sexual de los adolescentes prácticamente ha finalizado; además, han alcanzado el mayor progreso de su talla adulta y los cambios se vuelven más lentos, lo que permite reestablecer su imagen corporal (Rivero y Fierro, 2005). Es en esta fase,

los adolescentes llegan a aceptar su propio cuerpo, con intentos de hacerlo más atractivo. Sin embargo, algunas veces pueden aparecer trastornos alimentarios debido a la influencia social (Güemes-Hidalgo et al., 2017).

Si bien su pensamiento sigue siendo concreto durante periodos variables, y sobre todo en momentos de estrés, los adolescentes han desarrollado la capacidad de utilizar el pensamiento abstracto, lo cual les permite interesarse por temas idealistas o incluso sumergirse en una discusión por el mero placer de intercambiar ideas. Son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones, aunque su aplicación sea variable (Rivero y Fierro, 2005).

Además, han desarrollado más su creatividad y tienen una mayor capacidad para examinar los sentimientos de los demás; sus aspiraciones son menos idealistas, ya que reconocen sus limitaciones y esto puede hacerles sentir baja autoestima o incluso desarrollar depresión (Güemes-Hidalgo et al., 2017).

En esta fase, los adolescentes también pueden experimentar una sensación de omnipotencia e invulnerabilidad, lo cual los puede llevar a creer que a ellos no les ocurrirá ningún percance. Experimentar esta sensación facilita los comportamientos de riesgo, tales como accidentes, consumo de alcohol o drogas, infecciones de transmisión sexual, embarazos, comportamientos suicidas, entre otros; los cuales a su vez conllevan a la morbilidad de este periodo de vida y pueden determinar parte de las patologías posteriores en la etapa adulta (Rivero y Fierro, 2005; Güemes-Hidalgo et al., 2017).

Los adolescentes buscan tener el control de su vida, y el grupo de iguales adquiere una gran importancia para ellos, pues les permiten afirmar su autoimagen y definir el código de conducta para lograr la emancipación. En dichos grupos se dictan las normas de vestir, hablar y comportarse,

y las opiniones de amigos se vuelven más importantes que las de los padres. No obstante, se sigue teniendo a los padres como referencia y sus opiniones les dan estabilidad (Rivero y Fierro, 2005).

La importancia de pertenecer a un grupo es muy alta, de modo que un adolescente que se sienta solo puede incluirse en grupos marginales, incluso si estos favorecen comportamientos de riesgo, lo que a su vez compromete su maduración normal (Rivero y Fierro, 2005).

Por otro lado, las relaciones con el sexo opuesto son más plurales, ya sea por el afán narcisista que experimentan los adolescentes de comprobar su capacidad de atraer al otro, o bien porque las fantasías románticas están en pleno auge (Rivero y Fierro, 2005).

Cambios en la adolescencia tardía (17 a 21 años)

Al llegar a esta fase, los adolescentes ya son físicamente maduros y su crecimiento ha terminado. Se espera que su pensamiento abstracto esté plenamente establecido, lo que les permite estar orientados a futuro y ser capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos (Rivero y Fierro, 2005).

Es en esta fase que los adolescentes delimitan sus valores morales, religiosos y sexuales, y establecen su capacidad para comprometerse y poner límites. Sus objetivos vocacionales son prácticos y realistas, lo cual facilita que se de la independencia económica (Güemes-Hidalgo et al., 2017).

Las relaciones familiares son de adulto a adulto y los adolescentes dan mayor importancia a las relaciones individuales de amistad que al grupo. En el ámbito sentimental, las relaciones que forjan son estables y capaces de reciprocidad y cariño, e incluso, puede que en esta fase algunos adolescentes comiencen a planificar una vida en común, como familia, matrimonio y proyectos a futuro (Rivero y Fierro, 2005).

Salud mental de los adolescentes

Los adolescentes constituyen un subgrupo poblacional muy importante desde la perspectiva de la salud pública, no solo por su número, capacidad reproductiva y poder adquisitivo, sino también porque su estado de salud, su comportamiento y sus hábitos actuales tendrán una enorme repercusión en su estilo de vida y su salud futura (Güemes-Hidalgo et al., 2017, p. 234).

De acuerdo con la OMS (2019), alrededor de la mitad de los trastornos mentales comienzan antes de los 14 años, y se estima que, en el mundo, entre 10% y 20% de los adolescentes padecen alguna enfermedad mental, pero estas no se diagnostican ni tratan adecuadamente. En este sentido, se debe brindar especial atención a la salud mental de los adolescentes, ya que es en esta etapa de vida en la que los trastornos mentales suelen hacer su aparición y es un momento crucial para ser debidamente tratados.

Los estudios de psicopatología del desarrollo han mostrado que algunos problemas y trastornos iniciados en la niñez persisten hasta la edad adulta y se asocian con otros trastornos psiquiátricos. Un número considerable de problemas mentales como el autismo, la esquizofrenia infantil, la depresión, los trastornos degenerativos, la enfermedad maniaco-depresiva, las manías, la ansiedad de separación, el comportamiento suicida, los trastornos somáticos, el trastorno de identidad, entre otros, pueden presentarse en la infancia. Además, durante la adolescencia, otros trastornos como los ocasionados por el uso y abuso de sustancias, favorecen conductas de riesgo (Caraveo-Anduaga et al., 2002; Merck Sharp y Dohme, 2005, como se citó en Zamora-Carmona, 2013).

En particular, la depresión es una de las principales causas de enfermedad y discapacidad entre adolescentes a nivel mundial y constituye una de las principales causas de morbilidad en los jóvenes (en años de vida ajustados en función de la discapacidad). Paralelamente, el suicidio

constituye la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años; cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, lo que implica que cada 40 segundos una persona se quita la vida (OMS, 2019).

Para la OMS (2019), es esencial promover el bienestar psicológico de los adolescentes y protegerlos de experiencias adversas y factores de riesgo que puedan afectar el desarrollo de su potencial. El no abordar los trastornos mentales de los adolescentes tiene consecuencias que se extienden hasta la edad adulta, que afectan tanto a la salud física como a la mental y limitan las oportunidades de llevar una vida adulta satisfactoria.

No obstante, a pesar de conocer esta realidad, la salud mental no ha sido debidamente considerada por los gobiernos del mundo. En todos los países existen brechas que limitan la atención de las necesidades de salud mental de niños, adolescentes y jóvenes; la prestación de servicios clínicos adecuados es esencial para la superación de estas barreras (Zamora-Carmona, 2013).

La OMS, a través del Atlas de Salud Mental de los Niños y Adolescentes (2005), detectó como las principales problemáticas: 1) la falta de medios de transporte para acceder a los servicios, dificultad que aunque se presenta en mayor medida en medios rurales, también existe en los entornos urbanos; 2) los limitados recursos financieros que se destinan a los servicios de salud mental, situación que se presenta de manera universal y 3) el estigma presente en todos los niveles de la sociedad, el cual involucra a niños y niñas, adolescentes, familias y proveedores de servicios.

La disponibilidad de servicios médicos también es un elemento decisivo en la asistencia a la salud mental para niños y adolescentes. El número y el tipo de profesionales en esta rama son insuficientes para satisfacer los servicios requeridos, sobre todo en los países de bajos ingresos; lo

cual confirma una realidad que es conocida; fuera de los países desarrollados, son muy pocos los psiquiatras y el personal especializado en niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales (OMS, 2005).

Barreras para la atención de la salud mental de los adolescentes en México

En el ámbito de la salud, el bienestar físico y mental debería ser una prioridad. No obstante, en México existen limitantes importantes en la atención a la salud mental, como el estigma social que prevalece hacia las enfermedades mentales, la discriminación, la violación a los derechos humanos de las personas afectadas por estos trastornos, el limitado número de servicios clínicos a los que se puede acceder, la falta de servicios de salud especializados y la tendencia de los gobiernos a omitir esta realidad (Zamora-Carmona, 2013, p. 163).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2018, en México residen 13.7 millones de adolescentes de 12 a 17 años, de los cuales 6.7 millones son hombres y 6.5 millones mujeres, representando así 34.5% de la población total de menores de 18 años en el país. Los datos muestran que 26% de esta población habita en zonas rurales y 74% en zonas urbanas o semiurbanas (INEGI, 2019).

En el año 2005, como parte de la iniciativa de la Salud Mental Mundial de la OMS, se llevó a cabo la Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes, con población de la Ciudad de México y el área metropolitana. En esta, se encontró que alrededor de la mitad de los adolescentes (51.3%) cumplieron criterios para algún trastorno mental alguna vez en la vida. Las fobias, tanto la específica, como la social, eran los trastornos más frecuentes, seguidas de los trastornos de ansiedad, impulsividad, afectivos y por consumo de sustancias (Benjet et al., 2009).

Si bien en México existen acciones y políticas gubernamentales orientadas a la salud mental, así como unidades que brindan atención psiquiátrica, el acceso y los servicios de atención son limitados por la poca disponibilidad existente y la ubicación geográfica de los centros. Esta problemática se acentúa en los servicios ofrecidos a la población infanto-juvenil con trastornos mentales (Zamora-Carmona, 2013, p. 164).

Zamora-Carmona (2013) identifica tres limitantes importantes en la atención de la salud mental de las personas en México. En primer lugar, el número de profesionales de la salud mental es insuficiente para atender las necesidades de la población. En un estudio realizado por Lara et al. (2011) sobre el papel de la psiquiatría en México, se encontró que, con excepción de la Ciudad de México, en el resto del país el número de psiquiatras por número de habitantes es inferior a la media mundial de 3.96 por cada 100 mil habitantes. En promedio, hay 1.3 psiquiatras por cada 100 mil habitantes y en 22 Estados (de los 32 que hay en nuestro país), hay menos de un psiquiatra por cada 100 mil habitantes.

En segundo lugar, la disponibilidad y el acceso a los servicios generales de salud es deficiente e insuficiente. De acuerdo con datos del INEGI (2012), en nuestro país, en 2010, de la población total, 33.8% no contaba con derechohabencia a los servicios de salud, y de estos, 58.7%, es decir, poco más de 22 millones, son niños, adolescentes y jóvenes de 0 a 29 años. Del total de personas detectadas con limitaciones mentales, 39.4 % no cuentan con derechohabencia a los servicios de salud, lo cual repercute no solo en el tratamiento requerido que pudieran recibir, sino también la atención a cualquiera otra enfermedad y en la necesidad del pago de pensiones por discapacidad mental (Zamora-Carmona, 2013).

Aunado a la poca disponibilidad de recursos y servicios de salud mental para niños, niñas y jóvenes mexicanos, el acceso a estos tiende a ser complejo. De acuerdo con Benjet (2009), para

que un menor de edad pueda ser internado, debe contar con el consentimiento de su madre o padre, haber sido diagnosticado con el trastorno, saber dónde puede ser atendido y, en múltiples ocasiones, debe pagar por el servicio.

La limitada cobertura de atención para los trastornos mentales es un factor que en parte contribuye al destacado lugar que ocupan estos problemas. La cobertura efectiva, definida como “la fracción de ganancia potencial en salud”, que el sistema mexicano de salud aporta a través de una intervención disponible por medio de sistemas de seguridad social o de un “seguro popular” recientemente establecido, es alta para la salud materno infantil (89%) y baja para las enfermedades no transmisibles y las lesiones, en las que solo alcanza 32% (Secretaría de Salud, 2007 como se citó en Medina-Mora, 2009). Esta estimación no abarca la atención de los trastornos mentales, entre ellos el abuso de sustancias.

Por último, una tercera dificultad relacionada con los servicios de salud mental radica en que la población tiende a no solicitar la ayuda que está disponible. Esto puede deberse, por una parte, al miedo experimentado por el estigma de la atención psiquiátrica o el desconocimiento de los beneficios de la misma; y por otra, a la falta de coincidencia entre las necesidades percibidas por la población y el tipo de ayuda que ofrecen los servicios (Zamora-Carmona, 2013).

En relación con este último punto, Caraveo-Anduaga et al. (2002) señalan que hay una menor percepción de la necesidad de atención en salud mental para los menores y que la búsqueda formal de ayuda es todavía escasa. Esto podría deberse a que el malestar puede ser sentido y expresado, pero es con el paso del tiempo que se convierte en una necesidad de ayuda para el adulto que convive con menores. De igual forma, los problemas de atención y conducta de los menores pueden ser identificados equivocadamente como problemas de disciplina y, consecuentemente, ser objeto de diversas medidas “correctivas” que podrían devenir en maltrato y complicar el problema.

Por su parte, Villatoro et al. (2004) señalan que el uso de servicios de salud mental está relacionado con la severidad del trastorno y el nivel educativo de los padres. Esto es especialmente importante, ya que sugiere un potencial aumento del uso de servicios a través de campañas educativas sobre trastornos mentales dirigidas a los padres de familia y la comunidad en general. No obstante, cualquier campaña educativa para aumentar el uso de servicios de salud mental tendría que acompañarse de la disponibilidad de estos; de lo contrario, esto implicaría una falta de ética al despertar una necesidad a la que no se puede brindar atención (como se citó en Benjet et al., 2009).

Promoción y prevención de la salud mental en adolescentes. Como se describió anteriormente, existen muchos obstáculos que perjudican la atención de la salud mental de los adolescentes y jóvenes, lo que a su vez representa un desafío para la salud pública de los distintos gobiernos del mundo. Cuando los adolescentes con algún problema mental o de comportamiento no reciben asistencia, se generan diversos problemas que pueden determinar parte de las patologías posteriores en la etapa adulta. Por esta razón, las necesidades de salud mental deben ser tomadas en cuenta desde etapas muy tempranas, llevando a cabo medidas preventivas, así como intervenciones especializadas que eviten el agravamiento y progresión de los trastornos mentales.

Como lo señala el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés), si se quiere lograr una prevención y asistencia eficaces, es esencial que exista una mayor conciencia pública sobre los problemas de salud mental y un respaldo social general a los adolescentes. La salvaguarda de la salud mental del adolescente comienza con los progenitores, las familias, la escuela y las comunidades. Si se educa en materia de salud mental a estas importantes partes interesadas, es posible ayudar a que los adolescentes aumenten sus capacidades sociales, mejoren su aptitud para resolver problemas y ganen seguridad en sí mismos, lo que a su

vez puede aliviar los problemas de salud mental y evitar comportamientos arriesgados y violentos (UNICEF, 2011).

De igual forma, el reconocimiento temprano de desarreglos emocionales y la prestación de ayuda psicológica a cargo de personal especializado (no necesariamente trabajadores de la salud) pueden mitigar los efectos de los problemas mentales. Algunos ejemplos de los medios o recursos que contribuyen a lograr este objetivo son los programas psicopedagógicos en las escuelas, el asesoramiento de apoyo y las terapias psicológicas basadas en evidencia, todos ellos, sistemas eficaces a la hora de manejar la salud mental de los adolescentes (UNICEF, 2011).

La OMS (2019) señala que las intervenciones de salud mental de los adolescentes deben estar orientadas a fortalecer su capacidad para regular sus emociones, potenciar las alternativas a los comportamientos de riesgo, desarrollar la resiliencia ante situaciones difíciles o adversidades y promover entornos y redes sociales favorables. Dichos programas requieren de un enfoque que abarque múltiples niveles y varias plataformas de difusión, por ejemplo, los medios digitales, los entornos de atención médica o social, las escuelas o la comunidad, así como diversas estrategias para llegar a los adolescentes, en especial a los más vulnerables.

En síntesis, la promoción de la salud mental de los adolescentes debe partir del reconocimiento de los problemas y necesidades que se presentan en esta etapa de vida. Así mismo, se debe involucrar a las personas que son importantes para el desarrollo del adolescente, utilizando para ello los medios y las herramientas disponibles. Uno de los principales problemas de salud mental que se ha observado en la adolescencia es el comportamiento suicida, sobre el cual las investigaciones han ido en aumento y los profesionales de salud han prestado mayor atención.

Capítulo 2. Suicidio en adolescentes

El suicidio es un fenómeno que ha existido a lo largo de la historia y ha estado presente en diversas culturas. Desde luego, los puntos de vista y las consideraciones hacia el suicidio, la aceptación de éste e incluso la forma de ser llevado a cabo varían enormemente a lo largo del tiempo y del espacio, dependiendo de la influencia de los factores culturales de cada sociedad (Mesones, 2014, p. 35).

La palabra suicidio proviene del latín *sui*, de sí mismo, y *caedere*, matar, y fue creada por Pierre François Guyot Desfontaines (1685-1745) para designar “el acto mediante el cual una persona se quita voluntariamente la vida”. Desde su incorporación conceptual hasta hoy, los distintos autores le han concedido muy diversas interpretaciones y conceptos, y sigue siendo un asunto discutido, sobre todo en cuanto a la intencionalidad del resultado de la propia muerte (Mesones, 2014).

En este sentido, no existe una nomenclatura universal para referirse a la conducta suicida. Una nomenclatura es un conjunto de términos comúnmente comprensibles, ampliamente aceptables y entendidos que definen los fenómenos clínicos básicos del suicidio y las conductas asociadas al suicidio, y está basado en un conjunto lógico y mínimo de elementos, componentes necesarios que tienen utilidad (que pueden ser aplicados). El propósito de una nomenclatura es facilitar la comunicación entre clínicos, investigadores y profesionales de la salud pública al proporcionar términos que puedan aplicarse en diferentes entornos y poblaciones (Silverman, 2006, p. 520).

A pesar de que no se ha podido conformar un lenguaje universal para abordar la conducta suicida, 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).

O' Carroll et al. (1996) destacan algunos de los conceptos relacionados con el comportamiento suicida:

- Suicidio: muerte provocada por herida, envenenamiento o asfixia en donde hay evidencia (implícita o explícita) de que la herida fue autoinfligida y que la persona tenía la intención de terminar con su vida. Las principales características de esta definición con las que se distingue la muerte por suicidio, de otras razones de muertes, son que es autoinfligida e intencional.
- Intento suicida: consiste en comportamientos autolesivos cuyo resultado no es fatal y para los cuales 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.

Anseán (2014) incluye dentro de su propia nomenclatura el concepto de *planificación suicida*, que hace referencia a ideas y conductas organizadas y premeditadas para cometer un acto suicida. Esta premeditación generalmente implica la utilización de un método para quitarse la vida.

Muchas de las definiciones que existen del suicidio están teóricamente unidas, representando perspectivas de la sociología, psiquiatría, psicología, salud pública y filosofía, entre otras. Silverman (2006) hizo una recopilación de las más comunes, referidas por diversos autores, que se utilizan tanto para la investigación como para la práctica clínica:

- Émile Durkheim (1897/1951): 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): 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 o ser asesinado.
- Edwin S. Shneidman (1968): 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.
- Jean Baechler (1975): Todo comportamiento que busca y encuentra la solución a un problema existencial atentando contra la vida del sujeto.
- Organización Mundial de la Salud (1986): Acto deliberado de quitarse la vida, iniciado y mantenido por la persona interesada con pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal.
- Joseph H. Davis (1988): Acto intencional y autoinfligido que amenaza la vida de un individuo que no tiene el deseo o la motivación para seguir viviendo. Destaca dos componentes básicos: la letalidad y la intencionalidad.
- Mark L. Rosenberg (1988): Muerte que surge de un acto infligido a uno mismo con la intención de matarse a sí mismo.
- Centro de Control de Enfermedades (OCDC, por sus siglas en inglés, 1988): Muerte por lesión, envenenamiento o asfixia donde hay evidencia (ya sea explícita o implícita) de que la lesión fue infligida por sí mismo y que el difunto tenía la intención de suicidarse.

- Morton Silverman y R. Maris (1995) El suicidio no es una enfermedad sino una muerte provocada por actos o comportamientos intencionales y autoinfligidos.
- Diego DeLeo et al. (2004): Acto con resultados fatales iniciado y mantenido por una persona, sabiendo o deseando que este fuera el resultado.

Góngora (2019) señala que, 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. Estas 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 (p. 57).

A pesar del entendimiento que se ha logrado en torno al comportamiento suicida a través de años de investigación, hoy en día todavía existen una serie de creencias erróneas alrededor de este fenómeno, por ejemplo, que el suicidio no es un problema importante en el mundo, que todo el que se suicida quiere morir y que nada se puede hacer para prevenir que ocurra, porque “el que lo dice, no lo hace”. Lamentablemente, todas estas ideas y algunas otras más dificultan el hecho de que se pueda lograr un entendimiento claro sobre esta problemática y tomar acciones que nos permitan afrontarla.

¿Qué es lo que lleva a muchas personas a quitarse la vida? Para algunas personas puede ser difícil de entender, sobre todo si no se han visto aprisionadas por un trastorno depresivo, o una desregulación emocional que las lleva a cometer actos impulsivos; pero una persona suicida tiene tanto dolor o malestar emocional que es muy probable que no vea otra alternativa. De acuerdo con Robles (2014), el suicidio es un intento desesperado de escapar del sufrimiento que llega a ser

intolerable e insoportable. Inmersas en sus sentimientos de autodesprecio, desesperanza y soledad, algunas personas no pueden ver ningún modo de encontrar alivio excepto con la muerte. Pero, a pesar de su deseo de detener el sufrimiento, la mayoría de los suicidas están en un conflicto profundo sobre acabar con su propia existencia. Desean una alternativa al suicidio, pero no pueden ver otra salida.

El suicidio es un fenómeno complejo que emerge de la interacción dinámica de factores de índole biológica, psicológica y sociocultural, entre otros. En este sentido, el comportamiento suicida surge como resultado de cierta predisposición, la historia de aprendizaje de las personas, situaciones precipitantes y una falta de habilidades de afrontamiento. No obstante, el suicidio no es solo un acto individual, pues las circunstancias sociales, económicas y las diferencias culturales también contribuyen a la conducta suicida (Robles, 2014)

Como bien lo señalan Jiménez-Ornelas y Cardiel-Téllez (2013), “el suicidio no se trata [exclusivamente] de una decisión personal privada, sino de un fenómeno social que obedece a ciertos factores socioculturales presentes en toda sociedad y que influyen de manera directa en la conducta suicida” (p. 207).

Gracias a sus reflexiones y hallazgos, el trabajo sociológico de Émile Durkheim es considerado un pilar en el estudio y entendimiento de dicho comportamiento. En su obra *El suicidio* (1897), lo define como “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la misma víctima, sabiendo ella que debía producir ese resultado” (como se citó en Jiménez-Ornellas y Cardiel-Tellez, 2013).

Para Émile Durkheim, los suicidios están provocados por causas esencialmente sociales. En consecuencia, las tendencias suicidas no parten del individuo, sino de la sociedad a la que

pertenece. Precursor del modelo de vulnerabilidad o de diátesis-estrés que surgiría con posterioridad a él, admite la existencia de una predisposición individual, probablemente de naturaleza biológica, que le hace psicológicamente más vulnerable a los acontecimientos y condiciones eternas. Pero finalmente, son las sociedades en las que se mueven los individuos las que crean las condiciones para que aparezcan o no estas conductas (Mesones, 2014, p. 47).

Durkheim partía de una premisa básica: si el suicidio se debiese a cuestiones individuales, este fenómeno se produciría de manera similar entre las diferentes sociedades y culturales, y en los diferentes momentos en una misma sociedad. Al no ser así, el suicidio es precisamente la respuesta individual (según la vulnerabilidad de cada cual) de las diferencias entre sociedades o ciclos más o menos suicidógenos. No obstante, sus aportaciones sociológicas no tendrían mayor repercusión en el futuro, ya que durante el siglo XX dominaría la concepción psicopatológica del individuo (Mesones, 2014, p. 47).

Actualmente existe más información sobre las cifras de muertes por suicidio a través de los años y en diferentes partes del mundo, lo cual pone en evidencia que se trata de un problema de salud pública y que este fenómeno no debe ser estudiado sin tomar en consideración el contexto de las personas que mueren por esta causa, así como las variables sociales y demográficas que tienen relación con el comportamiento suicida.

Epidemiología del suicidio

El suicidio repercute en las poblaciones más vulnerables del mundo y es muy frecuente en grupos marginados y discriminados de la sociedad. Es un grave problema de salud pública, no solo en los países desarrollados; de hecho, la mayoría de los suicidios se cometen en países de ingresos

bajos y medianos donde los recursos y servicios, si los hay, suelen ser escasos y limitados para la identificación temprana, el tratamiento y el apoyo a las personas necesitadas (OMS, 2014).

En el 2012 se registraron en el mundo unas 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, normalizada según la edad de 11.4 por cada 100 000 habitantes (15 por cada 100 000 en el grupo de hombres y 8 por cada 100 000 en el grupo de mujeres). Sin embargo, como el suicidio es un asunto delicado e incluso ilegal en algunos países, es probable que no todas las muertes por suicidio sean reportadas de esta forma (OMS, 2014).

En los países ricos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la razón hombre: mujer es mucho menor, de 1.5 hombres por cada mujer. A nivel mundial, los suicidios representan 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y 71% entre mujeres (OMS, 2014).

Con respecto a la edad, las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 años o más en ambos sexos en casi todas las regiones del mundo. En algunos países las tasas de suicidio son más elevadas entre jóvenes, y a nivel mundial el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años (OMS, 2014).

El suicidio en México

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en México, en el año 2017 se registraron 6 559 suicidios, lo que significa que, en promedio, 18 personas se quitaron la vida cada día. Con ello, la tasa de suicidios de 2017 es de 5.2 fallecimientos por cada 100 000 habitantes (INEGI, 2019).

Las tendencias actuales en México muestran que los jóvenes, y en particular los adolescentes, presentan un elevado riesgo de morir por suicidio y de realizar intentos de suicidio (Borges et al.,

2010). Si bien en el año 2017 el suicidio ocupó el lugar número 22 de las principales causas de muerte para la población total, en el grupo de 15 a 29 años constituyó la segunda causa de muerte (INEGI, 2019).

Con respecto al sexo de las personas fallecidas por suicidio, la tendencia ha sido más pronunciada en los hombres que en las mujeres; de esta forma, la tasa de suicidio en 2017 para ellos fue de 8.7 por cada 100 000 hombres, mientras que para ellas fue de 1.9 por cada 100,000 mujeres. Sin embargo, en el caso de las mujeres, el grupo de 15 a 19 años presenta la tasa de suicidio más alta con cuatro suicidios por cada 100 000 mujeres; en los hombres, sobresale el grupo de 20 a 24 años con una tasa de 15 suicidios por cada 100 000 jóvenes de esas edades (INEGI, 2019).

Lo anterior sugiere que son los adolescentes y jóvenes quienes presentan mayor vulnerabilidad a tener comportamientos suicidas, lo cual diversos autores señalan que puede deberse a ciertas circunstancias biológicas, psicológicas y sociales que experimentan durante estas etapas de vida, y que conllevan mayores dificultades emocionales (INEGI, 2019).

Comportamiento suicida en adolescentes. La adolescencia es una etapa compleja de la vida que puede facilitar el comportamiento suicida por varios motivos: una cierta propensión a tener estados depresivos, un cúmulo de cambios psicológicos y corporales que pueden poner a los adolescentes en una situación de cierto descontrol y focalizar hacia ellos sus tendencias agresivas y destructivas, y una tendencia a reaccionar impulsivamente actuando, más que razonando, ante las situaciones que les frustran, decepcionan o les hacen sufrir (Sánchez et al., 2013, p. 145).

Según las estimaciones de la OMS, fallecen anualmente por suicidio un millón de personas, de las cuales 250,000 son menores de 25 años. El suicidio entre los jóvenes (15-25 años) se ha situado

entre las tres causas de muerte más frecuentes en esta etapa de vida, siendo la cifra de suicidios más elevada en el caso de los varones y más elevado el número de tentativas en el caso de las mujeres. En la franja de cinco a 14 años, el suicidio es la quinta causa de muerte. Además, hay que añadir que se están registrando suicidios a edades cada vez más tempranas (Mamajón, 2014, p. 521).

Según la Guía de la OMS para consejeros (2006), los comportamientos suicidas en niños y adolescentes a menudo involucran motivaciones complicadas (depresión, abuso de sustancias, problemas emocionales, conductuales y sociales), pérdida de relaciones románticas, la incapacidad de hacer frente a problemas académicos y tensiones en la vida y los problemas relacionados con la baja capacidad de resolución de problemas, baja autoestima y conflictos de identidad sexual y acoso escolar.

Algunas investigaciones han centrado sus esfuerzos en identificar los factores que contribuyen a que los adolescentes tengan mayor riesgo de presentar conductas suicidas. En un estudio realizado por Contreras y Cervantes (2017) con adolescentes mexicanos se encontró que aquellos que presentan mayor prevalencia del intento de suicidio son principalmente mujeres adolescentes que declararon haber sufrido una agresión o violencia en los últimos doce meses, adolescentes con rezago educativo y adolescentes que reportaron consumir alcohol o tabaco.

Factores implicados en el desarrollo de ideación y conductas suicidas en la infancia y adolescencia. Se entiende por factores de riesgo aquellas variables, circunstancias o situaciones que son potencialmente favorecedoras de que ocurra algún fenómeno. En el caso particular de la conducta suicida en la niñez o adolescencia, Mamajón (2014) describe algunos de los factores de riesgo suicida a nivel individual que se han identificado en diversas investigaciones:

- Depresión mayor. Si bien no todos los casos de depresión presentan un intento de suicidio, la presencia de sintomatología depresiva sí se considera un factor de riesgo importante, sobre todo en aquellos casos en los que el trastorno depresivo sea moderado o severo. Como lo describe Mamajón (2014), la persistencia de pensamientos de muerte o de quitarse la vida pueden tener lugar en este trastorno y conducir a la conducta suicida.
- Comorbilidad psiquiátrica y no psiquiátrica. En general, se acepta que la presencia de un trastorno mental es uno de los factores de riesgo de suicidio más importantes y que, en los estudios de suicidios consumados realizados mediante autopsia psicológica, el 90% de los sujetos padecían algún trastorno mental. No obstante, la mayoría de los pacientes que padecen una enfermedad mental no se suicidan, lo cual indica que la presencia de un trastorno psiquiátrico es una condición importante, pero insuficiente para explicar la conducta suicida (Navio y Villoria, 2014).
- Presencia de enfermedad crónica. La presencia de alguna enfermedad crónica (como diabetes mellitus, epilepsia, cáncer y obesidad) o de dolor crónico en niños y adolescentes representa una gran fuente de estrés para ellos, lo cual puede aumentar la desesperanza, y conducir a la conducta suicida (Goldson et al., 1994 como se citó en Mamajón, 2014).
- Intento de suicidio previo. En los adolescentes, el intento de suicidio previo es el factor de riesgo más importante, seguido de la depresión, trastornos de conducta y consumo de tóxicos. La mitad de los adolescentes que han protagonizado un intento han cometido al menos uno anteriormente. El 70% de los jóvenes utiliza un método similar en el siguiente intento, y el 30% cambia a un método más letal. Cuando se utiliza un método poco habitual el riesgo de recurrencia es mayor (Mamajón, 2014).

- Edad adolescente. El suicidio está considerado entre las tres principales causas de muerte entre los adolescentes de 15 a 19 años. De acuerdo con la OMS (2019) se estima que, en 2016, murieron 62 000 adolescentes como consecuencia de autolesiones. Además, más del 90% de los suicidios de adolescentes ocurrieron en países con ingresos bajos y medianos.
- Sexo masculino. Las mujeres adolescentes protagonizan más tentativas de suicidio que los varones, mientras que los varones alcanzan cifras superiores en cuanto al suicidio consumado (Mamajón, 2014). La diferencia de las tasas de intentos de suicidio y de suicidios consumados en hombres y mujeres puede explicarse por la letalidad de los métodos utilizados, ya que son los hombres quienes generalmente utilizan métodos más violentos y de mayor letalidad (Navio y Villoria, 2014).
- Factores psicológicos. Algunos de los factores psicológicos que se han asociado con más fuerza a los intentos de suicidio son: desesperanza, mecanismos de defensa desadaptativos, neuroticismo y déficit de habilidades para la resolución de problemas (Brent et al., 1993 como se citó en Mamajón, 2014).
- Impulsividad. La falta de control de impulsos es uno de los principales factores de riesgo para llevar a cabo conductas autolíticas, sobre todo en menores de 15 años (Brent et al., 1993 como se citó en Mamajón, 2014).
- Desarrollo/Madurez cognitiva. El concepto de muerte del niño y la intencionalidad del acto se constituyen junto con el desarrollo evolutivo y cognitivo de la persona. En los niños, la comprensión de la irreversibilidad de la muerte no está presente antes de los 8 años (Mamajón, 2014).
- Factores genéticos y biológicos. La disminución del ácido homovanílico (precursor de la dopamina) en el líquido cefalorraquídeo (American Academy of Child and Adolescent

Psychiatry, 2001; Council of Europe, 2008), cambios en el metabolismo de la serotonina (Greydanu y Calles, 2007; Royal New Zealand College of General Practitioners, 1999) y la presencia de polimorfismo en el gen de la triptófano hidroxilasa se han relacionado con la conducta suicida (como se citó en Mamajón, 2014).

- Antecedentes psiquiátricos y suicidios en la familia. La historia familiar del suicidio, la psicopatología y el abuso de sustancias de los padres se han asociado a las conductas suicidas (Shafii et al., 1985 como se citó en Mamajón, 2014).
- Sucesos vitales estresantes. Los niños y adolescentes son especialmente vulnerables a situaciones traumáticas. Pueden percibir y experimentar los sucesos traumáticos con un importante componente de estrés y ansiedad, lo cual puede conducir a conductas desadaptativas y a un infausto desenlace si no se interviene adecuadamente. Cabe mencionar que el 66% de los comportamientos suicidas se desencadenan tras un acontecimiento negativo que resulta estresante para el menor (Gould et al., 1996 como se citó en Mamajón, 2014).
- Aislamiento social. Las relaciones sociales pobres o deficitarias con el grupo de iguales se han asociado con una mayor conducta suicida (Evans et al., 2004 como se citó en Mamajón, 2014).
- Disfunción familiar. Vivir apartados de los padres se ha asociado a un incremento de la prevalencia del fenómeno suicida (Mamajón, 2014).
- Exposición al suicidio. La exposición a casos de suicidio cercanos o a determinado tipo de información en los medios de comunicación sobre el suicidio se ha asociado a un mayor riesgo (Thompon et al., 2000 como se citó en Mamajón, 2014). La exposición a un suicidio o comportamiento suicida de un amigo o un familiar posee el mismo valor predictivo para

un intento suicida posterior, que padecer de una depresión severa (Nanayakkara et al., 2013 como se citó en Mamajón, 2014).

- Dificultades con el grupo de iguales o con la pareja. Pobres habilidades sociales, patrones de relación desadaptativos y conductas disruptivas se han asociado a un mayor riesgo suicida. Además, la presencia de dificultades sentimentales es un factor de riesgo en mujeres adolescentes, sobre todo en las de menor edad (Steele y Doeym, 2007 como se citó en Mamajón, 2014).
- Factores culturales. Los factores asociados a la cultura adquieren una importancia capital en la conducta suicida en las minorías étnicas (Amitai y Apter, 2012 como se citó en Mamajón, 2014).
- Bajo nivel educativo. Poseer un nivel educativo por debajo de la media se asocia a un mayor riesgo de presentar fenomenología del suicidio (Guo y Harstall, 2002 como se citó en Mamajón, 2014).
- Bajo estatus socioeconómico. Pertenecer a un bajo estatus socioeconómico se asocia a mayor riesgo de presentar fenomenología suicida que pertenecer a un estatus superior. No culminar expectativas por no disponer de medios suficientes justificaría el alto grado de frustración que experimentan algunos jóvenes de esta condición (Guo y Harstall, 2002 como se citó en Mamajón, 2014).
- Rendimiento académico bajo. Obtener malas calificaciones y no cumplir con las expectativas académicas se asocia con mayor riesgo de conducta suicida (Evans, et al., 2004 como se citó en Mamajón, 2014).
- Maltrato físico y abuso sexual. Los niños sometidos a situaciones de abuso físico o sexual tienen una alta incidencia de conducta suicida (Royal New Zealand College of General

Practitioners, 1999, Evans et al., 2004, Bhatia y Bhatia, 2007 como se citó en Mamajón, 2014). Cabe mencionar que el abuso sexual también se ha asociado con otros trastornos psicopatológicos y, como lo señala Mamajón (2014), no está claro si la alta prevalencia de conducta suicida se debe al abuso en sí o a la patología.

- Orientación sexual. En los barrios donde residían minorías sexuales se han registrado tasas más elevadas de suicidabilidad que en aquellos barrios donde no existían esas minorías. Esta suicidabilidad probablemente está relacionada también con un fuerte componente estigmatizador y con crímenes de tinte homofóbico (Duncan y Hatzenbuehler, 2014 como se citó en Mamajón, 2014).
- Acoso por parte de iguales (bullying). Esta forma característica y extrema de violencia escolar se ha relacionado con conducta suicida y también con altos niveles de estrés e ideación suicida (Rivers y Noret, 2013 como se citó en Mamajón, 2014).
- Abuso de drogas. El consumo de drogas se ha asociado, sobre todo, con los intentos de suicidio en adolescentes varones mayores de 15 años (McManama et al., 2014 y Rasic et al., 2013 como se citó en Mamajón, 2014).

A su vez, la OMS (2014) señala que entre los factores de riesgo asociados con el sistema de salud y con la sociedad en general figuran las dificultades para obtener acceso a la atención de salud y recibir la asistencia necesaria, la fácil disponibilidad de los medios utilizables para suicidarse, el sensacionalismo de los medios de difusión en lo concerniente a los suicidios, que aumenta el riesgo de imitación de actos suicidas y la estigmatización de quienes buscan ayuda por comportamientos suicidas o por problemas de salud mental y de consumo de sustancias psicoactivas.

Entre los riesgos vinculados a la comunidad y las relaciones están las guerras y desastres, el estrés ocasionado por la aculturación (como entre pueblos indígenas o personas desplazadas), la discriminación, el sentido de aislamiento, el abuso físico o sexual, la violencia y las relaciones conflictivas (OMS, 2014).

Capítulo 3. Prevención y tratamiento del comportamiento suicida en adolescentes

Si bien los avances en la investigación sobre la conducta suicida han permitido identificar los factores de riesgo y de protección asociados a esta problemática, hay poca evidencia acerca de lo que funciona para la prevención del suicidio. Existen algunas intervenciones efectivas para reducir el riesgo de suicidio, las cuales se pueden dividir entre las que van dirigidas a la población general, las que van dirigidas a los grupos de riesgo, y aquellas otras que van dirigidas a personas con problemas de salud mental (Robles, 2014, p. 372).

El modelo de prevención sanitaria clásico, desde la salud pública, se divide en tres niveles según haya habido o no contacto con el agente patógeno, o según se haya contraído o no la enfermedad, con presencia o ausencia de síntomas. La prevención primaria, en consecuencia, posee un ámbito de actuación universal, sobre las poblaciones generales. La prevención secundaria está dirigida a actuaciones particulares de ciertos grupos de personas que, sin que tengan porqué estar presentes síntomas, posee un riesgo de desarrollar la enfermedad. Por último, la prevención terciaria son aquellas acciones que se realizan a nivel individual para minimizar el efecto de la enfermedad ya manifiesta y recuperar el estado previo de salud (Herrejón, 2014).

Con el tiempo, este modelo tradicional se ha ido sustituyendo por el modelo de prevención universal, selectiva e indicada, propuesto originalmente por Gordon (1983) y adaptado posteriormente al entorno de la salud mental e incluyendo al comportamiento suicida. Este modelo gira en torno a la presencia y disminución de factores de riesgo, y la ausencia o promoción de factores de protección frente a la enfermedad o el comportamiento problema (Herrejón, 2014).

En este sentido, la prevención universal del comportamiento suicida puede llevarse a cabo con población general, con la finalidad de potenciar al máximo la salud y reducir al mínimo el riesgo

de suicidio, lo cual se logra al eliminar barreras de atención a la salud mental y aumentar el acceso a la ayuda, fortalecer el apoyo social y modificar el entorno físico. La prevención selectiva está dirigida a grupos vulnerables de la población, sobre la base de características como la edad, el sexo, la situación ocupacional o los antecedentes familiares, ya que algunos individuos pueden no manifestar comportamientos suicidas en el presente, pero pueden correr un elevado riesgo biológico, psicológico o socioeconómico. Finalmente, la prevención indicada está dirigida a quienes muestren señales prematuras de potencial suicida o quienes hayan hecho un intento de suicidio (OMS, 2014).

De acuerdo con Herrejón (2014), la evidencia científica internacional en materia de prevención de la conducta suicida arroja una serie de recomendaciones a seguir a la hora de elaborar un plan o programa de prevención de la conducta suicida, las cuales incluyen:

- Limitación de acceso a medios letales.
- Mejora en el acceso a los servicios sanitarios y facilitación de apoyo a personas en riesgo de suicidio.
- Identificación, tratamiento y seguimiento adecuados de personas con depresión y otros trastornos mentales.
- Desarrollo de intervenciones comunitarias en jóvenes, mayores y minorías étnicas.
- Concientizar a los profesionales sanitarios y mejorar la formación de los médicos de atención primaria y de los profesionales de la enseñanza.
- Eliminación de tabúes y estigmas sobre el trastorno mental y el suicidio, tanto en personal sanitario como en la población general.

-Implicación de los medios de comunicación en el tratamiento responsable de información al respecto.

-Promover la investigación científica para comprender esta problemática.

Algunas de las estrategias que la OMS (2014) recomienda para contrarrestar los factores de riesgo asociadas a la conducta suicida son las siguientes:

Para prevención universal recomienda procurar aumentar el acceso a la atención de salud mental, reducir el consumo nocivo de alcohol, limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse, así como promover la información responsable por parte de los medios.

Como estrategias de prevención selectiva, reconoce la importancia de guardianes adiestrados, es decir, toda persona capacitada para identificar si alguien está considerando el suicidio. Los guardianes ayudan a personas o grupos vulnerables, tales como las víctimas de traumas o abuso, los afectados por conflictos o desastres, los refugiados y migrantes, así como los familiares de personas que cometieron suicidio. De igual forma, destaca la importancia los servicios de ayuda como los prestados por líneas telefónicas (OMS, 2014).

En cuanto a las estrategias de prevención indicada, dirigidas a personas vulnerables específicas, se describen las siguientes: apoyo por parte de la comunidad, seguimiento a quienes salen de los establecimientos de salud, capacitación del personal de salud y mejora de la identificación y manejo de los trastornos mentales y por consumo de drogas (OMS, 2014).

De igual forma, la OMS (2014) establece que la prevención de la conducta suicida también puede desarrollarse fortaleciendo los factores protectores, como relaciones personales sólidas, un sistema personal de creencias y estrategias de afrontamiento positivas. De hecho, existe alguna evidencia de que los programas basados en el entrenamiento de habilidades podrían reducir el

comportamiento suicida a la vez que mejorar las actitudes, emociones y estrategias de afrontamiento. Si bien el efecto específico sobre la conducta suicida es difícil de medir, las intervenciones que combinan el entrenamiento en habilidades de afrontamiento con educación sobre el suicidio han mostrado ser más eficaces (Mamajón, 2014).

Factores protectores ante el comportamiento suicida

Las investigaciones sobre el suicidio han centrado sus esfuerzos en identificar con mayor claridad cuáles son los factores de riesgo que están asociados al comportamiento suicida en adolescentes, gracias a lo cual se han encontrado factores tanto personales como del ambiente que representan un riesgo para este grupo poblacional (Arenas-Landgrave et al., 2012). No obstante, existe poca literatura que haya estudiado los factores que protegen a los adolescentes del comportamiento suicida, ya que, como lo menciona Macgowan (2004), existen jóvenes que a pesar de vivir bajo condiciones adversas no cometen suicidio. Para poder implementar intervenciones de prevención del suicidio, se necesitan conocer los factores que protegen a los adolescentes de intentar el suicidio, y promoverlos a través de la enseñanza de habilidades o la adquisición de estrategias específicas.

Los factores de protección son aquellos que salvaguardan o impiden que un determinado perjuicio actúe sobre una comunidad o un individuo. Cuando se habla de factores de protección en la conducta suicida, se hace referencia a aquellas situaciones o circunstancias que reducen las probabilidades de que se llegue a presentar un comportamiento de este tipo (Mamajón, 2014).

Algunos de los factores protectores contra la conducta suicida que Mosquera (2016) señala son los siguientes:

-Relaciones satisfactorias con la familia y con el grupo de iguales. En una investigación llevada a cabo por Heredia y Palos (2006), se evaluaron las diferencias de adolescentes con y sin intento suicida en cuanto a sus recursos individuales y familiares; se encontró que los adolescentes sin intentos de suicidio reportaron mayor unión y apoyo en sus relaciones intrafamiliares, así como una mejor expresión de emociones dentro de sus familias, acompañadas de una menor percepción de dificultades en esta, en comparación con los adolescentes con uno o más intentos de suicidio.

Por su parte, Di Rico et al. (2016) analizaron la relación entre riesgo suicida y el apoyo social percibido. Se encontró que, de todas las fuentes posibles de apoyo, la familia y el grupo de amigos resultaron ser las más importantes entre los adolescentes. Además, se observó que el apoyo social brindado por los padres actúa como un factor protector directo, y el tipo específico de apoyo que pareciera ejercer mayor efecto, alude al acompañamiento parental activo en la vida del adolescente y ser una fuente en la cual los jóvenes pueden buscar consejo y apoyo de sus elecciones.

-Habilidades de resolución de problemas y estrategias de afrontamiento. Bravo-Andrade et al. (2020) realizaron un estudio cualitativo con el objetivo de identificar los factores individuales asociados al riesgo y protección del suicidio en adolescentes, para lo cual se contó con la participación de estudiantes, profesores y psicoterapeutas. Con base en la información recabada, se determinó que la capacidad de resolución de problemas era uno de los principales factores que protegen del riesgo suicida a los adolescentes.

En otro estudio llevado a cabo por Bahamón et al. (2019), se investigó la relación entre los estilos de afrontamiento y el riesgo suicida en adolescentes. Se concluyó que las estrategias de afrontamiento centradas en la solución del problema son un factor protector en los adolescentes y el uso de estrategias de afrontamiento evitativas son un factor de riesgo para la conducta suicida. Además, el uso de estrategias centradas en la búsqueda apoyo, que suelen ser más utilizadas por

las mujeres, parece un elemento protector ante la desesperanza y a su vez esto contribuye a un menor riesgo suicida.

-Actitudes y valores positivos, en particular frente al suicidio. Quiceno y Vinaccia (2013) evaluaron la relación entre la orientación positiva hacia el futuro de la resiliencia, la felicidad y la ideación suicida en adolescentes colombianos. Se encontró que tener ideas claras respecto al futuro, verlo de manera optimista, más los sentimientos de felicidad y un adecuado soporte familiar, son factores protectores frente a la ideación suicida.

Fernández et al. (2019) realizaron una intervención psicoterapéutica con padres de adolescentes suicidas para modificar actitudes ante emociones negativas. Antes de la intervención, predominaban emociones negativas como la preocupación y la actitud ante dichos estados emocionales era el descontrol (aislamiento, deseos de morir, agresión, llanto). Después de dicha intervención, se logró disminuir dichas emociones negativas, y se potenció la aparición de emociones positivas, como la esperanza en un futuro mejor y en el logro de mejores relaciones con sus hijos, lo que evidenció un mejor control emocional; además, se apropiaron de herramientas para mejorar sus relaciones familiares.

-Sexo femenino. Tal como en otros países, en México el suicidio consumado es más frecuente en hombres, sin embargo, el comportamiento suicida (ideación, planes e intentos) es más frecuente en mujeres. Entre las razones por las cuales se ha explicado este comportamiento, se encuentra la elección de métodos más letales por parte de los hombres (Navio y Villoria, 2014; Borges et al., 2010).

De acuerdo con Canetto y Sakinofsky (1998), esta diferencia del comportamiento suicida entre hombres y mujeres se conoce como la paradoja de género del comportamiento suicida, la cual

puede ser explicada por las expectativas culturales de ambos géneros y su relación con el suicidio. En este sentido, la asociación entre suicidio y masculinidad puede facilitar el hecho de consumir el suicidio en los hombres, e inhibirlo en las mujeres; en cambio, la asociación entre el comportamiento suicida no fatal y la femineidad puede facilitar este comportamiento en las mujeres e inhibirlo en los hombres.

Tatcher et al. (2002) señalan que, en el caso de los comportamientos suicidas, es la percepción de salud mental negativa la que juega un importante rol en la decisión del adolescente a intentar el suicidio y, este factor, podría ser más importante en las mujeres. Probablemente las mujeres podrían tener una mayor sensibilidad a su percepción de salud mental negativa que los hombres, por sus características culturales formadas y su función social y biológica en la crianza y el cuidado de los hijos.

-Creencias religiosas, culturales y étnicas, puesto que las objeciones morales y preceptos culturales median sobre el comportamiento suicida. De acuerdo con la OMS (2014), cuando se considera el papel de las creencias religiosas o espirituales en el papel del suicidio es importante ser cautelosos. La fe misma puede ser un factor protector al proporcionar normalmente un sistema estructurado de creencias y promover un comportamiento que puede considerarse física y mentalmente beneficioso (Van Praag, 2009 como se citó en OMS, 2014). Sin embargo, muchas creencias y comportamientos religiosos y culturales también pueden haber contribuido al estigma relacionado con el suicidio debido a sus posturas morales al respecto, que pueden desalentar la búsqueda de ayuda. El valor protector de la religión y la espiritualidad puede surgir del acceso a una comunidad socialmente cohesiva que propicia un conjunto compartido de valores.

En un análisis realizado por Girard (2006), en el cual reflexiona sobre los aspectos espirituales y religiosos como factores protectores o de riesgo del comportamiento suicida, señala que la

espiritualidad y la religión pueden actuar a través de los siguientes factores protectores: creencia estimulante en una trascendencia, imagen de un dios como amante y contenedor, propósito de vida y autoestima, valoración de la vida, modelos de actuar ante situaciones de estrés y crisis, recursos para lidiar con dificultades, ofrecimiento de una jerarquía social y personal, desaprobación legal al suicidio, estímulo de la resiliencia, pertenencia a una comunidad contenedora, o bien, a través de la disminución de factores de riesgo, tales como la disminución del abuso de alcohol u otras sustancias.

Por otro lado, la espiritualidad y religiosidad pueden actuar como factores de riesgo si implican: posicionamientos fundamentalistas, no inclusión por parte de la comunidad religiosa del “diferente”, sectas radicalizadas, incentivo de sentimientos de culpa e indignidad o separación de las comunidades religiosas de aquellas personas que no se adapten a las mismas o no acepten los cánones o dogmas establecidos, incentivando la soledad y el aislamiento (Girard, 2006).

-Habilidad para estructurar razones para vivir. Si bien el concepto de significado de la vida es diferente del de razones para vivir, ambos están estrechamente relacionados. En un estudio realizado por Rodríguez et al. (2017), se analizó el papel de la desesperanza y el significado de la vida en una muestra clínica con autolesiones no suicidas e intentos suicidas. Se encontró que las personas que no tenían intentos de suicidio ni autolesiones no suicidas, mostraron niveles más altos de significado de la vida, satisfacción con la vida, metas y objetivos de vida, en comparación con los pacientes con antecedentes de cualquier tipo de autolesión (con y sin intencionalidad suicida). Lo anterior sugiere que el sentir que la vida es valiosa y estar orientado hacia metas y objetivos significativos son factores protectores contra las autolesiones no suicidas y los intentos de suicidio.

En un estudio realizado por Morales (2016), se hizo una comparación de las razones para vivir, así como de la vivencia y expresión de la rabia en una muestra de adolescentes, jóvenes, adultos y

adultos mayores con cuadro depresivo con y sin riesgo suicida. Los resultados mostraron que el grupo sin comportamiento suicida otorgó mayor importancia a las razones para vivir, y mostró una experiencia y expresión de la rabia más funcional. Entre las razones para vivir que se destacan en el estudio se encuentran: creencia en las propias capacidades de afrontamiento, no provocar un daño en los hijos y no causar sufrimiento a la familia.

-Buena alianza terapéutica con el especialista. Marín (2019) realizó una breve revisión de la literatura sobre el papel que juega la alianza terapéutica en el abordaje terapéutico de adolescentes con intentos suicidas, en la cual se concluyó que la alianza terapéutica tiene un valor relevante para el abordaje del suicidio en general, dado que diversos estudios coinciden en que los óptimos resultados de un tratamiento psicológico se encuentran relacionados directamente al vínculo que se genera durante el proceso terapéutico. Entre las cualidades que distinguen una alianza terapéutica se encuentran: acuerdo mutuo en los objetivos y en la forma de lograrlos, empatía y habilidad para escuchar. Por su parte, Echeberúa (2015) subraya la importancia de la implicación de familiares o personas cercanas al momento de establecer la alianza terapéutica.

-Características del desempeño escolar. González-Forteza et al. (1998) realizó un estudio para conocer las características sociodemográficas asociadas con la ideación e intento de suicidio en mujeres adolescentes, en una muestra escolar y en otra clínica. Al hacer una comparación entre las estudiantes que reportaron ideación suicida y las que nunca habían pensado en quitarse la vida, se encontraron las características que pueden aumentar el riesgo de que se presente la ideación suicida: cursar el nivel de secundaria, interrumpir los estudios por más de seis meses y considerar que su desempeño escolar es malo.

-Locus de control interno. González Forteza et al. (2017) evaluaron el comportamiento suicida en adolescentes mexicanos y su relación con otros factores psicosociales, entre ellos el locus de

control. En los hallazgos de dicho estudio se encontró que los adolescentes con un locus de control interno tenían menos probabilidades de pertenecer a un grupo de riesgo, mientras que aquellos con locus de control externo tenían mayores probabilidades de pertenecer a un grupo de alto riesgo.

-Autoestima. Ceballos-Ospino et al. (2015) investigaron la relación existente entre depresión, autoestima e ideación suicida en estudiantes adolescentes. Los resultados mostraron que los adolescentes con mejor autoestima y baja depresión poseen menor probabilidad de tener ideación suicida. Esta correlación puede explicarse debido a que “la literatura científica indica que a más alta autoestima tenga una persona, menor será el riesgo de expresar sintomatología depresiva y poco posible la aparición de ideas suicidas, actuando esta variable como un factor protector” (p. 20).

Gómez y Camargo (2017) también encontraron una relación negativa media-alta entre la autoestima y la ideación suicida, de manera que una mayor autoestima tiene menores probabilidades de generar ideación suicida. Sin embargo, otros estudios, como el de Andrade y Gonzáles (2017) señalan que la autoestima no se relaciona de forma importante con el riesgo suicida.

-Inteligencia. En un estudio realizado por Mamani et al. (2017), se implementó un programa de intervención para desarrollar la inteligencia emocional en un grupo de riesgo de 33 adolescentes mujeres, las cuales fueron identificadas con ideación suicida. Los resultados mostraron que dicha intervención permitió el desarrollo la inteligencia emocional y la disminución de los niveles de ideación suicida.

-Sistemas de apoyo y recursos, apoyo social, estar en terapia, experiencia escolar positiva y tener aficiones. Salgado et al. (2020) evaluaron la relación entre ideación suicida y el apoyo social

percibido en adolescente mexicanos. Encontraron que la ideación suicida fue menor en aquellos adolescentes que refirieron tener mayor apoyo social percibido.

Factores protectores que promueven la resiliencia ante el comportamiento suicida

De acuerdo con Masten et al. (1991), al hablar de factores protectores ante el riesgo de suicidio que contribuyen a que los individuos se adapten de manera adecuada a situaciones adversas, se hace referencia a la resiliencia, constructo que involucra el estudio de los factores que conducen a la adaptación positiva ante situaciones de riesgo (como se citó en Arenas-Landgrave et al., 2012).

Rutter (2006) define a la resiliencia como un “concepto interactivo que se relaciona con la combinación de experiencias de riesgo significativas y consecuencias psicológicas relativamente positivas a pesar de esas experiencias” (p. 2). Este autor señala que la resiliencia se centra en las variaciones individuales en respuesta a experiencias de vida similares y enfatiza que la resiliencia no es una cualidad única y que los individuos pueden ser resilientes a algunas dificultades ambientales, pero no a otras.

En una revisión de la literatura realizada por Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2014), se seleccionaron 32 estudios (la mayoría de ellos llevados a cabo en Estados Unidos), con el objetivo de analizar los factores protectores que promueven la resiliencia en adolescentes y adultos jóvenes, pero focalizando el interés en el riesgo suicida o suicidio consumado. Los resultados de dicha revisión mostraron una serie de variables que fomentan la resiliencia ante el comportamiento suicida, algunas de las cuales se describen a continuación:

-El autoconcepto positivo, entendido como la valoración (positiva) que hace el adolescente de sus propias habilidades, capacidades y actitudes (Johnson et al., 2010). Tener un autoconcepto positivo resultó ser un aspecto clave al promover la resiliencia ante el suicidio.

-La autorregulación y la flexibilidad cognitiva, entendidas como la capacidad de un adolescente para responder adecuadamente a las exigencias del entorno, regulando los pensamientos y emociones para la consecución de sus objetivos (Cardozo y Alderete, 2009; Cha y Nock, 2009). Algunos estudios han demostrado la eficacia de estos factores para modular la resiliencia ante la tentativa de suicidio (Karoly, 2012; Wills y O'Carroll, 2012).

-El estilo atribucional positivo, el cual es entendido como un proceso cognitivo mediante el cual, las personas explican las situaciones (de forma externa, inestable y específica para los eventos negativos; y de manera interna, estable y global para los eventos positivos) que experimentan a lo largo de su vida (Martínez-Correa et al., 2006).

-El autocontrol emocional, entendido como el control percibido o real de las emociones en situaciones de peligro, conflicto o incomodidad (Salas-Auvert, 2008; Sánchez-Teruel, 2009), así como aprender a identificar, gestionar y manejar el enfado, la frustración y la tristeza como emociones necesarias y adaptativas en determinada intensidad y valencia (Cha y Nock, 2009). El estudio realizado por Arenas-Landgrave et al. (2012) muestra que el control emocional modula la resiliencia ante el comportamiento suicida en adolescentes y jóvenes, incluso ante la exposición a situaciones adversas pasadas o presentes.

Hermosillo de la Torre et al. (2021) estudiaron la relación entre la inteligencia emocional y el comportamiento suicida en una muestra de adolescentes confinados durante la pandemia por COVID-19, encontrando que aquellos jóvenes con respuestas inadecuadas a la atención de las emociones (es decir, muy poca o demasiada atención), tenían mayores probabilidades de comportamiento suicida. Además, se observó un patrón complejo de asociación entre la reparación emocional (capacidad percibida para regular los estados emocionales) y el comportamiento suicida, de modo que cuando la puntuación de la estrategia era demasiado pequeña, las

probabilidades de un intento de suicidio de alta letalidad eran más altas que cuando la puntuación se consideraba adecuada.

-El control de impulsos, definido como impulsividad o control sobre el comportamiento en situaciones de presión (Nock, 2009 como se citó en Sánchez-Teruel, 2009), se ha demostrado clave fundamental para el fomento de la resiliencia en adolescentes con ideas o tentativas suicidas (Villalobos-Galvis et al., 2012 como se citó en Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014).

Con base en esta misma revisión, otros estudios también han puesto de manifiesto la necesidad de trabajar sobre la esperanza y las razones para vivir, focalizando el interés en todos aquellos aspectos positivos de su etapa vital y que deben ser visibilizados para contrarrestar los efectos negativos de situaciones adversas en esta etapa evolutiva (Segal, 2009 y Turner, 2005 como se citó en Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014). Por ejemplo, de acuerdo con Kleiman y Beaver (2013) la búsqueda del sentido de la vida a través de todas aquellas cosas positivas, pequeñas y grandes, por las que merece la pena vivir ofrece resultados muy prometedores para la lucha contra las ideas y tentativas suicidas, fomentando así su resiliencia incluso en situaciones de riesgo (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014).

De igual forma, se destaca la importancia de fomentar las habilidades para pedir apoyo y ayuda inmediata como un factor de resiliencia ante el suicidio (Pisani et al., 2012, Sánchez-Teruel, 2011 y Uchino, 2006 como se citó en Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014). En este sentido, el trabajo debe ir dirigido a normalizar el hecho de pedir ayuda en situaciones adversas o fomentar la detección precoz, a través de amigos o familiares, puesto que el adolescente, en escasas ocasiones suelen acudir, por propia iniciativa, a los servicios de salud mental o a su profesorado cuando se encuentra en la fase inicial de ideación o realiza los primeros comportamientos de daño

autoinfligido (Christiansen y Larsen, 2012, Fortune et al., 2008 como se citó en Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014).

Un ejemplo de la promoción de factores resilientes contra el comportamiento suicida realizado en México lo constituye la intervención clínica realizada por Góngora (2019), en la cual se trabajó con seis adolescentes mujeres quienes presentaban conductas de autolesión y riesgo suicida. Dicha intervención estuvo conformada por 24 sesiones, a lo largo de las cuales se fomentaron estrategias de afrontamiento funcionales, habilidades de solución de problemas y aproximaciones positivas a la percepción de las prácticas parentales, así como las evaluaciones pertinentes. Los resultados mostraron que cuatro, de las cinco adolescentes de quienes se contó con la evaluación postest, disminuyeron su nivel de riesgo suicida y dejaron de autolesionarse.

Tratamientos psicológicos basados en evidencia para el suicidio. Las teorías psicológicas tienen importancia teórica y clínica porque proporcionan el entramado para comprender cómo se combina una compleja interrelación de factores para aumentar el riesgo de suicidio. Adicionalmente, estas teorías ayudan a identificar aquellos objetivos que son potencialmente modificables por el tratamiento (Robles, 2014, p. 373).

En la actualidad se cuenta con pocos tratamientos para la conducta suicida que estén bien establecidos y basados en la evidencia, como los programas preventivos, los tratamientos farmacológicos y las intervenciones psicológicas. Se dispone de alguna evidencia que sugiere que formas específicas de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) dirigida directamente hacia los pensamientos y las conductas suicidas puede disminuir el riesgo de nuevos intentos suicidas entre aquellas personas que habían hecho un intento previo. Por ejemplo, los ensayos clínicos para probar la Terapia Dialéctico Conductual (TDC) (en pacientes con trastorno límite de la personalidad) y la Terapia Cognitiva (en suicidas con intentos recientes) han apoyado la

efectividad de estos tratamientos para reducir los porcentajes de nuevos intentos suicidas comparadas con otras intervenciones (Robles, 2014, p. 374).

Terapia Dialéctico Conductual. La TDC es un tratamiento desarrollado para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). En la TDC se combinan técnicas de terapia de la conducta con principios de aceptación de la realidad derivados del Zen y de la filosofía dialéctica. La TDC es una terapia multimodal que incluye cuatro componentes: terapia individual, entrenamiento grupal en habilidades, soporte telefónico y un grupo de consulta para los terapeutas. Como lo demuestran distintos ensayos clínicos controlados y aleatorizados, la TDC es hoy en día el único tratamiento para el TLP que ha sido suficientemente investigado como para considerarse basado en la evidencia. La TDC también ha sido adaptada para el tratamiento de otras patologías vinculadas a la desregulación emocional, lo que ha contribuido a ampliar su aplicación a otras poblaciones clínicas (Soler et al., 2016, p. 35).

Una de las aplicaciones más importantes de la TDC es la adaptación realizada por Rathus y Miller para poblaciones de adolescentes con comportamiento suicida y rasgos de personalidad límite (Rathus y Miller, 2002 como se citó en Soler et al., 2016). La Terapia Dialéctico Conductual para adolescentes (TDC-A) es un tratamiento de 16 semanas de duración que incluye terapia individual y un grupo de entrenamiento en habilidades multifamiliar. Aunque el tratamiento para adolescentes sigue las directrices del tratamiento estándar en TDC, presenta también algunas modificaciones. Considerando que el ambiente familiar suele ser una fuente de conflicto para el adolescente, en la TDC-A la familia tiene un rol más activo en el tratamiento y por tanto participa del grupo de habilidades y de sesiones de terapia familiar (Soler et al., 2016).

Cabe mencionar que el tratamiento con adolescentes tiene una duración más corta que el tratamiento de adultos (16 semanas vs. un año). Esto se debe a que la investigación indica que los

adolescentes suicidas frecuentemente son incapaces de completar procesos terapéuticos más prolongados (Robles, 2014, p. 378).

De acuerdo con Soler et al. (2016), diversos estudios han evaluado la eficacia de la TDC-A para el tratamiento de adolescentes con rasgos de TLP, con ideación o comportamiento suicida (Fleischhaker et al., 2011; Mehlum et al., 2014; Rathus y Miller, 2002). Estudios cuasiexperimentales muestran que, en comparación con el tratamiento habitual, la TDC-A se asocia a menos hospitalizaciones psiquiátricas durante el tratamiento, a menos abandonos de terapia y a una reducción mayor en relación con la ideación suicida, síntomas psiquiátricos generales y síntomas de TLP (Fleischhaker et al., 2011; Mehlum et al., 2014; Rathus y Miller, 2002). En la única prueba controlada aleatorizada publicada hasta ahora (Mehlum et al., 2014) la TDC-A demostró ser superior que el tratamiento usual para la disminución de la frecuencia de autolesiones, severidad de ideación suicida y síntomas depresivos (como se citó en Soler et al., 2016).

Terapia Cognitiva. El modelo teórico de la Terapia Cognitiva (TC), parte del supuesto básico de que las personas suelen padecer psicopatologías no por las situaciones en sí, sino por la interpretación que suelen hacer de estas (Beck y Freeman, 1990 y Becket al., 1979 como se citó en Toro, 2013).

El modelo cognitivo básico del comportamiento suicida (CS) inicia con una explicación acerca de su etiología y mantenimiento que, como consecuencia de la activación de esquemas disfuncionales, las personas desarrollan una triada cognitiva depresiva: una visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro, sobredimensionada esta última, en pacientes con CS, cuyos patrones cognitivos están relacionados con la múltiple sintomatología del proceso suicida y el síndrome depresivo (Toro, 2013, p. 40).

Por tanto, el foco de la TC es reducir el CS con los siguientes elementos claves: a) el desarrollo de medios eficaces para hacer frente a la desesperanza y a la conducta objeto-suicida, b) involucrar a los pacientes rápidamente en el tratamiento para reducir la deserción, c) aumentar el uso adaptativo de los servicios de salud, y d) aumentar el uso adaptativo del apoyo o soporte social (Toro, 2013, p. 95).

En resumen, la estructura de la TC para CS debe contar con una serie de componentes que además del adecuado enganche terapéutico, están la enseñanza en solución de problemas, la conceptualización de caso clínico, la reestructuración cognitiva y conductual, un «kit de esperanza» y uno de afrontamiento, reducir la impulsividad y ampliar redes de soporte social (Brown et al., 2005, Henriques et al., 2003 como se citó en Toro, 2013).

Intervenciones para el comportamiento suicida basadas en la tecnología. Las intervenciones de ciber salud para la prevención del suicidio se pueden clasificar en tres categorías: para la detección de personas en riesgo de suicidio, para ofrecer autoayuda a través de intervenciones web y para realizar intervenciones proactivas en respuesta a las publicaciones de las personas en las redes sociales (Christensen, 2014).

Al respecto de la primera categoría, las intervenciones focalizadas en detectar a personas con riesgo de suicidio, se cuenta con una investigación reciente en nuestro país; Arenas-Castañeda et al. (2020) diseñaron una herramienta innovadora para la detección de problemas salud mental en México, más específicamente para explorar y comprender mejor la distribución del comportamiento suicida en la población general. Sus hallazgos muestran que esta estrategia mejora el acceso a comunidades rurales previamente desatendidas y prácticamente no necesita inversión financiera, ya que se basa en la tecnología de los teléfonos inteligentes, de uso generalizado en la actualidad entre la población.

Lo anterior es especialmente importante en países de gran amplitud como México, en los cuales reside una vasta población y puede ser difícil realizar una misma evaluación de salud mental por medios no electrónicos. Tal como lo señalan Arenas-Castañeda et al. (2020) “dada la vasta diversidad cultural de México y sus numerosas comunidades y su orografía abrupta, las evaluaciones basadas en teléfonos inteligentes son invaluable para administrar los recursos de salud y administrar medidas preventivas” (p. 2).

Sobre la segunda categoría, se han desarrollado aplicaciones web, tanto guiadas como no guiadas, para proporcionar intervenciones psicológicas que ayuden a reducir el comportamiento y la ideación suicida (Christensen, 2014). Algunas de estas aplicaciones fueron pensadas en un inicio para ser indicadas por un profesional de la salud mental como un complemento de los tratamientos psicológicos y farmacológicos, pero también se han considerado como una alternativa para las personas que no tienen acceso a los sistemas de salud o presentan temor a ser estigmatizadas (Daray et al., 2018). No obstante, revisiones de la literatura hechas para evaluar el impacto de estas aplicaciones, como la que llevaron a cabo Hernández-Rincón et al. (2020), muestran que las aplicaciones móviles que abordan la prevención del suicidio han resultado tener un impacto positivo discreto, y en ocasiones estadísticamente no significativo en la disminución del comportamiento suicida. En este sentido, aunque el panorama es alentador, aún se requiere de más investigaciones que puedan determinar la efectividad de dichas herramientas.

Otro tipo de intervenciones basadas en la tecnología para prevenir el comportamiento suicida consisten en la asistencia vía chat a través de algunas plataformas de salud mental, como la que reportaron Krmpotic y Barrón (2021). Dichos autores encontraron que la ideación suicida constituía el principal motivo de atención, seguido de casos en los que la consulta radicaba en asistir a terceros con ideas suicidas. No obstante, los autores han encontrado varias limitaciones

utilizando estas herramientas como, por ejemplo, el no contar con un entrenamiento específico para atender este tipo de demandas.

De acuerdo con Krmpotic y Barrón (2021), el riesgo de suicidio requiere una atención especializada y clínica, que incluya actividades preventivas, en vez de una prevención genérica. Dicha amplitud requiere de una atención específica y entrenamiento acorde en quienes reciben las consultas: “el servicio brindado por los operadores del programa adquiere un valor simbólico importante para las y los jóvenes que pueden encontrar a alguien dispuesto a escucharlos. Por su parte, esta demanda de escucha también resulta angustiante para los propios profesionales, quienes requieren de espacios de supervisión y orientación para el afrontamiento de las intervenciones. Así quien escucha tenga repuestas para dar” (p. 32).

En cuanto a la tercera categoría, se encuentran las intervenciones en respuesta al uso que le dan ciertas personas a sus redes sociales y que indican algún riesgo de suicidio. Aquí, los tweets, las actualizaciones de estado, los comentarios o las publicaciones que indican una ideación suicida se utilizan para clasificar a las personas en riesgo (Christensen, 2014). De acuerdo con Rice et al. (2016), el desarrollo y la diseminación de la siguiente generación de intervenciones en salud mental incorporando los enfoques basados en redes sociales es un paso necesario para ampliar el apoyo aceptable y accesible para los jóvenes con riesgo de suicidio. Las redes sociales se están convirtiendo rápidamente en un aspecto esencial de la comunicación social, particularmente entre la población joven.

Existen algunos trabajos que ya han hecho ciertos esfuerzos por reunir información al respecto y desarrollar un sistema de prevención del suicidio en la red, como es el caso de Zafra et al. (2017), quienes se encargaron de compilar y anotar un corpus piloto de mensajes de ideación suicida extraídos de las redes sociales, los cuales fueron clasificados en distintas categorías. De acuerdo

con Zafra (2019), a través de las redes sociales, puede desarrollarse un sistema basado en inteligencia artificial capaz de detectar el posible riesgo suicida de un post escrito en las mismas. Además, también es posible diseñar un sistema de detección de estos mensajes que se vaya retroalimentando y enseñando a sí mismo, lo que se conoce como aprendizaje automático. No obstante, estos son apenas los primeros cimientos para lograr dicho objetivo.

En síntesis, los tres tipos de intervenciones muestran un panorama alentador en la prevención comportamiento suicida, pero requieren de investigaciones más controladas para evaluar su alcance y efectividad. Christensen (2014) señala las siguientes limitaciones a considerar: la detección del riesgo de suicidio en línea puede tener un papel, aunque existe la necesidad de una investigación adicional sólida y controlada para establecer si el cribado del suicidio puede reducir eficazmente los resultados relacionados con el suicidio y en qué contextos el cribado en línea podría ser más eficaz. La efectividad de las intervenciones de Internet puede aumentar si estas intervenciones son diseñadas para dirigirse específicamente a los pensamientos suicidas, en lugar de las condiciones asociadas como la depresión. Por último, la evidencia para el uso de prácticas de intervención utilizando las redes sociales es posible, aunque la validez, viabilidad e implementación sigue siendo muy incierta.

Método

Justificación y planteamiento del problema

Las tendencias actuales en México muestran que los adolescentes y jóvenes presentan un elevado riesgo de morir por suicidio y de realizar intentos de suicidio (Borges et al., 2010). La adolescencia es una etapa del desarrollo que se caracteriza por una variedad de cambios biológicos, psicológicos y sociales. Dada la magnitud de tales cambios y la todavía escasa experiencia vital de los adolescentes, muchos eventos vitales pueden adquirir un carácter estresante y tener diversos efectos psicológicos (Barra et al., 2006). Si al estrés provocado por estos cambios se le suma una falta de estrategias para afrontarlos, esto puede derivar en la aparición de síntomas depresivos o comportamiento suicida. De acuerdo con la OMS (2014), por cada suicidio cometido, hay muchos más intentos, los cuales constituyen una enorme carga social y económica para las comunidades, debido a la utilización de los servicios de salud para tratar las lesiones, al elevado impacto psicológico y social que conlleva en los afectados y, algunas veces, la discapacidad a largo plazo debido al daño causado.

Por lo anterior, la adolescencia debe ser tomada en cuenta como una etapa de alto riesgo psicosocial para morir por suicidio o tener intentos de suicidio, para lo cual se requiere desarrollar intervenciones basadas en evidencia científica que permitan prevenir dicho comportamiento y que se adapten a las necesidades de los adolescentes.

En este trabajo se plantea una intervención grupal para adolescentes con riesgo suicida, conformada por técnicas y conceptos de la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Dialéctico Conductual, mismas que han demostrado su eficacia en el tratamiento de personas con riesgo suicida. Dicha intervención fue llevada a cabo a distancia, a través de videollamadas, debido al

distanciamiento físico que fue necesario mantener por la pandemia de COVID-19. Su realización aportará evidencia a las investigaciones clínicas sobre el comportamiento suicida, en especial a aquellas que aprovechan los recursos tecnológicos y de internet para tener un mayor alcance, con lo cual se ayudará al mejoramiento de futuras intervenciones grupales para la prevención del suicidio en adolescentes.

Pregunta de investigación

¿De qué manera se modificará el riesgo suicida de un grupo de adolescentes a partir de una intervención basada en habilidades socioemocionales desde las terapias Cognitivo Conductual y Dialéctico Conductual?

Objetivo general

Evaluar si la enseñanza de habilidades socioemocionales, por medio de una intervención grupal con enfoque cognitivo conductual y dialéctico conductual, disminuye el riesgo de suicidio de un grupo de adolescentes.

Objetivos específicos

- Desarrollar una propuesta de intervención grupal dirigida a adolescentes con riesgo suicida de nivel bajo a moderado para enseñarles habilidades de regulación emocional, solución de problemas, afrontamiento y asertividad (factores protectores contra el comportamiento suicida en adolescentes).
- Implementar dicha intervención grupal a distancia, a través de videollamadas con los adolescentes.
- Proponer ajustes a la intervención con base en los resultados obtenidos en este trabajo.

Hipótesis

Hi. El riesgo suicida de un grupo de adolescentes disminuirá después de la intervención grupal enfocada a la promoción de factores protectores.

H0. No se encontrarán cambios en el riesgo suicida de un grupo de adolescentes después de la intervención grupal enfocada a la promoción de factores protectores.

Variables de interés

Variable dependiente: Riesgo suicida.

Definición conceptual. Es una diversidad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y morir por suicidio (OMS, 2014).

Definición operacional. Manifestar pensamientos, deseos o planes de quitarse la vida, ya sea en entrevista con un profesional de la salud mental o con base en las respuestas dadas a los reactivos de la Cédula de Indicadores de Riesgo Suicida (González-Forteza et al., 1998), los cuales son “¿Te has herido, intoxicado o hecho daño a propósito para quitarte la vida?” y “Esa vez, ¿qué querías?”. Si la respuesta a la primera pregunta era sí, y la segunda era “Quería dejar de vivir, quería morir”, se consideró como riesgo alto, si la respuesta a la segunda pregunta era “No me importaba si vivía o moría” se consideró como riesgo moderado; finalmente, si la respuesta era “Quería seguir viviendo” se consideró como riesgo bajo.

También se evaluó la letalidad percibida de intento; se consideró como muerte segura cuando los participantes consideraron que su muerte era segura; como muerte incierta cuando consideraron

que su muerte era posible, y como muerte improbable cuando consideraron que su muerte era imposible.

Variable dependiente: Regulación emocional.

Definición conceptual. La regulación emocional puede definirse como toda estrategia dirigida a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso. Esta habilidad para controlar la experiencia afectiva depende fundamentalmente de la capacidad para distinguir estados internos y distinguirlos unos de otros (Silva, 2005).

Definición operacional. Las habilidades de regulación emocional serán evaluadas a través del Cuestionario de Dificultades en la Regulación Emocional en Español DERS-E (Marín et al., 2012).

Variable dependiente: Habilidades de afrontamiento.

Definición conceptual. El afrontamiento es definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales continuamente cambiantes que realiza el sujeto para manejar las demandas internas o externas, que son evaluadas como que agotan o exceden los recursos personales (Lazarus y Folkman, 1984).

Definición operacional. Las habilidades de afrontamiento a través de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes EA-A (Lucio et al., 2016). Las habilidades de solución de problemas serán evaluadas con la misma escala, a través de los reactivos correspondientes al factor de “Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones”, el cual permite evaluar estrategias eficientes de afrontamiento encaminadas a la solución de problemas.

Variable independiente: Intervención grupal para promover factores protectores contra el riesgo suicida.

Definición conceptual. Con base en el modelo de prevención en salud propuesto por Gordon (1983), las intervenciones de prevención selectiva son aquellas que se recomiendan a individuos que son miembros de un subgrupo de la población, el cual se distingue por edad, sexo, ocupación u otra característica obvia, cuyo riesgo de enfermar está por encima de la media. Este modelo ha sido aptado posteriormente a la salud mental y el comportamiento suicida, y gira en torno a la presencia y disminución de factores de riesgo y la ausencia o promoción de factores de protección frente a la enfermedad (Herrejón, 2014).

Definición operacional. Las estrategias de la Terapia Cognitivo Conductual y las habilidades de la Terapia Dialéctico Conductual que integrarán el tratamiento: psicoeducación, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, solución de problemas, identificación de creencias irracionales, habilidades de atención plena (mente sabia), habilidades de afrontamiento y asertividad.

Muestra

Ocho adolescentes de entre 11 y 17 años, cuatro mujeres y cuatro hombres.

Diseño

Cuasiexperimental con evaluación pretest y post test.

Criterios de inclusión

- Tener entre 11 y 17 años.
- Haber sido presentado como candidato o candidata a la intervención grupal por el psiquiatra a cargo de la Centro de Salud de San Pablo Oztotepec.

- Presentar riesgo bajo a alto de suicidio en los resultados de evaluación, o bien, mostrar disposición para participar en la intervención.
- Comprometerse a asistir a las sesiones de la intervención grupal.
- Haber aceptado el consentimiento informado (padres) y el asentimiento informado (adolescentes) en los que se dan a conocer los lineamientos éticos y de investigación de esta intervención.

Criterios de exclusión

- Que los participantes tengan un riesgo inminente de suicidio, ya que podrían requerir de una intervención indicada en un ámbito hospitalario para atender su nivel de riesgo.
- Que los participantes tengan una impresión diagnóstica de trastorno bipolar, trastorno por consumo de sustancias, u otro que requiera tratamiento más especializado.
- Que los participantes tengan alguna dificultad cognitiva que les dificulte el trabajo grupal de intervención.

Instrumentos

-Escala de Dificultades de Regulación Emocional en Español (Difficulties in Emotion Regulation, DERS-E, Marín et al., 2012).

Gratz y Roemer (2004) crearon una escala para medir la desregulación emocional, entendiendo a esta como la capacidad disminuida para suprimir en forma inmediata los estados afectivos negativos, así como para experimentar y diferenciar un rango amplio de emociones, monitorear, evaluar y modificar emociones intensas, siendo central en el proceso la poca claridad, aceptación y comprensión de los estados emocionales.

La escala de Gratz y Roemer (2004), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS por sus siglas en inglés), consta de 36 reactivos y fue desarrollada originalmente para evaluar estas dificultades en adultos. En los hallazgos preliminares respecto a sus propiedades psicométricas, la DERS demostró una buena consistencia interna ($\alpha= 0.93$), así como una confiabilidad test-retest adecuada ($r= 0.88$). Consta de seis subescalas diferenciadas: 1. no aceptación de respuestas emocionales (No aceptación), 2. dificultades para implementar conductas dirigidas a metas (Metas), 3. dificultades en el control de impulsos (Impulsos), 4. falta de conciencia emocional (Conciencia), 5. acceso limitado a estrategias de regulación emocional (Estrategias) y 6. falta de claridad emocional (Claridad).

La DERS se ha traducido y adaptado a diversos idiomas, replicando las características adecuadas de confiabilidad y validez de la escala original. Entre ellas, Marín et al. (2012) evaluaron las propiedades psicométricas de la DERS en español (DERS-E) en una muestra de adolescentes escolares mexicanos. Un análisis factorial exploratorio mostró que los datos se ajustaron psicométrica y conceptualmente a una estructura de cuatro factores y 24 reactivos, que mostraron un buen nivel de ajuste con un AFC; los factores de la DERS-E fueron: 1. no aceptación de respuestas emocionales, 2. dificultades para dirigir el comportamiento hacia metas, 3. falta de conciencia emocional y 4. falta de claridad emocional. La DERS-E con adolescentes mexicanos no replicó la estructura factorial de la escala original, pero sí presentó una estructura similar, multidimensional, con cuatro factores y mostró buenas características psicométricas, tanto de consistencia interna ($\alpha= 0.85$) como de validez concurrente por medio de grupos contrastados ($F=65.76$, $gl=226$, $p<0.05$).

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

Este instrumento fue diseñado por Lucio et al. (2016) y sus propiedades psicométricas fueron evaluadas con población mexicana. Su objetivo es evaluar estrategias de afrontamiento en adolescentes y está conformada por 43 reactivos, agrupados en siete factores que corresponden a las siguientes estrategias de afrontamiento: pensamiento positivo y búsqueda de soluciones; respuestas fisiológicas; pensamientos obsesivos y desesperanza; búsqueda de apoyo con la familia; evitativo pasivo; búsqueda de apoyo con el grupo de pares; y religión.

Esta escala cuenta con indicadores de confiabilidad y validez satisfactorios, con alphas de Cronbach que oscilan entre .56 y .84 para cada uno de sus factores. El alpha de Cronbach para el afrontamiento funcional es de .84 y para el afrontamiento disfuncional es de .78, por lo que resulta un instrumento viable para la evaluación psicológica del afrontamiento en adolescentes.

-Cédula de Indicadores de Riesgo Suicida (CIRIS, González-Forteza et al., 1998).

Con el objetivo de identificar la problemática suicida en población escolar, se diseñó la Cédula de Indicadores de Riesgo Suicida (CIRIS), que es de fácil aplicación grupal y se presenta en forma de autor reporte. Esta cédula inicia el registro del comportamiento suicida a partir de la pregunta: “¿Alguna vez en tu vida te has cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?”, la cual hace referencia al propósito de morir o dejar de vivir. En un inicio el comportamiento suicida se detectó en forma global y a lo largo del desarrollo del instrumento de la CIRIS se han incorporado reactivos para distinguir su letalidad, lo que ha permitido distinguir entre las siguientes clasificaciones: 1) intento de suicidio (acto autodestructivo con deseo explícito, consciente y volitivo de morir o dejar de vivir); 2) intento ambiguo (acto autodestructivo donde no importa si la persona muere o vive como consecuencia al mismo) y 3) autolesión (acto autodestructivo que involucra el deseo explícito de seguir viviendo). A su vez, la CIRIS permite

establecer niveles de riesgo a partir de la conducta suicida y de su letalidad, como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1.

Conductas suicidas en la CIRIS y niveles de riesgo suicida

Conducta suicida	Letalidad	Niveles de riesgo suicida
Intento de suicidio	Querer dejar de vivir / querer morir	Alto
Intento ambiguo	Da igual morir o vivir	Moderado
Autolesión	No querer morir	Alerta

Nota. Adaptado de *Develar la problemática suicida: un compromiso para su prevención. Cédula de indicadores de riesgo suicida como instrumento de detección* (p. 18), por González-Forteza y Jiménez, 2015, Manual Moderno.

Procedimiento

Inicialmente, se obtuvo el contacto de un psiquiatra a cargo de la Clínica de Salud de San Pablo Oztotepec, quien trabaja con población adolescente. Se realizó una videollamada con él a fin de compartir los objetivos de esta investigación y solicitar su apoyo para recabar una muestra de adolescentes que pudieran beneficiarse de participar en un grupo de entrenamiento en habilidades. Se le envió una versión resumida de esta propuesta de intervención, así como un cronograma de las fechas aproximadas para dar inicio.

Una vez que se contó con su autorización, se obtuvo el contacto de 12 adolescentes identificados con un riesgo bajo de suicidio. Se llamó por teléfono a los padres para hacerles una

invitación a sus hijos a participar en un grupo de entrenamiento en habilidades. Se les explicaron los objetivos del grupo, así como las condiciones en las cuales se llevaría a cabo dicha intervención (a través de videollamadas semanales); además, se les pidió su autorización para tener una entrevista inicial con sus hijos a través de una videollamada. De estas llamadas se pudieron concretar 11 entrevistas. También le fue enviado al psiquiatra un formato de consentimiento informado dirigido a los padres de los adolescentes que estuvieron de acuerdo con que sus hijos participaran, el cual compartió con ellos en sus citas dentro de la Clínica.

En las entrevistas iniciales, se les explicó a los adolescentes los objetivos del grupo, así como los temas y actividades que se tratarían en las sesiones. Al hacer esto, se les preguntó si estaban dispuestos a participar, a lo cual todos accedieron. Se indagó su historia de vida, así como antecedentes de comportamiento suicida. Además, se les preguntó qué estrategias o habilidades les gustaría aprender en el grupo y, al término de la entrevista, se les pidió que respondieran los instrumentos a través de formularios de Google, los cuales les fueron enviados por correo electrónico, junto con el asentimiento informado, el cual debían aceptar para poder continuar.

Al término de las entrevistas, se determinó que se conformarían dos grupos, uno de cinco adolescentes de 12 años y el otro de seis adolescentes de 14, 15 y 17 años; esto debido a las diferencias que pudieran tener los adolescentes de menor edad, en contraste con los que se acercan más a la mayoría de edad. Se llamó nuevamente a los padres para comunicarles el horario y la fecha de inicio. Todas las sesiones con los adolescentes se realizaron semanalmente a través de la plataforma para videoconferencias *Zoom*, con una duración de una hora y treinta minutos cada una; estuvieron dirigidas por dos psicólogos con estudios de licenciatura. En cada grupo, se contó con la observación de una psicóloga, por parte del equipo de trabajo del psiquiatra a cargo de la clínica.

Cabe mencionar que de los once adolescentes que accedieron a participar, únicamente ocho se integraron al grupo; a los otros tres adolescentes se les realizaron dos rescates por llamada telefónica o mensaje, en ningún caso se obtuvo respuesta. Los ocho adolescentes que se integraron al grupo se mencionan en el siguiente apartado; las letras que se utilizaron para presentar a cada participante y para reportar los resultados fueron asignadas al azar.

Presentación de grupos

Grupo A (participantes de 11 y 12 años).

Participante O.

Edad: 12 años.

Sexo: hombre.

Datos generales del participante:

O estudia su primer año de secundaria. Vive con su mamá, su papá y su hermana mayor. Su mamá se dedica a las labores del hogar y su papá es chofer. También tiene un hermano de 26 años, quien no vive con ellos, pero frecuentemente los va a visitar. A O le gusta salir a jugar fútbol con su papá y su hermano, y también jugar videojuegos con su hermana. De toda su familia, O refiere tenerle más confianza a su hermana.

En septiembre de 2020, tres meses antes de la entrevista, O intentó ahorcarse en dos ocasiones. Estos intentos fueron en días consecutivos. El día que O intentó ahorcarse tuvo una discusión con su hermana en la cual ella le dijo que prefería que estuviera muerto, lo cual lo hizo sentir muy triste.

Nadie en su familia se dio cuenta de este hecho, sin embargo, O se lo contó después a su hermana, y ella se lo mencionó a sus papás. Al enterarse de esto, los padres de O le dijeron que iban a buscar ayuda, para que no volviera a pensar en hacerse daño. De esta forma, acudieron a una clínica de salud, y desde ese mismo mes O está recibiendo atención psiquiátrica. Al término de la entrevista, se estableció un plan de seguridad con O.

Participante N.

Sexo: Mujer.

Edad: 12 años.

Datos generales de la participante:

N vive con su mamá, su papá y su hermana menor. Ambos padres son comerciantes, tienen un puesto de verduras. De su familia, pasa más tiempo con su mamá, ayudándole a cocinar y escombrar. Algunas veces sale a jugar con sus primos. Se considera a sí misma una persona callada y menciona que no le gusta compartir muchas cosas con los demás. A pesar de ello, N tiene una amiga de la secundaria, a quien le tiene más confianza que a su familia y le cuenta sobre su vida.

En su tiempo libre, le gusta estar en Facebook, jugar en línea con sus primos y ver películas. Al respecto de su cuenta de Facebook, menciona que ha conocido a nuevas personas por este medio, por lo cual en una ocasión sus padres bloquearon a varios de sus amigos de esta red social.

N estudia su primer año de secundaria. Recientemente, reprobó una materia debido a que no entregó sus tareas. Sus padres le dicen que ella no tiene problemas y que debería sacar diez de calificación en sus asignaturas. Estos sucesos la han llevado a pensar en querer desaparecer.

Hace dos meses, se sentía muy triste y pensó en quitarse la vida, para lo cual tomó un cuchillo, pero después pensó que “no tenía el valor para hacerlo”. También expresa que hace aproximadamente 1 año, ella escuchaba voces, las cuales no conocía, pero le decían que era mejor estar muerta; ella no les tomaba mucha importancia. En octubre, dos meses antes de la entrevista, su mamá la notaba muy triste, por lo cual decidieron buscar a un psicólogo, a quien ha visto pocas veces. Menciona que se pone nerviosa en sus consultas, dado que le hace muchas preguntas.

Participante E.

Sexo: Mujer.

Edad: 12 años.

Datos generales de la participante:

E vive con sus padres y su hermano mayor. Su mamá trabaja en un centro de salud, como promotora. Su hermano estudia la preparatoria y ella acaba de comenzar la secundaria. A E le gusta más estar sola, ver videos en el celular y hacer videollamadas con sus amigos.

E tenía una amiga, con quien era muy cercana, pero hace dos meses le dejó de hablar. También tenía un novio, con quien terminó. Su mamá le decía que le molestaba que ella le rogara tanto. Expresa que le gustaría aprender a controlar sus emociones, y a “no entregar tanto mis sentimientos, ya que si no termino mal”.

E ha pensado en quitarse la vida. Menciona que antes era una persona alegre, y que convivía con todos, pero ahora ya no tiene esperanzas de volver a ser así. Se ha cortado en los brazos. Sus padres se dieron cuenta y le preguntaron porqué lo hacía, aunque ella no recuerda qué les dijo.

Desde entonces está acudiendo al psicólogo. Ella aún se siente triste, pero dice que hablar con algunas personas le ha ayudado.

Participante G.

Sexo: Hombre.

Edad: 11 años.

G vive con su mamá, su hermana mayor y su abuela. Su mamá trabaja en una farmacia. Con ella pasa más tiempo. G estudia 6° de primaria, y considera que tiene un buen desempeño. Le gusta jugar con la pelota. En ocasiones también platica con su primo, por medio de correo electrónico. Durante la entrevista inicial se le notó con poco interés en el grupo y ofrecía respuestas cortas a las preguntas que se le hacían.

Es importante mencionar que G es el único participante que refirió no tener ningún comportamiento suicida (ideación, planeación o intento), no obstante, sus datos fueron referidos junto con los demás participantes en quienes se había detectado un riesgo, por lo cual se le extendió la invitación a participar. G expresó no estar seguro de querer formar parte del grupo, ante lo cual se le invitó a integrarse a la primera reunión y decidir por él mismo si quería continuar, aclarándole que no estaba obligado a hacerlo. G finalmente dijo que lo iba a intentar.

Grupo B (participantes de 14, 15 y 17 años).

Participante F.

Sexo: Mujer.

Edad: 14 años.

Datos generales de la participante:

F vive con su mamá, quien se dedica al aseo de casas, y su hermana, quien estudia el bachillerato. Ella estudia el tercer año de secundaria, y considera que su desempeño es regular, ya que algunas veces no entrega trabajos porque piensa que pueden estar mal. Cuando aún estudiaba en la primaria, sus padres se separaron, por lo cual ella, su mamá y su hermana se mudaron; actualmente considera tener una buena relación con su papá. Al entrar a la secundaria, sus compañeros no querían hablarle, por lo cual solamente tiene dos amigos. Menciona que cuando se siente mal, habla consigo misma. F refiere que en varias ocasiones ha pensado en quitarse la vida, pero no lo ha intentado porque le da miedo el dolor. La última vez que lo pensó fue dos días antes de la entrevista. Al término de la entrevista se realizó plan de seguridad con F.

Participante I.

Sexo: Mujer.

Edad: 15 años.

Datos generales de la participante:

I vive con sus papás, sus 2 hermanos y sus abuelos. Cuando I estudiaba en la primaria, sus compañeros la molestaban tirándole la comida o agrediéndola físicamente, por lo que dejó sus estudios. Posteriormente los retomó, y acaba de comenzar la secundaria. Cuando I tenía 14 años, uno de sus familiares abusó sexualmente de ella y, desde entonces, siente mucha tristeza y miedo,

tiene pesadillas con dicha persona y no le gusta que otras personas la toquen o abracen. La primera persona a quien se lo compartió fue a su novio, quien la hizo sentir apoyada. Posteriormente se lo compartió a sus papás, quienes le dijeron que esta situación no se iba a quedar así. I no quiso demandar a dicha persona porque no quería afectar a la familia de su agresor, sin embargo, él sigue visitando su casa ocasionalmente. Semanas antes de la entrevista, su novio terminó la relación, por lo que I se sentía muy afectada.

En tres ocasiones, I se ha cortado en los brazos, ocasiones en las cuales recuerda sentir “una soledad muy fea” y, de acuerdo con sus respuestas a los reactivos de riesgo suicida, “no le importaba si vivía o moría”. La última vez que ocurrió la encontró su hermana menor, quien le dijo que la quería mucho; desde entonces no lo ha hecho. Algunas veces, para disminuir su malestar emocional dibuja o escribe lo que siente. I dice que le gustaría superarse, y que una de sus metas es ir al ejército, aunque siente que es débil. Al término de la entrevista, se realizó un plan de seguridad con I.

Participante P.

Sexo: Hombre.

Edad: 15 años.

Ocupación: estudiante y ayudante de albañil.

Datos generales del participante:

P se encuentra cursando el primer año de preparatoria, vive con sus padres y sus dos hermanos mayores. Su papá es policía y su mamá ama de casa. Refiere mantener una buena relación con sus

padres y su hermano de en medio, aunque se percibe más cercano a su mamá, con quien conversa de lo que le acontece en su vida diaria y sus emociones. Tiene discusiones constantes con su hermano mayor, quien le ha llegado a pegar.

Actualmente tiene un empleo como chalán de albañil, esto como un modo de ayudar a su mamá. Considera que su salud actual no es muy buena, pues come poco y antes de comenzar a trabajar había dejado de sonreír y ya no salía de su cuarto. Durante sus tres años de secundaria fue víctima de *bullying* por parte de sus compañeros de clase, a los cuales enfrentó en una ocasión, pero no dejaron de molestarlo. Eventualmente las autoridades de la escuela lo supieron y reprendieron a sus agresores. Su círculo de amigas son dos compañeras de secundaria y una de bachillerato, con quienes platica en ocasiones.

En segundo de secundaria, P comenzó a cortarse los brazos; dicha conducta la realizó por aproximadamente un año y estima haberlo hecho unas 30 veces. P se encuentra en tratamiento psiquiátrico desde hace un año aproximadamente, para el cual toma sertralina como antidepresivo, aunque hay días en que no lo toma. Recientemente, ha tenido pensamientos de autolesión, tales como cortarse, ya que se siente triste. Se realizó un plan de seguridad con P al término de la entrevista.

Participante R.

Sexo: Hombre.

Edad: 17 años.

Datos generales del participante:

R vive con sus padres, ambos enfermeros, y también con sus hermanos, uno mayor y el otro menor. Actualmente, R cursa el 5° semestre de bachillerato en línea. R refiere tener 3 amigos de la secundaria, con quienes suele ir a fiestas, en donde ha llegado a consumir tabaco y alcohol. En dos ocasiones consumió marihuana, y en otra diferente inhaló cocaína, sustancias que dice no le han gustado y desde entonces no volvió a consumir.

R tiene una novia, con quien lleva 5 meses de relación. En febrero, cuando dejó de ir a clases debido a un paro académico en su plantel, R comenzó a sentir que a sus amigos y a su novia no les importaba. Además, R sentía miedo a estar solo.

R refiere que cuando algo no salía como él lo esperaba, se enojaba y presentaba conductas autolesivas, tales como golpear la pared, pegarse en la pierna, arañarse o morderse la parte interna del labio. También ha tenido pensamientos sobre hacerse mucho daño. En una ocasión, pensó en aventarse hacia un carro en movimiento. Su intención era “quedar muy mal”, ya que “si me pasa algo, así se van a interesar”. No se aventó porque se detuvo a pesar en su familia, quienes son importantes para él. Una semana después asistió a su primera consulta con el psiquiatra, a quien refiere haberle tenido confianza muy rápido. Actualmente toma citalopram como antidepresivo.

En su tiempo libre, a R le gusta cantar, dibujar y tocar la guitarra. También le gustan los deportes; ha practicado futbol, basquetbol, voleibol, natación y frontón. No obstante, actualmente ya no hace ejercicio debido a la pandemia, por lo cual considera que su condición física ya no es la misma.

Lo que a R le gustaría aprender en el grupo de entrenamiento en habilidades es a estabilizar sus emociones, ya que en ocasiones le dan “bajones emocionales”, es decir, se siente muy triste o

enojado. Lo que actualmente le ayuda sentirse mejor es un negocio de flanes que emprendió con sus amigos de la secundaria.

Descripción de la propuesta de intervención

La intervención está conformada por cinco módulos: psicoeducación sobre el suicidio, regulación emocional, habilidades de afrontamiento, solución de problemas y comunicación asertiva. En cada módulo se brindaron estrategias específicas a fin de desarrollar las habilidades y alcanzar los objetivos planteados. A continuación, se describen los módulos que componen la intervención.

Módulo I: Psicoeducación sobre el suicidio.

Uno de los mitos más difundidos sobre el suicidio consiste en que hablar sobre este tema es peligroso, ya que puede llevar a las personas a contemplar esta posibilidad e incluso animarlas a hacerlo. Lo cierto es que hablar abiertamente sobre el tema con alguien de quien sospechamos cierto riesgo, mostrando empatía, interés y sensibilidad, puede ayudar a la persona a considerar otras opciones o darles tiempo para reflexionar su decisión, previniendo de esta forma el suicidio (OMS, 2014).

El proceso dinámico y complejo del suicidio pasa por varias etapas antes de culminar en el acto que le quita la vida a la persona. Sus fases previas pueden ser identificadas oportunamente para dar pie a la intervención adecuada. De este modo, el conocimiento específico de la dinámica del suicidio sumado al reconocimiento de los factores de riesgo reduce la probabilidad de su aparición, es decir, lo previene (Chávez-Hernández et al., 2008).

Como bien lo señalan Chávez-Hernández et al. (2008), resulta eficaz y pertinente para la prevención del suicidio implementar dispositivos de capacitación para los jóvenes, por tres razones fundamentales: por ser el grupo de mayor riesgo suicida, porque además son los primeros en enterarse de cualquier cambio importante o riesgo suicida en su grupo de amigos y porque al ser

capacitados como preventólogos del suicidio, ellos pueden ser multiplicadores de una mayor conciencia y de información adecuada en otros ámbitos en donde conviven, como su hogar o centros recreativos.

En esta intervención, el primer módulo tiene como objetivo brindar una psicoeducación acerca de las autolesiones y el suicidio como formas desadaptativas para enfrentar un problema. Para ello, se abordaron las creencias falsas y verdaderas (fundamentadas en hechos científicos) en torno a este fenómeno y se explicó un plan de seguridad que los participantes pueden llevar a cabo (de forma personalizada) en caso de que se encontraran en crisis o pensarán en lastimarse o quitarse a vida, a fin de restringir el acceso a medios letales para evitar estas conductas, generar estrategias de solución no suicidas y tolerar o disminuir su malestar.

Módulo II: Regulación emocional.

La regulación emocional puede definirse como toda estrategia dirigida a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso. Esta habilidad para controlar la experiencia afectiva depende fundamentalmente de la capacidad para distinguir estados internos y distinguirlos unos de otros (Silva, 2005). En este sentido, poder regular un estado afectivo implica reconocer la emoción que se está sintiendo y realizar una serie de esfuerzos para tolerarla o disminuirla, especialmente si se trata de emociones desagradables; de igual forma, esta habilidad implica realizar esfuerzos para incrementar la presencia de emociones agradables, las cuales propician un estado de bienestar.

De acuerdo con Thompson (1994), para la Terapia Cognitivo Conductual, la regulación emocional incluye la capacidad para modular la respuesta fisiológica relacionada con la emoción, la implementación de ciertas estrategias para dar una respuesta ajustada al contexto y la organización de estas estrategias para lograr metas a nivel social. Gross (1998, 1999) definió la

regulación emocional como un proceso por medio del cual las personas ejercen una influencia sobre las emociones que experimentan, sobre cuando suceden y sobre cómo se experimentan y se expresan (Vargas y Muñoz-Martínez, 2013). Por su parte, Linehan y Koerner (1993) explicaron la regulación emocional como una habilidad que se compone principalmente de cuatro elementos: a) inhibir el comportamiento altamente inapropiado (ya sea positivo o negativo), b) autocalmar cualquier activación fisiológica intensa inducida por la activación, c) refocalizar la atención y d) organizarse a uno mismo para cualquier acción coordinada al servicio de una meta externa.

Con base en estas definiciones, se puede entender que no existe una única forma de regular las emociones, sino que son varias las estrategias que componen esta habilidad, e implican la capacidad de percibir y regular las señales fisiológicas, tener control del propio comportamiento y dirigir las acciones a una adecuada expresión de la emoción, o bien, el alcance de un objetivo.

Un número considerable de programas de investigación convergen en establecer que la psicopatología surge en parte debido a “un proceso de regulación deficiente”, ya sea por el tipo de estrategia utilizada o como producto de una diferenciación afectiva poco desarrollada (Silva, 2005). Se ha demostrado, por ejemplo, que la regulación de las emociones desadaptativa se asocia con la suicidalidad en niños y adolescentes, incluso con el control de un trastorno depresivo. (Goldin et. al., 2008).

En un estudio realizado por Košutić et. al. (2019), el cual tenía como objetivo investigar el apego y las estrategias de regulación emocional en una muestra de adolescentes con depresión, se encontró que la depresión adolescente estaba asociada específicamente con la desregulación emocional a través del uso menos frecuente de la reevaluación cognitiva. Dichos hallazgos sugieren que es importante considerar el empoderamiento de la reevaluación cognitiva como una

de las habilidades de regulación emocional en la planificación de intervenciones terapéuticas para adolescentes depresivos.

El incluir un módulo de regulación emocional tiene como propósito que los miembros de grupo aprendan a identificar las emociones que experimentan ante situaciones adversas, así como a regular el malestar emocional, evitando de esta forma que incurran en conductas de riesgo para su bienestar y, específicamente, en el comportamiento suicida. Para ello, se incorporaron estrategias para disminuir la activación fisiológica, así como estrategias de reevaluación cognitiva.

Módulo III: Habilidades de afrontamiento.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984) en su modelo transaccional sobre el estrés, el afrontamiento es definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales continuamente cambiantes que realiza el sujeto para manejar las demandas internas o externas, que son evaluadas como que agotan o exceden los recursos personales. El afrontamiento entonces estaría determinado por la persona, el ambiente y por su interacción (Frydenberg, 1994 como se citó en Barrón et al., 2002).

Más que un dominio sobre el entorno, el afrontamiento se trata de una forma de manejar situaciones que pueden generar estrés en el individuo, con las que busca tolerar, minimizar, aceptar o ignorar aquello que sobrepasa sus capacidades, ya sea resignificando el estímulo, a través de las acciones, pensamientos, afectos y emociones que el individuo utiliza a la hora de abordar la situación desbordante. De esta forma, el afrontamiento es una de las variables expuestas como intervinientes en los niveles de bienestar psicológico y calidad de vida (Macías et al., 2013).

Las clasificaciones más aceptadas en el estudio del afrontamiento son: el afrontamiento centrado en el problema, el afrontamiento centrado en la emoción y el afrontamiento por evitación

(Bahamón et al., 2019). En cada una de estas clases de afrontamiento pueden utilizarse estrategias de carácter funcional o disfuncional. Las estrategias centradas en el problema parecen ser utilizadas en condiciones de estrés controlable; las estrategias centradas en las emociones tienden a ser utilizadas cuando se percibe un nivel de estrés incontrolable; por último, las estrategias basadas en la evitación tienden a manejarse en aquellos casos en los que la persona asume aplazar el afrontamiento activo por la necesidad de ordenar y hacer acopio de sus recursos psicosociales antes de afrontar activamente la situación (Macías et al., 2013).

Como se describió anteriormente, la adolescencia es una etapa caracterizada por cambios en el desarrollo, a la cual se suman distintas exigencias psicosociales. Para los adolescentes, la acumulación de eventos estresantes y la dificultad para afrontarlos adecuadamente no solo se manifestaría en problemas emocionales o conductuales, sino que también puede afectar la salud física del adolescente (Barra et al., 2006).

De acuerdo con Plancherel y Bolognini (1995), el afrontamiento en los adolescentes se relaciona con un conjunto de acciones y cogniciones que lo capacitan para tolerar, evitar o minimizar los efectos producidos por un evento estresante. Diversos estudios con adolescentes han encontrado una relación entre las estrategias de afrontamiento y el riesgo suicida, identificando que aquellas estrategias disfuncionales o evitativas desempeñan un papel importante en el riesgo suicida (Bahamón et al., 2019; Cornejo-Ortega et al., 2018; Pereira et al., 2005; Sánchez et al., 2015).

Por esta razón se considera importante promover el aprendizaje de estrategias de afrontamiento en esta etapa de vida. Si los adolescentes desarrollan habilidades que les permitan hacer frente a las distintas exigencias psicosociales que se presentan desde su juventud, es probable que incurran menos en conductas de riesgo para su vida y su bienestar, incluyendo el comportamiento suicida.

Módulo IV: Solución de problemas.

Si se conceptualiza la conducta suicida como una estrategia de resolución de problemas, los esfuerzos de la intervención se centrarán en disminuir el sufrimiento vivencial del paciente, mientras que simultáneamente se construye sobre su capacidad para afrontar y resolver problemas desde una perspectiva emocional, cognitiva y conductual (Robles, 2014, p. 376).

En este modelo se resaltan las capacidades para resolver problemas. Los esfuerzos de la intervención se centran en disminuir el sufrimiento vivencial, mientras que simultáneamente se construye sobre la capacidad del paciente para afrontar problemas desde una perspectiva emocional, cognitiva y conductual (Robles, 2014, p. 377).

Como bien lo señala Robles Sánchez (2014), un acercamiento comprensivo al tratamiento de la conducta suicida incluye las tres etapas siguientes:

1. Estabilización y seguridad del paciente. Cuando un paciente se encuentra inmerso en una crisis suicida, la intervención debe en primer lugar centrarse en la estabilización y seguridad inmediata del paciente. En casos de alto riesgo o inminente, la estabilización puede adoptar la forma de ingreso hospitalario. Esta etapa también podría implicar el desarrollo de un plan de seguridad.
2. Evaluación de los factores de riesgo temporales y distales. Una vez asegurada la salvaguarda del paciente, es importante comprender los factores que han contribuido a la crisis suicida del paciente, a través de la evaluación de los factores de riesgo que tengan una conexión temporal con la crisis (ej., factores situacionales como problemas con la pareja o pérdida de empleo), así como los factores de riesgo distales (ej., crisis de pánico recurrentes, antecedentes familiares de suicidio). La gestión de riesgo apropiada requiere

algo más que solucionar la crisis aguda, se trata de apuntar hacia los factores de riesgo subyacentes que pueden aumentar el riesgo de crisis futuras.

3. Iniciación de la gestión y solución efectiva de problemas de los factores contribuyentes. La gestión apropiada de la conducta suicida requiere más que la simple delineación de factores que contribuyen a incrementar el riesgo; requiere gestión continuada y solución de problemas activa de los factores contribuyentes, incluyendo el tratamiento de los trastornos mentales subyacentes, y técnicas de solución de problemas centradas en aumentar la solución de problemas.

De acuerdo con Robles Sánchez (2014), el modelo de resolución de problemas puede ser de gran ayuda para los pacientes con ideación o intento suicida, ya que al proporcionar una explicación sobre la crisis suicida y enmarcarla en un modelo que permite la apreciación de los problemas de los problemas del paciente, se promueve la resolución de estos. La presentación de este tipo de modelo puede ayudar a promover en el paciente un sentido de entendimiento, de control y de esperanza, y proporcionar un entramado en el que se pueden asentar los esfuerzos de intervención futuros (Robles, 2014, pág. 377).

Módulo V: Comunicación asertiva.

Una de las dificultades que tienen las personas con algún malestar emocional es que carecen de habilidades para expresar lo que es importante para ellos, o cómo se sienten ante ciertas situaciones. En la adolescencia, esta dificultad se puede ver influida, además, por el proceso de construcción de la identidad, una sensación de incompreensión por parte de los adultos, así como la búsqueda de pertenencia a grupos.

Comunicarse asertivamente tiene que ver con un conjunto de habilidades sociales, al que también se le ha denominado “habilidades para la vida”. Estas habilidades forman parte de una iniciativa internacional lanzada por la OMS y la Organización Panamericana de Salud en los años noventa, la cual consistió en difundir materiales pedagógicos diseñados para promover estas habilidades en las escuelas (Arboix, 2020). Definido de forma amplia, un enfoque de habilidades para la vida desarrolla destrezas para permitir que los adolescentes adquieran las aptitudes necesarias para su desarrollo y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria (Pérez et al., 2017).

La comunicación asertiva o efectiva tiene que ver con la capacidad de expresarse verbal y preverbalmente en forma apropiada a la cultura y a las situaciones. Un comportamiento asertivo implica un conjunto de pensamientos, sentimientos y acciones que ayudan a un niño o adolescente a alcanzar sus objetivos personales de forma socialmente aceptable. La comunicación efectiva también se relaciona con la capacidad de solicitar consejo o ayuda en momentos de necesidad (Mantilla, 2002).

Roca (2014) define la asertividad como una actitud de autoafirmación y defensa de nuestros derechos personales que incluye la expresión de nuestros sentimientos, preferencias, necesidades y opiniones, en forma adecuada; respetando al mismo tiempo los de los demás (p. 13). De esta forma, la asertividad le permite a las personas comunicar adecuadamente cuando el comportamiento de otros les genera malestar o invade sus derechos, reconociendo sus emociones y necesidades, pero sin imponerlas ante los demás.

La asertividad es un importante componente de la salud mental de las personas, pues los individuos poco asertivos experimentan sentimientos de aislamiento, autoestima frágil, depresión, temor y ansiedad en las situaciones interpersonales. También suelen sentirse rechazados o

utilizados por los demás y, a menudo, tienen problemas psicosomáticos, como dolores de cabeza o problemas digestivos (Roca, 2014).

En los adolescentes, los déficits de habilidades sociales pueden incidir negativamente en la consolidación de la identidad como en la cristalización de trastornos psicológicos (Lacuzna y de González, 2011). De acuerdo con Salazar (2012) el adolescente ingresa en un escenario de interacción social en el que los cuestionamientos acerca de los roles, dinámicas de género, normas institucionales y los modelos de identificación, comportan una importancia relevante para la estructuración de una personalidad sana o en su defecto con trastornos importantes (p. 701).

Los adolescentes necesitan aprender a expresar con asertividad las emociones que experimentan, principalmente las negativas, ya que de esta forma le dan el lugar adecuado a sus emociones y permiten que las otras personas se relacionen con ellos en función de lo que están sintiendo. De igual forma, la asertividad permite que los adolescentes soliciten la ayuda que pueden requerir de parte de su familia, de los adultos o incluso de sus pares, para afrontar los eventos estresantes presentes en su vida.

Tabla 2.

Objetivos y actividades que componen la intervención

Módulos	Objetivos	Actividades
Presentación y encuadre	Dar a conocer los objetivos del grupo de entrenamiento en habilidades y la importancia de este. Que los integrantes se conozcan entre ellos y propiciar un ambiente de confianza, apoyo y respeto a lo largo de las sesiones.	Presentación del grupo. Dinámica para que los miembros del grupo y el terapeuta se conozcan entre sí. Establecer reglamento de interacción grupal.

Módulos	Objetivos	Actividades
Psicoeducación sobre el suicidio	<p>Abordar las autolesiones y el suicidio como formas desadaptativas para enfrentar un problema.</p> <p>Reconocer las señales de una crisis y establecer un plan de seguridad para situaciones de malestar emocional intenso.</p>	<p>Juego “mitos y realidades sobre el suicidio”.</p> <p>Psicoeducación sobre la valía personal y reflexión sobre la importancia de cuidarse a sí mismos, así como los riesgos de no hacerlo.</p> <p>Establecer un plan de seguridad para momentos de crisis y desregulación emocional.</p>
Regulación emocional	<p>Identificar las emociones que los participantes experimentan ante situaciones adversas y aprender a regular el malestar emocional.</p> <p>Enseñar técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva, así como identificar las actividades que ayudan a los participantes a tranquilizarse o distraerse.</p>	<p>Psicoeducación sobre las diferentes emociones y su importancia en nuestras vidas.</p> <p>Juego de reconocimiento de emociones.</p> <p>Técnicas de relajación: respiración profunda y relajación muscular progresiva.</p> <p>Reconocimiento de actividades que generan bienestar y tranquilidad.</p>
Solución de problemas	<p>Enseñar un método que les ayude a identificar problemas u obstáculos, así como a valorar estrategias que puedan llevar a cabo para resolver dichas dificultades.</p>	<p>Explicación sobre los problemas o adversidades y la importancia de buscarles una solución.</p> <p>Psicoeducación del método de solución de problemas.</p> <p>Practicar el ejercicio de solución de problemas con ejemplos aportados por el grupo.</p>

Módulos	Objetivos	Actividades
Habilidades de afrontamiento	Brindar estrategias que puedan llevar a cabo ante situaciones adversas, con el fin de alcanzar sus objetivos o metas.	<p>Psicoeducación acerca de la importancia de los pensamientos, y su relación con nuestras emociones.</p> <p>Explicación de las creencias racionales e irracionales y sus respectivas características (clarificadas con ejemplos).</p> <p>Técnica para desafiar pensamientos disfuncionales (reestructuración cognitiva).</p> <p>Psicoeducación sobre mente sabia (el equilibrio entre una mente emocional y una mente racional).</p> <p>Técnica de acción opuesta ante situaciones que generan malestar emocional.</p>
Comunicación asertiva	Entrenar habilidades para tener una comunicación asertiva con otros y mejorar o fortalecer las redes de apoyo presentes en cada participante.	<p>Explicación acerca de la importancia de expresar cuando un comportamiento nos hace sentir mal.</p> <p>Explicación acerca de cómo dar un mensaje asertivo, siendo claros y prestando atención a nuestro comportamiento.</p> <p>Ensayo en parejas y retroalimentación.</p>
Identificación de metas personales y cierre	Identificar metas que a los participantes les gustaría realizar en su vida (sean personales, académicas o incluso profesionales), y compartir	Explicación sobre cómo tener metas en nuestra vida nos impulsa a esforzarnos.

Módulos	Objetivos	Actividades
experiencias y habilidades aprendidas a lo largo de las sesiones.	Ejercicio para reconocer metas individuales, y pasos para conseguirlas (siguiendo el esquema de solución de problemas).	Que cada miembro comparta cómo fue su experiencia a lo largo de las sesiones, y el aprendizaje que se lleva del grupo.

Resultados

Comparación entre evaluación pre y post taller. Por las características de la muestra, se eligió la prueba de Wilcoxon para evaluar diferencias pre y post intervención entre las variables estudiadas; los resultados fueron interpretados a partir del p-valor <0.05. Ninguna de las variables obtuvo significancia estadística en las comparaciones, sin embargo, se observaron algunos cambios luego de la intervención; el riesgo de suicidio disminuyó de los rangos promedio pre contra el post; la desregulación emocional, al igual que los cuatro factores que componen la escala disminuyeron en la media y en el rango promedio; en el caso del afrontamiento, se observó un aumento en la media y una disminución en el rango promedio; los factores de pensamientos positivos y búsqueda de soluciones, respuestas fisiológicas, búsqueda de apoyo con la familia, evitativo pasivo y búsqueda de apoyo con el grupo de pares aumentaron en la media y en el rango promedio, mientras que el factor de pensamientos obsesivos y desesperanza disminuyó en la media y aumentó en el rango promedio, y el factor de religión disminuyó en la media y en el rango promedio.. Los datos exactos de medias, rangos promedio, estadísticos de prueba y significancia estadística de cada variable se pueden apreciar en la Tabla 3.

Tabla 3.

Resultados antes y después del taller

<i>Variables</i>	<i>Evaluación pretaller</i>		<i>Evaluación postaller</i>		<i>W</i>	<i>P</i>
	<i>X</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>X</i>	<i>Rango promedio</i>		
Riesgo de suicidio	-	1.7	-	1.3	.00	.180
Desregulación emocional	78.5	1.8	63.8	1.2	.00	.109
No aceptación	26.8	1.8	21.8	1.2	3.5	.279

<i>Variables</i>	<i>Evaluación pretaller</i>		<i>Evaluación postaller</i>		<i>W</i>	<i>P</i>
	<i>X</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>X</i>	<i>Rango promedio</i>		
Metas	18.9	1.6	14.6	1.4	3	.223
Conciencia	19.6	1.8	16.6	1.2	1.5	.102
Claridad	13.3	1.8	10.8	1.2	1	.080
Afrontamiento	99.1	1.6	105.6	1.4	9	.686
Pensamientos positivos y búsqueda de soluciones	31.8	1.4	37.4	1.6	10	.498
Respuestas fisiológicas	14.9	1.4	16.6	1.6	10	.498
Pensamientos obsesivos y desesperanza	23.5	1.4	20.6	1.6	6	.684
Búsqueda de apoyo con la familia	5.6	1.4	9	1.6	4.5	.414
Evitativo pasivo	13	1.3	13.4	1.7	6.5	.577
Búsqueda de apoyo con el grupo de pares	7	1.3	7.6	1.7	3	.713
Religión	3.4	1.6	3	1.4	.00	.317

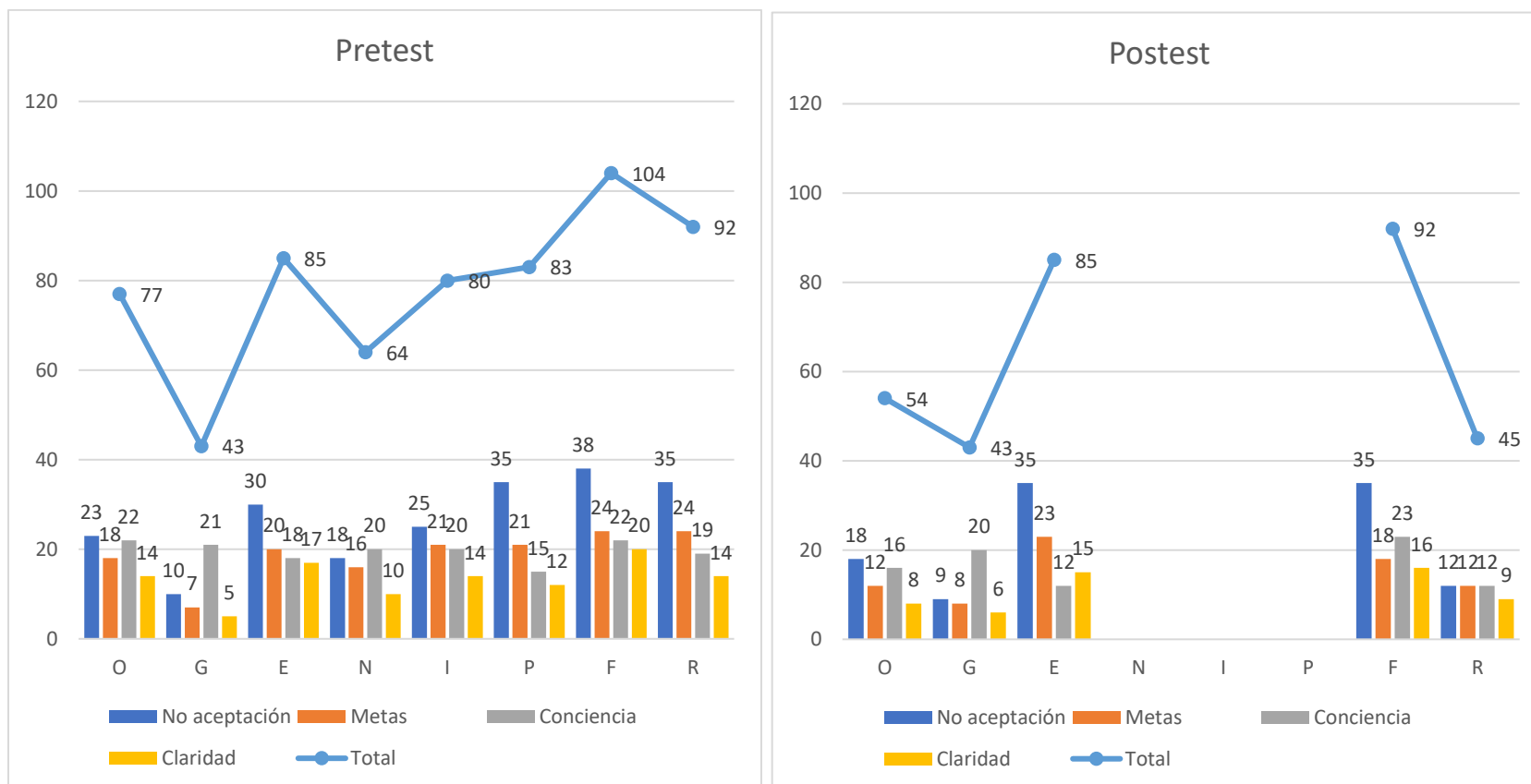
Notas. La variable riesgo de suicidio tiene un nivel de medición ordinal por lo que no puede reportarse promedio; los rangos promedio se calcularon por medio del coeficiente de Kendall.

Descripción de puntajes pre y post en la escala de desregulación emocional. Los resultados obtenidos por los participantes O, F y R se observan más bajos en la evaluación posttest (Figura 1),

lo cual refleja que tres participantes, de los cinco que finalizaron la intervención, presentaron menos desregulación emocional que en su primera evaluación. Tanto G como E, tuvieron los mismos puntajes en su evaluación pre como en la post. Y tres participantes no concluyeron el taller.

Figura 1.

Puntajes obtenidos por cada participante en evaluación pretest y postest de desregulación emocional



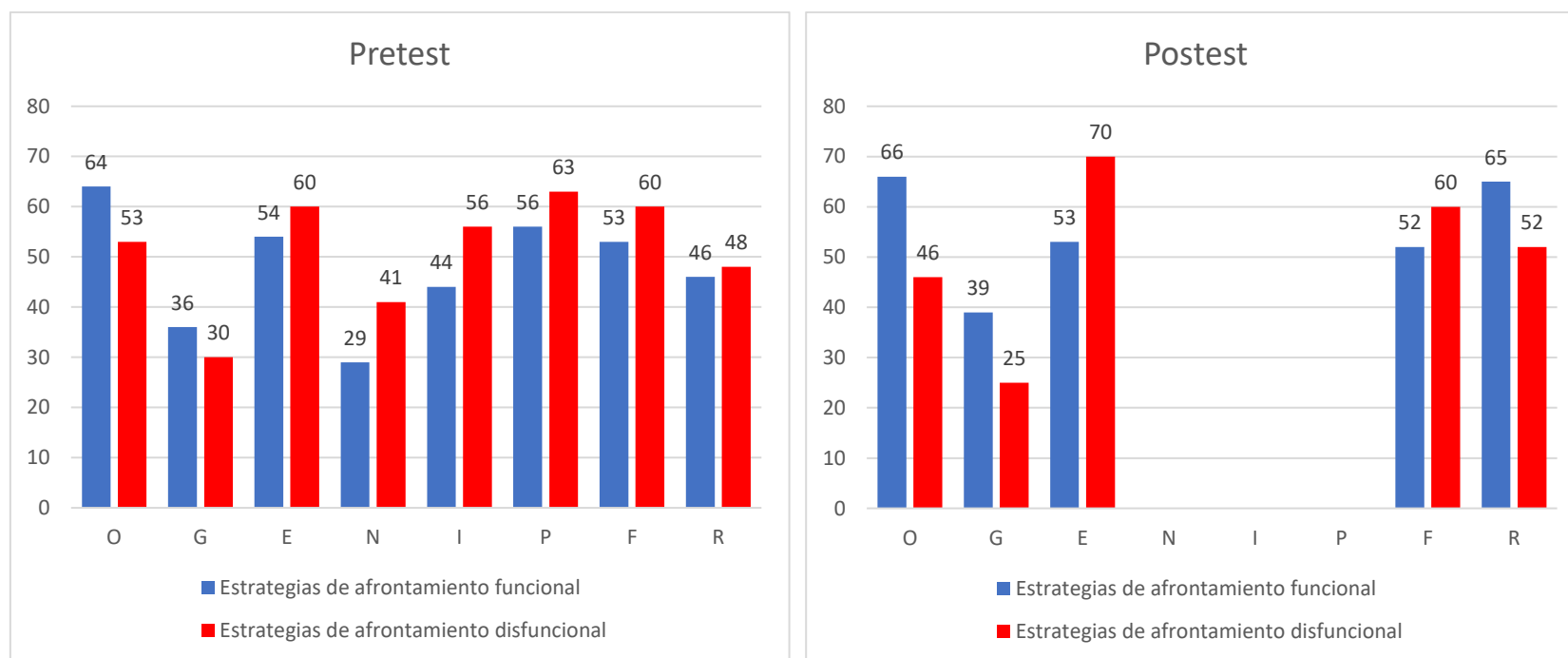
Nota. Los puntajes señalados por las barras corresponden a cada uno de los factores que componen la DERS-E. La línea superior señala las puntuaciones totales obtenidas por los participantes.

Descripción de puntajes pre y post en la escala de afrontamiento. Se pudo observar que en algunos de ellos hubo un aumento de puntuación en las estrategias de afrontamiento funcionales, mientras que en otros hubo un incremento o estabilidad de puntuación en las estrategias disfuncionales. En la evaluación pretest, había una mayor puntuación en las estrategias de afrontamiento disfuncional en seis participantes (E, N, I, P, F y R). Solamente O y G tenían una mayor puntuación en las estrategias de afrontamiento funcional, aunque esta diferencia no era muy grande con respecto al afrontamiento disfuncional.

Al finalizar la intervención, los participantes O, G y R tuvieron una mayor puntuación en las estrategias de afrontamiento funcional y, en el caso de O y G, también mostraron una disminución en las estrategias de afrontamiento disfuncional en comparación con su evaluación inicial. La participante E, por otro lado, presentó una mayor puntuación en las estrategias de afrontamiento disfuncional en contraste con su evaluación inicial. Este aumento puede ser explicado con la información relatada en su entrevista de cierre, en los resultados cualitativos. Finalmente, la participante F no presentó cambios en su afrontamiento disfuncional y disminuyó un punto en su afrontamiento funcional. En el apartado de su entrevista también se mencionan algunos motivos que pudieran explicar estos resultados (Figura 2).

Figura 2.

Puntajes obtenidos por cada participante en evaluación pretest y postest de afrontamiento



Nota. Las estrategias de afrontamiento funcional integran a los factores: pensamientos positivos y búsqueda de soluciones, búsqueda de apoyo con la familia, búsqueda de apoyo con grupo de pares y religión. Las estrategias de afrontamiento disfuncional integran a los factores: respuestas fisiológicas, pensamientos obsesivos y desesperanza y estilo evitativo pasivo.

Cambios clínicamente significativos. Con base en las recomendaciones de diversos autores (Ciapponi, 2013; Ferrer, 2014; Pardo y Ferrer, 2013; Prasad, 2019) para evaluar la utilidad de ciertas intervenciones independientemente de su significancia estadística, se utilizó el método de Diferencias Individuales Tipificadas (DIT), a fin de conocer el impacto de esta intervención en cada uno de los participantes, es decir, los cambios clínicamente significativos. Este método consiste en tipificar cada diferencia pre-post dividiéndola entre su desviación típica, es decir, entre la desviación típica de las diferencias (Pardo y Ferrer, 2013). Este cálculo solo fue posible realizarlo con las variables de desregulación emocional y afrontamiento, por ser de nivel intervalar, para lo cual se tomaron en cuenta únicamente los datos de los cinco participantes que concluyeron la intervención.

Los valores de DIT fueron interpretados bajo la premisa de Cohen (1998), quien propuso una especie de regla general que suele utilizarse como guía para valorar la diferencia entre dos promedios, según la cual valores en torno a 0.20 indican un efecto leve, en torno a 0.50 un efecto moderado y en torno a 0.80 un efecto fuerte. En este sentido, en la desregulación emocional se observó un efecto fuerte en los participantes O y R, y un efecto moderado en la participante F; los participantes G y E no tuvieron ningún efecto. Al evaluar los factores que componen la escala, en *No aceptación* se obtuvieron efectos leves en la mayoría de los participantes, excepto por R en quien se observó un efecto fuerte; en *Metas* se obtuvieron efectos moderados (E) a fuertes (O, F y R); en *Conciencia* se obtuvieron efectos leves (G y F) y fuertes (O, E y R); en *Claridad* se obtuvieron efectos leves (G), moderados (E) y fuertes (O, F y R).

Se calculó también la Respuesta Media Tipificada (RMT), lo cual se hizo dividiendo el promedio de las diferencias pre-post de todos los participantes entre la desviación típica de las diferencias, con lo cual se obtuvo un efecto fuerte en la desregulación emocional y en los factores

Consciencia y Claridad; también se observó un efecto moderado en los factores *No aceptación* y *Metas*. Los valores de DIT de cada participante y RMT de cada uno de los factores que integra la escala se pueden apreciar en la tabla 4.

Tabla 4.*Valores de DIT de desregulación emocional en cada participante*

Participantes	No aceptación		Metas		Conciencia		Claridad		Total DERS-E	
	Diferencia pre-post	DIT	Diferencia pre-post	DIT	Diferencia pre-post	DIT	Diferencia pre-post	DIT	Diferencia pre-post	DIT
O	5.00	0.48	6.00	0.99	6.00	1.68	6.00	2.16	23.00	1.17
G	1.00	0.10	-1.00	-0.17	1.00	0.28	-1.00	-0.36	0	0
E	-5.00	-0.48	-3.00	-0.50	6.00	1.68	2.00	0.72	0	0
F	3.00	0.29	6.00	0.99	-1.00	-0.28	4.00	1.44	12.00	0.61
R	23.00	2.19	12.00	1.99	7.00	1.96	5.00	1.80	47.00	2.40
	Desviación típica	RMT	Desviación típica	RMT	Desviación típica	RMT	Desviación típica	RMT	Desviación típica	RMT
	10.53	0.51	6.04	0.66	3.56	1.07	2.77	1.15	19.60	0.84

En el caso del afrontamiento, se observó un efecto leve en O y un efecto fuerte en R. El resto de los participantes no tuvieron cambios clínicamente significativos en esta variable. Al evaluar los factores que componen la escala, en *Pensamientos positivos y búsqueda de soluciones* se observaron efectos leves (G, E y F) y fuertes (O y R); en *Respuestas fisiológicas* se observaron efectos leves (O), moderados (G y F) y fuertes (E y R); en *Pensamientos obsesivos y desesperanza* se observaron efectos leves (E y R), moderados (G) y fuertes (O); en *Apoyo familiar* se observaron efectos leves (O) y (E), fuertes (R) y ninguno en G y F; en *Evitación* se observaron efectos moderados (E y F), fuertes (O y R) y ninguno en G; en *Apoyo en grupo de pares* se observaron efectos moderados (G y R), fuertes (O y F) y ninguno en E; en *Religión* sólo se observó un efecto fuerte en O, el resto de los participantes no presentaron cambios.

Al calcular la RMT se observaron efectos leves en la variable de afrontamiento y en todos los factores que componen la escala. El valor de DIT de cada participante y de RMT de cada uno de los factores se puede apreciar en la tabla 5.

Tabla 5.

Valores de DIT de afrontamiento en cada participante

Participantes	Pensamientos positivos y búsqueda de soluciones		Respuestas fisiológicas		Pensamientos obsesivos y desesperanza		Apoyo familiar		Evitación		Apoyo en grupo de pares		Religión		Total EA-A	
	Diferencia pre-post	DIT	Diferencia pre-post	DIT	Diferencia pre-post	DIT	Diferencia pre-post	DIT	Diferencia pre-post	DIT	Diferencia pre-post	DIT	Diferencia pre-post	DIT	Diferencia pre-post	DIT
O	-9.00	-1.31	-1.00	-0.26	10.00	1.95	2.00	0.27	-2.00	-1.32	3.00	1.56	2.00	2.24	5.00	0.44
G	-2.00	-0.29	2.00	0.51	3.00	0.58	0.00	0.00	0	0	-1.00	-0.52	0	0	2.00	0.17
E	3.00	0.44	-7.00	-1.79	-2.00	-0.39	-2.00	-0.27	-1.00	-0.66	0	0.00	0	0	-9.00	-0.79
F	3.00	0.44	2.00	0.51	-1.00	-0.19	0	0	-1.00	-0.66	-2.00	-1.04	0	0.00	1.00	0.09
R	-12.00	-1.74	-4.00	-1.02	-2.00	-0.39	-16.00	-2.19	2.00	1.32	-1.00	-0.52	0	0	-23.00	-2.01
	Desviación típica	RMT	Desviación típica	RMT	Desviación típica	RMT	Desviación típica	RMT	Desviación típica	RMT	Desviación típica	RMT	Desviación típica	RMT	Desviación típica	RMT
	6.88	-0.49	3.91	-0.41	5.13	0.31	7.29	-0.44	1.52	-0.26	1.92	-0.10	0.89	0.45	11.45	-0.42

Clasificación de riesgo de suicidio antes y después del taller. Los resultados caso por caso, dejan ver que de los participantes que concluyeron la intervención, dos (O y R) tuvieron una disminución notable del riesgo de suicidio pues al iniciar la intervención tenían un riesgo alto y posteriormente concluyeron sin riesgo alguno. En dos participantes (G y F) el riesgo de suicidio no estuvo presente ni antes ni después de la intervención y en una participante (E) el riesgo de suicidio se modificó de moderado a alto al final de la intervención. El hecho de que este riesgo hubiera aumentado puede ser explicado con base en los sucesos que acontecían en su vida al momento de hacer la evaluación final, los cuales se mencionan más adelante.

Al finalizar la intervención, los participantes F y R no mostraron riesgo de suicidio. A pesar de ello, ambos participantes refirieron en el formulario de Google que se utilizó para la evaluación posttest que, en los últimos 5 meses (tiempo que duró la intervención), sí habían tenido pensamientos sobre quitarse la vida. En la pregunta abierta de “¿Cuándo fue la última vez que tuviste esos pensamientos y qué fue lo que pensaste?”, la respuesta de F fue “Antier, nada elaborado solo no quería estar y ya” (sic.) mientras que la de R fue “Hace unos días, fue algo muy tonto”. (sic.). La información compartida por ambos participantes en su entrevista de cierre se describe en el apartado de dichas entrevistas, junto con algunas impresiones clínicas. El resto de los participantes no concluyeron las actividades del grupo y tampoco se obtuvo respuesta para los resultados de su evaluación posttest.

En la Tabla 2 se muestra el riesgo de suicidio de los participantes del grupo A (11 a 12 años) y del grupo B (15 a 17 años), en aquellos participantes que habían tenido alguna autolesión, ya fuera con o sin intencionalidad suicida, se menciona también la letalidad

percibida de dichos intentos, es decir, lo que ellos pensaban que podía suceder al hacerse daño.

Tabla 6.

Clasificaciones de riesgo suicida pre y post de cada participante

Participantes		Pretest	Postest
Grupo A	O	Riesgo de suicidio: Alto. Letalidad percibida de intento: Muerte incierta.	Sin riesgo de suicidio.
	N	Riesgo de suicidio: Alto.	Sin resultados por falta de evaluación.
	E	Riesgo de suicidio: Moderado. Letalidad percibida de intento: Muerte incierta.	Riesgo de suicidio: Alto. Letalidad percibida de intento: Muerte incierta.
	G	Sin riesgo de suicidio.	Sin riesgo de suicidio.
Grupo B	F	Sin riesgo de suicidio detectado, pero con ideación suicida.	Sin riesgo de suicidio detectado, pero con ideación suicida.
	I	Riesgo de suicidio: Moderado. Letalidad percibida de intento: Muerte incierta.	Sin resultados por falta de evaluación.
	P	Riesgo de suicidio: Alto. Letalidad percibida de intento: Muerte incierta.	Sin resultados por falta de evaluación.
	R	Riesgo de suicidio: Moderado. Letalidad percibida de intento: Muerte incierta.	Sin riesgo de suicidio detectado.

Entrevistas de cierre e impresiones clínicas. En este apartado se resume la información compartida por los participantes en una entrevista de cierre, la cual tuvo como propósito conocer su experiencia en el grupo, con las actividades realizadas y con los psicólogos a cargo. Además, se exploraron los motivos por los cuales en el grupo A, varios participantes prefirieron mantener sus cámaras apagadas a lo largo de las sesiones, mientras que en el grupo B, todos los participantes estuvieron de acuerdo en encender sus cámaras durante las sesiones.

Esta entrevista de cierre se logró concretar con cinco participantes, los mismos de quienes se obtuvo la evaluación posttest de los instrumentos aplicados y cuyos resultados fueron descritos anteriormente. Cabe mencionar que, en el caso del grupo B, no se concluyó con todas las actividades grupales debido a la inasistencia de los participantes a las últimas reuniones, de modo tal que se programó una última reunión con el fin de darle cierre al grupo y realizar las preguntas correspondientes a la entrevista. El módulo hasta el cual se concluyeron las actividades en este grupo fue el de habilidades de afrontamiento y los participantes que se conectaron a la reunión de cierre fueron F y R.

A continuación, se describe la información compartida por los participantes en su entrevista de cierre, así como algunas impresiones por parte de los psicólogos que dirigieron ambos grupos, relacionadas con su asistencia y participación.

Grupo A

O.

A lo largo de la intervención, O fue un participante comprometido y participativo. Se presentó a todas las sesiones de forma puntual y en cada una de ellas se esforzó por hacer

aportaciones, brindar ejemplos e incluso motivar a que sus demás compañeros participaran en el grupo.

Al hablar sobre su experiencia en el grupo de habilidades, O mencionó que le ayudó a manejar de mejor forma su enojo, para lo cual ha practicado la respiración profunda y también la estrategia de acción opuesta, la cual él describió como “cambiar de estado de ánimo”. Por ejemplo, un día antes de la entrevista él y su mamá tuvieron un problema, y en vez de involucrarse en una discusión poco efectiva, decidió darse un tiempo fuera para calmarse.

Compartió que el tema que más le gustó del grupo de habilidades fue el de establecer un plan de seguridad. Al preguntarle por los pasos que lo conforman, recordó los pasos de “alejarme de cosas con las que me pueda hacer daño” y “cambiar mi temperatura”. Se hizo un breve recordatorio de las demás estrategias que conforman el plan y se le reconoció la importancia que le concedió a este tema.

En relación con el riesgo suicida, expresó que, desde que inició el taller, no había tenido pensamientos ni intenciones de quitarse la vida o de lastimarse, incluso comentó que había hecho un acuerdo con su familia de dejar ese suceso atrás (cuando intentó quitarse la vida) y comenzar de nuevo. Al pedirle que se situara en una escala del cero al diez de ganas de hacerse daño, se ubicó en el cero, diciendo “no quiero hacerme daño”.

Lo que a O le hubiera gustado que fuera diferente del grupo de habilidades es que las sesiones fueran más dinámicas y que hubiera más juegos. Por otro lado, dijo que la información se impartía con claridad y que explicábamos con paciencia, además de que le hacíamos sentir que podía mejorar como persona, pues en sus propias palabras “me enseñaron a cuidarme y a pensar por mí mismo”. Confesó que había conocido psicólogos que

no se acordaban incluso de su nombre, pero que con nosotros sentía que siempre nos acordábamos de él. Finalmente, se le reconoció su nivel de participación en el grupo y las veces en que animó a otros miembros del grupo a participar, animándole a seguir con ese entusiasmo.

Los cambios percibidos por O en cuanto al manejo de emociones se pueden ver reflejados en sus puntajes obtenidos en las escalas de desregulación emocional y de afrontamiento, cuyos resultados fueron acordes a lo esperado como resultado de esta intervención. De igual forma, O finalizó la intervención sin riesgo alguno de suicidio.

G.

G fue un participante constante en el grupo, pues se conectó a la mayoría de las sesiones y siempre de forma puntual. Sus participaciones en el grupo eran escasas, pues solamente encendía su micrófono cuando se le preguntaba algo directamente o se le animaba a compartir algún ejemplo. Además, sus respuestas solían ser cortas, por lo cual a lo largo de la intervención se requirió de un mayor esfuerzo con él para escucharlo y procurar su participación en el grupo.

En su entrevista de cierre, G expresó que el grupo de habilidades le ayudó a manejar sus emociones, sin embargo, al pedirle un ejemplo dijo que no tenía uno en ese momento, solo que su familia le decía que ya no se enojaba tanto. Explicó que cuando se conectaba a las sesiones usualmente estaba comiendo y por ello no encendía su cámara.

Al preguntarle por las estrategias o habilidades que practicaba con más frecuencia, comentó que practicaba la relajación muscular en las noches, antes de dormir, y también

recordó la importancia de mirar a los ojos y hablar con un tono de voz adecuado cuando somos asertivos.

Es importante mencionar que en algunas ocasiones se escuchó hablar a una persona con él, quien parecía acompañarlo en las sesiones, aunque no se tenía certeza de esto porque G mantenía su cámara apagada. Al preguntarle por esto en la entrevista, comentó que en ocasiones su mamá o su hermana se sentaban junto con él, pero que esto no sucedía siempre. Se le preguntó si él consideraba sentirse diferente cuando estaba solo de cuando alguien lo acompañaba, a lo cual dijo que no. En otra ocasión, su mamá llamó por teléfono para preguntar si G realmente se estaba conectando a las sesiones y para pedir una impresión de su actitud en el grupo. Estos sucesos nos generaron la impresión de que podía haber cierta presión en G para que asistiera a las sesiones, llegándolo a ver como una obligación, mas que como un espacio personal de aprendizaje y apoyo.

Lo que a G le hubiera gustado que fuera diferente en el grupo es que no se repitieran los temas de algunas sesiones, esto ocurrió debido a que algunas veces se hacía repaso de lo visto anteriormente, ya que algunos no lo recordaban o bien, o no habían estado presentes.

El hecho de que G fuera el participante con menos cambios en sus evaluaciones puede deberse a que, desde el principio, su motivación hacia la intervención parecía ser considerablemente baja (en su entrevista inicial dijo que iba a intentar formar parte del grupo, pero que no estaba convencido de permanecer). Además, G no presentaba riesgo suicida desde la primera evaluación, ni tampoco reportó dificultades personales que él quisiera trabajar en el grupo. Sus niveles de desregulación emocional eran menores en comparación con el resto de los participantes (los cuales se mantuvieron iguales), y sus habilidades de afrontamiento parecían ser más funcionales que disfuncionales; a pesar de ello, se pudo

observar un incremento en su afrontamiento funcional y un decremento en su afrontamiento disfuncional al término de la intervención, lo cual coincidió con los cambios en su manejo de emociones que él y su familia reportaron.

E.

E tuvo una asistencia regular durante la intervención, llegando a faltar en las últimas semanas. En las sesiones que estuvo presente, mostró interés en los temas y también hacía aportaciones al grupo, incluyendo vivencias personales relacionadas con ciertos temas. En una ocasión, por ejemplo, compartió que los adultos generalmente no creen que los menores que emiten señales de alerta puedan considerar realmente quitarse la vida, pues ella había hablado con su familia sobre sus emociones y sentía que en realidad no la escuchaban.

En la entrevista de cierre, E mencionó que estaba interesada en este grupo para poder controlar lo que siente, ya que en ocasiones experimentaba crisis de ansiedad. Al preguntarle por dichas crisis, reconoció las sensaciones que experimentaba en esos momentos, así como el hecho de que respirar profundo (estrategia aprendida en el grupo) la ayudaba a sentirse mejor.

Expresó que lo que más le gustó del grupo fue “la forma en como nos comprendían”, ya que algunas veces cuando externaba algún malestar, solía recibir comentarios como “tú lo tienes todo”, los cuales la hacían sentir aún peor, pero en el grupo pudo sentir que no había nada de malo con sentirse mal.

Al preguntarle si ella cambiaría algo del taller o le hubiera gustado que fuera diferente, mencionó que no cambiaría nada, pues para ella estuvo bien como se manejó. También dijo sentirse satisfecha con los temas que aprendió. Respecto a su opinión sobre las cámaras

apagadas, expresó que tal vez los demás sentían pena y por ello no se mostraban en la pantalla, pero ella trató de hacerlo las veces que podía, lo cual se le reconoció en ese momento.

Al indagar sobre el riesgo suicida, E compartió que en los meses que se trabajó el taller sí llegó a autolesionarse con la intención de quitarse la vida, un mes antes de su entrevista de cierre. Ese suceso se lo contó a su hermano, con quien tuvo una conversación que le ayudó a reconocer que autolesionarse era una decisión que no le convenía y meditaron juntos. Al finalizar la entrevista, se hizo un recordatorio del plan de seguridad, poniendo especial énfasis en tomar distancia del objeto con el cual se había lastimado, además de que ella misma fue quien ofreció la alternativa para deshacerse de él.

El hecho de que E hubiera recurrido a las autolesiones para manejar sus emociones refleja, por un lado, que esta intervención no tuvo el alcance suficiente para prevenir comportamientos de riesgo como lo fue cortarse y, por el otro, que muy probablemente se encontraba en un contexto en el cual las autolesiones representaban un medio de descarga emocional. Es importante mencionar que, en el momento en que se realizó la entrevista de cierre, E compartió que recientemente su familia estaba atravesando un momento de dificultad, pues sus padres se estaban separando. Además, expresó que recientemente había terminado una relación de noviazgo. Estos sucesos de vida estresantes podrían explicar los puntajes elevados que E obtuvo en la desregulación emocional, así como en las estrategias de afrontamiento disfuncional.

Grupo B.

F.

F fue una participante constante en el grupo, pues asistió a la mayoría de las sesiones, siempre de forma puntual. En las últimas semanas dejó de conectarse sin explicar los motivos y se le vio hasta la reunión de cierre. En las sesiones que estuvo presente hacía varias aportaciones, las cuales incluían ejemplos, opiniones y experiencias personales. En una ocasión, por ejemplo, compartió la dificultad que tenía para establecer lazos de amistad con otras personas, ante lo cual se le observó afligida y triste; dicha situación fue utilizada con su permiso para abordar la habilidad de solución de problemas y alcance de metas, en la cual se validó su experiencia personal y recibió varias estrategias para poder cuidar sus relaciones sociales. En la reunión de cierre, misma en la cual se abordaron los aspectos relativos a la entrevista, F expresó que cuando iniciaron las sesiones estaba muy nerviosa porque les habíamos pedido que encendieran sus cámaras y a ella no le gusta enseñar su rostro, pero explicó que nos tuvo confianza muy pronto y con el tiempo no se preocupó más por eso (“les tomé cariño, me agradó porque les tuve confianza”). Confesó que en las últimas semanas faltó porque veía que nadie más se conectaba y para ella no era lo mismo.

Al hablar sobre los cambios que notó durante el grupo de habilidades mencionó que este le ayudó a socializar más; por ejemplo, hizo un nuevo amigo, a quien trata de responderle sus mensajes más seguido y también procura ser más amable. También mencionó que suele practicar el ejercicio de respiración profunda. Al preguntarle por los momentos en los que suele hacerlo, mencionó que durante esos días se había sentido mal, pero no había querido mostrarlo, pues siente que molesta a las demás personas si la ven llorar, así que en esos momentos trata de calmarse rápido y respirar profundo. Al escuchar esto, se habló sobre la validación de emociones, explicando la importancia de aceptarlas y expresarlas

adecuadamente, y se le invitó a pensar de qué forma le ayudaba o perjudicaba evitar algún malestar, o compartirlo con otros.

Para F, el hecho de que en la mayoría de las sesiones solo se conectaran dos participantes ayudó a que hubiera más confianza y cercanía entre los miembros, pues expresó que “Me encariñé muy rápido”. Lo que a ella le gustaría que fuera diferente es que hubiera más dinámicas o juegos. A pesar de ello, dijo que explicábamos bien y que “es agradable estar aquí”.

Si bien durante la reunión F no compartió los motivos por los cuales se había sentido mal, era claro que tenía una dificultad para poder aceptar su propio malestar, lo cual puede verse reflejado en sus puntajes de desregulación emocional que, a pesar de haber disminuido, continuaban siendo altos, lo mismo con respecto a sus habilidades de afrontamiento, que se reportaron como más disfuncionales al final del taller.

R.

R fue un participante constante y participativo a lo largo de la intervención. En las sesiones que estuvo presente hacía muchas aportaciones al grupo, las cuales incluían ejemplos, recomendaciones para otros participantes y experiencias personales. Cabe mencionar que R y F fueron los únicos participantes del grupo que fueron constantes durante las sesiones, llegando a estar únicamente ellos dos presentes en varias ocasiones, por lo cual hubo una relación más estrecha entre ellos. Esto se reflejaba en el apoyo y validación que se ofrecían mutuamente.

En las últimas semanas, R dejó de conectarse sin dar alguna explicación. Sin embargo, en una ocasión solicitó una reunión fuera del grupo para poder explicar los motivos de su

ausencia. R había tenido un conflicto con su pareja, a quien de hecho él invitó a integrarse al grupo sin mencionar que se trataba de su pareja. Dicha persona solamente se conectó a una sesión, antes de la cual se le realizó una entrevista para realizar el encuadre de la intervención y se le solicitó responder los mismos instrumentos que los demás, pero luego de su única asistencia no se obtuvo respuesta de su parte (motivo por el cual sus datos no se incluyen en este trabajo). A pesar de ello, R decidió no conectarse a las últimas sesiones para evitar contacto con ella.

En la reunión de cierre, R expresó que el grupo de habilidades le ayudó a aceptar sus emociones desagradables, especialmente la tristeza, y también a compartir ese malestar con los demás: “Comencé a decir algo que tal vez no me agradaba de alguna persona. Comencé a valorarme un poquito más a mí, a tomarme más importancia”. También refirió que tuvo más confianza para hablar con su familia sobre el malestar que en ocasiones sentía: “La relación con mi mamá mejoró bastante, logré comentarle las cosas que me pasaban sin miedo al rechazo, comencé a tenerle más confianza a mi mamá y a mi hermano”.

Expresó que al inicio de las sesiones le daba pena que lo vieran desarreglado, pero con el tiempo eso le importó menos, pues se sentía en confianza en el grupo. Compartió que el taller le ayudó a mejorar la forma en que se sentía consigo mismo y a expresar lo que sentía: “Me ha ayudado a reforzar el amor propio y el saber tranquilizarme cuando me siento mal o expresar cómo me siento”.

En cuanto a las habilidades que más le ayudaron, explicó que llegó a utilizar los ejercicios de respiración cuando se sentía ansioso o desesperado, o bien realizaba ejercicio físico. También llegó a utilizar el ejercicio de solución de problemas cuando se le presentaba alguna dificultad e incluso mencionó que, en una ocasión que su amigo tenía un problema, le ayudó

a elaborar una lluvia de ideas para tomar una mejor decisión (“Así como este taller me ayudó a mí, yo quería que fuera de ayuda para otras personas”).

También comenzó a escribir cartas “la que más me ayudó a liberarme fue una carta que le escribí a mi papá... fue muy especial”. Cabe mencionar que semanas antes de que el taller diera inicio, su papá falleció, por lo cual R también estaba atravesando un proceso de duelo durante el tiempo que se trabajó la intervención. La estrategia de escribir le fue sugerida en una ocasión en que pidió vernos fuera del grupo por una dificultad que estaba teniendo y ante la cual buscaba estrategias para manejar su tristeza, entre otras emociones.

En relación con las mejoras del taller, R mencionó que le gustaría que hubiera algo más dinámico, por ejemplo, que hubiera estiramientos o ejercicios de relajación al iniciar. También que hubiera más dinámicas o juegos durante las sesiones. Lo que a él le gustó fue que se propiciara un ambiente de confianza en el grupo.

Las mejoras que describió R en cuanto al manejo de sus emociones, búsqueda de apoyo familiar y resolución de problemas pueden verse reflejadas en los puntajes que obtuvo en desregulación emocional (menor desregulación emocional al final) y en afrontamiento, al final fue más funcional.

Discusión

A la luz de los resultados obtenidos, esta intervención tuvo un impacto positivo en la regulación emocional de los participantes, en donde tres de los cinco participantes que concluyeron la intervención presentaron menos desregulación emocional al concluir las actividades y ellos mismos refirieron en sus entrevistas de cierre tener un mejor manejo de sus emociones. Al considerar los cambios clínicamente significativos en esta variable, se observó que esta intervención tuvo un efecto significativo en al menos tres participantes, dos de los cuales tuvieron un efecto fuerte.

En el afrontamiento se observaron cambios mínimos luego de la intervención: en tres participantes aumentó su afrontamiento funcional y, en el caso de dos de ellos disminuyó también el disfuncional; en una participante aumentó el afrontamiento disfuncional y en otra participante no se presentaron cambios. Al considerar los cambios clínicamente significativos, se observó que solamente dos participantes tuvieron un impacto en esta variable, uno de los cuales tuvo un efecto leve y el otro fuerte. Cabe mencionar que una participante continuó autolesionándose luego de la intervención, lo cual refleja que las habilidades entrenadas en este grupo no tuvieron el mismo alcance en todos los participantes para reducir el riesgo de comportamientos desadaptativos, como lo son las autolesiones. En este sentido, se recomienda mejorar el entrenamiento de las habilidades de afrontamiento adaptativas, pues en esta intervención se abordaron principalmente a través de la psicoeducación y de ejemplos. Un mejor entrenamiento de estas habilidades se puede lograr a través de más ejercicios y dinámicas dentro del grupo, lo cual puede dar más claridad y práctica a los adolescentes.

En cuanto al riesgo de suicidio, dos participantes que tenían un riesgo alto al inicio de la intervención concluyeron las actividades sin riesgo alguno; lo cual refleja que esta intervención cumplió el propósito de disminuir el riesgo de suicidio en adolescentes; otros dos participantes no mostraron riesgo de suicidio antes ni después de la intervención, lo cual contribuye a la evidencia existente de que hablar sobre el suicidio no fomenta dicho comportamiento, por el contrario, ayuda a prevenirlo (Mathias et al., 2012). Por otro lado, una participante mostró un riesgo alto al concluir la intervención, lo cual se explica a través de los acontecimientos de vida estresantes que estaban ocurriendo en ese momento para ella.

Al llevar a cabo esta intervención se presentaron diversos retos. El primero de ellos fue el hecho de llevar a cabo esta intervención a distancia, a través de videollamadas. Si bien la tecnología ha sido una herramienta importante en los tratamientos psicológicos durante la pandemia por COVID-19, se tienen pocos antecedentes de intervenciones en línea para prevenir el comportamiento suicida y prácticamente ninguna intervención grupal a través de videollamadas.

Entre las herramientas tecnológicas que se han desarrollado en el mundo para prevenir el comportamiento suicida se encuentran las aplicaciones móviles, algunas de las cuales fueron pensadas en un inicio para ser indicadas por un profesional de la salud mental como un complemento de los tratamientos psicológicos o farmacológicos, pero también se han considerado como una alternativa para las personas que no tienen acceso a los sistemas de salud o presentan temor a ser estigmatizados (Daray et al., 2018). No obstante, se ha encontrado que dichas aplicaciones tienen un impacto positivo discreto, y en ocasiones estadísticamente no significativo en la disminución del comportamiento suicida (Hernández-Rincón, 2020). Otro tipo de intervenciones basadas en la tecnología para prevenir el

comportamiento suicida consisten en la asistencia vía chat a través de algunas plataformas de salud mental, en las cuales se ha observado que hay una alta demanda relacionada con ideación suicida, sin embargo, se han observado limitaciones importantes, como no contar con un entrenamiento específico para atender este tipo de casos (Krmpotic y Barrón, 2021). En este sentido, aunque el panorama es alentador, aún se requiere de más investigaciones que puedan determinar la efectividad de dichas herramientas.

Por otro lado, existen algunas intervenciones grupales a través de videollamadas que se han realizado con un propósito de prevención y acompañamiento, entre ellas para prevenir trastornos emocionales (Mira et al., 2016) y para la elaboración del duelo tras una ruptura amorosa (Navarro et al., 2020). Los resultados obtenidos en ambas investigaciones demuestran que las intervenciones a través del internet son una alternativa viable para tratar las problemáticas mencionadas y a partir de las cuales se pueden obtener resultados positivos. Sin embargo, es probable que no todas las problemáticas puedan tratarse a través de internet o en forma grupal. Este trabajo constituye la primera investigación de una intervención grupal a través de videollamadas con el fin de disminuir el riesgo suicida, la cual se llevó a cabo durante la pandemia por COVID-19; los resultados de esta investigación son parcialmente favorables, pero insuficientes para deducir que se trata de una intervención efectiva.

En segundo lugar, los participantes que formaron parte de los grupos de habilidades provienen de un entorno socioeconómico bajo, en donde eran esperadas ciertas limitaciones tecnológicas, por lo cual no todos los participantes tuvieron la posibilidad de conectarse a todas las sesiones. A lo largo de la intervención se pudo observar que algunos participantes no contaban con un dispositivo electrónico propio o que estuviera disponible en cualquier momento para ellos. En algunos casos, sus padres les prestaban un teléfono celular, pero esto

no siempre era posible por cuestiones de trabajo o porque sus dispositivos no contaban con suficiente batería, de modo que no podían permanecer hasta el término de la sesión. Aunado a esto, sus conexiones de internet muchas veces fallaban, retrasando su audio o video e impidiéndoles escuchar con claridad el desarrollo de las sesiones. Estos hechos representaron una dificultad importante para contar con todos los participantes semanalmente, lo cual a su vez generó algunos retrasos en la intervención.

Como bien lo señalan Domínguez y Medina (2021), “el acceso, uso y disposición de Tecnología de la Información y Comunicación (TIC) en los hogares mexicanos representa una afrenta para madres y padres de familia en muchas regiones del país” (p. 59). E incluso en las familias de zonas urbanas donde existe telefonía celular, la educación digital aún es precaria, pues estos dispositivos inteligentes se adquieren como un mecanismo de entretenimiento y ocio, mas no con un fin educativo.

La situación se vuelve aún más compleja cuando se consideran las regiones menos favorecidas del país. La disposición de internet, el uso de dispositivos móviles la telefonía inteligente, la banda ancha y demás implementos tecnológicos es un asunto de pocos, sobre todo en amplias regiones urbanas, rurales, ejidales e indígenas de la República Mexicana, de ahí la desigualdad en la denominada brecha digital (Domínguez y Medina, 2021, p. 60).

En tercer lugar, la modalidad virtual limitó el hecho de que los participantes pudieran tener una interacción más completa entre ellos. Es probable que el hecho de trabajar a través de videollamadas inhibiera la participación de algunos miembros del grupo, además de que no se tiene certeza de que todos ellos tuvieran un espacio privado para compartir experiencias o hacer aportaciones. Cabe señalar que en el caso del grupo A, los participantes optaron por mantener su cámara apagada durante las reuniones, lo cual limitaba aún más la interacción

entre participantes. Es importante señalar que este tema se habló en una de las primeras reuniones y se les dio la posibilidad de mantener sus cámaras apagadas si eso los hacía sentir más cómodos; sin embargo, se les aclaró que era un espacio de confianza y que preferiblemente se esperaba verlos a través de la pantalla, pues esto mejoraba la experiencia grupal; luego de esta conversación, únicamente dos participantes optaron por encender su cámara en algunas sesiones. Esta experiencia nos lleva a pensar que los adolescentes (especialmente los de menor edad) pueden sentirse inseguros de relacionarse virtualmente con sus pares en un contexto clínico, quizás por el temor a sentirse expuestos o juzgados por los demás.

A pesar de lo anterior, en las entrevistas de cierre se tuvo constancia de que se logró construir una alianza terapéutica entre los participantes y los psicólogos a cargo de los grupos, lo cual se puede apreciar en las experiencias compartidas por todos los participantes, quienes refirieron sentirse cómodos, comprendidos, escuchados y que nos tuvieron confianza rápidamente. De igual forma, en algunos casos también se formaron alianzas entre los participantes.

Esta experiencia concuerda con lo reportado en la literatura, específicamente por Rice et al. (2016), quienes argumentan que las intervenciones en línea y en las redes sociales pueden abordar la necesidad humana de pertenecer (es decir, reducir un sentido de pertenencia frustrada) al mismo tiempo que moderan potencialmente los sentimientos de carga percibida. De acuerdo con estos autores, las intervenciones en línea y basadas en las redes sociales también pueden brindar oportunidades para que las personas que buscan ayuda también brinden apoyo de pares a otros (reforzando así los sentimientos de competencia y autonomía). Al hacerlo, el tipo correcto de intervenciones en línea y redes sociales pueden

contrarrestar el aislamiento social y brindar oportunidades muy necesarias para el desarrollo de relaciones significativas, positivas y de apoyo.

Finalmente, el hecho de que la intervención se llevara a cabo de forma virtual pudo haber disminuido la atracción de algunos participantes hacia las actividades. En un contexto en el que la mayoría de las actividades en las que están implicados los adolescentes tuvieron que realizarse en línea, la experiencia de conectarse a un grupo de entrenamiento en habilidades pudo no ser tan diferente de la de una clase o taller escolar, e incluso se pudo haber generalizado el cansancio o aturdimiento que estas responsabilidades generaron en ocasiones al llevarse a cabo en esta modalidad. Algunas investigaciones realizadas para conocer el impacto del confinamiento por COVID-19 en la salud mental de niñas, niños y adolescentes, han reportado que el empleo inadecuado de las nuevas tecnologías tiene efectos nocivos en la salud mental, tales como una alteración en los patrones de sueño, problemas de agresividad o de ira y ansiedad (por mencionar algunos), los cuales surgen ante la falta de control sobre las herramientas tecnológicas (Rodríguez y Acosta, 2021). Además, la no asistencia a la escuela es un factor de riesgo de abuso de estas (Del Castillo y Velasco, 2020). Sin embargo, en tiempos de la COVID-19, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han constituido medios indispensables e insustituibles de aprendizaje, comunicación, esparcimiento y garantía de los derechos para los infantes y adolescentes, esto reafirma que lo perjudicial no son los dispositivos, sino el uso inadecuado que las personas hacen de ellos (Sánchez, 2021).

Además, las TIC también han permitido que las y los adolescentes accedan a servicios de salud mental para atender las necesidades emocionales provocadas por la pandemia, e incluso brindan alternativas para que aquellos menores que recibían un tratamiento psicológico de

forma presencial no lo vieran interrumpido por el confinamiento. La llamada telefónica, la consulta por correo electrónico o la videoconferencia se presentan como posibles alternativas a la consulta presencial, permitiendo la valoración del estado de salud mental, la intervención psicoterapéutica y el ajuste farmacológico de aquellos menores que lo requieran (Del Castillo y Velasco, 2020). En este sentido, la lección que se obtiene de esta intervención y de las investigaciones previas es que no sólo es útil sino necesario adaptar las intervenciones en salud mental a las herramientas tecnológicas disponibles a fin de que las personas puedan beneficiarse ellas, tomando en consideración su grupo de edad, su contexto sociocultural y sus recursos disponibles.

Conclusiones

Este trabajo tuvo como principal objetivo evaluar si la enseñanza de habilidades de regulación emocional y afrontamiento, las cuales, de acuerdo con diversas investigaciones, son factores protectores contra el comportamiento suicida; disminuían el riesgo de suicidio en un grupo de adolescentes. Los resultados encontrados en este trabajo no tuvieron una significancia estadística suficiente para afirmar que esta intervención fue efectiva, lo cual puede deberse a que los análisis se hicieron con una muestra pequeña, de sólo cinco participantes. No obstante, el riesgo de suicidio sí disminuyó en al menos dos participantes, quienes iniciaron con un riesgo alto y concluyeron sin riesgo alguno. Además, tres participantes obtuvieron significancia clínica en la regulación emocional, pues tuvieron una menor desregulación luego de la intervención y ellos mismos reportaron tener un mejor manejo de sus emociones. Dos participantes también tuvieron significancia clínica en el afrontamiento, el cual fue más funcional y menos disfuncional al término de la intervención.

Esta intervención fue llevada a cabo a distancia (a través de videollamadas) debido al distanciamiento físico que fue necesario mantener por la pandemia de COVID-19, lo cual implicó un reto al adaptar dichas actividades a las herramientas tecnológicas disponibles. Se observaron dificultades importantes relacionadas con el acceso a internet y los dispositivos electrónicos disponibles para los participantes. A pesar de ello, se logró construir una alianza terapéutica con los psicólogos a cargo del grupo y, en algunos casos, también se formaron alianzas entre los participantes.

Con base en los hallazgos obtenidos de esta intervención, se concluye que los grupos de entrenamiento en habilidades para promover factores protectores contra el riesgo de suicidio parecen ser un tipo de intervención útil que permite la prevención del comportamiento suicida, pero se requiere de mayores investigaciones para evaluar su efectividad, lo cual se puede llevar a cabo a través de ensayos clínicos con muestras más grandes. Su aplicación puede llevarse a cabo como una forma de prevención selectiva, dirigiéndolas a personas con características específicas de riesgo o a grupos de edad que puedan considerarse vulnerables. A pesar de ello, es importante que se consideren como un complemento al tratamiento individual y especializado cuando ya existe un riesgo identificado.

En tiempos de emergencia sanitaria como lo ha sido la COVID-19, es fundamental que las y los profesionales de salud mental, así como las redes de atención psicológica existentes puedan adaptar sus servicios a las herramientas tecnológicas disponibles. Las TIC pueden ayudar a disminuir las brechas en salud mental que ya existen en el mundo, para lo cual diversos investigadores ya han hecho contribuciones que resaltan su importancia y utilidad.

El suicidio como otros problemas de salud pública en el mundo pueden prevenirse si son reconocidos y abordados de forma temprana, para lo cual se necesitan destinar esfuerzos y recursos. Las muertes por suicidio son prevenibles: cuando trabajamos en mejorar el contexto de las personas en favor de su salud mental, a la vez que promovemos sus habilidades de afrontamiento y regulación emocional, los profesionales de la salud trabajamos en construir vidas que merecen ser vividas.

Referencias

- Andrade, J. A. y Gonzáles, J. (2017). Relación entre riesgo suicida, autoestima, desesperanza y estilos de socialización parental en estudiantes de bachillerato. *Psicogente*, 20(37), 70–88. <https://doi.org/10.17081/psico.20.37.2419>
- Anseán, A. (2014). *Suicidios: Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* (2ª ed.). Fundación Salud Mental España.
- Arboix, M. (2020). *Las 10 habilidades para la vida*. Solidaridad Intergeneracional. <https://solidaridadintergeneracional.es/wp/las-10-habilidades-para-la-vida/>
- Arenas-Castañeda, P. E., Bisquert, F. A., Martínez-Nicolas, I., Espíndola, L. A. C., Barahona, I., Maya-Hernández, C., Lavana, M., Manrique, P. y Baca-García, E. (2020). Universal mental health screening with a focus on suicidal behaviour using smartphones in a Mexican rural community: protocol for the SMART-SCREEN population-based survey. *BMJ open*, 10(7), e035041. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035041>
- Arenas-Landgrave, P., Lucio-Gómez, E. y Forns, M. (2012). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(33), 51-74. <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645437004.pdf>
- Bahamón, M. J., Uribe, J. I., Trejos, A. M., Alarcón-Vásquez, Y. y Reyes, L. (2019). Estilos de afrontamiento como predicadores del riesgo suicida en estudiantes adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 36(1), 120-131. <http://doi.org/10.14482/psdc.36.1.616.8>

- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D. y Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia psicológica*, 24(1), 55-61. <https://www.redalyc.org/pdf/785/78524106.pdf>
- Barrón, R. G., Castilla, I. M., Casullo, M. M. y Verdú, J. B. (2002) Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72714227.pdf>
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Blanco, J., Rojas, E., Fleiz, C., Méndez, E., Zambrano, J. y Aguilar-Gaxiola, S. (2009). La encuesta de salud mental en adolescentes de México. En Rodríguez J., Kohn R. y Aguilar-Gaxiola S. (eds). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (90-98). Organización Panamericana de la Salud.
- <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf?sequence=1#page=107>
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, M.E. (2010) Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública de México*, 52(4), 292-304. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2010/sal104b.pdf>
- Bravo-Andrade H.R., Ruvalcaba-Romero N.A., Orozco-Solís M.G. y Macías-Espinoza F. (2020) Factores individuales de riesgo y protección ante el suicidio adolescente: Estudio cualitativo con grupos focales. *Duazary*, 17(1): 36-48.
- <http://doi.org/10.21676/2389783X.3220>

- Canetto, S. S. y Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide [La paradoja de género en el suicidio]. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1-23.
<https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00622.x>
- Caraveo-Anduaga, J. J., Colmenares-Bermúdez, E. y Martínez-Vélez, N. A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud pública de México*, 44(6), 492-498.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2002/sal026a.pdf>
- Cardozo, G. y Alderete, A. M. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe*, (23), 148-182.
<http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n23/n23a09.pdf>
- Ceballos-Ospino, G. A., Suárez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés, J., Gamarra-Vega, L. M., González, K. E. y Sotelo-Manjarres, A. P. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*, 12(1), 15-22.
<https://doi.org/10.21676/2389783X.1394>
- Cha, C. B. y Nock, M. K. (2009). Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior [La inteligencia emocional es un factor protector para el comportamiento suicida]. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(4), 422-430. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181984f44>
- Chávez-Hernández, A. M., Medina Núñez, M. C. y Macías-García, L. F. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud mental*, 31(3), 197-203.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n3/v31n3a5.pdf>

- Christensen, H., Batterham, P. J. y O'Dea, B. (2014). E-health interventions for suicide prevention [Intervenciones en salud a través de internet para prevención del suicidio]. *International journal of environmental research and public health*, 11(8), 8193-8212. <https://doi.org/10.3390/ijerph110808193>
- Ciapponi, A. (2013). ¿Significancia clínica o significancia estadística?. *Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria*, 16(4). <https://doi.org/10.51987/evidencia.v16i4.6208>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Academic Press.
- Contreras, M. L. y Cervantes, C. A. D. (2018). Adolescentes en riesgo: factores asociados con el intento de suicidio en México. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp17-34.arfa>
- Cornejo-Ortega, A. C., Rojas-Omaña, A. M., Bonilla-Cruz, N. J. y Rivera-Porras, D. (2018). Estrategias de afrontamiento como elemento terapéutico en la orientación suicida de adolescentes de un colegio de la comuna 7 en Cúcuta. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica* 37(5), 528-533. <http://hdl.handle.net/20.500.12442/2496>
- Daray, F. M., Olivera Fedi, R. H. y Rodante, D. E. (2018). Desarrollo de CALMA: una aplicación para dispositivos móviles inteligentes para la prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.*, 29, 55-64. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1834476>

- Del Castillo, R. P. y Velasco, M. P. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 37(2), 30-44. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n2a4>
- Di Rico, E., Paternain, N., Portillo, N. y Galarza, A. L. (2016). Análisis de la relación entre factores interpersonales y riesgo suicida en adolescentes de la ciudad de Necochea. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 13(2), 95-106. <https://www.redalyc.org/pdf/4835/483555392012.pdf>
- Domínguez, P. M. y Medina, A. (2021). Educación en línea: una revisión de las limitaciones en México ante la crisis del COVID-19. *Tlatemoani: revista académica de investigación*, 12(36), 58-72. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7958805>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. <http://doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Fernández, H., Francia, A., González, M., González, M., Pérez, A. y Ferrat, Y. (2019). Intervención psicoterapéutica para modificar actitudes ante emociones negativas en padres de adolescentes con intento suicida. *Acta Médica del Centro*, 13(2), 230-238. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2019/mec192j.pdf>
- Ferrer, R. (2014). *Significación clínica: falsos positivos y falsos negativos en la estimación del cambio individual* [tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Madrid. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/664107/ferrer_urbina_rodrigo.pdf?sequence=1
- Girard, A. (2006). Espiritualidad y suicidio ¿factor protector o factor de riesgo? En Munist M, Suarez E.N., Krauskopf, D., y Silber T.J. (Eds.). *Adolescencia y resiliencia* (1a ed).

Paidós.

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Espiritualidad%20y%20suicidio.pdf>

Goldin, P. R., McRae, K., Ramel, W. y Gross, J. J. (2008). The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biological psychiatry*, 63(6), 577-586. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.05.031>

Gómez, N. P. y Camargo, Y. S. (2017). Relación entre autoestima e ideación suicida en adolescentes colombianos. *Revista de Psicología GEPU*, 8(1), 8-21. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6919770>

Góngora, S. (2019). *Disminución del riesgo suicida y autolesiones en adolescentes mediante la promoción de factores resilientes: intervención grupal* [Tesis de especialidad]. Universidad Nacional Autónoma de México.

González-Forteza, C., Juárez-López, C. E., Jiménez, A., Montejo-León, L., Rodríguez-Santibón, U. R. y Wagner, F. A. (2017). Suicide behavior and associated psychosocial factors among adolescents in Campeche, Mexico [Comportamiento suicida y factores psicosociales asociados entre adolescentes de Campeche, México]. *Preventive medicine*, 105, 206-211. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.09.011>

González-Forteza, C. y Jiménez, A. (2015). Develar la problemática suicida: un compromiso para su prevención. Cédula de indicadores de riesgo suicida como instrumento de detección. En Morfín, T., y Ibarra, A. (Coords.), *Fenómeno suicida: Un acercamiento transdisciplinar* (p. 9-27). Manual Moderno.

González-Forteza, C., Berenzon-Gorn, S., Tello-Granados, A. M., Facio-Florez, D. y Medina-Mora, M. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres

adolescentes. *Salud Pública de México*, 40, 430-437.

<https://www.scielosp.org/article/spm/1998.v40n5/430-437/es/>

Gordon Jr, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public health reports*, 98(2), 107.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424415/pdf/pubhealthrep00112-0005.pdf>

Gratz, K.L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. [Evaluación multidimensional de la regulación y desregulación de las emociones: desarrollo, estructura factorial y validación inicial de la escala de dificultades en la regulación de las emociones]. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.

<https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

Güemes-Hidalgo, M., Ceñal, M. J. y Hidalgo, M. I. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 21(4), 233-244. https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/06/Pediatria-Integral-XXI-4_WEB.pdf#page=8

Heredia, M. E. R. y Palos, P. A. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 8(2), 23-40. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80280203>

Hermosillo-de-la-Torre, A. E., Arteaga-de-Luna, S. M., Acevedo-Rojas, D. L., Juárez-Loya, A., Jiménez-Tapia, J. A., Pedroza-Cabrera, F. J., González-Forteza, C., Cano, M.

y Wagner, F. A. (2021). Psychosocial correlates of suicidal behavior among adolescents under confinement due to the COVID-19 pandemic in Aguascalientes, Mexico: a cross-sectional population survey. *International journal of environmental research and public health*, 18(9), 4977. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094977>

Hernández-Rincón, E. H., Barbosa Ardila, S. D., Valdivieso Jáuregui, A., Cruz Peñaranda, P. A. y Forero Fonseca, J. L. (2020). Aplicaciones móviles para la prevención del suicidio en adolescentes y adultos jóvenes. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 31(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132020000400013&Ing=es&tIng=en.

Herrejón, B. (2014). Programas y planes de prevención de la conducta suicida. En Anseán, A. (Coord.), *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención* (2ª ed., pp. 95-114). Fundación Salud Mental España, para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio.

INEGI (2019, 10 de septiembre). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio [comunicado de prensa].
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019_Nal.pdf

INEGI (2019, 29 de abril). *Estadísticas a propósito del día del niño (30 de abril)* [comunicado de prensa].
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/nino2019_Nal.pdf

- Jiménez-Ornelas, R. A. y Cardiel-Téllez, L. (2013). El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. *Papeles de población*, 19(77), 205-229.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v19n77/v19n77a12.pdf>
- Johnson, J., Gooding, P. A., Wood, A. M. y Tarrier, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS) [Resiliencia como evaluaciones positivas de afrontamiento: Probando el Modelo de Evaluaciones Esquemáticas del Suicidio (SAMS)]. *Behaviour research and therapy*, 48(3), 179-186. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.10.007>
- Karoly, P. (2012). Autorregulación. En O'Donohue W. y Fisher J. E. (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Core principles for practice* (pp. 183-213). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118470886.ch8>
- Košutić, Ž., Mitković-Vončina, M., Dukanac, V., Lazarević, M., Raković-Dobroslavić, I., Šoljaga, M., Peulić, A., Đurić, M., Pešić, D., Bradić, Z. y Lečić-Toševski, D. (2019). Attachment and emotional regulation in adolescents with depression. *Vojnosanitetski pregled*, 76(2), 129-135. <https://doi.org/10.2298/VSP160928060K>
- Krmpotic, C. S. y Barrón, E. V. (2021). La Asistencia online frente al riesgo de suicidio juvenil en Argentina: Alcances y retos urgentes. *Aiken. Revista de Ciencias Sociales y de la Salud*, 1(1), 21-34. <https://eamdq.com.ar/ojs/index.php/aiken/article/view/5>
- Lara, M. D. C., Fouilloux, C., Arévalo, M. D. C. y Santiago, Y. (2011). ¿Cuántos somos? ¿Dónde estamos? ¿Dónde debemos estar? El papel del psiquiatra en México: Análisis preliminar. *Salud mental*, 34(6), 531-536.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n6/v34n6a8.pdf>

- Lacunza, A. B. y De González, N. C. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en humanidades*, 12(23), 159-182.
<https://www.redalyc.org/pdf/184/18424417009.pdf>
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Linehan, M. M. y Koerner, K. (1993). A behavioral theory of borderline personality disorder [Una teoría conductual del trastorno límite de personalidad]. En Paris, J. (Ed.), *Borderline personality disorder: Etiology and treatment*, (pp. 103-121). American Psychiatric Press.
- Lucio, E., Maqueo, G., Patiño, C. D., Eguiarte, B. E. B. y Godínez, E. R. (2016). Propiedades psicométricas de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (EA-A). *Revista Mexicana de Investigación en psicología*, 36-45.
<http://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/index.php/RMIP/article/view/211>
- Macías, M. A., Orozco, C. M., Amarís, M. V. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>
- Macgowan, M. (2004). Suicidality among youths [Suicidalidad entre los jóvenes]. En Fraser M., Kirby, L. y Smokowski, P. (Eds.), *Risk and Resilience in Childhood: An Ecological Perspective* (2ª ed., pp. 347-372). Nasw Press.

- Mamajón, M. (2014). Prevención e intervención en la conducta suicida en la infancia y la adolescencia . En Anseán, A. (Coord.), *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención* (2ª ed., pp. 521-546). Fundación Salud Mental España, para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio.
- Mamani, O., Brousett, M., Ccori, D. y Villasante, K. (2017). La inteligencia emocional como factor protector en adolescentes con ideación suicida. *Duazary*, 15(1), 39-50.
<http://doi.org/10.21676/2389783X.2142>
- Mantilla, L. (2002). *Habilidades para la vida: una propuesta educativa para convivir mejor*. Bogotá: Fe y Alegría. <http://www.documentacion.edex.es/docs/0310MANhab.pdf>
- Marín, L. J. (2019). Alianza terapéutica en el abordaje de los factores de riesgo familiares asociados al intento suicida en adolescentes. *Universidad Católica de Pereira*.
<http://hdl.handle.net/10785/5549>
- Marín, M., Robles, R., González-Forteza, C. y Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud mental*, 35(6), 521-526.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000600010&script=sci_abstract&tlng=pt
- Martínez-Correa, A., Del Paso, G. A., García-León, A. y González-Jareño, M. I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72718110.pdf>
- Mathias, C. W., Michael Furr, R., Sheftall, A. H., Hill-Kapturczak, N., Crum, P. y Dougherty, D. M. (2012). What's the harm in asking about suicidal ideation? [¿Cuál es

el daño en preguntar por la ideación suicida?]. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(3), 341-351. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.0095.x>

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, M. C., Rojas, E., Fleiz, C., Zambrano, J., Villatorio, J., Blanco, J. y Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Estudio de los trastornos mentales en México: resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental. En Rodríguez, J., Kohn, R. y Aguilar-Gaxiola, S. (Eds.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pp. 79-89). Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf?sequence=1#page=96>

Medina-Mora, M.E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C. y Berglund, P (2007). Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample [Trastornos psiquiátricos en México: prevalencia de vida en una muestra representativa nacional]. *The British Journal of Psychiatry*, 190(6), 521-528. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025841>

Mesones, J. E. (2014). El suicidio a lo largo de la historia y las culturas. En Anseán, A. (Coord.), *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* (2ª ed., pp. 35-60). Fundación Salud Mental España, para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio.

Mira, A., Farfallini, L., Baños, R., Bretón, J. y Botella, C. (2016). Sonreír es Divertido, una intervención online para la prevención y el tratamiento de los trastornos emocionales. *Psicodebate*, 16(2), 51-72. <http://doi.org/10.18682/pd.v16i2.597>

- Morales, S., Fischman, R., Echávarri, O., Barros, J., Armijo, I., Moya, C., Maino, M. y Núñez, C. (2016). Vivencia-expresión de la rabia y razones para vivir en un grupo de pacientes chilenos con riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7(2), 60-68. <https://doi.org/10.1016/j.riips.2016.03.002>
- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes*, 3(1), 9-18. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5288635>
- Navarro, P. (2020). Intervención grupal online para la elaboración del duelo y recuperación del bienestar psicológico tras una ruptura amorosa. *Ciencia y Sociedad*, 45(4), 119-132. <https://doi.org/10.22206/cys.2020.v45i4.pp119-132>
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L. y Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology [Más allá de la Torre de Babel: un nomenclatura para suicidología]. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x>
- OMS (2020). *Salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente*. OMS. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- OMS (2019). *Salud mental del adolescente*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health>
- OMS (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=547B9FAF50F8422AD8D545B08659550B?sequence=1

OMS (2006). *Prevención del suicidio, recurso para consejeros*.

http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf

OMS. (2005). *Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future [Atlas: recursos de salud mental para niños y adolescentes: preocupaciones globales, implicaciones para el futuro]*. OMS.

<https://doi.org/10.11600/1692715x.11110170712>

Pardo, A. y Ferrer, R. (2013). Significación clínica: falsos positivos en la estimación del cambio individual. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(2), 301-310.

<https://doi.org/10.6018/analesps.29.2.139031>

Pereira, M. G. S. y Galaz, M. M. F. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y salud*, 15(2), 221-230.

<https://doi.org/10.25009/pys.v15i2.806>

Pérez, A. C., León, N. K. Q. y Coronado, E. A. G. (2017). Empatía, comunicación asertiva y seguimiento de normas. Un programa para desarrollar habilidades para la vida. *Enseñanza e investigación en psicología*, 22(1), 58-65.

<https://www.redalyc.org/pdf/292/29251161005.pdf>

Plancherel, B. y Bolognini, M. (1995). Coping and mental health in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 18(4), 459-474.

<https://doi.org/10.1006/jado.1995.1033>

Prasad, K. (2019). Statistical significance versus clinical importance [Significancia estadística versus importancia clínica]. *Neurology India*, 67(6), 1513-1514. [https://doi-](https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.4103/0028-3886.273608)

[org.pbidi.unam.mx:2443/10.4103/0028-3886.273608](https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.4103/0028-3886.273608)

Quiceno, J. M. y Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, factores salutogénicos e ideación suicida en adolescentes. *Terapia psicológica*, 31(2), 263-271.

<http://doi.org/10.4067/S0718-48082013000200012>

Rice, S., Robinson, J., Bendall, S., Hetrick, S., Cox, G., Bailey, E., Gleeson, J. y Alvarez-Jimenez, M. (2016). Online and social media suicide prevention interventions for young people: a focus on implementation and moderation [Intervenciones online y basadas en redes sociales de prevención del suicidio para personas jóvenes: con especial atención en la implementación y la moderación]. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25(2), 80.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4879947/>

Rivero, J. C. y Fierro, M. C. G. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 9(1), 20-24.

https://adolescenciasema.org/usuario/documentos/2_-_Desarrollo_Adolescente.pdf

Robles, J. I. (2014). Prevención e intervención psicológica de la conducta suicida. En Anseán, A. (Coord.), *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* (2ª ed., pp. 369-396). Fundación Salud Mental España, para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio.

Roca, E. (2014). *Cómo mejorar tus habilidades sociales* (4ª ed.). Acde.

Rodríguez, I. D. C. y Acosta, A. M. (2021). Aislamiento social, tecnología y salud mental.

MULTIMED, 25(5). <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/2298>

Rodríguez, S. P., Salvador, J. H. M. y García-Alandete, J. (2017). The role of hopelessness and meaning in life in a clinical sample with non-suicidal self-injury and suicide

attempts [El papel de la desesperanza y el significado de la vida en una muestra clínica con autolesiones no suicidas e intentos de suicidio]. *Psicothema*, 29(3), 323-328.

<http://doi.org/10.7334/psicothema2016.284>

Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1-12.

<http://doi.org/10.1196/annals.1376.002>

Salas-Auvert, J. A. (2008). Control, salud y bienestar. *Suma Psicológica*, 15(1), 15-42.

<https://redalyc.org/articulo.oa?id=134212604001>

Salazar, J. A. A. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15(2), 688.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi122q.pdf>

Sánchez-Teruel, D. (2009). *Manual actualización en inteligencia emocional*. Editorial CEP.

Salgado, R. C., Huicochea, N. E. J., Ávila, Z. M. y Neri, B. I. F. (2020). Ideación suicida y su asociación con el apoyo social percibido en adolescentes. *Atención Familiar*, 27(1), 11-16. <http://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2020.1.72278>

Sánchez, A. D., Forte, M. D. C. D., Hernández, L. A. y Barceló, I. G. (2015). Estrategias y estilos de afrontamiento en adolescentes con intento suicida. *Medimay*, 21(3), 606-618.

<http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/866>

Sánchez, I. M. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes.

Medisan, 25(1), 123-141. <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v25n1/1029-3019-san-25-01-123.pdf>

- Sánchez, J. I. R., Acinas, M. P. A. y Gancedo, J. L. P. Í. (2013). *Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida*. Síntesis.
- Sánchez-Teruel, D. y Robles-Bello, M. A. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del psicólogo*, 35(3), 181-192. <https://psycnet.apa.org/record/2014-44800-003>
- Silva, C. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(3), 201-209. <http://doi.org/10.4067/S0717-92272005000300004>
- Silverman, M. M. (2006). The language of suicidology [El lenguaje de la suicidología]. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 519-532. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.5.519>
- Soler, J., Eliges, M. y Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y modificación de conducta*, 42(165-6). <https://core.ac.uk/download/pdf/60674377.pdf>
- Thatcher, W. G., Reininger, B. M. y Drane, J. W. (2002). Using path analysis to examine adolescent suicide attempts, life satisfaction, and health risk behavior [Usando el análisis de ruta para examinar los intentos de suicidio de los adolescentes, la satisfacción con la vida y los comportamientos de riesgo para la salud]. *Journal of School Health*, 72(2), 71-77. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2002.tb06518.x>
- Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia*, 7(1), 93-102. <https://doi.org/10.21500/19002386.1197>

UNICEF (2011). *Estado mundial de la infancia 2011-Resumen Ejecutivo: La adolescencia una época de Oportunidades*. UNICEF.

<http://www.zaragoza.es/contenidos/medioambiente/onu/546-spa-ed2011.pdf>

Vargas, R. M. y Muñoz-Martínez, A. M. (2013). La regulación emocional: precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual. *Psicología USP*, 24(2), 225-240.

<https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000200003>

Wills, T. A. y O'Carroll E. (2012). Social support, self-regulation, and resilience in two populations: General-population adolescents and adult cancer survivors [Apoyo social, autorregulación y resiliencia en dos poblaciones: Adolescentes de la población general y adultos sobrevivientes de cáncer]. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(6),

568-592. <https://doi.org/10.1521/jscp.2012.31.6.568>

Zafra, S. (2019). Redes sociales para la prevención del suicidio juvenil. *3C TIC. Cuadernos de desarrollo aplicados a las TIC*, 8(2), 54-69. [http://doi.org/10.17993/3ctic.2019.82.54-](http://doi.org/10.17993/3ctic.2019.82.54-69)

[69](http://doi.org/10.17993/3ctic.2019.82.54-69)

Zafra, S., Soriano, J. M. G. y Navarro-Colorado, B. (2017). Diseño, compilación y anotación de un corpus para la detección de mensajes suicidas en redes sociales. *Procesamiento del Lenguaje Natural*, 59, 65-72.

<http://journal.sepln.org/sepln/ojs/ojs/index.php/pln/article/view/5494>

Zamora-Carmona, G. (2013). Servicios clínicos disponibles para niñas, niños y jóvenes con trastornos mentales en México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 163-170. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v11n1/v11n1a11.pdf>