



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Intervención iDBT con familias para el manejo  
del comportamiento autolesivo y suicida en  
adolescentes**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**DANIELA ESQUIVEL GONZÁLEZ**

**DIRECTORA DE TESIS: Dra. Paulina Arenas Landgrave**

**REVISORA DE TESIS: Dra. Angélica Juárez Loya**

**Comité:**

**Dr. José Alfredo Contreras Valdez  
Dra. Claudia Margarita Rafful Loera  
Dra. María Cristina Pérez Agüero**

**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.

“Escogemos el camino equivocado desde el principio cuando suponemos que nuestra meta es cambiar “la mente y el corazón de hombres y mujeres ”, en lugar del mundo en el que ellos viven” (Skinner, 1977).

## Agradecimientos

Desde mi forma de ver las cosas, cada logro personal representa, más que un éxito individual, la suma de todas aquellas condiciones que tuvieron que estar presentes para que fuera posible alcanzarlo. Sin duda, terminar la licenciatura significa para mí, por todo el tiempo, esfuerzo, dedicación y compromiso que implicó, uno de los mayores logros de mi vida; sin embargo, sería muy injusto no agradecer a cada una de las personas que de una u otra manera contribuyeron a que hoy pueda concluir satisfactoriamente este recorrido que inicié hace algunos años.

A la Dra. Paulina por aceptarme en su equipo de trabajo, en donde pase los años de mayor crecimiento personal y profesional de mi vida. En este lugar descubrí el poder del trabajo en equipo, la importancia de la calidad humana y todo lo que se puede lograr cuando están a cargo las personas correctas.

A la Dra. Angélica Juárez, quien desde el primer momento y sin conocerme me brindó su apoyo personal y académico. Esta tesis no hubiera sido posible sin su orientación, conocimiento y ayuda.

A la Dra. Ma. Cristina Pérez Agüero quien ha estado presente en gran parte de mi formación de licenciatura y me ha apoyado personal y académicamente de innumerables maneras. Gracias por ver personas detrás de cada estudiante.

A Dr. Alfredo y la Dra. Claudia por acceder a apoyarme en este apresurado proceso de titulación, confiar en mí y brindarme valiosas sugerencias para este trabajo.

Gracias a mi familia por siempre estar para mí de una y mil formas, principalmente a mis papás y hermanos, por inculcarme al amor a aprender, por impulsarme, guiarme y apoyarme; y a mis abuelos por cuidarme, orientarme y protegerme siempre.

A mis amigos de tantos años: a Mariana, por ser la mejor amiga que alguien puede pedir, por siempre creer en mí y por la lealtad infinita; a Paco por su cariño incondicional que se ha sabido mantener en el tiempo; a Daniela, Karina, César y Lalo por permanecer cerca y ser una red de apoyo infalible a pesar de la distancia.

A mis amigos de licenciatura que hicieron todo este proceso mucho más sencillo: Dani López, Wale y Kary por hacer cualquier momento más divertido, por las pláticas y experiencias compartidas; a Ilse por ser mi compañera y amiga durante toda la carrera, sin duda no pude haber elegido mejor y estaré eternamente agradecida por ello; a Malu por la contención, por las risas y por darme una amistad que cualquiera desearía tener. Gracias también a Beto por la paciencia y por enseñarme tanto, a Javi por todas las discusiones académicas y a César por los trofeos ganados.

A PADyRS, especialmente a Oscar por enseñarme lo que es ser un buen compañero y a Sofí por su supervisión tan cercana y cuidadosa durante estos últimos años.

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.

## Índice

Resumen .....	7
Introducción.....	8
Capítulo 1. Comportamiento suicida.....	11
Definición .....	11
Epidemiología .....	12
Por zona geográfica o entidad federativa en México.....	13
Por sexo y edad.....	14
Por medio empleado.....	14
Prevalencia de los intentos de suicidio.....	15
Teorías explicativas del suicidio .....	16
Teoría de la desesperanza.....	16
Teoría interpersonal .....	17
Modelo Integral Motivacional- Volitivo.....	19
Teoría de los tres pasos .....	21
Dimensiones del comportamiento suicida .....	23
Ideación .....	23
Planeación.....	24
Intento .....	24
Capítulo 2. Comportamiento autolesivo.....	25
Definición .....	25
Epidemiología .....	26
Clasificación por intencionalidad de la conducta.....	27
Conducta autolesiva directa.....	27
Conducta autolesiva indirecta.....	27
Clasificación por tipo de presentación clínica .....	28
Conductas autolesivas mayores: .....	28
Conductas autolesivas estereotipadas: .....	28
Conductas autolesivas compulsivas: .....	29
Conductas autolesivas impulsivas .....	29

Modelos explicativos de la conducta autolesiva .....	29
Modelo de las cuatro funciones de la conducta autolesiva .....	29
Hipótesis sobre la autolesión.....	31
Capítulo 3. Suicidalidad. ....	34
Modelo de la suicidalidad basado en el aprendizaje .....	34
Relación entre el comportamiento suicida y autolesivo .....	37
Factores de riesgo .....	38
Diferencias individuales y personalidad .....	39
Factores cognitivos .....	40
Factores sociales .....	41
Eventos negativos de vida .....	41
Capítulo 4. La familia y el comportamiento autolesivo y suicida en adolescentes .....	43
Teoría Biosocial .....	44
Capítulo 5. Terapia Dialéctico Conductual .....	49
Habilidades DBT .....	57
DBT y familia .....	58
Capítulo 6. Método .....	60
Justificación y planteamiento del problema.....	60
Muestreo .....	65
Aspectos éticos .....	75
Presentación de los participantes.....	76
Descripción de las sesiones.....	82
Capítulo 7. Resultados.....	95
Análisis observacional .....	95
Discusión.....	101
Anexos.....	106
Cartas descriptivas.....	106
Referencias .....	122

## **Resumen**

El comportamiento suicida, que integra tanto al suicidio como a las autolesiones, representa un problema de salud pública a nivel mundial, ya que según la Organización Mundial de la Salud (2019) cada año se quitan la vida alrededor de 800 000 personas. Particularmente entre la población adolescente, el suicidio es la segunda causa de muerte a nivel mundial y las autolesiones tienen una prevalencia de entre 14% y 15%. Estos comportamientos se han tratado de explicar desde muchos abordajes teóricos, sin embargo, dichas aproximaciones usualmente son meras descripciones de la conducta y están centradas únicamente en aspectos individuales del organismo.

Los modelos basados en el aprendizaje han logrado brindar un entendimiento mayor sobre la problemática del comportamiento suicida, ya que brindan una explicación científica, pragmática y parsimoniosa sobre el funcionamiento de la conducta en general. En este trabajo se propuso una intervención para el comportamiento suicida en adolescentes centrada en el abordaje con padres de familia y se hizo un pilotaje de la misma para evaluar sus características y viabilidad.

Es importante evaluar con un estudio mayor y más controlado la eficacia de la intervención, así como los procesos que se ponen en marcha con cada una de los procedimientos que se utilizaron.

## **Introducción**

Uno de los problemas más importantes que atraviesa el campo de la salud mental no solo en México sino en el mundo, es el alto índice de suicidios que se llevan a cabo cada año, posicionándose como una de las principales causas de muerte en adolescentes. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2019) alrededor 800 000 personas se quitan la vida cada año, colocando al suicidio como la segunda causa de muerte a nivel mundial entre jóvenes de 15 a 19 años de edad.

Por su parte, las autolesiones, definidas como aquellas conductas autoinflingidas, que provocan un daño en el individuo y que no tienen la intención de acabar con la vida (Claes y Vandereyckken, 2007), también representan un problema de salud pública importante. Se calcula que la prevalencia de las conductas autolíticas es 4% en la población general y de 14 a 15% entre adolescentes (Zaragozano, 2017).

El ambiente en el que el consultante se desarrolla juega un papel fundamental dentro de la explicación del comportamiento autolesivo y suicida, ya que las contingencias presentes en un determinado contexto pueden generar o mantener conductas indeseadas. En el caso de los adolescentes, la familia juega un papel importante en el desarrollo de la problemática ya que ésta funge como el contexto predominante del adolescente y por lo tanto es primordialmente ahí donde se llevará a cabo el aprendizaje (Miller et al., 2007)..

Por lo tanto, dentro la familia tienen que estar presentes las condiciones adecuadas para que se desarrollen y se mantengan ciertos repertorios conductuales en el adolescente ya sean deseados o indeseados. Es por ello que la dinámica familiar no debe considerarse únicamente como un factor de riesgo al explicar el comportamiento autolesivo y suicida sino que en ocasiones es incluso un factor causal que necesariamente debe ser integrado en el tratamiento.

La Terapia Dialéctico Conductual (DBT) propuesta por Marsha Linehan, ha sido una de las propuestas que ha mostrado mayor efectividad en el tratamiento individual del comportamiento aquí estudiado (Miller et al., 2007). Sin embargo, dotar a los miembros de la familia cercanos al adolescente en riesgo de las habilidades propuestas por la DBT (se explican posteriormente) tales como mindfulness, regulación emocional, eficacia interpersonal y tolerancia al malestar implicaría un cambio favorable en el decremento de la problemática, pese a que no se trabaje directamente con los jóvenes, ya que estaríamos actuando sobre el medio en el que las conductas, problemáticas o no, se castigan o se refuerzan diferencialmente.

Es importante destacar que pese a la efectividad que ha mostrado la DBT para el tratamiento de diversos problemas psicológicos y el esfuerzo que se ha hecho por tratar de sistematizar desde este abordaje guías de tratamiento eficaces, efectivas y eficientes que faciliten el trabajo del profesional de la salud (indicando qué hacer, de qué manera y durante cuánto tiempo), esto únicamente constituye lo que se conoce como *investigación de resultados*; es decir, se sabe que algo funciona pero no se conocen realmente cuáles son los procesos implicados (por qué y cómo funciona) (Froxán- Parga, 2018). El problema de que se comparen formas de tratamiento radica en que la mayoría de las veces no se conoce qué es lo que realmente está haciendo que algo funcione (o que no funcione) y se utilizan demasiados recursos en el desarrollo e implementación de técnicas o procedimientos que muy probablemente no están aportando nada nuevo y detienen significativamente el desarrollo de la psicología, así como el entendimiento del comportamiento humano.

Con este trabajo se buscó pilotear una propuesta de intervención basada en la Terapia Dialéctico Conductual centrada en la *investigación de procesos*, lo que significa que no se siguen guías rígidas de tratamiento ya establecidas, sino que se eligen técnicas pensadas en los procesos de

aprendizaje que se ponen en marcha cuando se emplean y que son necesarios para el tratamiento de una problemática en particular. La intención de realizar un pilotaje surge de la necesidad de responder preguntas relacionadas con la posibilidad de hacerse un estudio posterior, así como asegurar que la inversión para el estudio principal realmente tiene fundamentos, contribuye al conocimiento científico y es de provecho para el tratamiento del comportamiento suicida. Todo ello partiendo de que estamos atravesando una situación completamente atípica causada por la pandemia de COVID- 19; misma que ha representado un cambio enorme en el desarrollo de la vida cotidiana y nos ha obligado a hacer adaptaciones particularmente en la forma en la que se interviene en salud mental.

## **Capítulo 1. Comportamiento suicida**

### **Definición**

Contrario a lo que muchas personas piensan, sobre todo cuando son ajenas al campo de la salud mental, el comportamiento suicida es un concepto que va más allá del simple hecho de matarse (De Leo et al., 2016). Este comportamiento es difícil de definir debido a las diversas implicaciones que tiene a nivel psicológico, social y moral (Echávarri, 2010), aunado a que la conducta suicida fatal tiene características sociales, demográficas y clínicas que difieren de la conducta suicida no fatal y que, por ende, requieren de una terminología distinta (De Leo et al., 2016). Es por ello que actualmente no existe una nomenclatura específica aceptada dentro del ámbito de la suicidología (Anseán, 2014) y frecuentemente cada uno de los autores utiliza una definición propia.

No obstante, De Leo et al. (2006) encontró una serie de características que eran compartidas en la mayoría de las definiciones propuestas por los distintos autores, con las que se busca la comunicación y la comprensión de un fenómeno, más que reflejar completamente la realidad. Estas características compartidas están relacionadas con: el resultado del comportamiento, el ejecutor del acto, la intención que se tenga de dejar de vivir en determinadas circunstancias y la conciencia sobre los resultados de la conducta (De Leo et al. 2006). Similar es la propuesta de O' Carroll (et al., 1996), en donde se define al suicidio en términos de tres componentes de los que puede haber evidencia implícita o explícita: (1) es el resultado de una lesión, (2) dicha lesión es autoinflingida y (3) es producto de una conducta intencional. Basándonos en esas características, la conducta suicida es aquella en la que existe un comportamiento voluntario, autoinflingido e intencional que tiene el objetivo de acabar con la vida.

Asimismo, O' Carroll et al. (1996) propone una serie de nomenclaturas claras y comprensibles, relacionadas con la conducta suicida, mismas que permiten diferenciar el acto, las autolesiones y los intentos de suicidio entre sí. Estas se crean como respuesta a las dificultades que existían para catalogar y comunicar cada una de esas conductas dentro del ámbito clínico. Entre los términos planteados están:

- Intento de suicidio: se trata de comportamientos autolesivos no fatales en donde hay evidencia, explícita o implícita, de que la persona deseaba acabar con su vida.
- Ideación suicida: se le denomina así a cualquier pensamiento autoreportado que consista en un deseo de querer terminar con su vida.
- Amenaza suicida: cualquier evidencia que emita una persona, ya sea verbal o no verbal, sobre la posibilidad de cometer una conducta suicida en el futuro cercano.

### **Epidemiología**

. Los datos que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) ha recabado sobre la incidencia del suicidio en población general a nivel mundial son alarmantes, incluso si no consideramos el hecho de que estas cifras suelen estar subregistradas por lo delicado del tema, los tabúes que existen alrededor de él, el mal registro de muertes o por lo que representa legalmente en algunos países del mundo.

Las cifras que se han obtenido en los últimos años sobre la epidemiología del suicidio a nivel mundial indican que cada año se presentan alrededor de 800 000 muertes por esta causa, lo que representa una tasa de 11.4 por cada 100 000 habitantes (OMS, 2014). Asimismo, por cada suicidio registrado, existen muchos más intentos que no se consolidaron, pero que constituyen el factor de riesgo más importante para que una persona vuelva a incurrir en conductas con la intención de terminar con su vida (OMS, 2014).

Particularmente en la población adolescente la tasa de suicidio ha tenido un incremento exponencial a nivel mundial con respecto a las cifras registradas en 1990, por lo que se ubica como la tercera causa de muerte en este grupo, que va de los 10 a los 18 años de edad (OMS, 2021).

### Por zona geográfica o entidad federativa en México

Específicamente en México, en el año 2016 ocurrieron un total de 6,291 muertes por suicidio, mismas que representan una tasa de 5.1 suicidios por cada 100 000 habitantes. De igual forma, se determinó que cada entidad federativa presenta tasas distintas de este fenómeno, ubicando a Chihuahua y Yucatán como los estados con mayor índice de suicidios, con una tasa de 11.4 y 10.2 suicidios por cada habitante, respectivamente, mientras que las tasas más bajas por cada 100 000 habitantes le pertenecen a Oaxaca con 2.9, Veracruz con 2.5 y Guerrero con 2.1 (INEGI, 2018).

Figura 1.



Mapa temático de las entidades con mayor y menor tasa de muertes causadas por suicidios en México durante el 2016.

### **Por sexo y edad**

A nivel mundial la tasa de suicidios es 57% mayor entre la población masculina, no obstante, existen algunas variaciones que dependen del desarrollo económico de cada país. Los países más ricos suelen tener una proporción mucho más grande de hombres que suicidan frente al porcentaje de mujeres; hecho que no es tan evidente en los países pobres, en donde disminuye de manera importante la brecha de suicidios registrados entre varones y féminas (OMS, 2014).

A partir de la información recabada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2018), en México, las tasas más altas de suicidios se encuentran entre la población ubicada entre los 20 y los 29 años de edad. En el 2018 se registró una tasa de 9.5 suicidios en el grupo de edad de 20 a 24 años y una tasa de 8.2 en jóvenes de 25 a 29 años de edad por cada 100 000 habitantes.

Asimismo, también en nuestro país es la población masculina la que representa una tasa más alta de suicidios, principalmente entre el grupo de edad de 20 a 44 años y específicamente en el rango de edad de entre 20 y 24 años, con una tasa de suicidio de 16 por cada 100 000 hombres. En el caso de las mujeres, la tasa más alta se encuentra en la población que va de los 15 a los 19 años de edad, con 4 suicidios por cada 100 000 habitantes (INEGI, 2018).

### **Por medio empleado**

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2014), es escasa la información que se tiene a nivel mundial sobre los métodos más utilizados para quitarse la vida, ya que, hasta el año 2011, tan solo 76 de 194 de los Estados Miembros de la OMS recolectaron esta información. Aunado a ello, las defunciones por suicidio en los países que notificaron dichos datos, únicamente representan el 28% de los suicidios totales registrados a nivel mundial y en su mayoría son de países con un alto desarrollo económico, por lo que los medios utilizados por el porcentaje restante

queda poco claro. Basándose en los datos que se pudieron recolectar, con todas las limitaciones que ello conlleva, se determinó que a nivel mundial los métodos más utilizados son el ahorcamiento y las armas de fuego (OMS, 2014).

En México se presentan datos similares a los observados a nivel mundial, en donde el ahorcamiento es el principal medio utilizado para quitarse la vida, con un porcentaje de 80.8% del total de suicidios que se suscitaron en el 2016. Las armas de fuego se registraron como el segundo método de mayor uso para quitarse la vida en nuestro país, con un porcentaje de 7,7%. Entre otros datos que se pudieron analizar, se determinó que un porcentaje de 18.3% del total de muertes por suicidio, corresponde a mujeres que recurrieron al envenenamiento, ya sea por drogas, medicamentos, plaguicidas, etc., para provocarse la muerte (INEGI, 2018).

### **Prevalencia de los intentos de suicidio**

La conducta suicida no fatal, ocurre con una frecuencia mucho mayor que la conducta suicida fatal, estimándose que por cada persona que logra quitarse la vida, ocurren alrededor de 14.6 intentos que no resultan en la muerte del sujeto (Borges et al, 2010). Asimismo, existe evidencia que indica que aproximadamente la mitad de las personas que mueren por suicidio ya tenían antecedentes de ingreso al hospital por daños autoinflingidos en el pasado (Zahl y Hawton, 2004) y que el riesgo de incurrir en una conducta suicida incrementa al doble cuando hay más de un intento suicida en la historia de vida del individuo (Foster, Gillespie McClelland y Patterson, 1999, como se citó en Carroll et al., 2014). La presencia de tales intentos de suicidio que no culminaron en la muerte, parece ser un factor de vulnerabilidad, incluso a largo plazo, para incurrir en nuevas tentativas (Menon, 2013), por lo que es indispensable contemplarlo en el abordaje de la prevención del fenómeno suicida.

## **Teorías explicativas del suicidio**

Debido al impacto que tiene alrededor del mundo, el suicidio ha sido objeto de estudio en numerosas investigaciones que buscan crear una teoría que logre explicar esta conducta y los procesos que le subyacen (Riberiro, 2019); no obstante, el conocimiento que se tiene sobre dicha problemática mundial todavía es relativamente escaso. El poco avance que se ha logrado con relación al entendimiento de este fenómeno puede deberse a muchas razones, entre las cuales destacan el hecho de que se necesita una muestra muy amplia porque la tasa base de suicidios es baja en la población general (Moscicki, 2001 en Van Orden, et al, 2010), porque las personas que presentan conductas suicidas suelen ser excluidas de las investigaciones por las preocupaciones que generan en los científicos sobre su seguridad (Rudd et al., 2001 como se citó en Van Orden, et al., 2010) y porque los límites que actualmente tienen los métodos utilizados dentro de la psicología, no permiten la investigación en sujetos que murieron por suicidio (Van Orden, et al, 2010). A continuación se abordan las teorías más usadas y aceptadas dentro del terreno de la salud mental para explicar la conducta suicida.

### **Teoría de la desesperanza**

La teoría de la desesperanza formulada por Aaron Beck en 1979 (como se citó en Qiu, Klonsky y Klein, 2017) se presenta como una alternativa para explicar la génesis de la depresión y de la conducta suicida, aunque esta última se considera una consecuencia del mismo padecimiento mental. Dicha teoría postula que el sometimiento de un individuo a estímulos aversivos e incontrolables por parte de su ambiente, conduce a la creencia de que es imposible escapar de tal situación, generando una sensación de desesperanza que posteriormente resulta en depresión. (Liu et al., 2015). El suicidio es, entonces, la única manera que encuentra el individuo para escapar de tales dificultades a las que percibe sin solución (Qiu et al., 2017).

En respuesta a una de las críticas que se le hacían a esta teoría sobre la incapacidad que parecía tener para explicar cuál es la razón por la que algunas personas desarrollan depresión al estar expuestas a estímulos o vivencias negativas en la vida y otras no, Abramson (et al 1978, citado en Liu, Kleiman, Nestor y Cheek, 2015) afirmó que es la interpretación que cada sujeto le da al evento lo que impacta sobre la posibilidad de padecer depresión. Dichas interpretaciones se dan en tres dimensiones: 1) interno/ externo 2) estable/ inestable 3) global/ específico, que se refieren a la forma en la que el sujeto evalúa el mundo, a sí mismo y las consecuencias, respectivamente; y son las atribuciones causales internas, estables y globales las que están más relacionadas con el trastorno. Es decir, que el sujeto se encuentra en un riesgo elevado de sufrir depresión cuando interpreta que una situación negativa es provocada por un defecto de su propia persona, que es una condición que nunca va a cambiar y que las consecuencias van a impactar de manera general en otros aspectos de su vida.

La forma negativa de percibir un estímulo, también llamada estilo inferencial negativo, está muy asociada con una historia de maltrato en las primeras etapas de la vida de la persona, en las que su estilo cognitivo todavía es muy maleable por las experiencias. Se ha encontrado una relación importante entre vivencias negativas tempranas y depresión en el futuro, particularmente cuando el infante fue sometido a algún tipo de abuso sexual o psicológico en donde las atribuciones negativas hechas por el perpetrador, eran delegadas completamente al niño (“eres un estúpido”) Liu, Kleiman, Nestor y Cheek, 2015).

### **Teoría interpersonal**

La Teoría Interpersonal de la conducta suicida, propuesta por Thomas Joiner (2005), tiene la intención de dar una explicación al fenómeno del suicidio, al mismo tiempo que permite un entendimiento más amplio acerca de su etiología. Para ello, esta teoría propone que una persona

está en un riesgo considerable de desear efectuar la conducta suicida cuando convergen dos condiciones particulares: que la persona se perciba a sí misma como una carga y que no tenga un sentimiento de pertenencia (Van Orden, et al, 2010). Asimismo, esta teoría plantea, aunque parezca obviedad, que un sujeto cometerá la conducta suicida cuando aparte de tener el deseo de quitarse la vida, cuente con la capacidad para hacerlo, ya que en ello podría residir la diferencia entre la ideación suicida y la consolidación del suicidio (Riberiro, 2009).

La condición de percibirse como una carga se refiere a que la persona considera que es tan incompetente que, lejos de contribuir socialmente (Selby et al., 2010), su propia existencia se vuelve un peso para su familiares, amigos y demás personas cercanas, por lo que, al evaluar la realidad desde su distorsionada percepción, piensa que incluso su muerte es más relevante y tiene más sentido que su propia vida (Van Orden, et al., 2010). Por otra parte, la inexistencia del sentido de pertenencia alude a una necesidad insatisfecha de relacionarse y de recibir atención por parte de otras personas significativas, ya sea que realmente el sujeto tenga pocas relaciones sociales importantes, o que, a pesar de que las tenga, perciba que estas no son lo suficientemente genuinas (Selby et al., 2010). La presencia de cualquiera de estas dos condiciones aumenta el riesgo del deseo suicida; sin embargo, cuando ambas son concurrentes el riesgo incrementa considerablemente (Van Orden, et al., 2010).

No obstante, según la teoría, el deseo suicida no es suficiente para llevar a cabo la conducta, ya que para ello se requiere que el individuo sea capaz de vencer el miedo a la muerte y al dolor psicológico que implica el quitarse la vida. Dicha capacidad es adquirida a lo largo del tiempo a través de exposiciones repetidas a eventos dolorosos, tanto físicos como psicológicos, que provocan que tales estímulos sean cada vez menos aversivos y más tolerables. De esta forma se puede explicar que sujetos con antecedentes de conductas suicidas sean más capaces de tolerar

niveles tan elevados de dolor y estimulación, y decidan incurrir en conductas autoinfligidas (Selby et al., 2010).

### **Modelo Integral Motivacional- Volitivo**

Por su parte, O'Connor (2016) propuso el Modelo Integral Motivacional- Volitivo para explicar de qué manera se origina tanto la ideación como los intentos suicidas y cuál es el proceso que se lleva a cabo al pasar de una conducta a otra. Asimismo, este modelo busca identificar y diferenciar los factores que pueden originar pensamientos suicidas de aquellos que pueden llevar de la ideación al acto suicida para aumentar la capacidad de predicción y control de dichos comportamientos (O'Connor y Kirtley, 2018),

#### Fase premotivacional

La primera fase del modelo, también llamada fase premotivacional indica, aludiendo al modelo Diátesis- Estrés, que para explicar la conducta suicida es necesario considerar los factores biológicos, genéticos y cognitivos que fungen como factores de vulnerabilidad para llevar a cabo el suicidio, (tales como los desequilibrios en la química del cerebro o los rasgos de personalidad; los factores ambientales, etc.); así como los eventos negativos en la vida (como la muerte de personas significativas o dificultades socioeconómicas), que activan o exacerban dicha predisposición (O'Connor, et al., 2016). Estos factores premotivacionales influyen sobre las fases posteriores, motivacional y volitiva, impactando sobre el nivel de riesgo para cometer suicidio (O'Connor y Kirtley, 2018),.

#### Fase motivacional: aparición de la ideación suicida

La segunda fase, denominada motivacional, se centra en los procesos psicológicos que conducen a la aparición de la ideación y la intencionalidad suicida. Se afirma que la percepción de

derrota y humillación que se valoran como “sin escape” son predictores de estas conductas ya que desencadenan el proceso que culmina en ellas; sin embargo, como se mencionó en la fase premotivacional, dicha sensación de derrota se ve afectada por distintos factores. De igual forma, es importante destacar que la sensación de no poder escapar de una situación particular no es una consecuencia inevitable de la humillación y la derrota, sino que son los denominados automoderadores los que hacen más o menos probable que evalúen los eventos negativos de la vida de esta manera, dentro de los cuales se incluyen los sesgos de memoria autobiográfica, la rumiación y la resolución de problemáticas sociales (O’Connor y Kirtley, 2018).

La última parte de esta fase se refiere al paso entre sentirse sin escape de una situación de humillación y derrota y la ideación suicida. Para ello, se destaca el papel que juegan los moderadores motivacionales, aumentando o disminuyendo la probabilidad de que esta transición se lleve a cabo (O’Connor y Kirtley, 2018).

Los factores motivaciones protectores se refieren a aquellos que cuando están presentes disminuyen el riesgo de que aparezca la ideación suicida, ya que permiten que el individuo evalúe alternativas, un futuro más alentador y una disminución en el dolor. Entre ellos se encuentra el tener razones para vivir, objetivos de vida claros, sentirse parte de algo y tener redes de apoyo importantes. Por el contrario, existen factores que aumentan la probabilidad de efectuar el suicidio, tales como percibirse como una carga, no tener habilidades de resiliencia o no contar con apoyo social (O’Connor y Kirtley, 2018).

#### Fase volitiva: de la ideación al intento suicida

La última etapa de este modelo hace referencia a los factores denominados como moderadores volitivos, mismos que regulan el paso de la ideación o intención suicida hacia el acto

de quitarse la vida; ente ellos se encuentra el tener acceso a medios, exponerse a la conducta suicida de otras personas o contar con antecedentes de autolesiones o intentos de suicidio (O'Connor y Kirtley, 2018).

### **Teoría de los tres pasos**

La teoría de los tres pasos, propuesta por Klonsky y May (2015) está basada en propuestas previas (Teoría de la desesperanza, Modelo Integral Motivacional- Voltivo y Teoría interpersonal) que son utilizadas para explicar la conducta suicida, no obstante, a diferencia de las aproximaciones anteriores, esta teoría ofrece explicaciones distintas sobre el desarrollo de la ideación suicida y la progresión al acto; ambas conductas son explicadas en términos de cuatro factores: dolor, desesperanza, conexiones y capacidad para suicidarse. La explicación al fenómeno del suicidio se divide en tres pasos (Klonsky y May, 2015):

#### **Paso 1: desarrollo de la ideación suicida**

Se plantea que la ideación suicida se desarrolla a partir de la exposición diaria al dolor, principalmente psicológico o emocional. Dicha exposición continua se traduce en que el individuo sea castigado por vivir y su deseo de hacerlo disminuya. No obstante, tal sufrimiento, aunque es necesario, no es suficiente para producir la ideación suicida, ya que para ello se requiere que la persona carezca de esperanza sobre que dicho dolor podría culminar en algún momento. Por lo tanto, para el desarrollo de la ideación suicida, es indispensable que al mismo tiempo estén presentes el factor del sufrimiento y el de la desesperanza.

#### **Paso 2: ideación fuerte contra moderada**

Con respecto al potencial letal de la conducta suicida, el factor de la conexión es sumamente relevante. Este se refiere al apego que una persona tiene hacia su trabajo, otro individuo, un rol

social o cualquier otra cosa que le brinde un significado o propósito a su existencia. Cuando la conexión es más significativa que el dolor, la conducta suicida es moderada y pasiva, mientras que cuando el dolor sobrepasa la percepción de ese sentido de relevancia o pertenencia, se presenta una ideación suicida más intensa y un progreso hacia el deseo activo de quitarse la vida. Es importante aclarar que con ello no se intenta demeritar la relevancia que tienen los demás factores que ya se han identificado como riesgosos y que podrían sumarse o incrementar la posibilidad de ocurrencia de estas conductas.

### Paso 3: progresión de la ideación al intento

Por último, una vez que el individuo ha desarrollado la idea de querer quitarse la vida, la capacidad que tiene para hacerlo es un factor determinante para que ocurra el intento suicida. En esta teoría se plantea, tal como lo hace Joiner en su Teoría Interpersonal (2005), que los sujetos estamos biológicamente predispuestos a huir del dolor y de la muerte, por lo que se proponen tres variables que contribuyen a que una persona vaya en contra de ese principio y sea capaz de terminar con su vida: disposicionales, adquiridas y prácticas. Las variables disposicionales se refieren a las características biológicas de una persona, es decir, a la predisposición genética que tenga, por ejemplo, a percibir el dolor (Young, Lariviere, y Belfer, 2012); la adquisición se refiere a la habituación que puede tener una persona hacia los estímulos aversivos, dolorosos o cercanos a la muerte, misma que incrementa la capacidad del sujeto para atentar contra su propia vida y la variable práctica se refiere a todos aquellos factores que pueden facilitar la conducta suicida y hacerla más probable, como tener acceso a los medios o poseer conocimiento específico sobre la eficacia de estos.

## **Dimensiones del comportamiento suicida**

Para fines clínicos principalmente, la conducta suicida suele verse como una serie de progresiones ordenadas que van desde las ideas de muerte o de suicidio hasta el intento de quitarse la vida (Thompson et al., 2012). Dentro de esta secuencia de conductas que pueden llevar a la muerte autoinflingida se incluyen: la ideación, la planeación y el intento suicida, sin embargo, es importante tomar en cuenta que no todas las personas que cometen suicidio siguen esta sucesión (Simon et al., 2001; Sveticic y De Leo, 2012; Wyder y De Leo, 2007). Se estima que a partir de la presencia de la ideación suicida existe un 33.6% de probabilidad de que se haga un plan y un 29% de que se cometa un intento, sobre todo en el primer año a partir de que inició dicha ideación. Asimismo, se plantea que en presencia de un plan establecido, la probabilidad de quitarse la vida es de 56%, mientras que en ausencia de éste, el riesgo se reduce a un 15.4%. (Nock, 2008).

### **Ideación**

Para hacer una evaluación del riesgo suicida es necesario preguntar directamente al paciente sobre los pensamientos que ha tenido acerca de quitarse la vida o hacerse daño. Contrario a lo que se piensa en ocasiones, tocar el tema del suicidio con una persona no provoca que se desarrolle una ideación suicida, sino que puede representar un alivio para el consultante; así como una oportunidad para dialogar acerca de ello, sintiéndose comprendido y apoyado. El terapeuta puede comenzar preguntando “En este momento, ¿de qué manera percibes tu vida?” o “¿En algún momento has pensado que la vida no merece la pena de ser vivida?” o “¿Has deseado irte a dormir y no despertar?”; en caso de que las respuestas reflejen disgusto por la vida o deseo de escapar de ella, es necesario preguntar sobre ideas específicas de muerte o suicidio, indagando sobre la frecuencia, duración, naturaleza y extensión de éstas, así como tener claro el contexto en el que ocurren (Jacobs et al., 2010).

## **Planeación**

Siempre que se presente una ideación suicida, es indispensable que el terapeuta evalúe detenidamente los planes que el paciente ha hecho para quitarse la vida, así como cualquier acto orientado a llevarlos a cabo (Jacobs et al,2010). Para ello, se deben identificar los siguientes componentes (Martí, 2013).

1 . Método: Se refiere a la forma en la que la persona planea quitarse la vida, ya sea que piense en dispararse, ahorcarse, envenenarse, etc. La severidad de la letalidad y la irreversibilidad de la forma empleada aumentan el riesgo de suicidio; sin embargo, para determinar el riesgo es importante considerar las características de peligrosidad que el paciente atribuya al método que planea utilizar, independientemente de la peligrosidad real que éste tenga (Jacobs et al, 2010).

2. Circunstancia: Con ello nos referimos al momento u hora en la que se ha planeado intentar el suicidio.

3. Lugar: Se aborda acerca del sitio en el que desea quitarse la vida. Generalmente se trata de lugares que el evaluado acostumbra frecuentar, como su casa, escuela, trabajo, etc.

4. Motivo principal para hacerlo: haciendo preguntas como “¿por qué has pensado suicidarte?” se puede indagar sobre las razones que tiene el paciente para quitarse la vida. Es importante distinguir si se trata de una forma de escapar de una situación aversiva o si es un deseo genuino por acabar con su vida, sin que esto signifique restarle importancia a lo que sea que pudiera ser su principal motivación para el suicidio.

## **Intento**

El intento de suicidio, mismo que se caracteriza por no tener un desenlace mortal, ocurre con una frecuencia mucho mayor que la conducta suicida fatal, estimándose que por cada persona

que logra quitarse la vida, ocurren alrededor de 14.6 intentos que no resultan en la muerte del sujeto (Borges et al, 2010). Asimismo, existe evidencia que indica que aproximadamente la mitad de las personas que mueren por suicidio ya tenían antecedentes de ingreso al hospital por intentos pasados (Zahl y Hawton, 2004) y que el riesgo de incurrir en una conducta suicida incrementa al doble cuando hay más de un intento suicida en la historia de vida del individuo (Foster, Gillespie McClelland y Patterson, 1999, citado en Carroll, Metcalfe y Gunnell, 2014). La presencia de tales intentos de suicidio que no culminaron en la muerte, parece ser un factor de vulnerabilidad, incluso a largo plazo, para incurrir en nuevas tentativas (Menon, 2013), por lo que es indispensable contemplarlo en el abordaje de la prevención del fenómeno suicida.

## **Capítulo 2. Comportamiento autolesivo**

### **Definición**

Dentro de la clínica, las conductas autolesivas son fenómenos que se presentan cada vez con más frecuencia, sin que esto conlleve un conocimiento amplio por parte de los profesionales de la salud (Villaroel, 2013). Uno de las principales limitaciones con las que nos encontramos al momento de estudiar la conducta autolesiva, es que la nomenclatura muchas veces no es muy clara, ya que se utilizan términos vagos e inconsistentes para definir un mismo fenómeno, tales como autolesiones deliberadas, “*cutting*”, parasuicidio, intento de suicidio, etcétera. No obstante, en los últimos años la investigación sobre autolesiones ha venido en aumento, y con ella, propuestas más cuidadosas, claras y consistentes para definir estas conductas (Nock, 2010), hecho que es relevante debido a que para abordar un problema de salud pública de manera adecuada, es esencial que se esclarezca el concepto que se va a tratar, identificando sus características y sus factores de riesgo (Villaroel, 2013).

La conducta autolesiva se define, entonces, como cualquier conducta socialmente rechazada que es provocada por el mismo individuo y que no tiene la intención de acabar con la vida (Claes y Vandereyckken, 2007). Las autolesiones suelen manifestarse con cortes o golpes en extremidades o en el abdomen, escoriaciones y quemaduras, que generalmente son provocadas con objetos punzocortantes (Villaroel, 2013).

### **Epidemiología**

Es complicado determinar la incidencia de las conductas autolesivas, ya que los datos generalmente se recaban de hospitales e instituciones, y la gravedad de las lesiones muchas veces no amerita ese tipo de atención especializada. No obstante, se tiene conocimiento de que las autolesiones están mucho más presentes entre la población que está diagnosticada con alguna patología psiquiátrica, principalmente en los diagnósticos de trastorno de conducta, depresión o ansiedad (Zaragozano, 2017).

Se estima que la prevalencia es de 4% en población general y de 14 a 15% en adolescentes. Asimismo, se calcula que al menos en el 50% de las ocasiones en la que se presentan tales conductas, existe un trastorno mental subyacente. Alrededor del 70% de las personas que padecen trastorno límite de la personalidad tienen conductas autolesivas, siendo incluso un criterio para hacer el diagnóstico. Estas conductas también están presentes en los casos de bipolaridad, depresión, esquizofrenia e inclusive en demencias (Zaragozano, 2017).

Los cortes superficiales en los antebrazos son más comunes en las mujeres, mientras que las quemaduras y golpes se presentan con más frecuencia en los hombres (Villaroel, 2013).

## **Clasificación por intencionalidad de la conducta**

En un sentido general, toda conducta autoinflingida que provoque un daño físico o psicológico puede ser denominado como autolesión, sin embargo, existen diferencias entre las conductas en donde hay un propósito claro de hacerse daño y aquellas en donde el agravio es un subproducto no deseado del comportamiento (Nock, 2010).

### **Conducta autolesiva directa**

La conducta autolesiva que tiene una intencionalidad directa, es decir, que cuando se realiza la acción hay un deseo consciente de hacerse daño, se caracteriza por ser un acto deliberado y claro en contra del propio cuerpo del individuo, sin que este tenga la intención de provocar la muerte. A su vez estas conductas, también denominadas como no suicidas, se dividen en tres tipos principales: gestos de hacerse daño, que corresponderían a las amenazas que una persona hace sobre quitarse la vida, sin que realmente exista una intención de hacerlo; pensamientos de autolesión, en donde existen ideas sobre hacerse daño pero no se llevan a cabo, y la autolesión (Nock, 2010).

### **Conducta autolesiva indirecta**

Las conductas autolesivas indirectas se caracterizan por provocar afecciones físicas o psicológicas como efecto secundario de una acción que, a corto plazo, tiene como resultado algo agradable o placentero para el individuo, sin que el comportamiento tenga la intención de producir un daño. Dentro de esta categoría podemos encontrar conductas tales como beber alcohol en exceso, ingerir grandes cantidades de alimentos poco saludables, fumar, etcétera (Nock, 2010).

En el interior de esta clasificación existen tres distintos tipos de conducta: a) conductas compensatorias, en las cuales el individuo conoce y acepta las consecuencias de la acción que le traerá los beneficios que desea, como comer y beber en exceso; b) estrategias contraproducentes que se refieren a aquellas en las cuales el resultado no está previsto ni es deseado, como procrastinar;

y c) conductas de riesgo en las cuales la persona acepta que existe una posibilidad de hacerse mucho daño pero acepta las consecuencias por los beneficios que resultan de la acción, como participar en deportes extremos. La diferencia entre las conductas contraproducentes y las de riesgo radica en la cantidad de daño que es probable que se produzca (Nock, 2010).

### **Clasificación por tipo de presentación clínica**

Las conductas autolesivas también pueden presentarse de otras maneras y originarse por razones diversas. Una de las clasificaciones más aceptadas es la de Simeon y Favazza (1996), que clasifica estos comportamientos en cuatro tipos de presentaciones clínicas:

#### **Conductas autolesivas mayores:**

Son manifestaciones infrecuentes que consisten en un daño grave a sí mismos, como la castración o la amputación de alguna extremidad. Están relacionadas con eventos psicóticos en por lo menos en el 75% de los casos, sobre todo cuando es la primera vez que se presenta. El porcentaje restante está relacionado con trastornos anímicos, trastornos graves de personalidad, intoxicaciones, transexualismo, entre otros.

#### **Conductas autolesivas estereotipadas:**

Son frecuentes de encontrar en personas diagnosticadas con trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual y patologías neurológicas. Estos actos se manifiestan con golpes fuertes en la cabeza, mordidas en los labios, mejillas, lengua o manos; así como rasguños en la piel o bofetadas en la cara. Todas estas conductas se presentan con una frecuencia muy alta y un patrón rígido e inflexible.

### **Conductas autolesivas compulsivas:**

Se refieren a conductas repetitivas como rascarse la piel continuamente hasta producirse excoriaciones, jalarse el cabello o morderse las uñas. Tienden a presentarse como actos automáticos, con una severidad que va de leve a moderada.

### **Conductas autolesivas impulsivas**

Dentro de esta categoría, las conductas más frecuentes son las de hacerse cortaduras o quemarse la piel. Este tipo de comportamientos pueden fungir como un ritual simbólico, con una gravedad que va de leve a moderada. Es común que se presente en mujeres que tienen algún trastorno de personalidad, principalmente trastorno límite; no obstante, las conductas autolesivas impulsivas también están relacionadas con trastornos del estado de ánimo, abuso sexual o trastorno de la conducta alimentaria.

Dentro de esta presentación clínica, existen dos subcategorías más: las autolesiones impulsivas repetitivas, que están asociadas al trastorno obsesivo-compulsivo y conductas adictivas y las autolesiones impulsivas episódicas, en las que comúnmente hay un temor a hacerse daño aunado a una imposibilidad de evitarlo (Villarreal, 2013).

Pese a que existe una gran cantidad de conductas que pueden denominarse como conductas autolesivas, para este trabajo únicamente nos enfocaremos en aquellas a las que anteriormente denominamos como conductas autolesivas impulsivas.

### **Modelos explicativos de la conducta autolesiva**

#### **Modelo de las cuatro funciones de la conducta autolesiva**

A lo largo de muchas décadas, numerosas investigaciones han tenido la intención de determinar cuáles son las razones que llevan a una persona a cometer una conducta autolesiva,

postulando diversas funciones que podría estar cumpliendo dicha conducta; tales como controlar la emoción, evitar el suicidio o la disociación, imponer límites entre una persona y otra, etcétera. No obstante, muchas de esas aproximaciones carecen de soporte empírico y no contemplan todas las motivaciones que llevan a alguien a hacerse daño voluntaria e intencionalmente (Bentley et al., 2014).

En reparo a la evidente necesidad de responder a los cuestionamientos que existían sobre la etiología y mantenimiento del comportamiento autolítico, se postuló el Modelo de los Cuatro Factores de la Conducta Autolesiva, mismo que consiste en una aproximación funcional a la conducta problema, explicando que dicha conducta está controlada por los eventos que le siguen inmediatamente. Es decir que la probabilidad de que una conducta sea ejecutada depende de las consecuencias que dicha conducta tenga sobre su ambiente (Bentley et al., 2014).

Cuando un estímulo reforzante es presentado inmediatamente posterior al acto, la conducta tiende a aumentar y se le llama reforzamiento positivo. También podemos esperar un incremento en la conducta cuando seguido de su aparición hay una reducción de un estímulo aversivo, y a esto le llamaremos reforzamiento negativo (Nock y Prinstein, 2009). De estas dos contingencias de reforzamiento se derivan las cuatro funciones de la conducta autolesiva: a) reforzamiento negativo intrapersonal (disminución de los pensamientos o emociones perturbadoras), b) reforzamiento positivo intrapersonal (se producen sensaciones o estimulaciones deseadas) , c) reforzamiento positivo interpersonal (recibe ayuda o atención del exterior) y d) reforzamiento negativo interpersonal (logra escapar de situaciones sociales desagradables) (Nock, 2009).

Asimismo, para explicar la conducta autolesiva, este modelo integra los factores de vulnerabilidad, mismos que se refieren a la predisposición que tiene una persona para reaccionar ante un estímulo estresante de manera desregulada. Dicha desregulación emocional puede conducir

a efectuar conductas autolesivas que ayuden a modular el malestar que se experimenta y que no se logra disminuir de alguna otra forma (Nock, 2009). A su vez, los factores de vulnerabilidad son causados por factores de riesgo distales, entendidos como aquellos factores de riesgo que son relativamente estables (Lämmle et al.,2013), tales como vivir experiencias de abuso en la infancia o tener predisposición genética a la reactividad emocional.

### **Hipótesis sobre la autolesión.**

Existen numerosas formas en las que un individuo podría externalizar su estado emocional o sus necesidades sin tener que incurrir en conductas autolesivas no suicidas; es por ello que gran parte de la investigación acerca de este fenómeno se ha enfocado en identificar las razones por las que una persona podría decidir hacerse daño antes de intentar el uso de otras estrategias. Dentro de su modelo, Nock (2009) planteó seis hipótesis que pudieran explicar los procesos que incrementan la probabilidad de incurrir en conductas autolíticas:

### **Hipótesis de la señalización social.**

Se plantea que una persona comienza a autolesionarse como estrategia de señalización social, luego de que estrategias menos intensas, como hablar o gritar fueron poco efectivas; ya sea porque el mensaje que se dio fue deficiente en cuanto a la claridad o porque el ambiente en donde se externo fue insensible y/o invalidante (Nock, 2009). Hacerse daño a uno mismo suele ser una estrategia muy efectiva para comunicar la necesidad de ayuda con el exterior debido a lo perjudicial y costoso de la conducta, ya que esto suele ser interpretado por el exterior como algo que es verdadero y no debería ignorarse (Hagen et al, 2008).

### **Hipótesis del aprendizaje social.**

La conducta suicida, como cualquier otra conducta, también puede ser aprendida a través de la interacción social, es decir, al observar las conductas que ejecutan otras personas para obtener

ciertas consecuencias y reproducirlas. La conducta puede ser aprendida a través de canciones, películas, internet, etcétera (Whitlock et al., 2009).

### **Hipótesis del autocastigo.**

Las personas también pueden recurrir a la conducta autolesiva como una forma de autocastigarse, principalmente cuando han sido víctimas de violencia y abusos durante la infancia. A partir de experiencias repetitivas de insultos o críticas por parte del exterior, los individuos adoptan una forma similar de juzgarse a sí mismos, que puede manifestarse a través de daños autoinflingidos (Glassman et al, 2007).

### **Hipótesis pragmática.**

La conducta autolesiva vista como un método sencillo y accesible para obtener las consecuencias deseadas es la forma más fácil de explicar esta conducta. Las personas, sobre todo cuando presentan dificultades en la regulación emocional, incurren en afecciones en contra de sí mismas para conseguir efectos similares a los obtenidos con drogas o alcohol sin necesidad de tener acceso a estas sustancias (Nock, 2009).

### **Hipótesis analgésica/ opiácea del dolor.**

Las autolesiones también pueden ser vistas como una manera de ajustar la cantidad de opioides presentes en el cuerpo, mismos que a su vez regulan la intensidad del dolor percibido (Franklin y Hooley, 2017). Contrario a lo que podría pensarse, diversos estudios indican que el dolor que resulta de la conducta autolítica es prácticamente nulo y, a diferencia de ello, se produce un efecto analgésico que puede deberse a la cantidad de endorfinas presentes en el cuerpo, como resultado de la habituación a los estímulos dolorosos o a la liberación de opiáceos endógenos derivados del daño autoinflingido (Nock, 2009).

### **Hipótesis de identificación implícita.**

Muchos sujetos pueden sentirse identificados con la conducta autolesiva, y considerarla como más efectiva para efectuar alguna de las funciones que se describieron con anterioridad, frente a otras que pudieran parecer menos perjudiciales. Por ejemplo, algunas personas podrían decidir provocarse un daño porque, al mismo tiempo que les genera el efecto deseado, se sienten más representados con ello que con efectuar acciones distintas tales como correr o fumar un cigarrillo (Nock, 2009).

### **Capítulo 3. Suicidalidad.**

La suicidalidad, que incluye tanto a los comportamientos autolesivos como al suicidio (Reyes, 2019), ha sido abordada desde distintas perspectivas y haciendo uso de diversos modelos explicativos (que en su mayoría más bien son descriptivos); en donde, en gran parte de los casos, las conductas orientadas a hacerse daño sin intención de acabar con la vida son explicadas de manera diferenciada a las conductas en donde sí hay una intención de morir, como se vio en los capítulos anteriores. No obstante, estas teorías presentan diversas limitaciones en el abordaje del fenómeno, principalmente por el hecho de que parten de una concepción dualista de los fenómenos psicológicos en donde la “mente” y el cuerpo se abordan como principios independientes, se hace uso de conceptos intermedios (como autoestima, resiliencia, desesperanza) y se atribuyen causalidades que no se someten a análisis (Ortega, 2018) y por lo tanto el alcance de la explicación del fenómeno se limita a la mera descripción del mismo.

Desde este paradigma dualista, que tiene como origen la filosofía cartesiana, el suicidio y las autolesiones son el resultado de procesos mentales inobservables que provocan comportamientos específicos que sí podemos observar; y lo que se busca entonces es cambiar aquellos fenómenos que suceden dentro de la “mente” y que de alguna forma explican el comportamiento suicida. Sin embargo, y a pesar de lo habituales que son estas prácticas, el dualismo mente- cuerpo consiste en un error categorial que implica concebir lo “mental” en los mismos términos de lo “físico” y atribuir relaciones causales entre algo que no tiene extensión espacial, sino temporal y los hechos físicos (Ortega, 2018).

#### **Modelo de la suicidalidad basado en el aprendizaje**

A diferencia de los modelos presentados en los capítulos anteriores, el modelo de la conducta suicida basado en los principios de aprendizaje propuestos por Skinner y en la filosofía

conductista radical que le subyace, constituye una alternativa pragmática, parsimoniosa, explicativa y científica para comprender el fenómeno de la suicidalidad y, por ende, poder predecir y controlar la conducta (Ortega, 2018). Este se explica no haciendo alusión a instancias internas que regulan el comportamiento, sino al comportamiento mismo y su relación con el contexto; es decir, la funcionalidad o relaciones de contingencia que se establecen entre los elementos de la secuencia de conducta (Estímulo- Respuesta- Consecuencia) (Froxán, 2020).

Atendiendo a su funcionalidad más que a su topografía, tanto la conducta autolesiva como la suicida suelen presentarse y mantenerse por reforzamiento; es decir, como un método útil para escapar o evitar situaciones, eventos o estímulos aversivos, o como una forma aprendida bajo la cual, de manera intencional o no, se logra modificar el ambiente. Esto significa que el sujeto actúa ya sea para disminuir el malestar que está sintiendo o para que las personas a su alrededor actúen de manera diferente (por ejemplo, poniendo atención, mostrando apoyo, diciendo palabras de aliento, etc.), comúnmente porque otras formas de comportarse no hay tenido éxito o han resultado en consecuencias desagradables (Chiles y Strosahl, 2019).

Dicha estrategia de afrontamiento que deriva en conductas de riesgo logra controlar de manera eficaz el molestar emocional a corto plazo, no obstante, a mediano y a largo plazo provoca un efecto paradójico que consiste en que cuando el malestar emocional vuelve a aparecer, las emociones tienen que ser compensadas nuevamente pero ahora con una conducta suicida o autolesiva más severa, ya que el individuo no cuenta con las habilidades para regular emociones verdaderamente, sino que emplea estrategias para calmarlas temporalmente (Chiles y Strosahl, 2019).

Estas conductas, como cualquier otra, también pueden ser adquiridas a través del moldeamiento, mismo que se lleva a cabo utilizando procedimientos de reforzamiento (que tienen

como consecuencia el aumento de la conducta), de castigo (que resulta en su disminución) y de extinción (que también disminuye la conducta pero es debido a la ruptura de la contingencia de reforzamiento que ya se había establecido). El moldeamiento de la conducta suicida o autolesiva consiste en que ciertas conductas diferentes al suicidio o autolesión son sometidas a castigo o extinción, mientras que otras son reforzadas paulatinamente hasta llegar a la conducta problema, aunque no exista una intención explícita de hacerlo (Chiles y Strosahl, 2019).

Por ejemplo, en algún momento se refuerza una expresión emocional elevada mientras que manifestaciones menos intensas fueron ignoradas o castigadas (extinción), por lo que dicha intensidad, duración y frecuencia de la conducta se mantienen en niveles elevados. A su vez, esta topografía de conducta vuelve a ser sometida a extinción o castigo y la conducta comienza a aumentar nuevamente en sus dimensiones hasta obtener la consecuencia esperada, por lo que el comportamiento se va asemejando cada vez más a la conducta suicida o autolesiva hasta que finalmente estas se llevan a cabo como único comportamiento que va seguido de las consecuencias deseadas (Chiles y Strosahl, 2019).

Además, el llevar el comportamiento hasta estos niveles sumamente problemáticos podría estar relacionado con pocas habilidades para la resolución de problemas y con la creencia, muchas veces reforzada socialmente, de que el dolor y el sufrimiento son algo malo y es necesario evitarlos (Chiles y Strosahl, 2019). Esto último ha sido retomado, estudiado y ampliado en las terapias contextuales y la filosofía contextual funcional como modelo transdiagnóstico para explicar todas las conductas problemáticas, incluyendo las relacionadas con suicidio y autolesiones (Reyes, 2019). No obstante, considerar que todas las conductas problema se deben a un escape o evitación de una situación aversiva tiene complejidades teóricas y prácticas, ya que el reforzamiento positivo también suele jugar un papel importante en la aparición y mantenimiento de tales conductas.

El planteamiento de que la conducta suicida y la autolesiva pueden ser aprendidas implica contemplar las contingencias de reforzamiento que pudieran explicar su adquisición y mantenimiento; es decir, que es necesario contemplar el ambiente en el que estas se llevan a cabo. Cuando nos referimos al comportamiento de los adolescentes, el contexto más importante suele ser el entorno familiar y por ello es importante intervenir directamente sobre este.

### **Relación entre el comportamiento suicida y autolesivo**

Como se mencionó anteriormente, la diferencia entre conducta suicida y conducta autolesiva no suele ser muy clara, por lo tanto, identificar la relación que existe entre dichos comportamientos es aún más complicado (Grandclerc et al., 2016). Sin embargo, es indispensable atender esta vinculación, ya que alrededor del 10% de las personas que ejecutan conductas autolíticas, comenten suicidio (Stanley, 2001).

Hamza et al. (2012), a partir de una revisión sistemática, propuso un modelo explicativo sobre la relación que existe entre ambas conductas, recopilando planteamientos expuestos por otros autores, tales como la Teoría de la Puerta de Entrada, la Teoría de la Tercera Variable y la Teoría de la Capacidad Adquirida para el suicidio.

Dicha enunciación, denominada como Modelo Integrativo, postula que las conductas autolesivas pueden ser consideradas como un predictor de la conducta suicida, principalmente en personas que presentan un nivel elevado de distrés interpersonal, síntomas de depresión, agresión externalizada o conductas de riesgo (Brauch y Gutierrez, 2009), ya que las conductas autolíticas y suicidas podrían entenderse como un continuo en el que la conducta autolesiva escala hasta convertirse en un intento suicida (Stanley, 2001). Aunado a ello, se ha observado que la conducta autolesiva puede anteceder al intento de quitarse la vida debido a que comparten factores de riesgo; hecho que contribuye a la aparición concurrente de ambas conductas (Jacobson et al., 2008).

Finalmente, aludiendo a la teoría de Joiner (2005), también se considera a la capacidad de cometer suicidio como un mediador entre la conducta autolesiva y el intento suicida; es decir, que las autolesiones no se piensan como un predictor directo de dicha la conducta, sino como un comportamiento capaz de influir sobre la capacidad que tiene una persona para quitarse la vida. El riesgo suicida correlaciona positivamente con la gravedad de la autolesión (Hamza et al., 2012).

No obstante, cabe destacar que a partir del modelo de aprendizaje no es necesario partir de modelos explicativos distintos para explicar la conducta suicida y autolesiva de manera diferenciada, debido a que todas las conductas pueden ser explicadas bajo los mismos principios, e inclusive en muchas ocasiones forman parte de la misma clase funcional, lo que significa que son conductas que están mantenidas por las mismas consecuencias y solo difieren en la intensidad o la forma en la que se llevan a cabo.

### **Factores de riesgo**

Las conductas suicidas y autolesivas son fenómenos sumamente complejos, y las causas específicas por las cuales suceden son difíciles de determinar (O'Connor y Nock, 2014). Las recientes teorías explicativas sobre suicidio contemplan los factores de riesgo y protección como indicadores que posibilitan predecir que una persona ejecute o no una conducta suicida. Identificar estos factores ayuda determinar quién está en un riesgo elevado de cometer un acto suicida y permiten actuar en función de prevenirlo (Holman et al., 2020). No obstante, esta información es más útil para identificar vulnerabilidades en grupos que en individuos, y en la predicción a corto que a largo plazo (Chiles y Strosahl, 2019) ya que para poder comprender la conducta individual es necesario realizar un análisis funcional individual e integrar estos factores a la explicación de la misma. Esta herramienta permite estudiar de manera científica el comportamiento, pese a que en ambientes naturales únicamente permite hacer hipótesis precisas (Froxán, 2020).

Los factores de riesgo y protección se integran en el análisis funcional como variables disposicionales que tienen la propiedad de alterar el valor de una secuencia haciendo más difícil o más fácil el establecimiento de una relación funcional; esto es, que son variables del individuo o del entorno que pueden desempeñar un papel importante en el origen, desarrollo y mantenimiento de la conducta que estamos analizando, pero que no la determinan ni la explican completamente. No obstante, es indispensable que más allá de identificarlas, podamos establecer si juegan, o no, un papel relevante en el comportamiento y de qué manera lo hacen (Froxán, 2020).

Dichas variables disposicionales pueden ser clasificadas de distintas formas que permiten facilitar su identificación cuando se analiza una conducta, sin que esto signifique que necesariamente tienen un efecto importante en su explicación (Froxán, 2020). Una de las más utilizadas dentro del campo de la suicidología divide dichos factores en cuatro grupos: factores de personalidad y diferencias individuales, factores cognitivos, factores sociales y eventos negativos de vida (O'Connor y Nock, 2014).

### **Diferencias individuales y personalidad**

Estos factores están relacionados con las diferencias individuales y de personalidad, por lo que suelen permanecer estables durante toda la vida. Pese a que tienen un componente biológico importante, también se ven alteradas por cuestiones ambientales, así como por las mismas cogniciones y emociones del individuo (O'Connor y Nock, 2014).

- Desesperanza
- Impulsividad
- Perfeccionismo
- Sensibilidad al estrés

## **Factores cognitivos**

Las distintas formas en las que una persona procesa la información pueden explicar cómo y por qué alguien decide terminar con su vida. La investigación sobre el tema plantea que la conducta suicida puede asociarse, entre otras cosas, a procesos cognitivos deficientes y disfuncionales, tales como (O'Connor y Nock, 2014):

- Rigidez cognitiva
- Rumiación
- Supresión de pensamiento
- Sesgos de memoria autobiográfica
- Poco sentimiento de pertenencia
- Sensación de ser una carga
- Dificultades en la resolución y afrontamiento de problemas
- Valentía e insensibilidad al dolor
- Agitación
- Asociaciones implícitas
- Sesgos atencionales
- Pensamiento sobre el futuro
- Ajuste de metas
- Razones para vivir
- Sensación de derrota

En términos conductuales, nos referiríamos a los pensamientos y a los denominados “procesos cognitivos” como conductas encubiertas que puede ser analizada y modificada como cualquier otra conducta, pese a que únicamente son accesibles para la misma persona.

## **Factores sociales**

La conducta suicida, como cualquier otra, ocurre en relación con su medio, incluyendo el medio social. Dentro de los factores de riesgo que involucran aspectos sociales se incluyen tanto a la percepción que un individuo pueda tener de sí mismo frente a los demás, como a aquellos aprendizajes o experiencias que se obtienen dentro de la familia (O'Connor y Nock, 2014); entre los cuales están:

- Transmisión social
- Modelaje
- Contagio
- Exposición al suicidio de otras personas
- Aislamiento

## **Eventos negativos de vida**

En diversos estudios relacionados con la suicidalidad, se ha encontrado una relación importante entre los eventos negativos que se han vivido desde la infancia y a lo largo de la vida, con la presencia de trastornos mentales y comportamiento suicida. Los factores de riesgo más importantes son (O'Connor y Nock, 2014):

- Adversidades en la infancia
- Eventos traumáticos durante la adultez
- Enfermedad física
- Otros estresores interpersonales
- Factores estresantes psicosociales

Otra de las clasificaciones que existen con relación a los factores de riesgo y protección asociados al comportamiento suicida y autolesivo divide a dichos factores entre dinámicos y estables. Los factores de riesgo estables son aquellos que representan atributos fijos de una persona, tales como el sexo, la raza, la edad, la orientación sexual y los intentos de suicidio previos que ha experimentado el sujeto; mientras que los factores dinámicos se caracterizan por presentar fluctuaciones o cambios a lo largo de la vida del individuo, como podrían ser los síntomas de enfermedad mental, el abuso de sustancias, el acceso a medios letales o la posibilidad de recibir atención dentro de un centro de salud (Steele et al., 2017).

Los factores de riesgo estáticos podrían ser los que marquen la diferencia entre una ideación suicida y un intento, ya que la presencia estos, o la carencia de factores estáticos de protección, incrementan la vulnerabilidad de una persona a experimentar crisis suicidas y facilitan el paso de la ideación al acto de quitarse la vida. Es por ello que dichos factores estáticos muchas veces están asociados a un riesgo crónico de cometer suicidio (Bryan y Rudd, 2016).

Los datos que se han recabado sobre el tema han sido muy relevantes para la identificación de factores de riesgo y protección, el reconocimiento de grupos vulnerables y el establecimiento de políticas públicas enfocadas a este tema en particular (OMS, 2014). Como ya se planteaba anteriormente, más que como un factor causal de la conducta, los factores de riesgo están asociados una probabilidad mayor de que esta ocurra (Fliegue et al., 2009).

#### **Capítulo 4. La familia y el comportamiento autolesivo y suicida en adolescentes**

La importancia del papel que juega la familia en el desarrollo de la conducta suicida y autolesiva es una de las áreas más exploradas en la literatura referente al tema, no solo por considerarse el contexto más próximo en la vida de los adolescentes, sino por la relevancia que dicho contexto tiene sobre la presencia de conductas autolíticas (Wagner, 1997).

Se ha encontrado que el tener relaciones conflictivas con miembros de la familia, particularmente con los padres, es el factor precipitante más frecuente en adolescentes con intentos suicidas (Hawton y Simkin, 1996; Frey y Cerel, 2013) ya que alrededor del 50% de los intentos de suicidio y el 20% de los suicidios consumados son precedidos por conflictos dentro del núcleo familiar (Brent et al., 1988).

De igual forma, se han encontrado otros factores de riesgo relacionados con la paternidad, mismos que pueden predecir el riesgo de suicidio del adolescente desde su infancia. Crecer dentro de un ambiente familiar indispuerto, poco afectivo, crítico y de rechazo desde las primeras etapas de la vida predice conductas suicidas y autolesivas en el futuro (Brent et al., 1988).

Asimismo, se ha explorado la correlación que existe entre las características del conflicto del adolescente con la familia y el riesgo de suicidio, encontrando que la violencia doméstica, el poco apoyo parental percibido y una crianza deficiente se relacionan con un riesgo elevado de cometer suicidio (Hawton y Simkin, 1996).

Por su parte, las habilidades de comunicación y de resolución de problemas presentes en la familia también juegan un rol fundamental. La evidencia clínica muestra que las familias de jóvenes con riesgo de suicidio tienen dificultades para comunicar emociones, tienden a mantener secretos y utilizan el lenguaje no verbal (gestos), la evitación del conflicto y la indiferencia como

mecanismos de solución. Es por ello que el adolescente aprende que comunicar su experiencia emocional no es una opción y que hacerlo significa atender contra la estabilidad emocional de la familia (Orbach, 1986; Wynne,1984).

Cabe destacar que para aprender a resolver problemas es indispensable contar con habilidades interpersonales, por lo que no es de extrañar que las familias que tienen limitaciones para la expresión emocional también presenten complicaciones al tratar de resolver problemas cotidianos (Wynne,1984).

No obstante, a partir de la Teoría Biosocial propuesta por Marsha Linehan (1990) se puede explicar de qué manera en particular influyen los factores familiares en la adquisición y mantenimiento de dichas conductas.

### **Teoría Biosocial**

Para comprender la relevancia que tiene la familia en la explicación de la aparición de los comportamientos abordados dentro de este trabajo podemos recurrir a la Teoría Biosocial (Linehan, 1990). A partir de esta teoría, que en parte tiene como base el conductismo radical, se explica que tales comportamientos problemáticos son estrategias para regular el malestar emocional intenso que surge cuando la persona presenta desregulación emocional.

Dicho concepto es entendido como “la incapacidad, incluso cuando se lo intenta seriamente, para cambiar o regular las claves, las acciones, las respuestas verbales y no verbales cuando esto es necesario”, y surge como resultado de la interacción a través del tiempo entre la Vulnerabilidad emocional (factores biológicos) y un Ambiente Invalidante (factores ambientales) (Boggiano y Gagliesi, 2018). Lo que significa que para que se presente la Desregulación Emocional hay factores genéticos que podrían subyacer a la problemática, pero que necesariamente deben acompañarse de

un entorno poco habilidoso para llevar a cabo la tarea de generar aprendizajes compensatorios y efectivos en el adolescente.

La Vulnerabilidad Emocional se caracteriza por tres componentes (Boggiano y Gagliesi, 2018):

Alta sensibilidad a los estímulos

Alta reactividad emocional

Lento retorno a la calma

Asimismo, el Ambiente Invalidante, en donde la familia tiene especial relevancia, se define como “un contexto en el que recurrentemente se responde de forma inapropiada a las experiencias privadas, donde se minimiza, trivializa o se responde de una manera extrema a la comunicación de preferencias, pensamientos y emociones” (p. 36), lo que resulta en una enseñanza inadecuada de habilidades de regulación emocional que dan lugar a aprendizajes disfuncionales (Linehan, 1993 en Boggiano y Gagliesi, 2018).

El ambiente invalidante se caracteriza por hacerle saber a la persona que está equivocada en cómo describe y analiza sus propias conductas, emociones y creencias (“estás enojada pero no quieres aceptarlo”) y por atribuir las experiencias individuales a sus propias características de personalidad (“eres muy intensa, por eso te molestó”) (Linehan, 1993). Suele responder de tres maneras principalmente (Boggiano y Gagliesi, 2018):

Rechazar la comunicación de experiencias privadas:

Un ambiente invalidante comúnmente desestima, desaprueba (castiga) o ignora (no refuerza) la comunicación de la experiencia privada; es decir, las emociones, los sentimientos, los

pensamientos, etc., por lo cual la conducta de externalar algún malestar se reduce con el paso del tiempo. Esto puede provocar que la persona aprenda que no está bien sentirse de esa manera y trate de suprimir la emoción de alguna forma, dando lugar a un efecto contrario: un aumento en la expresión emocional. Por lo tanto, el ambiente fracasa no solo en validar la emoción sino en etiquetarla y, por ende, en enseñar a comunicarla y regularla.

#### Reforzar intermitentemente la escalada de expresión emocional

El ambiente castiga o no refuerza la baja expresión emocional y refuerza intermitentemente la escalada emocional como una estrategia para que la persona pueda ser escuchada o validada, por lo que se pierde la oportunidad de que la familia enseñe a regular la emoción de una forma distinta y menos problemática. También ello dificulta que se pueda nombrar la emoción y comunicar de manera efectiva. Esto sucede, por ejemplo, si una mamá no presta atención a su hijo cuando este le dice que se siente triste sino que trata de consolarlo hasta que identifica que se está provocando autolesiones.

#### Sobre simplificar la Resolución de problemas

Cuando un determinado contexto minimiza la experiencia emocional o privada que pudiera manifestar una persona, exige habilidades con las que todavía no se cuentan o simplifica una determinada forma de comportarse, pierde la oportunidad de enseñar al individuo habilidades importantes de tolerancia al malestar, resolución de problemas, moldeamiento de conducta, etc., al mismo tiempo que se refuerzan conductas disfuncionales, tales como responder con alta activación emocional, exigirse resultados poco realistas y evitar cometer errores.

En conclusión, el ambiente invalidante tiene como consecuencia que la persona no aprende a etiquetar su experiencia privada, modular la expresión emocional, tolerar la angustia, confiar en

su propia respuesta emocional y cognitiva, ni a formular metas realistas; por el contrario, el individuo aprende a llevar a cabo demostraciones emocionales extremas para provocar una respuesta contextual útil, validar su propia emoción, o controlar su malestar emocional (Linehan, 1993).

A partir de la Teoría Biosocial podemos afirmar que las conductas problema existen y se mantienen tanto por la propia vulnerabilidad del sujeto, como por las consecuencias que cada uno de estos comportamientos tiene en un determinado ambiente; no obstante, es imprescindible destacar que la relación que existe entre un individuo y su entorno no es unidireccional, sino que se conserva una constante interacción entre unos y otros. Esto significa que el individuo vulnerable responde de manera intensa ante un estímulo mientras que el contexto, al no comprender el porqué de tan elevada expresión emocional, la invalida, provocando a su vez una respuesta emocional mayor en la persona de por sí desregulada (Boggiano y Gagliosi, 2018) y cerrando así el ciclo de retroalimentación interpersonal (Woodberry et al., 2002).

El contexto del adolescente con riesgo (la familia) usualmente no cuenta con el entrenamiento ni las habilidades necesarias para responder a las conductas autolesivas o suicidas de alguno de sus miembros, y muchas veces ni siquiera las comprende, por lo que a ese desconocimiento se le suman los sentimientos de frustración, enojo, miedo, confusión, ansiedad, aprehensión o preocupación que experimentan y que dificultan más la interacción y, por ende, la solución de la problemática (Heather et al., 2006). De igual manera, estas emociones intensas complican el entrenamiento de nuevas habilidades y provocan que sea más difícil el cambio en el contexto próximo del adolescente (Miller, 2007).

Intervenir con la familia para el manejo del riesgo de conductas autolíticas en los jóvenes es indispensable, ya que aprender diferentes habilidades que podrían disminuir el riesgo de suicidio

es particularmente difícil cuando el ambiente inmediato de una persona o su cultura no apoyan tal aprendizaje (Linehan, 2015). Esto se ve reflejado en el estudio *Parental Validation and Invalidation Predict Adolescent Self-Harm* (Adrian et al.,2018), en el cual se buscó relacionar la forma de responder de los padres con los comportamientos autolíticos que presentaban los hijos, obteniendo diferencias significativas en el comportamiento autolítico de los adolescentes frente a padres invalidantes y padres validantes.

## **Capítulo 5. Terapia Dialéctico Conductual**

Dentro de las terapias denominadas contextuales o de tercera generación, la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), planteada por Marsha Linehan (1993), fue desarrollada para el tratamiento del riesgo suicida y otros comportamientos que deterioran la calidad de vida en personas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad; no obstante, esta aproximación ha mostrado resultados favorables en el tratamiento de diversos diagnósticos (Lynch et al., 2007).

La DBT surge como una alternativa a la imperante Terapia Cognitivo Conductual que mostraba importantes limitaciones para el tratamiento de personas con desregulación emocional, particularmente frente a pacientes con ideación suicida. Las investigaciones de Marsha Linehan y su equipo dieron a conocer que había poca adherencia de estos pacientes al tratamiento debido a que si se les orientaba rápidamente al cambio se sentían criticados o atacados, mientras que si únicamente se les validaba no encontraban mejorías importantes en el proceso y en ambos casos lo abandonaban. Asimismo, identificaron que los terapeutas constantemente se sentían agobiados con este tipo de pacientes y solían oscilar entre tener comportamientos hostiles hacia ellos y fragilizarlos (Boggiano y Gagliosi, 2018).

Con base en dichas observaciones la DBT se desarrolla a partir de principios de la ciencia de la conducta, la filosofía dialéctica y la práctica Zen, construyendo tres paradigmas que funcionan como base de la terapia: la aceptación (validación), el cambio (análisis comportamental y resolución de problemas) y la dialéctica (Lynch et al., 2007).

La validación, como se explicaba anteriormente, consiste en hacerle saber al paciente que sus emociones, pensamientos y conductas surgen por una razón y tienen sentido debido al contexto en el que se llevan a cabo. El terapeuta utiliza las técnicas de validación para demostrar que entiende las perspectivas del cliente al mismo tiempo que lo orienta a actuar de manera distinta

(Pederson y Cortney, 2017). El cambio se establece como una necesidad para construir la vida que se desea (Swenson, 2016).

De esta forma, es necesario combinar las estrategias de validación con las estrategias de cambio a partir del entendimiento de que algunas conductas pueden ser validas e invalidas a la vez; por ejemplo, el que una persona se corte es válido en el sentido de que le ayuda a disminuir su malestar emocional y es una manera de regularse que le ha servido en otras ocasiones, al mismo tiempo que es un comportamiento inválido porque le causa sufrimiento, provoca heridas, no permite que aprenda otras formas de regulación y le genera problemas interpersonales (Dimeff et al., 2021). Por lo tanto, pese a que la conducta tiene sentido y puede explicarse bajo el contexto en el que se lleva a cabo, es necesario modificarla.

De esta forma se integra la dialéctica, que se refiere, desde la DBT, a la forma en la que el terapeuta va a llevar a cabo el cambio. Una de sus características principales es que la conducta se ve como un todo y no como segmentos aislados de comportamiento, por lo que los déficits en las habilidades, así como las conductas problemáticas se entienden únicamente dentro del contexto amplio en el que ocurren y tomando en cuenta la relación que existe entre un comportamiento y otro (Linehan, 2003).

Asimismo, la dialéctica también se caracteriza por percibir el mundo no como algo estático sino como un conjunto de fuerzas que se oponen formando un nuevo grupo de fuerzas oponentes, es decir, que existen puntos medios entre las dicotomías con las que usualmente se analiza el mundo. Las principales polaridades con las que se encuentra el consultante están entre la aceptación de sí mismo y la necesidad de cambio; entre querer morir y desear mantenerse con vida; así como entre obtener lo que necesita y dejar de recibir la misma ayuda (Linehan, 2003).

La otra característica de la dialéctica se refiere al supuesto de que la realidad es algo cambiante más que un proceso estático, razón por la cual el paciente y su contexto están en constante cambio y el consultante debe lograr sentirse cómodo con este hecho (Linehan, 2003).

La DBT tiene como objetivos principales lograr la disminución de riesgo de suicidio en el consultante, aminorar las conductas que dificultan intervención y decrecer las respuestas conductuales que atentan contra la calidad de vida de la persona (Miller et al., 2007), todo ello a partir del entrenamiento de diferentes habilidades.

Particularmente la conducta suicida y autolesiva se entiende desde la DBT como una forma poco adaptativa de resolución de problemas que resulta de la desregulación emocional, un déficit de habilidades alternativas y del reforzamiento de conductas problema. Dicho reforzamiento se produce cuando hay una disminución a corto plazo del malestar emocional intenso que se experimenta o un cambio en la forma en la que el contexto responde luego de que se lleva a cabo la conducta (Linehan, 1993), es por ello que el objetivo principal es desarrollar y mantener un repertorio conductual alternativo, efectivo e incompatible con la conducta autolítica. La Terapia Dialéctica Conductual parte de la premisa de que las personas que no desean vivir, no cuentan con las habilidades suficientes para construir una vida que valga la pena de ser vivida (Frey y Cerel, 2013).

Como parte del tratamiento, la DBT se estructura con base en 5 funciones que deben ser integradas dentro del proceso: motivar al consultante hacia el cambio, desarrollar capacidades en la persona, generalizar nuevas conductas, estructurar el ambiente y mejorar las habilidades y motivación en el terapeuta (Linehan, 1993).

### **Componentes de la DBT**

El modelo de la DBT está integrado por cuatro componentes: grupo de entrenamiento en habilidades, terapia individual, consultoría telefónica y consultoría grupal.

#### Grupo de entrenamiento en habilidades

Las personas con desregulación emocional usualmente carecen de habilidades psicosociales por lo que muchas de sus conductas diarias son consistentes con el estado de ánimo del momento e incompatibles con sus metas a largo plazo, aunado a que su entorno invalidante no permite desarrollar ni ejecutar habilidades conductuales efectivas, razón por la cual es necesario entrenarlas en un contexto distinto. No obstante, es difícil hacerlo en un ambiente terapéutico en donde la prioridad es mantener al paciente a salvo y alejado de sus deseos de hacerse daño. Por ese motivo la DBT se centra en dos componentes principales: un grupo de entrenamiento en habilidades psicosociales y sesiones individuales encaminadas a motivar al consultante a mantenerse con vida y poner en práctica las competencias aprendidas (Linehan, 2003).

El grupo de entrenamiento en habilidades consiste en un formato estructurado de un modelo psicoeducativo que tiene como objetivo desarrollar y aumentar habilidades de regulación emocional, tolerancia al malestar, atención plena y efectividad interpersonal. Usualmente cada sesión grupal tiene una duración de alrededor de dos horas y media con una pausa en medio de 10 o 15 minutos (Pederson, 2017).

El inicio de la sesión se dedica a responder las escalas de evaluación que se estén utilizando, comunicar noticias importantes con el grupo, así como a analizar y trabajar con las conductas que interfieren con la terapia (como faltar a las sesiones). Posterior a ello, en 50 o 60 minutos los participantes comparten con el grupo su experiencia al utilizar habilidades específicas aprendidas

en sesiones anteriores o, en su defecto, por qué no las pusieron en práctica durante su semana (Linehan, 2003).

Después del descanso se dedica una hora a exponer y discutir la nueva habilidad a trabajar dentro del grupo, para luego ocupar los 15 minutos restantes de la sesión para hacer el cierre. Dicho cierre consiste en que los consultantes comenten acerca de sus impresiones sobre la sesión con la finalidad de que antes de irse las personas logren regular los afectos que pudieron haberse generado (Linehan, 2003).

Dentro del espacio de entrenamiento en habilidades se asume que si el cliente no está utilizando estrategias más habilidosas es porque no las tiene y es necesario adquirirlas, no por falta de motivación. No obstante, en pacientes que presentan desregulación emocional es común encontrar dificultades para distinguir cuando no se tienen tales habilidades dentro del repertorio conductual y en qué momento están interfiriendo razones distintas, como un historia de aprendizaje que castigó esas conductas, factores emocionales que están inhibiendo el comportamiento o factores ambientales que lo dificultan (Linehan, 2003).

Para lograr distinguir las causas por las que una conducta determinada no está sucediendo cómo se esperaría el terapeuta debe establecer las condiciones que la evoquen, una de las formas más comunes y más útiles es el *role playing*, que consiste en simular circunstancias en las que sería ventajoso actuar utilizando habilidades específicas. El entrenamiento grupal permite que se lleve a cabo este ejercicio, que las conductas se puedan moldear, modelar y reforzar en un contexto similar al cotidiano y que los participantes aprendan de las experiencias ajenas (Linehan, 2003).

Otra de las ventajas que tiene el grupo de entrenamiento en habilidades frente a la terapia individual, es que no es necesario que la conducta se lleve a cabo por cada uno de los miembros

para así poder reforzarla y que siga sucediendo, sino que puede fomentarse su aparición a partir del reforzamiento de las conductas efectivas que expongan otros participantes del grupo, dando lugar al aprendizaje vicario. También permite que con el paso del tiempo sean los mismos compañeros los que se encarguen de hacer este refuerzo de comportamientos habilidosos (Linehan, 2003).

### Terapia individual

La terapia individual es otro de los componentes del tratamiento desde la DBT que, junto con el taller de entrenamiento en habilidades, tiene como objetivo poder moldear una personalidad más funcional para el consultante. Es necesaria debido a que permite manejar las crisis sueltas con más facilidad, brindar mayor tiempo a la atención de problemáticas individuales e integrar las habilidades a la vida de cada participante (Linehan, 2003).

A diferencia de la forma en la que se maneja el grupo de entrenamiento de habilidades en donde las sesiones están estructuradas desde un inicio, la terapia individual se rige por las necesidades que presenta el cliente. Esto es especialmente relevante cuando se trabaja con las poblaciones para las que fue diseñada la DBT (que usualmente tienen patrones de comportamiento problemáticos, crisis emocionales constantes y dificultad para tolerar el dolor), debido a que el terapeuta debe ser lo suficientemente habilidoso para cubrir los objetivos terapéuticos al mismo tiempo que se atienden las crisis constantes (Linehan, 2003).

Es importante destacar que a las dificultades mismas que conlleva cualquier terapia individual se añaden las problemáticas derivadas de las características particulares que comparten los consultantes con desregulación emocional, tales como desviar los temas de la sesión o tener desinterés en participar en el aprendizaje de nuevas habilidades. Al mismo tiempo el terapeuta tiene

que confrontar sus propias actitudes antiterapéuticas, que van desde el aburrimiento y desinterés, hasta mostrar hostilidad hacia el paciente (Linehan, 2003).

Pese a que son las necesidades mismas del consultante las que guían el actuar terapéutico en las sesiones individuales, se establecen una serie de etapas dentro del proceso que deben seguirse por orden de importancia: 1) disminuir las conductas suicidas, autolesivas o que pongan en riesgo a consultante; 2) atender las conductas que interfieren con la terapia; 3) Reducir los comportamientos que merman la calidad de vida de la persona (problemas interpersonales, conflictos con la ley, desordenes psicológicos, desempleo, etc.) y 4) aumentar los déficits en las habilidades conductuales que se requieren para hacer cambios importantes en la vida. Estas etapas no solo tienen la intención de cambiar el comportamiento problemático que causa sufrimiento, sino construir al mismo tiempo una vida que valga la pena de ser vivida para el consultante (Dimeff et al., 2021).

Parte del trabajo que lleva a cabo el terapeuta individual consiste en lograr integrar las habilidades que se trabajaron dentro del grupo a la vida cotidiana del consultante, por lo que el terapeuta se convierte en el entrenador personal del cliente (Linehan,2003).

Las sesiones individuales son especialmente relevantes para modelar conducta, ya que permiten establecer la ocasión para ejemplificar comportamientos más apropiados. Esto se puede hacer a través de videos, *role playing*, frente a una situación que se presente entre consultante y terapeuta que se asemeje a lo que sucede en la vida real o con revelaciones que el profesional haga acerca de momentos en los que tuvo que actuar habilidosamente para resolver una problemática. De igual forma, en estas sesiones se permite reforzar, modelar y generalizar conductas teniendo un mayor control de las contingencias que rigen el comportamiento de cada persona (Linehan, 2003).

### *Coaching telefónico*

Dentro del grupo de entrenamiento y las sesiones grupales se busca que los consultantes adquieran nuevas habilidades y sean capaces de utilizarlas en contextos diversos. Esto implica que los terapeutas enseñen la habilidad, la modelen, establezcan reglas precisas, la moldeen y la refuercen tanto en sus aproximaciones como en la conducta final, todo ello para que, ya establecida la conducta, esta pueda ser utilizada en contextos relevantes (Boggiano y Gagliesi, 2018).

Para ello, como se explicó anteriormente, el terapeuta individual juega un papel muy importante; no obstante, dadas las diferencias que pueden existir entre un contexto clínico y un contexto cotidiano, en ocasiones la generalización de las conductas no sucede naturalmente y es necesario entrenarlas en el ambiente mismo en el que son requeridas (Boggiano y Gagliesi, 2018).

El principal objetivo que tiene el componente de *coaching* telefónico es que el terapeuta pueda estar presente para guiar al consultante en el momento en el que se requiera efectuar la conducta habilidosa y de esta manera evitar que se lleva a cabo la conducta problema. Por esta razón el cliente debe llamar al terapeuta cuando: 1) tiene temor de realizar una conducta problema, 2) tiene dificultades para efectuar una habilidad, 3) desea reparar la relación con el terapeuta o 4) para brindar buenas noticias (Boggiano y Gagliesi, 2018).

Lo que se busca como meta final es que el paciente pueda regular sus emociones y resolver los problemas que se presenten en su vida cotidiana sin necesidad de recurrir al terapeuta.

### Equipo de consultoría

La reunión de consultoría entre los terapeutas DBT se lleva a cabo cada semana o cada 15 días y tiene como finalidad cerciorarse de que estos se mantengan motivados y con las habilidades

necesarias para atender a consultantes con desregulación emocional, principalmente porque atender a esta población implica un desgaste emocional importante (Boggiano y Gagliesi, 2018).

Asimismo, es fundamental que las reuniones de consultoría se establezcan en un contexto de validación y de cuidado similar al que se fomenta en las sesiones con consultantes, sin embargo, también es necesario que cada uno de los participantes permanezca abierto a las críticas, a los cuestionamientos y a la retroalimentación que pueda darse por parte de sus compañeros (Boggiano y Gagliesi, 2018).

Uno de los aspectos más relevantes de estas reuniones es que el terapeuta debe tener la capacidad de compartir con la mayor claridad y apertura posible todos aquellos problemas o dificultades que está teniendo en su labor clínica. Generalmente estos problemas pueden englobarse en cuatro categorías: para evaluar la conducta, para encontrar o aplicar una solución, necesita sentirse validado o no logra empatizar con alguna situación (Boggiano y Gagliesi, 2018).

### **Habilidades DBT**

Las habilidades que contempla la DBT tienen la intención de que los consultantes puedan aceptarse a sí mismos, al mismo tiempo que trabajan por generar un cambio (Linehan, 2015). Estas habilidades están divididas en cuatro módulos que incluyen (McKay et al., 2020):

- **Mindfulness** o atención consciente: brinda herramientas para que el consultante logre mantener su atención consciente en el presente, evitando que se centre en los acontecimientos dolorosos del pasado.
- **Regulación emocional**: permite que la persona pueda identificar lo que siente y percibir cada emoción sin desbordarse o incurrir en conductas autolesivas o destructivas.

- Eficacia interpersonal: Contempla la adquisición de herramientas que favorezcan la expresión de emociones, opiniones y necesidades de manera respetuosa; establecer límites con otras personas y negociar asertivamente, haciendo más probable el mantenimiento de relaciones sociales.
- Tolerancia al malestar: Consiste en que el consultante pueda hacer frente de mejor manera a los eventos dolorosos de la vida, de tal forma que se aminoran los efectos negativos que estos provocan.

### **DBT y familia**

Tomando en cuenta la Teoría Biosocial en la que se basa todo el planteamiento y estructura de la DBT, se asume que la familia puede considerarse como un potente componente de cambio, ya que suele ser el contexto más próximo del consultante. Entrenar a los familiares para reforzar efectivamente las conductas adaptativas, validar la expresión emocional, moldear y modelar comportamientos habilidosos, etc., es clave para cambiar el contexto en el que se están manteniendo las conductas problemáticas (Hoffman et al., 1999).

Existen diferentes maneras en las que se puede adaptar la Terapia Dialéctico Conductual a la intervención con familias, ya sea que se aplique la DBT a los familiares tal como se hace con los pacientes que presentan desregulación emocional; se aplique a los consanguíneos para potenciar el tratamiento con los consultantes o se desarrollen nuevos tratamientos basados en la DBT para intervenir con la familia particularmente (Hoffman et al., 1999).

La intervención con adolescentes desde la DBT puede integrar a la familia de diversas maneras, que se han estudiado principalmente para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. Entre estas propuestas se encuentran (Miller et al, 2007):

- 1- Interacción de adolescentes y adultos frente al terapeuta, quién guiará la interacción hacía la resolución de conflictos y el aprendizaje de formas más efectivas de comportarse. Esto permite el enseñar habilidades directamente y favorece la generalización de los aprendizajes a otros contextos.
- 2- Grupos simultáneos de entrenamiento en habilidades tanto para padres de familia como para adolescentes. Con ello se busca que los padres adquieran las habilidades necesarias para mantener relaciones más saludables con sus hijos y potenciar el aprendizaje de las habilidades que al mismo tiempo aprenderán los adolescentes.
- 3- Grupo de entrenamiento de habilidades para padres de familia llevado a cabo de manera independiente al trabajo terapéutico con el adolescente (Hofman, 2004). Este entrenamiento permite a los padres de familia modificar favorablemente el comportamiento problemático de los adolescentes al cambiar el contexto en el que se lleva a cabo (entorno familiar), al mismo tiempo que se busca mantener y mejorar la relación entre padres e hijos.

Es importante recalcar que los padres de adolescentes con riesgo de suicidio y autolesiones experimentan emociones intensas de culpa, miedo y vergüenza, mismas que dificultan la interacción con sus hijos y el aprendizaje de nuevas habilidades. Es por ello, que en el abordaje con padres de familia desde la DBT se recalca la importancia de validar su propia experiencia emocional frente a la situación presente y se parte de los supuestos de que están haciendo lo mejor que pueden y de que, pesar de eso, siempre pueden hacerlo mejor (Miller, 2007).

## **Capítulo 6. Método**

### **Justificación y planteamiento del problema**

El suicidio es un fenómeno que en las últimas décadas ha mostrado una constante tendencia al incremento, tanto en México como en el resto del mundo (Jiménez- Ornelas y Cardiel- Tellez, 2013), convirtiéndose a nivel mundial en la tercera causa de muerte en jóvenes entre los 15 a los 19 años de edad (OMS, 2019). Por su parte, la conducta autolesiva está presente un porcentaje de 14% a 15% de los adolescentes, por lo que, al igual que el comportamiento suicida, es considerada como un problema de salud pública (Zaragozano, 2017); además de que se ha identificado una correlación positiva entre éste y el riesgo de intentar quitarse la vida (Stanley, 2001).

Estos datos son aún más significativos cuando se ponen en relación con la población mundial de adolescentes. Se calcula que en el mundo hay aproximadamente 1200 millones de jóvenes de entre 10 y 19 años de edad, que representa la mayor cifra de adolescentes registrada en la historia (Unicef, 2022). De esta cifra alrededor de 85% de adolescentes vive en naciones de escasos recursos o de ingresos medios.

Para explicar los altos índices de comportamientos suicidas y autolesivos en adolescentes es necesario comprender que este periodo implica muchos, continuos y rápidos cambios en la vida de la persona, que aunados a la falta de habilidades socioemocionales que no fueron aprendidas en etapas anteriores del desarrollo, se convierten en un factor de riesgo importante para atentar contra la propia vida (Aro, 1993). No obstante, para que la conducta suicida o autolesiva se lleve a cabo, es necesario que estén presentes otras condiciones que se añadan a la propia vulnerabilidad del adolescente y hagan estos comportamientos más probables.

Dentro de las aproximaciones teóricas que han intentado explicar el suicidio y las autolesiones, una de las más aceptadas es la propuesta por las teorías de aprendizaje que, retomando

conceptos del análisis de la conducta, al margen de la filosofía conductista y haciendo uso de un modelo que podría considerarse transdiagnóstico, atribuyen dichos comportamientos a aprendizajes que se han dado a lo largo de la vida y que resultan en una forma de conducta que modifica favorablemente el ambiente (público o privado) y por lo tanto se mantienen (Chiles y Strosahl, 2019).

Sumando al conocimiento y a la investigación hecha desde el análisis de la conducta para la comprensión del comportamiento en su totalidad, Marsha Linehan propone la Teoría Bisocial para explicar el origen de la Desregulación Emocional, misma que cobra especial relevancia al considerarse un factor de riesgo importante para cometer la conducta suicida, ya que los comportamientos autolíticos funcionarían como una estrategia efectiva para regular la emoción intensa. Desde esta teoría, la Desregulación Emocional es el resultado de la interacción entre la vulnerabilidad individual, comprendida como propensión biológica, y un ambiente invalidante (Boggiano y Gagliosi, 2018)

Intervenir sobre el ambiente inmediato en el que se desenvuelve el adolescente y en el que se desarrollan y mantienen dichas conductas partiendo de las habilidades que propone modelo de la Terapia Dialéctica Conductual (Linehan, 1990), indicada tanto para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad como para pacientes con Desregulación Emocional, puede significar la reducción de las conductas problemáticas abordadas y un mejor control del riesgo por parte de los padres, ya que si el ambiente es validante y establece las contingencias adecuadas, será más probable que el individuo pueda regular y responder de manera adecuada a su contexto (Vanegas et al, 2029), y por ende, disminuya la probabilidad de incurrir en un comportamiento suicida.

Dentro de la Terapia Dialéctica Conductual ya se ha contemplado el abordaje con la familia nuclear del adolescente en riesgo de manera paralela a la atención individual como parte del

tratamiento, no obstante, en este estudio se plantea una intervención informada en la DBT sobre familias de adolescentes atendidos en un centro comunitario, en donde usualmente existe una mayor limitación institucional y económica que impide, como en gran parte de las instituciones en salud mental en México, solventar una propuesta de tratamiento tan extensa como la planteada por Linehan.

La mayoría de las investigaciones consideran al suicidio como un fenómeno individual, cuyos factores de riesgo también dependen únicamente de sujeto; no obstante, esta conceptualización de la conducta suicida impide contemplar dentro del tratamiento la intervención sobre uno de los factores más importantes para su desarrollo y mantenimiento: la familia (Frey y Cerel, 2013). Este trabajo se hizo con la intención de pilotear una intervención que podría utilizarse como auxiliar en la prevención comportamiento suicida del adolescente al articularse como una estrategia que potencia la intervención individual o como una alternativa de tratamiento indirecta que cambie el comportamiento de riesgo a través del cambio del contexto. Asimismo, se propone como un plan de prevención del riesgo de conducta suicida y autolesiva en los adolescentes.

Pese a que a los estudios piloto generalmente se les atañe poca importancia para la investigación y por lo tanto son poco utilizados, la realización de estos conlleva muchas ventajas, principalmente en el ahorro de tiempo y recursos destinados a la planeación de estudios de mayor magnitud. Por esta razón, en los últimos años la publicación de este tipo de investigación ha ido en aumento y han tenido mejor recibimiento por parte de los investigadores. Un ejemplo de ello es que en el año 2000 existían tan solo 290 publicaciones en donde se implementaba este tipo de estudio, mientras que para el 2019 la cifra incrementó hasta 11 716 publicaciones (Díaz-Muñoz, 2020).

### **Tipo de estudio**

Se llevó a cabo un estudio piloto con alcance exploratorio y se utilizó un diseño no experimental

### **Pregunta de investigación**

¿Cuáles son los elementos que deben considerarse para la implementación de una intervención grupal a distancia desde la DBT con padres de familia de adolescentes con riesgo de conducta suicida y autolesiva?

### **Objetivo general**

Identificar los elementos a considerar al realizar una intervención grupal desde Terapia Dialéctica Conductual para los padres de familia de adolescentes con riesgo de suicidio y autolesiones.

### **Objetivos específicos**

- Determinar, a partir de la observación, cuáles son las características que debe tener una intervención grupal informada en DBT para padres de adolescentes con riesgo de comportamiento suicida
- Determinar la viabilidad de implementar una propuesta de intervención para padres de adolescentes
- Conocer los alcances y limitaciones que existen en a implementación de la intervención

### **Variables**

Características de la intervención: se consideraron aquellos módulos propuestos de la DBT que se eligió contemplar para la intervención según las características de la muestra, la

duración de las sesiones, el número de sesiones que se llevaron a cabo, el día y horario elegido, la modalidad (presencial o virtual), la organización de la forma de trabajo y la cantidad de integrantes admitidos.

Familia: se evaluó si hubo inscripción voluntaria al taller, si se manifestó contar no con los recursos para hacerlo y con tiempo para poder asistir.

Permanencia y constancia: se contempló si los consultantes se comprometieron con la intervención, si permanecieron hasta el final del taller y si asistieron a por lo menos el 80% de las sesiones.

### **Escenario**

El grupo en entrenamiento en habilidades se llevó a cabo a través de la plataforma Zoom con padres de familia referidos de un centro comunitario ubicado en la Ciudad de México.

### **Participantes**

Seis padres de familia de adolescentes con riesgo de suicidio y autolesiones: cinco mujeres y un hombre pertenecientes al Centro de Salud de San Pablo Oztotepec.

El poblado de San Pablo Oztotepec está ubicado en la delegación Milpa Alta en la Ciudad de México. Este poblado cuenta con 10 156 de los 81 102 habitantes que integran la delegación, de los cuales 2891 personas son indígenas (García, 2001).

En relación con la infraestructura de la delegación, se reportan importantes deficiencias en distintas áreas: solo el 94. 3% de la población cuenta con electricidad, 60% con drenaje, 96. 4% con agua potable según reportes del 2001 y con problemas crecientes en el subministro de agua (CDMX, 2024), 98% con alumbrado público y 78% de los poblados con pavimento. Dentro de

estos porcentajes, los poblados que no cuentan con drenaje son San Pedro Actopan y San Pablo Oztotepec (García, 2014). Asimismo, tan solo el 50% de las viviendas de esta delegación cuentan con acceso a internet, 35% disponen de computadora y 86% de celular (DataMéxico, 2022).

Con relación al tiempo de traslado, la población de Milpa Alta tarda en promedio 52 minutos en trasladarse de su casa al trabajo y 42% lo hace utilizando algún medio de transporte público (DataMéxico, 2022).

De igual forma, es importante destacar que 36% de la población mayor de 15 años en esta delegación cuenta con secundaria como su último grado de estudios aprobado, lo que representa a la mayoría de las personas, y que la tasa promedio de analfabetismo es de 2.77%, de los cuales 63.9% son mujeres (DataMéxico, 2022).

Pese a que San Pablo Oztotepec no podría considerarse una comunidad rural debido al número de pobladores que se dedican a actividades no agrícolas y que sobrepasan el rango estipulado para que una comunidad pueda ser englobada dentro de esta categoría, a este poblado se le denomina una comunidad rural- urbana, ya que sí cuenta con componentes representativos de las comunidades rurales. Con esto nos referimos a que todavía se guardan elementos de identidad pero ya se tienen actividades laborales más diversas, los roles de género en el ámbito laboral están menos acentuados y el desplazamiento para la realización de actividades económicas es mayor (García, 2001).

### **Muestreo**

El muestreo de este estudio es no probabilístico intencional.

### **Criterio de inclusión**

- Ser mayor de edad

- Ser padre o tutor del adolescente con riesgo bajo o moderado de comportamiento suicida
- Pertenecer al contexto próximo del adolescente con riesgo
- Haber sido referido para la intervención grupal por el psiquiatra a cargo de la Centro de Salud de San Pablo Oztotepec.
- Estar de acuerdo con lo estipulado en el consentimiento informado en donde se presentan los lineamientos de la intervención.
- Comprometerse con la asistencia a las 10 sesiones semanales de intervención grupal.

#### **Criterio de exclusión**

- Estar diagnosticado con algún trastorno de personalidad
- Presentar un déficit cognitivo que dificulte la adquisición de nuevas habilidades parentales

#### **Criterios de eliminación**

- Faltar a más de dos sesiones
- Incumplir con el reglamento presentado al inicio de las sesiones

#### **Procedimiento**

Se hizo el contacto vía telefónica con trece padres y madres de familia de adolescentes con riesgo de comportamiento suicida evaluados dentro del Centro de Salud de San Pablo Oztotepec, de los cuales tan solo seis estuvieron interesados en la propuesta y accedieron a participar en la intervención, entre ellos una pareja de hombre y mujer. En la llamada se hizo una entrevista inicial con la intención de identificar la problemática, evaluar riesgo de comportamiento suicida en los

adolescentes, entender de manera funcional las conductas problema en cada una de las familias e identificar necesidades; también se dio a conocer en qué consistía el taller, sus características y la utilidad del mismo.

A cada una de las personas con quienes se hizo el contacto se les preguntó acerca de su disponibilidad de horario y la posibilidad que tenía para comprometerse a asistir al taller. A partir de eso, se acordó con los participantes que las sesiones se llevarían a cabo en un horario de 7:00 a 9:00 p.m. del día viernes durante diez semanas.

Es importante considerar que los adolescentes con riesgo de comportamiento suicida estaban recibiendo atención psicológica y psiquiátrica (en los casos que ameritaba) dentro de la clínica de donde fueron referidos. Asimismo, se les ofreció un taller de entrenamiento en habilidades similar al que se les brindó a los padres de familia y en la mayoría de los casos los adolescentes participaban paralelamente en él.

Entre la sesión 2 y 3 uno de los participantes solicitó tener una llamada telefónica adicional con la psicóloga encargada del taller (la autora de esta tesis) en donde se externó una problemática relacionada con el comportamiento suicida que se suscitó en esa semana con uno de sus hijos. Para ello, se escuchó al padre de familia, se validó y se orientó en el manejo de tales conductas en los hijos.

Asimismo, desde la semana 2 algunos de los participantes refirieron dificultades para conectarse a las sesiones virtuales, los motivos principales fueron: tiempos largos de traslado a casa, dificultades con el manejo de la tecnología, no contar con dispositivos electrónicos o falta de internet en casa. Por esa razón se acordó junto con los participantes que podrían incorporarse al taller en el momento en el que pudiera hacerlo.

No obstante, conforme avanzaban las sesiones se conectaron menos asistentes. Los participantes que permanecieron constantes en cada una de las sesiones fueron IL y AI, quienes asistieron a todas las sesiones y en cada una de ellas participaron activamente. Estos dos participantes fueron los únicos que cumplieron con los requisitos de permanencia y concluyeron el taller; de igual forma cabe destacar que ambos son pareja y pertenecen a la misma familia.

La estructura de las sesiones se estableció con base en las cartas descriptivas que se muestran en los anexos y se llevaron a cabo por dos personas: una terapeuta encargada de llevar el grupo de habilidades y una co-terapeuta que auxilió en las labores técnicas, brindó objetividad al momento de la evaluación y desempeñó labores de supervisión y contención.

En la siguiente tabla se muestran las asistencias de cada participante a lo largo de las sesiones de intervención:

Tabla 1.

Asistencia de los participantes por sesión

Participante	Número de sesión									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
JR		X		X	X					
HC	X	X				X	X			
MV		X	X			X				
IT	X	X								
AI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IV		X								

IL            X        X        X        X                    X                    X        X        X

---

Al finalizar las diez sesiones estipuladas para la intervención se pidió a los participantes que contestaran un formulario de satisfacción con el taller. En la siguiente tabla se muestran las preguntas que se hicieron:

<b>Pregunta</b>	<b>Respuestas</b>
¿Considera que este curso le ayudó a tener mayor conocimiento sobre el manejo del riesgo de suicidio y autolesión en adolescentes? ¿Por qué?	
¿Considera que este curso le ayudó a tener mayor conocimiento sobre la crianza de su hijo/a adolescente? ¿por qué?	
¿Considera que el taller influyó en otras áreas de su vida? ¿De qué forma?	
¿Hubo algún cambio en la relación que tiene con su hijo/a? ¿Cuál?	
¿Cuál fue el aprendizaje más significativo que tuvo durante este curso?	
¿Qué fue lo que más le gustó?	
¿Qué otra información considera oportuna para proporcionarle a padres de familia?	

¿Qué fue lo que menos le gustó?

Comentarios adicionales o sugerencias

Asimismo, para evaluar las características y viabilidad de la intervención se creó una lista de cotejo que integró 3 componentes principales: Características de la intervención, Familia y Permanencia y constancia. Cada uno de estos componentes se integró por distintos elementos que eran evaluados de forma dicotómica con SÍ o NO respondiendo a la siguiente pregunta: ¿la intervención cumple con el criterio?

**tabla 2. Lista de cotejo para la evaluación de intervenciones familiares a distancia en familias con adolescentes en riesgo de suicidio y autolesiones**

Componente 1: Características de la intervención

<b>Elemento</b>	<b>Descripción del elemento a evaluar</b>	<b>La intervención cumple con el criterio</b>	<b>Observaciones o sugerencias</b>
Módulos (evaluación de contenidos)	Se eligieron módulos acordes a los objetivos de la intervención (temas, orden de presentación, extensión de tema).	Sí/ No	
Duración de sesiones	Las sesiones tienen una duración adecuada.	Sí/ No	
Número de sesiones	El número de sesiones que integran la intervención es el óptimo.	Sí/ No	

Componente 1: Características de la intervención

<b>Elemento</b>	<b>Descripción del elemento a evaluar</b>	<b>La intervención cumple con el criterio</b>	<b>Observaciones o sugerencias</b>
Día y horario de las sesiones	El horario y día en el que se escogió para llevar a cabo la intervención fue adecuado.	Sí/ No	
Modalidad de las sesiones (virtual, presencial...)	El formato en el que se llevó a cabo la intervención fue el correcto.	Sí/ No	
Dinámica de trabajo durante las sesiones	La organización del trabajo en las sesiones con las familias es funcional (nivel de participación, estructura de la sesión, tiempos destinados a las actividades, etc.)	Sí/ No	
Integrantes	El número de integrantes admitidos para la intervención fue conveniente	Sí/ No	

Componente 2: Familia

<b>Elemento</b>	<b>Descripción del elemento a evaluar</b>	<b>La intervención cumple con el criterio</b>	<b>Observaciones y sugerencias</b>
Disposición a participar	Los participantes estaban dispuestos a asistir, atender y participar en las sesiones.	Sí/ No	
Recursos	Los integrantes contaban con los recursos disponibles para participar en la intervención	Sí/ No	

### Componente 2: Familia

<b>Elemento</b>	<b>Descripción del elemento a evaluar</b>	<b>La intervención cumple con el criterio</b>	<b>Observaciones y sugerencias</b>
	(computadora, internet, celular, etc.)		
Posibilidad de participar	Los usuarios contaban con el tiempo necesario para asistir a las sesiones.	Sí/ No	

### Componente 3: Permanencia y constancia

<b>Elemento</b>	<b>Descripción del elemento a evaluar</b>	<b>La intervención cumple con el criterio</b>	<b>Observaciones y sugerencias</b>
Inscripción al taller	Los participantes se inscribieron y se comprometieron con el taller.	Sí/ No	
Permanencia en el taller	Los usuarios permanecieron en el taller hasta el final.	Sí/ No	
Asistencia	Los consultantes asistieron por lo menos al 80% de las sesiones.	Sí/ No	

Esta lista fue sometida a valoración por 18 jueces expertos que al momento de la evaluación se encontraban recibiendo una formación para el manejo y prevención de la conducta suicida en adolescentes, quienes a partir de esta formación diseñaron materiales educativos y recursos de evaluación sobre este tema, además de estar en contacto directo con población con riesgo bajo y moderado implementando una intervención psicológica para el manejo de esta problemática. Respondieron el cuestionario de evaluación con la finalidad de que brindaran su opinión y sugerencias con respecto al método de evaluación propuesto.

Con base en sus comentarios y sugerencias, se cambió la forma en la que se redactaron las afirmaciones en algunos elementos y se incluyó un nuevo componente a considerar para evaluar la ejecución de la intervención, al que a su vez se le añadieron dos elementos para integrarlo .

**tabla 3. Lista de cotejo para la evaluación de intervenciones familiares a distancia en familias con adolescentes en riesgo de suicidio y autolesiones modificada a partir de las observaciones efectuadas por expertos.**

Componente 1: Características de la intervención

<b>Elemento</b>	<b>Descripción del elemento a evaluar</b>	<b>La intervención cumple con el criterio</b>	<b>Observaciones o sugerencias</b>
Módulos (evaluación de contenidos)	Se eligieron módulos acordes a los objetivos de la intervención (temas, orden de presentación, extensión de tema).	Sí/ No	
Duración de sesiones	Las sesiones tienen una duración adecuada.	Sí/ No	
Número de sesiones	El número de sesiones que integran la intervención es el óptimo.	Sí/ No	
Día y horario de las sesiones	El horario y día en el que se escogió para llevar a cabo la intervención fue adecuado.	Sí/ No	
Modalidad de las sesiones (virtual, presencial...)	El formato en el que se llevó a cabo la intervención fue el correcto.	Sí/ No	

Componente 1: Características de la intervención

<b>Elemento</b>	<b>Descripción del elemento a evaluar</b>	<b>La intervención cumple con el criterio</b>	<b>Observaciones o sugerencias</b>
Dinámica de trabajo durante las sesiones	La organización del trabajo en las sesiones con las familias es funcional (nivel de participación, estructura de la sesión, tiempos destinados a las actividades, etc.).	Sí/ No	
Integrantes	El número de integrantes admitidos para la intervención fue conveniente	Sí/ No	

Componente 2: Familia

<b>Elemento</b>	<b>Descripción del elemento a evaluar</b>	<b>La intervención cumple con el criterio</b>	<b>Observaciones y sugerencias</b>
Disposición a participar	Los participantes estaban dispuestos a asistir, atender y participar en las sesiones.	Sí/ No	
Recursos	Los integrantes contaban con los recursos necesarios para participar en la intervención (computadora, internet, celular, etc.)	Sí/ No	
Posibilidad de participar	Los usuarios contaban con el tiempo necesario para asistir a las sesiones.	Sí/ No	

### Componente 3: Permanencia y constancia

<b>Elemento</b>	<b>Descripción del elemento a evaluar</b>	<b>La intervención cumple con el criterio</b>	<b>Observaciones y sugerencias</b>
Inscripción al taller	Los participantes mostraron disposición a participar en taller y se comprometieron con él.	Sí/ No	
Permanencia en el taller	Los usuarios permanecieron en el taller hasta el final.	Sí/ No	
Asistencia	Los consultantes asistieron por lo menos al 80% de las sesiones.	Sí/ No	

### Componente 4: ejecución

<b>Elemento</b>	<b>Descripción del elemento a evaluar</b>	<b>La intervención cumple con el criterio</b>	<b>Observaciones y sugerencias</b>
Objetivos	Se cumplieron los objetivos propuestos para la intervención.	Sí/ No	
Planificación	Se respetaron tiempos, formas de trabajo, materiales, actividades, reglas, etc.	Sí/ No	

La lista de cotejo modificada con base en las observaciones dadas por los jueces expertos fue utilizada para la evaluación del estudio piloto. Dicha evaluación se hizo empleando como método la observación de la grabaciones de cada una de las sesiones que se llevaron a cabo, tarea que quedó a cargo de la psicóloga que llevó a cabo el taller.

#### **Aspectos éticos**

El plan de intervención, evaluación y reporte de resultados fue estructurado con base en aspectos éticos, para lo cual se consideró:

- Se evaluaron los riesgos y beneficios de llevar a cabo a intervención
- Se protegió la identidad de los participantes al momento de reportar resultados, identificándolos con iniciales que no corresponden con las reales.
- Se brindó a los participantes un consentimiento informado al inicio de las sesiones con toda la información relativa al plan de intervención y a la investigación.
- Se brindó acompañamiento psicológico a los participantes en todo momento, incluso fuera de las sesiones de entrenamiento en habilidades.
- La intervención que se hizo está sustentada con investigaciones basadas en evidencia y con un alto rigor metodológico.

### **Presentación de los participantes**

A continuación se presentará a información recabada a través de una entrevista telefónica de cada uno de los participantes del taller. Para cada uno se asignaron iniciales diferentes a las reales para mantener a salvo el anonimato.

#### **JR**

Sexo: Mujer

Edad: 34 años

Información general:

Empleada en un centro de salud como promotora.. Vive con su pareja y con sus dos hijos: un hombre y una mujer de 15 y 12 años respectivamente.

Menciona que ha perdido comunicación con sus hijos a partir de que empezó a trabajar hace 5 años, ya que en su trabajo no hay flexibilidad de horarios y se le ha dificultado mucho asistir a

festivales y eventos importantes, aunado a que tanto ella como su esposo han pasado por problemas económicos y dificultades de pareja que han impactado en el comportamiento de los adolescentes.

Hace tres años presentó sintomatología depresiva que persistió durante alrededor de año y medio. Buscó ayuda profesional pero el proceso se mantuvo durante un periodo corto de tiempo. Sus hijos le comentaban que la situación les estaba afectando y fueron ellos quienes le solicitaron asistir a un psicólogo. Posterior a ello canalizaron a los menores al servicio psiquiátrico en donde fueron diagnosticados con depresión grave.

Entre las conductas problemáticas presentes en los hijos, refirió que su hija se hace cortes en los brazos y piernas desde hace un año y medio aproximadamente. También llora muy fácilmente, refiere estar triste continuamente sin saber exactamente la razón por la cual se siente de esa manera y se comunica de manera “irrespetuosa”.

Como estrategia de solución habla con su hija acerca de la importancia de dirigirse con respeto hacia las demás personas, no obstante, ella “se desespera y empieza a gritar que no la entienden”. Cuando se exalta, le pide que se controle, se siente y escuche. Se queda sentada hasta que se le permite levantarse y se va a su cuarto enojada y llorando. Usualmente deja pasar un tiempo antes de volver a tener comunicación con su hija, hasta que identifica que ya pasó el enojo. Cuando esto sucede, la abraza, le dice que la quiere mucho y que puede confiar en ella.

## **HC**

Sexo: Mujer

Edad: 36 años

Información general:

Se dedica al trabajo en el hogar. Vive con sus dos hijas, de 19 y 12 años de edad.

Se percibe a sí misma como un persona poco afectuosa y muy exigente; se irrita fácilmente, le cuesta regular su emoción y suele gritar mucho. La mayoría de las discusiones que tiene con sus hijas se deben a que les pide que hagan algo y ellos no lo hacen, o lo hacen hasta que les grita.

Con su hija menor es con quién tiene mayores dificultades para relacionarse, ya que no pone atención cuando se le pide que haga algo y si se le llama la atención por ello, se queda callada o se pone a llorar. La percibe como una adolescente muy sentimental, con muchas dificultades para verbalizar lo que siente o lo que piensa. También identifica otros comportamientos problemáticos en ella que iniciaron desde que ingresó a la secundaria, como que suele permanecer encerrada en su cuarto y aislada del resto de la familia o de visitas, tiene ataques de pánico constantemente y amenaza con suicidarse; no obstante, no sabe si estas amenazas pueden significar un peligro real o si solamente se tratan de una broma. Debido al cambio de conducta su hija menor fue referida al psiquiatra, en donde fue diagnosticada con Trastorno de pánico y riesgo leve de suicidio.

Como estrategia de solución a los problemas psicológicos presentes, HC comentó que antes solía decirle a su hija que de todo lloraba o cuestionar el porqué de su llanto, sin embargo ahora prefiere dejar que lllore sola.

**MV**

Sexo: Mujer

Edad: 38

Se dedica al trabajo en el hogar. Vive con su pareja, sus tres hijos de 19, 16 y 7 años de edad y sus papás.

Tiene dificultades para relacionarse principalmente con su hija de 17 años, ya que sufrió un abuso sexual por parte de un tío hace alrededor de tres años y desde evento ha cambiado notablemente su comportamiento. Identifica que se ha vuelto rebelde, llora constantemente, cambió su forma de vestir, tiene dificultades para dormir, le da miedo quedarse sola en su casa y se comenzó a cortar los brazos. Debido a este cambio de conducta hace un año se sugirió que la adolescente reviera atención psicológica y psiquiátrica en donde fue diagnosticada con Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

Como estrategia de solución trata de hablar con su hija con respecto a cómo se siente o por qué reacciona con tristeza, violencia o enojo ante diferentes situaciones, no obstante, ella únicamente le grita que la deje en paz y no verbaliza lo que siente o lo que piensa. Ante los cortes, le dice a su hija que está mal, que no debe hacer eso y que, aunque la va a apoyar en todo, le duele mucho verla así.

Le gustaría tener una mejor comunicación con su hijos, que su hija aprenda a regular sus emociones, que se vista de forma femenina nuevamente y que pueda confiar otra vez en ella misma y en los demás.

## **IT**

Sexo: Mujer

Edad: 40 años

Se dedica al trabajo en el hogar. Vive con su esposo, sus dos hijos, entre ellos un adolescente de 15 años, y su nieto de siete.

Desea apoyar a su hijo emocionalmente pero no sabe cómo. Identifica que él es una persona muy aislada, que se deprime constantemente, se lastima pegándole a la pared con el puño y amenaza con hacerse daño.

Comentó que las conductas problemáticas de su hijo iniciaron a partir de que fue víctima de abuso sexual por parte de un entrenador de fútbol cuando tenía alrededor de 7 años. Asimismo, añadió que las dificultades familiares también han impactado de manera importante sobre el estado de ánimo de su hijo, ya que nota que cuando estas se presentan él se enoja, se encierra en su cuarto y amenaza con hacerse daño.

IT afirmó que tiene deseos de quitarse la vida y que lo único que la detiene es su hijo y su nieto, ya que considera que debe protegerlos. Ha intentado quitarse la vida en 5 ocasiones, siendo hace dos semanas la última de ellas, en la cual intentó aventarse de la azotea de su casa. Es víctima de violencia física, verbal y psicológica por parte de su hija mayor y de su esposo.

Lleva una buena relación con su hijo. Él la apoya en las labores domésticas, la acompaña a realizar diversas actividades y constantemente le dice que la quiere. Las dificultades principales se relacionan con los problemas psicológicos que presenta su hijo, frente a los cuales ella le comenta que por él se despierta todos los días, que lo ama y que es importante que sea más fuerte que ella.

## **AI**

Sexo: Mujer

Edad: 43 años

Se dedica a las labores del hogar y vive con su pareja y sus dos hijos, una mujer y un hombre de 14 y 13 años respectivamente.

La mayor dificultad que presenta con respecto a la maternidad se refiere a que su hijo ha intentado ahorcarse en dos ocasiones, luego de una discusión con su hermana. A partir de que los padres tuvieron conocimiento de estos hechos, fue llevado al hospital psiquiátrico en donde fue diagnosticado con TDAH.

Comentó que es común que cuando le pide a su hijo que realice alguna actividad o le quita el celular, él se comience a enojar: aprieta los puños, suda, agrede a los miembros de la familia y dice que se va a ahorcar. Ante este tipo de comportamientos suele abrazarlo hasta que se calma; sin embargo, considera que “está cayendo en su juego”. También suele decirles que “no lo quieren” cuando le dicen que no creen las afirmaciones que hace sobre el comportamiento de su hermana.

Asimismo, narró que su hijo suele ser ofensivo y que cuando esto pasa ella tiende a reaccionar de manera agresiva, gritándole o reprimiéndolo de forma física. Sin embargo, a partir de que inició un tratamiento farmacológico con Escitalopram ha sentido que logra regularse de una mejor manera, ya que les han dado algunas estrategias para usar con su hijo, tales como *tiempo fuera*, premiar cuando se hacen las cosas bien y no utilizar golpes.

Añadió que cuando ocurre alguna situación familiar con sus hijos, ellos suelen marcarle por teléfono a su papá para contarles, por lo que esto estaba generando problemas con su pareja. Con respecto a los intentos suicidas y a las verbalizaciones acerca de querer quitarse la vida, han hablado con su hijo acerca de lo importante que es para ellos.

AI afirma que va a aceptar toda la ayuda que sea posible, porque va a continuar con su lucha por su familia, que “tiene todo para ser feliz”.

#### **IV**

Sexo: hombre

Edad: 42 años

Se dedica a la conducción de camiones en un servicio de transporte de carga y vive con su pareja y sus dos hijos, una mujer y un hombre de 14 y 13 años respectivamente.

El problema que ha encontrado con respecto a la relación con sus hijos, están relacionados con el comportamiento suicida que ha tenido su hijo en los últimos años. Comentó que ha intentado suicidarse en dos ocasiones y continuamente amenaza con volverlo a hacer, hecho que ha sido muy difícil de sobrellevar para él.

Externó que cuando se presentan las amenazas de suicidio comúnmente trata de hablar con su hijo, le dice que no tiene por qué comentar esas cosas, que tanto él como su mamá están tratando de hacer lo mejor para él y que “ya se deje de esas cosas”. A veces la resulta muy frustrante no poder hacer más por su hijo, sobre todo cuando está trabajando fuera de su casa y le marca su esposa o sus hijos para comunicarle lo que está sucediendo.

Considera que su pareja no tiene la mejor manera de acercarse a su hijo, ya que suele exigirle demasiado y mostrarse muy desesperada frente a su llanto o reclamos. Asimismo, considera que suele evaluar como negativo cualquier comportamiento, por lo que las discusiones dentro de la familia son cada vez más frecuentes y eso está mermando incluso la relación de pareja.

Afirmó que le gustaría mucho participar en el taller para poder recibir orientación acerca de cómo poder ayudarle a su hijo a sentirse mejor y ya no tener pensamientos suicidas, al mismo tiempo que mejora la relación con su pareja y su estado de ánimo en general.

### **Descripción de las sesiones**

La propuesta de intervención está conformada por 10 sesiones de entrenamiento en habilidades que integran 5 módulos: psicoeducación sobre conductas de riesgo en adolescentes,

eficacia interpersonal, regulación emocional, tolerancia al malestar y modificación de conductas (ver cartas descriptivas en Anexos). Cada una de las sesiones se implementó con el objetivo de que los padres y madres de familia adquirieran herramientas específicas para abordar la problemática de las conductas de riesgo en sus hijos y desarrollen habilidades que permitan moldear, modelar y reforzar conductas más adaptativas en ellos.

Todas las sesiones iniciaron con 15 minutos de *mindfulness* seguido por la revisión de tareas que cada consultante tuvo que realizar en casa durante la semana. Los ejercicios de atención plena sirven para entrenar a los participantes en atender al momento presente, que a su vez ayuda a que cada uno de los integrantes del taller pueda estar en completa disposición y recepción ante lo que se expondrá en las sesiones, al mismo tiempo que se genera un aprendizaje en discriminación que hace más probable que los consultantes se comporten de la forma deseada durante el proceso de intervención.

En cada una de las sesiones se destinó un tiempo específico para juego de roles, con la intención de que el comportamiento habilidoso pueda ser reforzado, modelado y moldeado dentro de la sesión, considerando que de esta forma tales formas de respuesta pueden generalizarse a otros contextos de importancia terapéutica.

Por su parte, las tareas semanales permiten que los consultantes entrenen sus habilidades directamente en los contextos en donde suelen suceder las conductas problema. Esto facilita identificar las dificultades, déficits y variables a considerar; moldear, modelar y reforzar el comportamiento efectivo cuando este se presenta, así como exponer a las contingencias directas de cada una de las conductas emitidas (muy seguramente novedosas) y controlar estímulos.

## **Sesión 1**

## **Introducción y lineamientos del modelo biosocial**

La sesión dio inicio con la presentación de las terapeutas y de las participantes; se les pidió que compartieran su nombre, la forma en la que quieren ser llamadas, algo que les gusta, algo que les disgusta y sus expectativas sobre el taller. Posteriormente se externaron y explicaron las cuatro habilidades principales que engloba el taller: *mindfulness*, tolerancia al malestar, efectividad interpersonal y regulación emocional.

Asimismo, se dieron a conocer los lineamientos de la intervención referentes a la asistencia, puntualidad, forma de relacionarse con los compañeros, requisitos de permanencia, etc., así como los supuestos en los que se basa el taller de entrenamiento en habilidades desde la DBT.

Se comentó la importancia de desarrollar tales habilidades como padres de familia, particularmente frente a adolescentes que presentan desregulación emocional. Todo ello aludiendo a la Teoría biosocial expuesta anteriormente, ya que, según Marsha Linehan, la génesis de la desregulación emocional no puede entenderse únicamente a partir de los factores biológicos, sino en interacción de estos con un ambiente invalidante (Crowell et al., 2009). El que los padres de familia se identifiquen a sí mismos como el ambiente más relevante para el adolescente y comprendan la importancia de generar un contexto validante de cara al comportamiento de riesgo en sus hijos favorece que se refuerce la expresión emocional con menor intensidad, que se comunique que las emociones son justificadas y que el adolescente perciba mayor apoyo parental; lo que se traduce en un menor riesgo de llevar a cabo conductas suicidas y autolesivas.

## **Sesión 2**

### **La adolescencia y conductas problemáticas**

La psicoeducación para familiares y pacientes que presentan algún problema psicológico es indispensable, ya que el desconocimiento del padecimiento provoca una atención tardía de las conductas de riesgo, así como negligencias en el abordaje de las mismas. En general, la psicoeducación implica comprender el problema y participar activamente en los cuidados; contribuyendo a que se pueda buscar ayuda de forma oportuna, mejorar el reporte de la sintomatología, consolidar la adherencia al tratamiento y evitar que el cuadro clínico se agrave (Godoy et al., 2020).

Con respecto a la familia, la psicoeducación permite identificar y cuestionar las creencias disfuncionales que están presentes en el entorno familiar, reforzar indicaciones y habilidades terapéuticas, expresar abiertamente malestares y síntomas, así como contener emocionalmente a los miembros del entorno familiar (Godoy et al., 2020).

Por ello, en la sesión dos se le brindó información a las madres de familia acerca de las conductas problemáticas y de riesgo que se presentan comúnmente en la etapa de la adolescencia de sus hijos, incluyendo el suicidio y las conductas autolesivas. Se ahondó en el por qué pueden estar presentes tales comportamientos, cómo se desarrollan y qué función podrían estar cumpliendo, particularmente para la regulación emocional.

Posterior a ello, se les preguntó acerca de cómo ha sido para cada una de ellas el ser madre de adolescentes y se dieron a conocer algunas características propias de esta etapa de la vida: las dificultades, los cambios, las necesidades, etc.

La sesión continuó con la clarificación de algunos de los mitos más comunes que existen alrededor del suicidio y cada uno de ellos se contrastó con su realidad. También se dieron a conocer las señales que pudiéramos identificar en personas con riesgo de hacerse daño para prevenir

comportamientos autolíticos y al finalizar se brindó información sobre las acciones que se pueden llevar a cabo al identificar algunas de las señales de riesgo antes nombradas.

### **Sesión 3**

#### **Emociones**

En la sesión tres se buscó que los padres de familia conocieran la utilidad de las emociones; para qué sirven, cuales son aquellos factores que hacen que sea más difícil regularlas y los mitos que existen alrededor de ellas.

Esto es importante porque regular la emoción permite reducir el sufrimiento que provoca, así como cambiar o disminuir la emoción misma cuando se presenta en dimensiones problemáticas. No obstante, tomar el control de las emociones cuando no se comprende cómo funcionan o cuando no se ha logrado etiquetarlas resulta muy complicado.

Las personas aprendemos a nombrar nuestros estados privados a partir de cómo el contexto nos ha enseñado a hacerlo. La comunidad verbal, es decir, nuestro ambiente, refuerza determinados comportamientos (decir “ese carro es rojo”) en presencia de determinados estímulos (un carro rojo), sin embargo, esto solo puede hacerse cuando el estímulo es perceptible tanto para el hablante como para el oyente. Cuando el estímulo únicamente es perceptible para la propia persona (dolor, estado fisiológico, emoción) también se puede enseñar a nombrar, sin embargo, cambia la forma en la que esto sucede (Skinner).

Existen al menos tres maneras en la que se puede enseñar a nombrar cuando no se tiene acceso al estímulo: 1) usando un acompañamiento público, haciendo contingente el refuerzo de la conducta a partir de su relación con un determinado estímulo visual (“me duele la rodilla” cuando se observa una herida); 2) usar una respuesta colateral al estímulo privado que permita identificar

alguna condición particular (tomarse la cabeza con las manos cuando hay dolor o hacer gestos); 3) hacer uso de una metáfora para hacer referencia a un evento privado (“sentí que me hervía el cuerpo”).

Si los padres de familia no son lo suficientemente habilidosos para reforzar ciertas verbalizaciones frente a determinados estímulos, los adolescentes difícilmente tendrán la capacidad de reconocer y nombrar sus propios estados emocionales y, por ende, regularlos. Enseñar a los padres de familia a nombrar sus propios estados emocionales es indispensable para que, a su vez, ellos establezcan las condiciones necesarias para que sus hijos aprendan a hacerlo también. Eliminar mitos en los progenitores acerca de las emociones y enseñar a distinguir estímulos específicos para cada emoción promueve que los adolescentes puedan tener un mayor conocimiento y control sobre sí mismos, su estado emocional y su comportamiento.

## **Sesión 4**

### **Validación emocional**

La validación emocional, como ya se mencionó en capítulos anteriores, forma parte fundamental de la explicación que se da a la génesis de la desregulación emocional, es por ello que los padres de familia deben tener presente la importancia de validar la expresión emocional en sus hijos para que ellos mismos puedan desarrollar habilidades de regulación.

Aunque los seis niveles de validación propuestos Marsha Linehan (Boggiano y Gagliesi, 2018) parezcan meras técnicas que han mostrado efectividad frente a determinados síntomas o padecimientos, la realidad es que la validación emocional pone en marcha procesos de aprendizaje indispensables para que una persona pueda identificar, comunicar y regular la expresión emocional.

A continuación, se expone en qué consiste cada uno de estos niveles, qué procesos psicológicos se ponen en marcha y la función que ejercen sobre el comportamiento.

NV1: escuchar y observar. Se está atento, despierto e interesado en lo que la persona comunica. Con esto se refuerza la expresión emocional, pedir ayuda, comunicar experiencias, etc.

NV2: reflejar. Se busca ser “un espejo” de la persona, regresarle lo que observamos, parafrasear y evidenciar la comprensión. Con esto, además de reforzar comportamientos efectivos, ayudamos a que la persona discrimine su propia conducta.

NV3: expresar lo no verbalizado. Se “lee la mente de la otra persona”, se hipotetiza sobre lo que observamos y no se está comunicando, nombramos las emociones, pensamientos y conductas que no se han mencionado. Esto permite que la persona discrimine sus propios estados fisiológicos y emocionales, al mismo tiempo que se enseña a ponerle nombre a aquello que se está sintiendo en un contexto determinado.

NV4: historia de aprendizaje, antecedentes no justificados por los eventos o por la biología. Se da sentido a lo que la persona siente o hace a partir de las experiencias que ha vivido o por las condiciones biológicas presentes. Con ello se busca que la persona logre discriminar su propio comportamiento y comprender las variables disposicionales que hacen más o menos probable actuar de una forma determinada.

NV5: circunstancias actuales. Se da sentido a la conducta haciendo alusión a las circunstancias presentes en ese determinado momento o los objetivos del consultante. Se fomenta facilita la discriminación de estímulos y de variables motivacionales, por lo tanto, es más fácil que la persona pueda comprender bajo qué condiciones es más probable que actúe de una manera

determinada y controlar aquellos estímulos, eventos o condiciones que evocan conductas problemáticas. También permite motivar al consultante a actuar en dirección a sus valores.

NV6: ser radicalmente genuino. Se busca una relación horizontal con la otra persona, no se fragiliza ni se trata de manera condescendiente. También se pueden compartir experiencias en donde se haya pasado por situaciones similares. Con ello se establecen reglas que fungen ya sea como estímulos discriminativos o variables disposicionales para que sea más probable que una persona se comporte de manera efectiva (“puedes lograrlo”, “tienes la capacidad de hacerlo”). También se modela el comportamiento deseado y se expone de manera indirecta a contingencias de reforzamiento.

Tomando en cuenta esto, en la sesión cuatro se retomó la explicación de la desregulación emocional desde la DBT, se explicó en qué consiste la vulnerabilidad emocional y el ambiente invalidante y la forma en la que pueden validar a sus hijos, siguiendo estos seis niveles de validación propuestos por Marsha Linehan. De igual forma se hicieron juegos de roles en donde los consultantes podían practicar sus habilidades de validación y moldear su comportamiento con ayuda del resto de participantes y de las facilitadoras.

## **Sesión 5**

### **Efectividad interpersonal**

En la sesión cinco se habló de la relevancia que tiene el ser efectivo a nivel interpersonal para lograr objetivos particulares, principalmente con los hijos. También se comentó acerca de la importancia de mantener y construir relaciones significativas, así como de terminar relaciones destructivas; todo ello a partir del desarrollo de habilidades de comunicación, el entrenamiento en

discriminación entre relaciones que es mejor preservar de las que no y la identificación del momento en el que es necesario tomar decisiones.

Con ello se da a conocer cómo se lleva a cabo el episodio verbal completo; es decir, de qué manera la conducta verbal que pueden emitir los padres impacta sobre la forma de comportarse de los hijos. Por esa razón, mejorar la forma en la que se comunican influye directamente en el cumplimiento de objetivos parentales, permitiendo que las reglas establecidas especifiquen de manera efectiva las contingencias (principalmente de reforzamiento), se motive el cambio y que los padres no se conviertan en un estímulo aversivo para los adolescentes.

Asimismo, se ahondó en la dialéctica, buscado transitar siempre por el camino del medio, con la finalidad de lograr y mantener el equilibrio en las relaciones, así como para poder balancear la aceptación con el cambio. Con ello lo que se busca es que se enseñe a los padres de familia a comportarse de una manera más equilibrada y dirigida a objetivos particulares, a través del entrenamiento de la observación del contexto general, el aumento en la saliencia de más de un estímulo (particularmente aquellos que los padres de familia no suelen ver) y el moldeamiento de los pensamientos que anteceden a determinadas formas de comportamiento.

Para finalizar, se dieron a conocer algunos de los factores que se interponen en la efectividad interpersonal, que van desde el no contar con las habilidades suficientes hasta tener creencias poco realistas sobre las relaciones, los demás o uno mismo y se brindaron herramientas que facilita el clarificar tus metas y prioridades en una situación de conflicto interpersonal.

## **Sesión 6**

### **DEAR MAN**

En la sesión seis se trabajó con habilidades de eficacia interpersonal. Para ello, primero se dio a conocer la utilidad de aprender a comunicarnos de una mejor manera para obtener objetivos y lograr mantener relaciones significativas.

Se les mostró el acróstico de la palabra DEAR MAN y se desglosó cada una de las habilidades que se integran: Describir, Expresar, ser Asertivo, Reforzar, Mantenerse en el momento, Aparentar seguridad y Negociar. Se hicieron juegos de roles con los padres de familia, situándolos frente a una problemática que han vivido o podrían vivir con sus hijos.

Asimismo, se planteó esta misma habilidad frente a interacciones complicadas, cuando, pese a que se está actuando de una forma habilidosa, no es posible lograr los objetivos planteados debido a las propias habilidades, intenciones o deseos de la otra persona.

Para esta habilidad también es necesario comprender cómo se establece el episodio verbal completo y cómo cada una de las personas implicadas en él puede funcionar como estímulo discriminativo para determinadas respuestas en escenarios particulares. Se busca que el consultante pueda aumentar su repertorio conductual hacia uno más efectivo, que sea consciente del impacto que sus propias acciones tienen en el otro y que establezca las condiciones para hacer más probable que las demás personas se comporten de manera efectiva.

## **Sesión 7**

### **Evaluar opciones para distinguir intensidad adecuada para pedir algo o decir no**

En la sesión siete se continuó con las habilidades de eficacia interpersonal. Se abordó el tema de intensidad para pedir las cosas con la finalidad de que los padres de familia adquieran habilidades para establecer límites con sus hijos y que puedan hacerlo de una manera adecuada.

Se planteó que para poder discriminar la intensidad correcta primero se tiene que establecer cuántos deseos se tienen de mantener la posición: intensidad baja cuando se puede ser flexible y aceptar la situación tal cual es o intensidad alta cuando se utilizan todas las habilidades posibles para modificar la situación y obtener lo que se desea.

## **Sesión 8**

### **GIVE y resolución de problemas**

En la sesión número ocho se continuó con las habilidades de eficacia interpersonal, brindando a los participantes herramientas para actuar de manera Gentil, Interesada, Validante y Educada. Cada una de estas habilidades se desglosó en conductas particulares, mismas que se modelaron y moldearon a lo largo de la sesión .

Asimismo, se desarrollaron habilidades para resolver problemas cuando lo que se hace a nivel interpersonal no está funcionando para obtener los objetivos deseados. Para ello, de desglosaron estrategias para identificar qué factores podrían estar influyendo sobre el poco éxito logrado y cómo disminuir su efecto.

## **Sesión 9**

### **Aceptación radical**

En la sesión nueve se entrenaron habilidades de aceptación radical. Para ello se brindó información acerca de qué es la aceptación radical, qué es lo que se tiene que aceptar y cuál es la importancia de hacerlo. De igual forma, se expusieron técnicas específicas para cuando es necesario aceptar por completo a realidad y evitar tratar de modificarla.

Reducir comportamientos mantenidos por el reforzamiento negativo o la evitación y generar comportamientos dirigidos a valores.

## **Sesión 10**

### **Supervivencia a las crisis y análisis de conducta**

En la sesión 10 se dotó a los participantes de habilidades para la supervivencia a la crisis, así como para analizar y modificar su propio comportamiento y el de sus hijos.

Se inició brindando información que permitiera a los participantes distinguir en qué momento se está viviendo una situación de crisis y discriminar entre situaciones en las que es necesario utilizar habilidades para enfrentarla y en las que no es conveniente hacerlo. Asimismo, se mostraron algunas técnicas que pueden ser útiles para evitar cometer algún comportamiento de riesgo en caso de que la situación se torne fuera de control (habilidades TIP y STOP).

La segunda parte de la sesión consistió en enseñar a los padres de familia a entender las causas de comportamiento propio y de sus hijos y, a partir de eso, planear cómo resolver problemas. Esto se hizo con ayuda del análisis de cadena, en el cual se examina cada evento como un eslabón de una cadena que se une hasta llevar a la persona a tener conductas inefectivas y se analizan las consecuencias que están manteniendo dichos comportamientos. Asimismo, se instruyó a los padres de familia acerca del manejo de contingencias, que consiste en presentar de manera sistemática reforzadores cuando se presenta una conducta deseada en función de los objetivos que se tengan establecidos, así como la eliminación de un reforzador o la presentación de estímulos aversivos cuando se llevan a cabo comportamientos alejados de la meta (Hayes y Hoffmann, 2018).

Esto tiene como objetivo enseñar a la persona cómo funciona el comportamiento para que, a partir de ello, puedan tener mayor control sobre las variables y las contingencias que lo determinan.

## Capítulo 7. Resultados

### Análisis observacional

A partir del análisis observacional que se eligió como método para evaluar las características y viabilidad de la intervención, la psicóloga encargada del taller respondió la lista de cotejo que se diseñó, ya con las modificaciones pertinentes. Esto se hizo con base en las observaciones de las 10 sesiones del taller en entrenamiento en habilidades que se brindaron a los padres de familia.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

#### Componente 1: Características de la intervención

<b>Elemento</b>	<b>Descripción del elemento a evaluar</b>	<b>La intervención cumple con el criterio</b>	<b>Observaciones o sugerencias</b>
Módulos (evaluación de contenidos)	Se eligieron módulos acordes a los objetivos de la intervención (temas, orden de presentación, extensión de tema).	Sí	
Duración de sesiones	Las sesiones tienen una duración adecuada.	Sí	
Número de sesiones	El número de sesiones que integran la intervención es el óptimo.	Sí	
Día y horario de las sesiones	El horario y día en el que se escogió para llevar a cabo la intervención fue adecuado.	No	Los participantes no podían asistir a las sesiones .

Componente 1: Características de la intervención

<b>Elemento</b>	<b>Descripción del elemento a evaluar</b>	<b>La intervención cumple con el criterio</b>	<b>Observaciones o sugerencias</b>
Modalidad de las sesiones (virtual, presencial...)	El formato en el que se llevó a cabo la intervención fue el correcto.	No	Los participantes no contaban con las condiciones para participar en un formato virtual.
Dinámica de trabajo durante las sesiones	La organización del trabajo en las sesiones con las familias es funcional (nivel de participación, estructura de la sesión, tiempos destinados a las actividades, etc.)	Sí	
Integrantes	El número de integrantes admitidos para la intervención fue conveniente	Sí	

Componente 2: Familia

<b>Elemento</b>	<b>Descripción del elemento a evaluar</b>	<b>La intervención cumple con el criterio</b>	<b>Observaciones y sugerencias</b>
Disposición a participar	Los participantes estaban dispuestos a asistir, atender y participar en las sesiones.	Sí	Cuando se planteó la propuesta, los participantes mostraron interés, disposición y compromiso.

Componente 2: Familia

<b>Elemento</b>	<b>Descripción del elemento a evaluar</b>	<b>La intervención cumple con el criterio</b>	<b>Observaciones y sugerencias</b>
Recursos	Los integrantes contaban con los recursos necesarios para participar en la intervención (computadora, internet, celular, etc.)	No	En muchas ocasiones los participantes referían no contar con medios para conectarse.
Posibilidad de participar	Los usuarios contaban con el tiempo necesario para asistir a las sesiones.	No	Usualmente las inasistencias se debían a dificultades para llegar a las sesiones, ya sea por cuestiones laborales o retrasos en el transporte público.

Componente 3: Permanencia y constancia

<b>Elemento</b>	<b>Descripción del elemento a evaluar</b>	<b>La intervención cumple con el criterio</b>	<b>Observaciones y sugerencias</b>
Inscripción al taller	Los participantes mostraron disposición y compromiso con el taller.	Sí	Al momento de contactarlos y sugerirles participar.
Permanencia en el taller	Los usuarios permanecieron en el taller hasta el final.	No	La gran mayoría de los participantes no culminaron con el taller.
Asistencia	Los consultantes asistieron por lo menos al 80% de las sesiones.	No	Solo dos personas asistieron a más del 80% de las sesiones.

#### Componente 4: ejecución

<b>Elemento</b>	<b>Descripción del elemento a evaluar</b>	<b>La intervención cumple con el criterio</b>	<b>Observaciones y sugerencias</b>
Objetivos	Se cumplieron los objetivos propuestos para la intervención	Sí	Tomando en cuenta únicamente a los participantes que finalizaron con la intervención.
Planificación	Se respetaron tiempos, formas de trabajo, materiales, actividades, reglas, etc.	No	No hubo cumplimiento en asistencias ni puntualidad.

Dentro del componente 1 se calificó que la intervención sí cumplió con los siguientes elementos: módulos, duración de las sesiones, número de sesiones, día y horario de las sesiones, dinámica de trabajo e integrantes, lo que significa que los módulos y temas que se integraron, el número de sesiones, el día y horario, el número de integrantes admitidos y la forma en la que se llevaron a cabo las actividades del taller fueron las correctas; no obstante se determinó que la intervención no cumplió con el elemento de modalidad de las sesiones, es decir que el formato virtual no fue el óptimo para la intervención en esta población.

En el componente 2 referente a las características familiares se evaluaron los elementos de disposición a participar, recursos y posibilidad de participar, de los cuales se consideró que para la intervención únicamente se contó con el elemento de disposición, ya que los padres y madres de

familia estaban dispuestos a asistir, atender y participar en las sesiones pero no contaban con el tiempo ni recursos (celular, computadora, internet, etc.) necesarios para poder hacerlo.

Asimismo, para el componente 3 de permanencia y constancia se evaluaron los elementos de inscripción, permanencia y asistencia al taller. De estos tres elementos, la intervención únicamente cumplió con el primero debido a que, aunque los padres y madres de familia decidieron inscribirse por voluntad propia, a gran mayoría de los asistentes no culminó el taller ni cumplió con al menos el 80% de las asistencias.

Por último, para el componente 4 referente a la ejecución se estipuló que la intervención cumplió con los dos elementos que lo integran: objetivos y planificación. Esto significa que se logró cumplir con los objetivos de la intervención y que se respetó la forma en la que se planeó llevar a cabo a misma.

#### Cuestionario de satisfacción

Con respecto al cuestionario de satisfacción que se pidió que contestaran las personas que culminaron el taller, se obtuvieron las siguientes respuestas:

Pregunta	Respuestas
¿Considera que este curso le ayudó a tener mayor conocimiento sobre el manejo del riesgo de suicidio y autolesión en adolescentes? ¿Por qué?	Sí, porque aprendí cómo autocontrolarme y manejar de una mejor manera las emociones  Sí, porque comprendo más los sentimientos y emociones de mi hijo
¿Considera que este curso le ayudó a tener mayor conocimiento sobre la crianza de su hijo/a adolescente? ¿por qué?	Sí, entendiendo de una mejor manera su adolescencia

---

	Sí, porque lo puedo ayudar a controlar su emociones
¿Considera que el taller influyó en otras áreas de su vida? ¿De qué forma?	Sí, aprendí a conocer y poner límites Sí, de una manera personal
¿Hubo algún cambio en la relación que tiene con su hijo/a? ¿Cuál?	Sí, ahora peleamos menos y tomamos nuestro tiempo fuera Sí, nos entendemos mejor
¿Cuál fue el aprendizaje más significativo que tuvo durante este curso?	Límites, paciencia y autocontrol Controlar emociones y poner límites
¿Qué fue lo que más le gustó?	Entender que todo tiene un motivo y lo importante es encontrarlo para saber porque viene el enojo y no esperar a estar molesta para decir lo que no nos agrada  Compartir experiencias
¿Qué otra información considera oportuna para proporcionarle a padres de familia?	Creo que este curso fue muy completo Que hayan más terapias enfocadas a la familia
¿Qué fue lo que menos le gustó?	Todo fue de mi agrado y de mucho aprendizaje  Todo estuvo muy bien

Comentarios adicionales o sugerencias

Excelente atención por parte de las psicólogas

Todo bien

---

Con esto se pudo concluir que los padres de familia que asistieron a las 10 sesiones planteadas para el taller de entrenamiento en habilidades estuvieron satisfechos con el servicio blindado, obtuvieron mayor conocimiento sobre las conductas de riesgo y cómo manejarlas, y mejoraron la relación con sus hijos.

### **Discusión**

El comportamiento suicida ha tratado de ser explicado desde muchas orientaciones (Riberiro, 2019), sin embargo, muchas veces estas teorías distan mucho de ser explicativas y se quedan únicamente en un nivel descriptivo que no ayuda a entender a conducta y mucho menos a prevenirla o abordarla de manera eficiente y eficaz. Frente a esto, las teorías de aprendizaje brindan una alternativa explicativa, parsimoniosa, pragmática y científica para la comprensión de la conducta suicida y autolesiva (Ortega, 2018)..

Partiendo de lo que se propone desde el conductismo radical y el contextualismo funcional, la conducta puede ser explicada funcionalmente poniéndola en relación con sus antecedentes y consecuentes, es decir, el contexto en el que se lleva a cabo. Por esta razón, la familia, al ser el ambiente más próximo del adolescente, tiene un papel importante en el desarrollo y mantenimiento del comportamiento suicida (Wagner, 1997), estableciendo las condiciones bajo las cuales una conducta ocurre o no.

Mucha es la evidencia que existe alrededor de la Terapia Dialéctico Conductual para el tratamiento del comportamiento suicida, no obstante, pese a la importancia que le da la DBT al contexto en la explicación de la desregulación emocional y las conductas de riesgo, son limitadas las investigaciones que se centran en el abordaje del riesgo suicida de los adolescentes integrando a la familia en ello (Miller, 2013).

Brindar a las familias de los adolescentes con riesgo de suicidio un taller de entrenamiento en habilidades similar al que se propone para los consultantes en el cual se proporciona psicoeducación acerca de tales conductas al mismo tiempo que se entrenan habilidades específicas de: eficacia interpersonal, regulación emocional, conciencia plena y tolerancia al malestar podría significar una diferencia en las conductas problemáticas de riesgo en los adolescentes, ya que estaríamos modificando las contingencias que mantienen tales conductas. Se espera que esta intervención no solo potencie el trabajo individual sino que también represente una estrategia de tratamiento alternativa que permita cambiar el comportamiento de una persona a partir del cambio en el comportamiento de otra, ya que esto significaría ampliar las opciones terapéuticas de muchas formas (Swenson, 2018).

Comprobar la eficacia de una nueva propuesta de intervención implica un complejo trabajo de investigación que requiere muchos recursos económicos, humanos, intelectuales, etc., mismos que la mayoría de las veces están limitados. Estas investigaciones pueden iniciarse con grupos piloto, es decir, con estudios cortos que permiten evaluar la viabilidad de la intervención antes de llevar a cabo el estudio completo o de mayor complejidad, para que de esta forma se puedan evitar defectos y ahorrar recursos (Díaz- Muñoz, 2020).

A partir del trabajo actual que consistió en un estudio piloto que fue evaluado con una lista de cotejo con el objetivo de identificar si la intervención cumplió o no con los criterios planteados,

se determinó que existen variables que es necesario considerar para que la investigación en un estudio más amplio pueda llevarse a cabo con éxito, mismas que podrían estar explicando porque, pese a que los consultantes mostraban interés y disposición a participar, no tuvieron la participación, asistencia ni permanencia deseada.

Con base en la lista de cotejo se identificó que los participantes no contaban con el tiempo ni los recursos necesarios para asistir a las sesiones, ya que gran parte de los participantes manifestaron que por motivos laborales o de movilidad no alcanzaban a llegar al taller o que su acceso a dispositivos móviles e internet estaba limitado. Cabe destacar que esto sucedió pese a que desde el primer contacto que se tuvo con los padres de familia se les preguntó acerca de su disponibilidad de horario y los medios electrónicos necesarios para participar. Como hipótesis se plantea que la poca experiencia que los padres de familia tenían frente a medios digitales no permitió que identificaran las limitaciones y dificultades que podrían presentarse, según sus condiciones individuales, para poder participar en el taller.

Este resultado puede comprenderse debido a las características sociales, demográficas y económicas de la población, ya que San Pablo Oztotepec es una comunidad urbana- rural de la Alcaldía de Milpa Alta que cuenta deficiencias en distintas áreas y acceso limitado a servicios básicos, además de que pertenece a la periferia de la Ciudad de México; ello implica que en muchas ocasiones no se tienen los medios necesarios para conectarse a una reunión virtual (teléfono inteligente, computadora, internet, saldo telefónico, etc), que las distancias que hay que recorrer del trabajo a su casa son largas y que no se cuenta con tiempo necesario para comprometerse con actividades distintas a las fuentes de ingresos para las familias.

También se pudo identificar a partir de las entrevistas y las participaciones en las sesiones que, pese a que se San Pablo Oztotepec se puede reconocer como una comunidad con

características propias de poblaciones en donde los roles de género están menos acentuados, son únicamente las mujeres las que se encargan casi en su totalidad de las labores de cuidado y de limpieza del hogar; no obstante las responsabilidades económicas sí son compartidas entre mujeres y hombres. Esto también podría estar explicando el ausentismo y la poca participación que se presentó durante la intervención, ya que, a excepción de la pareja que concluyó el taller, todas las demás participantes fueron mujeres madres de familia que trabajaban en empleos remunerados al mismo tiempo que se responsabilizaban de las labores del hogar y el cuidado de los miembros de la familia.

El presente trabajo es de gran importancia ya que establece una propuesta de intervención para el abordaje del comportamiento suicida en los adolescentes a partir de la injerencia en su contexto próximo; permite pensar en estrategias de prevención del riesgo de suicidio o de autolesiones; propone una alternativa de bajo costo y de corta duración para el trabajo con adolescentes en riesgo de hacerse daño en contextos comunitarios; desglosa los procesos implicados en el cambio de conducta e identifica las variables que deben ser contempladas para cuidar la validez interna y externa en el estudio de la eficacia de dicha propuesta de intervención, así como los obstáculos y limitaciones de la misma.

Por otro lado, a pesar de que la evaluación empírica de los tratamientos psicológicos es necesaria y ha tenido su auge en los últimos años, se ha priorizado la investigación en eficacia, es decir, determinar la capacidad que tiene una intervención para producir cambios psicológicos frente a la investigación en efectividad, que pretende que un tratamiento pueda extenderse a la clínica real, cuando no se tiene tanto control de las variables ni criterios de exclusión e inclusión tan rígidos (Fernández y Pérez, 2001). La investigación basada en procesos permite identificar realmente qué

es lo que está haciendo que funcione en una intervención y de qué manera lo hace; por lo mismo, también deja ver qué podría estar sucediendo cuando el procedimiento falla.

Si no podemos identificar realmente qué es lo que está haciendo que una terapia genere cambios terapéuticos no sirve de mucho jerarquizar una tecnología frente a otra, ya que podría estar operando bajo los mismos principios. Sería, tal como lo ejemplifica Froxán (2018), como comparar la eficacia de distintos nombres comerciales de un analgésico con el mismo compuesto.

Por lo tanto, se sugiere que al momento de proponer una intervención y evaluar si funciona o no, también se desglosen los procesos implicados en cada una de las técnicas o procedimientos que se utilicen. Al mismo tiempo, es indispensable que se capacite a los profesionales de la salud en mecanismos de aprendizaje y análisis de conducta para que dichas intervenciones puedan llevarse a cabo sabiendo por qué funciona o no lo que estamos haciendo. Esto permitiría una mejor explicación, predicción y control de la conducta, que se traduce en intervenciones de menor duración, estabilidad del cambio a lo largo del tiempo, prevención de comportamientos problemáticos y menor inversión de recursos.

## **Anexos**

### **Cartas descriptivas**

## Sesión 1: Introducción/ Lineamientos/ Modelo biosocial

Duración	Actividad	Objetivo	Desarrollo
20 min.	Presentación de los participantes y facilitadores (Romper el hielo).	Integrar a los participantes del grupo de trabajo.	Cada uno de los padres de familia se presentará con el grupo y tratará de recordar cada uno de los nombres de las personas que se presentaron antes.
	Identificación de expectativas de los padres de familia y presentación de objetivos	Objetivo Conocer las expectativas que los participantes tienen sobre el taller. Dar a conocer los objetivos del mismo	Se preguntará a los padres de familia acerca de las expectativas que tiene con respecto al taller. Al finalizar se expondrán los objetivos que planteados para el taller y las habilidades que van a trabajarse durante las sesiones.
15 min.	Establecimiento de reglas de permanencia y presentación de Supuestos del entrenamiento en habilidades	Dar a conocer a los padres de familia las condiciones necesarias para permanecer en el grupo y Establecer las pautas generales para la convivencia dentro del taller	Los participantes recibirán un formato (DBT Agreement) que se discutirá con ayuda de los facilitadores y que tendrán que firmar al finalizar la actividad. Las facilitadoras indicarán los supuestos del entrenamiento en habilidades y resolverán las dudas que puedan surgir
30 min.	Presentación del modelo biosocial	Conocer la explicación de la desregulación emocional propuesta por Marsha Linehan y la importancia que tiene el ambiente en las	Los facilitadores presentarán el modelo biosocial a los padres de familia y destacarán la importancia que tiene el contexto para el desarrollo y mantenimiento de conductas problemáticas

conductas  
problema

30 min.	Discusión	Reflexionar acerca del papel del ambiente sobre las conductas problema	Se preguntará a los padres de familia sobre las conductas que identifican que pudieran dificultar conductas más adaptativas en sus hijos y validarán la experiencia individual.
10 min	Cierre	Reforzar las habilidades de atención plena y establecer un cierre con los participantes.	Los facilitadores harán un pequeño resumen de los temas abordados durante la sesión y realizarán un breve ejercicio de atención plena, preguntando a los participantes que describan algo que haya sucedido en la sesión, sin hacer valoraciones.
2:00 hrs			

---

## Sesión 2: La adolescencia y las conductas problema

Duración 10 min	Actividad Mindfulness	Objetivo Establecer las condiciones óptimas para la sesión de trabajo y practicar habilidades de mindfulness	Desarrollo Los facilitadores guiarán durante algunos minutos un ejercicio de mindfulness (Apéndice A)
20 min.	¿Por qué suceden las conductas problema en los adolescentes?	Esclarecer las razones por las cuales un adolescentes podrían llevar a cabo conductas problema tales como el suicidio	Las facilitadoras preguntarán acerca del conocimiento que tienen las personas presentes acerca de comportamiento suicida y las autolesiones.
20 min.	¿Cómo ha sido para ti ser padre o madre de un adolescente?	Conocer las experiencias de padres de familia de adolescentes con desregulación emocional.	Las facilitadoras preguntarán a los padres de familia acerca de su experiencia como padres de adolescentes con desregulación emocional.
20 min.	Desregulación emocional en adolescentes	Recordar la importancia que tiene el ambiente invalidante en el desarrollo y mantenimiento de conductas problema	Se retomará brevemente el modelo biosocial y se hará énfasis en el papel que juegan los padres de familia como parte del contexto en el que se desenvuelve el adolescente.
20 min.	Mitos sobre el suicidio	Exponer los diferentes mitos que hay acerca de la conducta suicida y detallar	Se les preguntará a los padres de familia si conocen algunos mitos que

		cual es la realidad sobre estos comportamientos	existen con relación al suicidio. Posteriormente se les mostrarán algunos de ellos y se expondrá la realidad sobre dichas conductas.
20 min.	Señales de riesgo y método de prevención	Conocer los factores de riesgo y protección asociados al suicidio, así como las señales de alarma y los métodos de prevención	Se darán a conocer los indicadores que podrían estar relacionados con la conducta suicida en adolescentes y la forma en la que se puede actuar cuando están presentes.
10 min.	Cierre	Identificar y clarificar los puntos principales que se abordaron dentro de la sesión.	Las facilitadoras harán un pequeño resumen de los temas abordados durante la sesión
2:00 hrs.			

---

---

### Sesión 3 : Regulación emocional: Para qué sirven las emociones

Duración	Actividad	Objetivo	Desarrollo
10 min	Mindfulness	Establecer las condiciones óptimas para la sesión de trabajo y practicar habilidades de mindfulness	Los facilitadores guiarán durante algunos minutos un ejercicio de mindfulness (Apéndice A)
25 min.	¿Para qué sirven las emociones?	Identificar la función que cumplen las emociones en nuestra vida cotidiana	Se les mostrará la importancia que tienen las emociones para comunicar estados a otros y a nosotros mismos.
25 min.	Factores que dificultan la regulación emocional	Reconocer los distintitos factores sociales, familiares, personales, etc., que dificultan la regulación emocional	Se expondrán los factores que hacen que podamos tener mayor o menor control de nuestras emociones
25 min.	Mitos sobre las emociones	Desmitificar algunas de las creencias que existen alrededor de las emociones y de cómo expresarlas	Se preguntará a los participantes si conocen algún mito sobre las emociones. Posterior a eso, se mostrarán algunos de los que existen y se buscará desmitificarlos.
25 min.	Describir mis emociones	Conocer las distintas emociones y aprender reconocerlas tanto en sí mismo como en las demás personas	Se les presentará a los participantes el modelo para describir las emociones y se irá llenando cada uno de los componentes con sus propias experiencias.
10 min.	Cierre	Reforzar las habilidades de atención plena y establecer un cierre de sesión con los participantes.	Los facilitadores harán un pequeño resumen de los temas abordados durante la sesión y realizarán un breve ejercicio de atención plena, pidiendo a los participantes que describan algo que haya sucedido en la sesión, sin hacer valoraciones.
2:00 hrs.			

#### Sesión 4: Ambiente validante

Duración	Actividad	Objetivo	Desarrollo
10 min	Mindfulness	Establecer las condiciones óptimas para la sesión de trabajo y practicar habilidades de mindfulness	Los facilitadores guiarán durante algunos minutos un ejercicio de mindfulness (Apéndice A)
15 min	Revisión de tarea	Revisar los aprendizajes y dificultades que se obtuvieron con la actividad	Se preguntará a los asistentes sobre las dificultades que se presentaron al momento de realizar la actividad que se mandó en la sesión pasada. En caso de que alguno de los asistentes no la haya realizado, se hará un análisis de eslabones perdidos.
20 min.	Desregulación y vulnerabilidad emocional	Entender cómo se genera la desregulación emocional en las personas y su relación con la vulnerabilidad emocional	Se retomará el modelo biosocial para explicar en qué consiste la vulnerabilidad emocional y su relación con las características temperamentales del individuo.
20 min.	Ambiente invalidante	Comprender qué es el ambiente invalidante y su impacto tiene sobre la desregulación emocional	Se explicará que significa que un ambiente sea invalidante y las consecuencias que puede tener sobre el adolescente.
45 min.	¿Cómo validar?	Aprender cuáles son las conductas que deben validarse y de qué manera hacerlo	Se enseñarán los 6 niveles de validación propuestos por Marsha Linehan y se ejemplificará cada uno de ellos. Posterior a eso, se harán ejercicios de role playing para practicar.

10 min.

Cierre

Reforzar las habilidades de atención plena y establecer un cierre de sesión con los participantes.

Los facilitadores harán un pequeño resumen de los temas abordados durante la sesión y realizarán un breve ejercicio de atención plena, pidiendo a los participantes que describan algo que haya sucedido en la sesión, sin hacer valoraciones.

2:00 hrs.

---

---

## Sesión 5: Efectividad interpersonal

Duración	Actividad	Objetivo	Desarrollo
10 min	Mindfulness	Establecer las condiciones óptimas para la sesión de trabajo y practicar habilidades de mindfulness	Los facilitadores guiarán durante algunos minutos un ejercicio de mindfulness (Apéndice A)
35 min.	Importancia y metas de la efectividad interpersonal	Conocer la importancia que tiene la efectividad interpersonal para relacionarnos con otras personas	Se mostrarán algunas de los objetivos que se tienen al desarrollar habilidades de efectividad interpersonal
35 min.	Factores que se interponen en la efectividad interpersonal	Identificar algunos factores que pudieran dificultar ejecutar las habilidades de efectividad interpersonal	Se presentarán las condiciones que dificultan que se lleven a cabo estrategias de efectividad interpersonal y cómo disminuirlas
30 min.	Prioridades y metas: obtener lo que deseas, auto-respeto, mantener y mejorar relaciones	Clarificar las metas y prioridades que se tienen en una determinada relación y actuar conforme a ello.	Se enseñará a distinguir bajo qué circunstancias es importante comportarse para obtener lo que se desea, para mantener y para destruir relaciones, y cómo hacerlo
10 min	Discusión y cierre	Reforzar las habilidades de atención plena y establecer un cierre de sesión con los participantes.	Los facilitadores harán un pequeño resumen de los temas abordados durante la sesión y realizarán un breve ejercicio de atención plena, pidiendo a los participantes que describan algo que haya sucedido en la sesión, sin hacer valoraciones.
2:00 hrs.			

---

---

**Sesión 6: Ser eficiente y obtener lo que se desea (DEAR MAN)**

Duración	Actividad	Objetivo	Desarrollo
10 min	Mindfulness	Establecer las condiciones óptimas para la sesión de trabajo y practicar habilidades de mindfulness	Los facilitadores guiarán durante algunos minutos un ejercicio de mindfulness (Apéndice A)
25 min.	¿Para qué aprender a comunicarnos mejor?	Comprender los beneficios que tiene el desarrollar habilidades de comunicación interpersonal	Se explicarán las razones por las cuales
50 min	Habilidades DEAR MAN	Conocer estrategias particulares que faciliten la efectividad interpersonal entre padres e hijos	Los facilitadores mostrarán estrategias de efectividad interpersonal (DEAR MAN) a los participantes y se hará juego de roles para practicar las habilidades
25 min.	Aplicar habilidades DEAR MAN en interacciones complicadas	Distinguir estrategias para aplicar las habilidades DEAR MAN en situaciones complejas y cómo hacerlo	Se les mostrarán estrategias que permitan distinguir cuando se está frente a una interacción complicada y cómo responder ante ello
10 min.	Cierre	Reforzar las habilidades de atención plena y establecer un cierre de sesión con los participantes.	Los facilitadores harán un pequeño resumen de los temas abordados durante la sesión y realizarán un breve ejercicio de atención plena,

pidiendo a los  
participantes que  
describan algo que  
haya sucedido en  
la sesión, sin  
hacer  
valoraciones.

2:00 hrs.

---

**Sesión 7:** Intensidad para pedir las cosas

Duración	Actividad	Objetivo	Desarrollo
10 min.	Inicio (mindfulness)	Establecer las condiciones óptimas para la sesión de trabajo y practicar habilidades de mindfulness	Los facilitadores guiarán durante algunos minutos un ejercicio de mindfulness (Apéndice A)
20 min.	¿Por qué es importante escoger el nivel de intensidad adecuado?	Aprender a identificar las necesidades particulares de cada situación que se presente y las consecuencias positivas de saber hacerlo .	Se mostrarán las consecuencias positivas de saber identificar qué es lo que se requiere y con cuánta intensidad pedirlo.
40 min.	Pedir algo o decir que no con intensidad baja	Conocer formas eficaces de comportarse cuando es necesario pedir algo o decir no con intensidad baja	Se mostrarán algunos comportamientos eficaces para ejecutar cuando se requiere actuar con una intensidad baja; así como los factores que deben considerarse para decidir cuál es el nivel de intensidad necesario
40 min.	Pedir algo o decir que no con intensidad alta	Conocer formas eficaces de comportarse cuando es necesario pedir algo o decir no con intensidad alta	Se mostrarán algunos comportamientos eficaces para ejecutar cuando se requiere actuar con una intensidad alta; así como los factores que deben considerarse para decidir cuál es el nivel de intensidad necesario
10 min.	Cierre	Reforzar las habilidades de atención plena y establecer un cierre de sesión con los participantes.	Los facilitadores harán un pequeño resumen de los temas abordados durante la sesión y realizarán un breve ejercicio de atención plena, pidiendo a los participantes que describan algo que haya sucedido en la sesión, sin hacer valoraciones.

2:00 hrs.

---

---

**Sesión 8:** Habilidad interpersonal (GIVE)

Duración	Actividad	Objetivo	Desarrollo
10 min	Inicio (mindfulness)	Establecer las condiciones óptimas para la sesión de trabajo y practicar habilidades de mindfulness	Los facilitadores guiarán durante algunos minutos un ejercicio de mindfulness (Apéndice A)
20 min.	Habilidades GIVE	Conocer habilidades de efectividad interpersonal y cómo llevarlas a cabo	Se enseñarán habilidades para ser gentil, mostrarse interesado, validar y comunicarse de manera educada.
40 min.	Resolución de problemas para cuando lo que haces no está funcionando	Desarrollar habilidades de solución de problemas interpersonales	Se presentarán estrategias para identificar por qué lo que estoy haciendo no está funcionando y que puedo hacer para lograr mis objetivos de acuerdo a las metas planteadas.
10 min.	Cierre	Reforzar las habilidades de atención plena y establecer un cierre de sesión con los participantes.	Los facilitadores harán un pequeño resumen de los temas abordados durante la sesión y realizarán un breve ejercicio de atención plena, pidiendo a los participantes que describan algo que haya sucedido en la sesión, sin hacer valoraciones.
2:00 hrs.			

---

---

**Sesión 9: Aceptación radical**

Duración	Actividad	Objetivo	Desarrollo
10 min	Mindfulness	Establecer las condiciones óptimas para la sesión de trabajo y practicar habilidades de mindfulness	Los facilitadores guiarán durante algunos minutos un ejercicio de mindfulness (Apéndice A)
10 min	¿Qué es la aceptación radical?	Conocer qué es la aceptación radical y cómo podemos identificarla	Se explicará en qué consiste la aceptación radical y cómo podemos distinguirla conductualmente
10 min	¿Qué se tiene que aceptar y por qué es importante hacerlo?	Saber cuáles son las condiciones que se tienen que aceptar y por qué es importante hacerlo	Se mostrará la importancia de aceptar radicalmente, qué es lo que se requiere para hacerlo y qué consecuencias positivas conlleva
80 min	Habilidades para facilitar la aceptación radical (distraerse, tranquilizarse, mejorar el momento)	Desarrollar habilidades que faciliten la aceptación radical	Se presentarán las habilidades que hacen más fácil que se pueda lograr una aceptación radical y de qué manera hacerlo
10 min	Cierre	Reforzar las habilidades de atención plena y establecer un cierre de sesión con los participantes.	Los facilitadores harán un pequeño resumen de los temas abordados durante la sesión y realizarán un breve ejercicio de atención plena, pidiendo a los participantes que describan algo que haya sucedido en la sesión, sin hacer valoraciones.

2:00 hrs.

---

## Sesión 10: Supervivencia a la crisis

Los padres y madres de familia aprenderán a implementar contingencias adecuadas para reforzar las conductas adaptativas y castigar o extinguir las conductas problemáticas

Duración	Actividad	Objetivo	Desarrollo
10 min.	Mindfulness	Establecer las condiciones óptimas para la sesión de trabajo y practicar habilidades de mindfulness	Los facilitadores guiarán durante algunos minutos un ejercicio de mindfulness (Apéndice A)
40 min.	¿Qué son y cuándo deben usarse las habilidades de supervivencia a la crisis?	Conocer qué son las habilidades de supervivencia a la crisis e identificar cuáles son los momentos en los que sería útil utilizarlas	Se explicitarán los momentos específicos en los que es efectivo utilizar las estrategias de supervivencia a la crisis y las situaciones en las que es mejor no hacerlo
30 min.	Habilidades STOP y TIP	Conocer técnicas para regular la emoción y actuar de manera efectiva	Se enseñarán diferentes técnicas que facilitan la regulación emocional y el actuar de manera efectiva
	¿Qué es un análisis de cadena y para qué se utiliza?	Familiarizarse con el análisis de cadena, su importancia y su utilidad	Se explicará la importancia que tiene el hacer el análisis de cadena y su utilidad en el decremento de las conductas de riesgo
	¿Cómo hacer un análisis de cadena?	Aprender a hacer un análisis de cadena de conductas problema	Se darán a conocer los pasos que deben seguirse para analizar las conductas problema
	Integrar habilidades DBT a la cadena	Integrar habilidades a la cadena de conducta identificada a través del análisis de cadena	Se enseñará de qué manera se pueden integrar las habilidades desarrolladas en las sesiones anteriores a la cadena de la conducta problema
10 min.	Cierre	Reforzar las habilidades de atención plena y establecer un cierre	Los facilitadores harán un pequeño resumen de los temas abordados durante la sesión y realizarán un breve ejercicio de atención

de sesión con los  
participantes.

plena, pidiendo a los  
participantes que describan  
algo que haya sucedido en  
la sesión, sin hacer  
valoraciones.

2:00 hrs.

---

-

## Referencias

- Aburto, C. A., Díaz, K., y López, P. (2017). Ideación suicida en adolescentes del área rural: estilo de crianza y bienestar psicológico. *Revista Colombiana de Enfermería*, 15, 50-61.  
<http://dx.doi.org/10.18270/rce.v15i12.2136>
- Adrian, M., Berk, M. S., Korslund, K., Whitlock, K., McCauley, E., & Linehan, M. (2018). Parental Validation and Invalidation Predict Adolescent Self-Harm. *Professional psychology, research and practice*, 49(4), 274–281. <https://doi.org/10.1037/pro0000200>
- Aguilar-Yamuza, B., Raya-Trenas, A. F., Pino-Osuna, M. J., Herruzo-Cabrera, J. (2019). Relación entre el estilo de crianza parental y la depresión y ansiedad en niños entre 3 y 13 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 6(1). 36-43.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6749055>
- Anseán, A. (2014). Nomenclatura sobre conducta suicida. En Fundación Salud Mental España. *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* (2nd ed., pp. 23-27). <http://besarkada-abrazo.org/wp-content/uploads/2016/11/Manual-Conducta-Suicida-Andoni-Ansea%CC%81n.pdf>
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907. 10.2307/1126611
- Baumrind, D. (n.d.). Authoritative parenting revisited: History and current status. *Authoritative Parenting: Synthesizing Nurture and Discipline for Optimal Child Development.*, 11–34. 10.1037/13948-002
- Bentley, K. H., Nock, M. K., y Barlow, D. H. (2014). The Four-Function Model of Nonsuicidal Self-Injury. *Clinical Psychological Science*, 2(5), 638–656. 10.1177/2167702613514563

Boggiano, J. P. y Gagliesi, P. (2018). *Terapia Dialéctico Conductual: Introducción al Tratamiento de Consultantes con Desregulación Emocional* (1ra edición). Editorial de la Universidad Nacional de la Plata.

Borges, G., Nock, M. K., Haro Abad, J. M., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., Matthias, C. A., Annette, B., Evelyn B., Ronny B., Giovanni, G., Silvia, F., Oye, G., Chiyi, H, Elie G. K., Viviane, K., Sing, L., Daphna, L., Kessler, R. C. (2010). Twelve-Month Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(12), 1617-1628. 10.4088/jcp.08m04967blu

Brausch, A. M., y Gutierrez, P. M. (2009). Differences in Non-Suicidal Self-Injury and Suicide Attempts in Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(3), 233–242. 10.1007/s10964-009-9482-0

Brent, D. A., Perper, J. A., Goldstein, C. E., Kolko, D. J., Allan, M. J., Allman, C. J., et al. (1988). Risk factors for adolescent suicide: A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 45, 581–588.

Bryan, C. J., y Rudd, M. D. (2016). The Importance of Temporal Dynamics in the Transition From Suicidal Thought to Behavior. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(1), 21–25. doi:10.1111/cpsp.12135

Cabra, O. Infante, D.Sossa F. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista médica Sanitas*. 13, 28-35.

<https://www.unisanitas.edu.co/Revista/18/suicidio.pdf>

- Carter, D., y Welch, D. (1981). Parenting Styles and Children's Behavior. *Family Relations*, 30(2), 191. 10.2307/584130
- Chiles, J. A. y Strosahl. K. D. (2019). Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients. American psychiatric association publishing
- Ciudad de México. (2014). Atlas de peligros y riesgos de la Ciudad de México. Milpa Alta. [http://www.sadsma.cdmx.gob.mx:9000/datos/storage/app/media/docpub/atlasriesgo/MR\\_Milpa\\_Alta.pdf](http://www.sadsma.cdmx.gob.mx:9000/datos/storage/app/media/docpub/atlasriesgo/MR_Milpa_Alta.pdf)
- Claes, L., y Vandereycken, W. (2007). Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 137–144. doi:10.1016/j.comppsy.2006.10.009
- Córdoba, J. (2014). Estilos de crianza vinculados a comportamientos problemáticos de niñas, niños y adolescentes. *Universidad Nacional de Córdoba*. [http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/cordoba\\_julia.pdf](http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/cordoba_julia.pdf)
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., y Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510. 10.1037/a0015616
- Darling, N., y Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487–496. 10.1037/0033-2909.113.3.487
- DataMexico. (2024). <https://datamexico.org/es/about/infoapi>

- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. J. F. M., y Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of Suicidal *Behavior*. *Crisis*. 27(1), 4–15. doi:10.1027/0227-5910.27.1.4
- Díaz- Muñoz, G. (2020). Metodología del estudio piloto. Fundación Tecnológica Autónoma de Bogotá, <https://www.scielo.cl/pdf/rchradio1/v26n3/0717-9308-rchradio1-26-03-100.pdf>
- Dimeff, L. A, Rizvi, S. L., y Koerner, K. (2021). Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice. *The Guilford Press*.
- Donath, C., Graessel, E., Baier, D., Bleich, S., y Hillemacher, T. (2014). Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents? *BMC Pediatrics*, 14(1). 10.1186/1471-2431-14-113
- Echávarri, A. (2010). Concepto y clasificación de la conducta suicida. <ftp.formainap.navarra.es>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*. 33, 117- 126. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n2/art06.pdf>
- Fliege, H., Lee, J.-R., Grimm, A., y Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 66(6), 477–493. 10.1016/j.jpsychores.2008.10.013
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2017). Comunicación, infancia y adolescencia: Guías para periodistas. *UNICEF*.
- Frey, L. M. y Cerel, J. (2013). Risk for Suicide and the Role of Family. *Journal of Family Issues*, 36(6), 716–736. doi:10.1177/0192513x13515885

- Froxán- Parga, M. X., Alonso- Vega, J., Trujillo, C., Estal, V. (2018). Eficiencia de las terapias: ¿un paso más allá de la eficacia? Análisis crítico del modelo cognitivo-conductual. *Universidad Autónoma de Madrid*.  
[https://www.researchgate.net/publication/339352870\\_Eficiencia\\_de\\_las\\_terapias\\_un\\_paso\\_mas\\_alle\\_de\\_la\\_eficacia\\_Analisis\\_critico\\_del\\_modelo\\_cognitivo-conductual](https://www.researchgate.net/publication/339352870_Eficiencia_de_las_terapias_un_paso_mas_alle_de_la_eficacia_Analisis_critico_del_modelo_cognitivo-conductual)
- García, M. A. (2021). San Pablo Oztotepec microhistoria, identidad y tradición de una comunidad urbana- rural. [Tesis de Maestría, Universidad Pedagógica Nacional].  
<http://200.23.113.51/pdf/100061.pdf>
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., y Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*. 45(10), 2483–2490. doi:10.1016/j.brat.2007.04.002
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169–173. doi:10.1016/j.rmclc.2020.01.005
- Grandclerc, S., De Labrouhe, D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J., y Moro, M.-R. (2016). Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review. 11(4), e0153760. 10.1371/journal.pone.0153760
- Grove, J. L., y Crowell, S. E. (2017). Invalidating Environments and the Development of Borderline Personality Disorder. *Oxford Handbooks*.  
10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.47

- Hagen, E. H., Watson, P. J., y Hammerstein, P. (2008). Gestures of Despair and Hope: A View on Deliberate Self-harm From Economics and Evolutionary Biology. *Biological Theory*, 3(2), 123–138. doi:10.1162/biot.2008.3.2.123
- Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 482–495. 10.1016/j.cpr.2012.05.003
- Hawton, K., Fagg, J. y Simkin, S. (1996). *Deliberate Self-Poisoning and Self-Injury in Children and Adolescents Under 16 Years of Age in Oxford, 1976–1993*. *British Journal of Psychiatry*, 169(02), 202–208. doi:10.1192/bjp.169.2.202
- Heather C. Trepal, Kelly L. Wester, y Colleen A. MacDonald Trepal, H. C., Wester, K. L., y MacDonald, C. A. (2006). Self-injury and postvention: Responding to the family in crisis. *The Family Journal*, 14, 342-348.  
[https://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/K\\_Wester\\_Self\\_2006.pdf](https://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/K_Wester_Self_2006.pdf)
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A., y Swenson, C. (1999). *Dialectical Behavior Therapy - Family Skills Training*. *Family Process*, 38(4), 399–414. doi:10.1111/j.1545-5300.1999.00399.x
- Hoffmann, S. G., Hayes, S. C. (2018). Hacia una Terapia Basada en procesos (TBP). *Psara ediciones*
- Hooley, J. M., y Franklin, J. C. (2017). Why Do People Hurt Themselves? A New Conceptual Model of Nonsuicidal Self-Injury. *Clinical Psychological Science*, 6(3), 428–451. doi:10.1177/2167702617745641
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (Enero 20, 2020). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. En INEGI.

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf)

Jacobs, D. G. Baldessarini, R. J. Conwell, Y. Fawcett, J.A. Horton, L. Meltzer, H. Preffer, C. Simon, R. (2003). Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. *American Psychiatric Association*.

[https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/suicide.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf)

Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., y Turner, J. B. (2008). *Psychiatric Impairment Among Adolescents Engaging in Different Types of Deliberate Self-Harm. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 363–375. doi:10.1080/15374410801955771

Jiménez-Ornelas, R. A., Cardiel-Téllez, L. (2012) El suicidio y su tendencia social en México: 1990-201. *Universidad Autónoma del Estado de México*, 19(77), 205- 229.

<https://www.redalyc.org/pdf/112/11228794009.pdf>

Jorge, E. y González, C. (2017). Estilos de crianza parental: una revisión teórica.

*Informes Psicológicos*, 17 (2), pp. 39-66. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a02>

Juana Villarroel G., Sonia Jerez C. et al. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena de neuropsiquiatría*. Vol. 51. Pag. 38-45. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100006>

- Klonsky, E. D., y May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*. 8(2), 114–129. 10.1521/ijct.2015.8.2.114
- Lämmle, L., Woll, A., Mensink, G., y Börs, K. (2013). Distal and Proximal Factors of Health Behaviors and Their Associations with Health in Children and Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(7), 2944–2978. 10.3390/ijerph10072944
- Linehan, M. (2003). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. *Paidós*
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical Behavioral Therapy: A Cognitive Behavioral Approach to Parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, 1(4), 328–333. 10.1521/pedi.1987.1.4.328
- Linehan, M. M. (1993a). Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). DBT® skills training manual (2nd ed.). Guilford Press.
- Liu, R. T., Kleiman, E. M., Nestor, B. A., & Cheek, S. M. (2015). The Hopelessness Theory of Depression: A Quarter-Century in Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(4), 345–365. 10.1111/cpsp.12125
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 181–205. doi:10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229
- Martí, M. T. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Universidad Autónoma de Madrid.

[http://www.uam.es/UAM/documento/1446762028628/protocolo\\_ideacion\\_suicida.pdf?blobheader=application/pdf](http://www.uam.es/UAM/documento/1446762028628/protocolo_ideacion_suicida.pdf?blobheader=application/pdf)

Matthew McKay, Jeffrey C. Wood, Jeffrey Brantley. (2020). Manual Práctico de Terapia Cognitivo Conductual: Ejercicios prácticos de TDC para aprendizaje de Mindfulness, Eficacia Interpersonal, Regulación Emocional y Tolerancia a la Angustia (Tercera edición). Desclée De Brower.

<https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433029102.pdf>

Mendoza, S. A. A., (2013). Estilos de crianza parental percibidos en la infancia como factores de predisposición motivacional. *Psicología para América Latina*, (24), 5-18.

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2013000100002&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2013000100002&lng=pt&tlng=es)

Menon, V. (2013). Suicide risk assessment and formulation: An update. *Asian Journal of Psychiatry*. 6(5), 430–435. 10.1016/j.ajp.2013.07.005

Miller A. L., Rathus J. H., Linehan M. M. (2007). Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents. *The Guilford Press*.

Miller, M.L. (2013). Treating Family Members: The Effectiveness Of A Family-Oriented Dialectical Behavior Therapy Program.

Musitu, G. y García, J.F. (2016). La evaluación de la socialización parental: ESPA29. TEA ediciones. [http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/ESPA29\\_7126-15491-1-SM.pdf](http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/ESPA29_7126-15491-1-SM.pdf)

Nock, M. K. (2009). Why Do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Association for psychological science*. 18(2), 78–83. 10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x

- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 339–363. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Ronny, B, Wai, T, C., Girolamo, G., Semyon, G., Ron, de G., Oye, G, Josep, M, H., Yueqin H., Elie, K., Ronald C. K., Jean, P. L., Daphna, L., Maria, E. M., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192(02), 98–105. 10.1192/bjp.bp.107.040113
- Nock, M. K., y Prinstein, M. J. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885–890. 10.1037/0022-006x.72.5.885
- O'Connor, R. C., y Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268. 10.1098/rstb.2017.0268
- O'Connor, R. C., y Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*. 1(1), 73–85. 10.1016/s2215-0366(14)70222-6
- O'Connor, Rory y Nock, Matthew. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*. 1. 73–85. 10.1016/S2215-0366(14)70222-6.
- Orbach, I. (1986). The “insolvable problem” as a determinant in the dynamics of suicidal behavior in children. *American Journal of Psychotherapy*, 40, 511–520.
- Organización Mundial de la Salud. (2020, 25 de Enero) Prevención del suicidio: un imperativo global. En OMS. [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/es/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/)

- Orlansky, H. (1949). Infant care and personality. *Psychological Bulletin*, 46(1), 1–48. 10.1037/h0058106
- Pantoja, M. A., (2014). Crianza parental, funciones ejecutivas y su influencia en el consumo de alcohol de adolescentes. (Tesis de doctorado). *Universidad Autónoma de Nuevo León*.
- Pederson, L. Cortney, S. P. (2017). The expanded Dialectical Behavior Therapy. *PESI Publishing y Media*
- Pérez, Gabriela & González, Alejandro & Manuel, Gineth. (2017). Revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del trastorno límite de personalidad. *Informes psicológicos*. 17. 159-176. 10.18566/infpsic.v17n2a09.
- Querido, J. G., Warner, T. D., y Eyberg, S. M. (2002). *Parenting Styles and Child Behavior in African American Families of Preschool Children. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 31(2), 272–277. doi:10.1207/s15374424jccp3102\_12
- Roa Capilla, Luisa, & Barrio, Victoria del (2001). Adaptación del Cuestionario de Crianza Parental (PCRI-M) a población española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33(3),329-341.[fecha de Consulta 24 de Noviembre de 2021]. ISSN: 0120-0534. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80533307>
- Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W., Ribeiro, J. D., Nock, M. K., Rudd, M. D., y Joiner, T. E. (2010). Overcoming the fear of lethal injury: Evaluating suicidal behavior in the military through the lens of the Interpersonal–Psychological Theory of Suicide. *Clinical Psychology Review*. 30(3), 298–307. 10.1016/j.cpr.2009.12.004

- Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V., & Mann, J. J. (2001). Are Suicide Attempters Who Self-Mutilate a Unique Population? *American Journal of Psychiatry*. 158(3), 427–432. 10.1176/appi.ajp.158.3.427
- Steele, I. H., Thrower, N., Noroian, P., y Saleh, F. M. (2017). Understanding Suicide Across the Lifespan: A United States Perspective of Suicide Risk Factors, *Assessment & Management. Journal of Forensic Sciences*. 63(1), 162–171. 10.1111/1556-4029.13519
- Swenson, C. (2018). *DBT Principles in Action. Guilford Publication*.
- Swenson, C. R. (2016). *DBT Principles in Action. The Guilford Press*.
- Thompson, A. H., Dewa, C. S., y Phare, S. (2011). The suicidal process: age of onset and severity of suicidal behaviour. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 47(8), 1263–1269. 10.1007/s00127-011-0434-0
- Tyanyou, Q, David, K y Daniel, N (2017). Hopelessness Predicts Suicide Ideation But Not Attempts: A 10-Year Longitudinal Study. *The American Association of Suicidology*. 1-5. 10.1111/sltb.12328
- UNICEF (2002). Adolescencia una etapa fundamental.  
[https://www.unicef.org/spanish/lifeskills/files/pub\\_adolescence\\_sp.pdf](https://www.unicef.org/spanish/lifeskills/files/pub_adolescence_sp.pdf)
- Villegas-Pantoja, M. A., Alonso-Castillo, M. M., Alonso-Castillo, B. A., Martínez-Maldonado, R. (2014). Percepción de crianza parental y su relación con el inicio del consumo de drogas en adolescentes mexicanos. Vol. 14, No. 1, 41-52.
- Wagner, B. M. (1997). Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin*, 121(2), 246–298. doi:10.1037/0033-2909.121.2.246

- Whitlock, J.L., Purington, A., Gershkovich, M. (2009). Influence of the media on selfinjurious behavior. In *Understanding non-suicidal self-injury: Current science and practice*. American Psychological Association Press. 139-156. <https://doi.org/10.1037/11875-008>
- Woodberry, K. A., Miller, A. L., Glinski, J., Indik, J., y Mitchell, A. G. (2002). Family Therapy and Dialectical Behavior Therapy with Adolescents: Part II: A Theoretical Review. *American Journal of Psychotherapy*, 56(4).. 10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.4.585
- Wynne, L. C. (1984). The epigenesis of relational systems: A model for understanding family development. *Family Process*, 23, 297–318.
- Young E. E., y Lariviere, W. R. Belfer I Genetic basis of pain variability: recent advances *Journal of Medical Genetics* 2012;49:1-9. <http://dx.doi.org/10.1136/jmedgenet-2011-100386>
- Zahl, D. L., y Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: Long-term follow-up study of 11 583 patients. *British Journal of Psychiatry*, 185(01), 70–75. 10.1192/bjp.185.1.70