



CENTRO UNIVERSITARIO DE TAXCO

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE UNAM 8991-25 ACUERDO CIREyTG 32/13 DE FECHA 2013/2014

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

La importancia de la validación emocional en las
terapias de la tercera generación en jóvenes
como prevención del suicidio.

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

JORGE JAFET GAMA HERNANDEZ

NOMBRE DEL ASESOR

LIC. CLAUDIA NARVAEZ CASTREJON

CD. MX. 2023



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.



CENTRO UNIVERSITARIO DE TAXCO
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE UNAM 8991-25 ACUERDO CIREyTG 32/13 DE FECHA 2013/2014

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

La importancia de la validación emocional en las
terapias de la tercera generación en jóvenes
como prevención del suicidio.

T E S I S A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

JORGE JAFET GAMA HERNANDEZ

DIRIGIDO:

NOMBRE DEL ASESOR

LIC. CLAUDIA NARVAEZ CASTREJON

SINODALES

LIC. CLAUDIA NARVAEZ CASTREJON

PRESIDENTE

LIC. IRMA ELIZABETH ALCOGER ARRIAGA

SECRETARIO

DRA. KAREN ITZEL RODRIGUEZ MATA

VOCAL

Taxco, Guerrero; a marzo 2023

DEDICATORIA

A mi madre

Quien ha sido pilar fundamental en mi formación personal, mi mayor ejemplo, sinónimo de constancia, lucha y fortaleza, y quien además me permito decir, que me ha enseñado a valorar cada pequeño momento, sin duda, no podría pagar ni la mitad de todo lo que me ha regalado. Pues ahora me toca a mí poder corresponder a los valores que me enseñó desde muy pequeño.

A mis hermanos

Quienes desde muy pequeño me han demostrado su apoyo en cada momento, con los que he compartido diferentes experiencias y que estoy seguro, siempre estarán extendiéndome su mano si lo requiero, pues me han enseñado que un hermano es un lazo suficientemente fuerte para lograr atravesar más de una adversidad.

A mis abuelos

En especial a mi abuela materna, quien me ha demostrado su apoyo y cariño incondicional desde muy pequeño, ha sido parte importante en mi desarrollo y además es una de las personas con las que cuento en cada una de las dificultades que se han presentado.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mi Universidad, quien me permitió formarme profesionalmente, ofreciéndome diferentes oportunidades para alcanzar un buen desempeño.

De igual manera agradecer a cada uno de mis profesores, quienes con gran esfuerzo lograron que cada uno de sus conocimientos pudieran llegar a mí, siempre siendo éticos y profesionales.

Y, por último, me gustaría agradecer tanto a familiares y amigos que han estado presentes en cada uno de mis logros, mostrando su apoyo e interés, sin duda, me han hecho sentir acompañado y me muestran su confianza, logrando muchas veces que deje a un lado mi autocrítica. Un agradecimiento enorme a esa mujer guerrera que me ha sacado adelante desde siempre y que día con día me regala enseñanzas de cómo prepararme para afrontar la vida, por supuesto hablo de mi madre.

RESÚMEN

La presente tesina que lleva por nombre “La importancia de la validación emocional en las terapias de tercera generación en jóvenes como prevención del suicidio”, para obtener el título de licenciado en Psicología, está compuesto por tres capítulos de abordaje teórico los cuales son los siguientes:

En el primer capítulo se abordará el tema “Validación emocional”, partiendo desde su origen dentro de la Terapia Dialéctica Conductual formada por Marsha Linehan a fines de la década del 70, mostrándonos la importancia que tiene validar al consultante que acude a terapia como una manera de crear la alianza terapéutica más sólida y lograr así una adherencia al tratamiento más eficaz, de la misma manera mostrando los beneficios que tiene en el mismo, además de manera breve se expondrá la teoría Biosocial que se emerge dentro de la DBT y cada uno de los componentes que la forman.

Dentro del segundo capítulo, se mostrarán las llamadas terapias de tercera generación, iniciando con la explicación de su famosa etiqueta, la diferenciación entre la primera y segunda generación y, por último, se conocerán por separado cada una de ellas, puesto que es parte importante adentrarnos un poco en el porqué de su relevancia hoy en día.

Por último, en el tercer capítulo se terminará explicando el suicidio desde varios enfoques, conociendo además sus orígenes, abarcando las diversas fases de la conducta suicida y los números que nos arrojan las diversas investigaciones acerca de este fenómeno, culminando con un posible análisis funcional de la conducta suicida.

ÍNDICE

ÍNDICE

Dedicatorias y agradecimientos	
Resumen	
Introducción	1
Justificación.....	8
Marco teórico	10
Capítulo 1: Validación emocional	11
1.1 Incorporación de la validación en la práctica clínica (Terapia dialéctica Conductual)	13
1.1.2 Teoría Biosocial:.....	14
1.1.3 Modalidades del tratamiento.....	17
1.1.4 Estructura del entrenamiento en habilidades en la TCD	19
1.1.5 Evidencia empírica de TCD.....	20
1.2 ¿Qué es la vulnerabilidad psicológica?	21
1.3 Ambiente invalidante	22
1.3.1 Auto-invalidación:	23
1.3.2 Características del ambiente invalidante	25
1.4 Regulación emocional	28
1.4.1 Presencia de la regulación emocional en el campo clínico.....	28
1.4.2 Déficits de regulación emocional en los trastornos clínicos.....	31
1.4.2.1 Depresión.....	31
1.4.2.2 Trastornos de ansiedad	33
1.4.2.3 Trastorno límite de la personalidad	38
1.4.3 Rol de un ambiente invalidante para la desregulación emocional.....	38

1.4.4 Conductas autolesivas como forma de regulación.....	39
1.4.5 Modelos que abordan la desregulación emocional.....	41
1.4.5.1 Modelo Procesual Extendido de Gross.....	42
1.4.5.2 Ámbito clínico (EST, MCT, DBT, ACT, ERT).....	44
1.5 Definiendo la validación.....	50
1.5.1 Diferencia entre validación-empatía-normalización.....	50
1.5.2 Validación emocional en la práctica clínica.....	52
1.5.3 Niveles de validación.....	54
1.5.4 ¿Por qué validar?.....	57
1.5.5 Validación cognitiva.....	58
1.5.6 Validación conductual.....	59
CAPITULO II.....	60
LAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN.....	60
2.1 Origen de la psicoterapia.....	62
2.2 ¿Por qué terapias de tercera generación?.....	63
2.2.1 Terapias de primera generación.....	69
2.2.2 Terapias de segunda generación.....	74
2.3 Terapias de tercera generación y su enfoque contextual.....	77
2.3.1 Psicoterapia Analítica Funcional.....	80
2.3.2 Activación Conductual.....	82
2.3.3 Terapia de Aceptación y Compromiso.....	87
2.3.4 Terapia Integral de la pareja.....	90
2.3.5 Terapia con base en Mindfulness.....	93
CAPITULO III.....	96

SUICIDIO	96
3.1 Concepto.....	97
3.1.1 Suicidio desde el condicionamiento operante	99
3.2 Origen	101
3.3 Estadísticas	110
3.4 Teorías psicológicas que abordan el suicidio	116
3.4.1 Teoría Cognitiva de Beck.....	116
3.4.2 Teoría de Kelly y sus constructos personales	117
3.4.3 Teoría del comportamiento suicida de Linehan.....	118
3.4.4 Teoría de la Separación	118
3.4.5 Teoría Psicoanalítica.....	119
3.5 Etapas de la conducta suicida.	120
3.5.1 Ideación suicida:	122
3.5.2 Planeación:.....	124
3.5.3 Intento.	125
3.5.4 Suicidio consumado.....	126
3.6 Elección del método.	126
3.7 Factores individuales de riesgo	128
3.8 Prevención	129
3.9 Análisis Funcional de la Conducta Suicida.	131
Comentarios finales.....	135
Conclusiones	136
Esquema	138
Bibliografía.....	139

Bibliografía.....	140
-------------------	-----

Índice de figuras

Figura 1 Estrategias en la DBT	11
Figura 2 Teoría Biosocial de Linehan	14
Figura 3 Modalidades de intervención	19
Figura 4 Estructura del entrenamiento en habilidades en la TCD.....	20
Figura 5 Modelo Procesual Extendido de Gross (2015)	42
Figura 6 Estrategias de regulación emocional problemáticas	48
Figura 7 Terapias de conducta y contextuales	77
Figura 8 Equivalencia funcional entre la relación terapéutica y la vida real	82
Figura 9 Modelo contextual de la depresión	86
Figura 10 Modelo de depresión presentado al cliente	87
Figura 11 Procesos psicopatológicos y terapéuticos	89
Figura 12 La muerte de Sócrates (Jaques-Louis David, 1787).	102
Figura 13 Aristóteles y su escrito Ética Nicomaquea.....	104
Figura 14 Seneca y su carta a Lucilio.....	105
Figura 15 David Hume y su obra Del suicidio, de la inmortalidad del alma	107
Figura 16 Schopenhauer y su obra El mundo como voluntad y representación	108
Figura 17 Emile Durkheim y su libro el Suicidio.	109
Figura 18 Tasas de suicidio normalizadas según la edad (por 100 000 habitantes), ambos sexos, 2012.....	110
Figura 19 Suicidios registrados en el mundo, según la edad y nivel de ingresos, 2012	111

Figura 20 Tasa de suicidios según sexo (Por cada 100 mil habitantes)	112
Figura 21 Tasa de suicidio según sexo y grupo de edad (por cada 100 mil hab.).....	112
Figura 22 Tasa de suicidio en la población de 15 a 29 años	113
Figura 23 Tasa de suicidio en población de 15 a 29 años por entidad federativa en residencia habitual, 2021	114
Figura 24 Suicidios en población de 15 a 29 años, según método empleado, 2021 .	115
Figura 25 Niveles de riesgo y recomendaciones	121
Figura 26 Nomenclatura del suicidio de NIMH.....	122

INTRODUCCIÓN

Introducción

*“Cuanto más abiertos estemos a
nuestros propios sentimientos,
mejor podremos leer los de los demás”.*
- **Daniel Goleman.**

Durante la presente investigación teórica se analizará la importancia de la validación emocional en las terapias de tercera generación en jóvenes como prevención del suicidio, de manera que se logre ampliar el conocimiento de dicho concepto, para un enriquecimiento no solo en la práctica clínica, sino además ofrecer una herramienta a los jóvenes y de esa manera funjan como un conducto de prevención ante la conducta suicida.

La validación emocional (Blanco, 2016) por parte del terapeuta implica comunicar al paciente que sus respuestas emocionales tienen sentido y son entendibles dentro de su historia y/o contexto actual (Linehan, 1993). La validación se transmite mostrando un interés genuino por el paciente y manifestando interés y reflexión sobre lo que cuenta. Buscar las causas y los aspectos positivos de las acciones también son estrategias terapéuticas que pueden utilizarse para la validación. Por último, el terapeuta debe considerar al paciente como alguien similar a sí mismo, merecedor de respeto y con capacidad de cambio, y debe estar dispuesto a dar ánimo asumiendo esta perspectiva (De la Vega-Rodríguez, I. y Sánchez-Quintero, S., 2013). Es importante mencionar que quizá muchos desconocemos el concepto como tal, debido a que fue añadido dentro de un modelo de terapia, sin embargo, lo que conlleva a realizar una adecuada validación emocional no solo dependerá de la capacitación con la que cuente el psicoterapeuta, sino, además de la disposición que ofrezca como profesional para lograr entender la importancia que tendría el realizar dicho acto, como una forma de adaptar el tratamiento y encontrar otras variables a considerar que quizá se habían descartado y pudieran interferir de manera negativa o en caso contrario beneficiar al paciente (Irene de la Vega, 2013).

Ahora bien, tomando en cuenta una variable más dentro de la presente investigación, se abordará además las llamadas "terapias de tercera generación" pues designan una serie de terapias psicológicas que surgen en la década de 1990 en la tradición de la terapia de conducta y cognitivo conductual. Su denominación se debe a Steven Hayes, autor de una de ellas, en un artículo de 2004 (Hayes, 2004). En términos científicos, este movimiento se

identificó inicialmente como análisis de la conducta clínica por enfatizar su carácter conductual asentado en el análisis funcional y el conductismo radical y con particular interés en la conducta verbal (Dougher, 2011; Kohlenberg, Bolling, Kanter y Parker, 2002). El eslogan "terapias de tercera generación" (Mañas, 2004), es audaz al efecto de presentar la novedad de estas terapias respecto de las anteriores, pero también es arriesgado, en la medida en que otro vendrá que dé de alta la "cuarta generación", la "última" o la "nueva ola" de turno. Como eslogan, es también inadecuado porque no dice nada acerca de las características de las terapias a que se refiere. Así, estas terapias mejor se denominarían "terapias contextuales". Estas nuevas terapias no se centran en la eliminación, cambio o alteración de los eventos privados (especialmente la cognición o el pensamiento) con el objetivo de alterar o modificar la conducta de la persona. En lugar de esto, se focalizan en la alteración de la función psicológica del evento en particular a través de la alteración de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos (e.g., Hayes et al., 1999; Luciano et al., 2004).

Es importante hacer hincapié en el impacto y validez empírica con la que cuentan estos nuevos enfoques, debido a las nuevas herramientas que ofrecen, partiendo que una determinada aproximación o movimiento emerge, en parte, con el propósito o la intención de dar solución a problemas que no son resueltos en un momento histórico y cultural determinado. Otra de las diferencias con respecto a las terapias de la primera y segunda generación es la filosofía en las cuales estas nuevas terapias están basadas: son contextualistas en lugar de mecanicistas. Se enumeran las principales, descritas con un breve perfil, acerca de su origen y características científicas; Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), Psicoterapia Analítica Funcional (PAF) (Kohlenberg Tsai, 2008), Terapia de Conducta Dialéctica, (TCD) (Linehan, 1993), Terapia Integral de Pareja (TIP) (Jacobson et al., 2000), Activación Conductual (AC) (Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001), Terapia con Base en Mindfulness (BMT) (Segal, Williams y Teasdale, 2002), Terapia Cognitiva con Base en la Persona para las Psicosis (Chadwick, 2009).

Lo mencionado anteriormente tiene gran peso en la investigación que a continuación se presenta además de ofrecer en dicha investigación un análisis estructural que abarca la utilización de esta herramienta que puede ser utilizada en las terapias de tercera generación o

terapias contextuales ofreciendo así un mecanismo de prevención al suicidio en jóvenes. La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (WHOPHO) (1998) definieron el suicidio como el acto de quitarse la vida deliberadamente, iniciado y realizado por la persona, en pleno conocimiento o con la expectativa de un resultado fatal. De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof y Bille-Brahe (2004) también lo consideraron un comportamiento con desenlace fatal en el que la persona, sabiendo o esperando ese resultado, inició y condujo la conducta para alcanzar su objetivo. Una de las conceptualizaciones más actualizadas es la de Crosby, Ortega y Melanson (2011), quienes detallan el suicidio como la muerte resultante del comportamiento autoinfligido perjudicial en el que la persona tenía la intención de morir como resultado de dicha conducta. Según un informe de la OMS (2001: 7), “tener ocasionalmente pensamientos suicidas no es anormal. Estos son parte de un proceso normal de desarrollo en la infancia y adolescencia al tratar de elucidar los problemas existenciales cuando se trata de comprender el sentido de la vida y la muerte. Las encuestas realizadas muestran que más de la mitad de los jóvenes que cursan estudios superiores secundarios, informan que tuvieron pensamientos suicidas. El informe también explica que la mayoría de las personas que intenta suicidarse es ambivalente y no busca exclusivamente la muerte. Se supone entonces que el suicida no quiere fallecer, sino que desea dejar de sufrir (Valeria Roman, 2017).

Es por ello que surge el interés de realizar la presente investigación de carácter teórico y conocer la importancia de la validación emocional en las terapias de tercera generación en jóvenes como prevención del suicidio y así poder ofrecer esta herramienta de manera que sea accesible y que se logre emplear en el contexto en donde se requiera.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Planteamiento del problema

“Construir una vida que valga la pena vivir”.
- Marsha Linehan.

La presente investigación pretende aportar información relevante y valiosa acerca de la importancia de la validación emocional en las terapias de tercera generación en jóvenes como prevención del suicidio, dicho esto, se llevará a cabo una revisión bibliográfica de las diferentes variables a considerar. Inicialmente Linehan (1993) hipotetizó que el núcleo del problema en los pacientes crónicamente suicidas consistía en un déficit de habilidades y por lo tanto perfeccionó un tratamiento dirigido a ayudar a los pacientes a cambiar las conductas problemáticas por medio de la utilización de herramientas tradicionales de psicoterapia conductual tales como manejo de contingencia, entrenamiento en habilidades y exposición.

El problema surge cuando una persona con alta vulnerabilidad emocional se encuentra crónicamente atrapada en un ambiente invalidante (Maero, 2015). Se denomina así todo ambiente que comunica que la respuesta emocional a un evento es incorrecta, inapropiada, patológica o poco seria. Al no entender las dificultades que afrontan las personas con vulnerabilidad emocional, las personas en su ambiente minimizan y simplifican los problemas, a la vez que no enseñan habilidades de afrontamiento más adecuadas. El tratamiento DBT, entonces, se basa en un vaivén continuo entre el cambio y la aceptación, con la meta última de crear “una vida que valga la pena ser vivida” (Maero, Niveles de validación en la terapia dialéctica conductual, 2017). En este contexto es que DBT (Terapia Dialéctica Conductual), proporciona una guía y una dirección a seguir (Psyciencia, 2015). Las estrategias de validación, junto con las estrategias de resolución de problemas, constituyen el corazón de DBT, en torno al cual se construyen el resto de las estrategias de tratamiento (Linehan, 1993, p.221). Entonces, mientras que las estrategias de cambio se centran en la modificación conductual, validación implica comunicarle inequívocamente al paciente que sus conductas (observables y no observables) tienen sentido y son comprensibles en el contexto actual. Validación es la forma principal en la cual DBT implementa aceptación. Validar no es estar de acuerdo con el paciente, sino comunicar que sus respuestas (emociones, pensamientos, acciones), tienen sentido dado el contexto en que se presentan (puedo estar en desacuerdo con una conducta, pero aun así comunicar que tiene sentido) (Linehan, Psyciencia, 2017).

Las terapias de tercera generación han tenido impacto precisamente por el énfasis que ponen en las nuevas estrategias de intervención, que no solo se enfocan en la parte conductual y cognitiva, sino, que además toma el contexto de la persona como una manera de entender y aceptar lo que interviene en su problemática (Mairal, 2009). Dicho esto, resultaría un error no considerar que la validación pudiera ser una herramienta eficaz para modificar ese contexto invalidante que pudiera incitar a los jóvenes a cometer un acto suicida o iniciar una conducta que involucre características autolesivas. Según la OMS (2021) El suicidio es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años, claramente es una situación que se ha convertido en un grave problema de salud pública, por lo que se busca aportar una herramienta para lograr prevenir cualquier tipo de comportamiento de tipo suicida (OMS, 2021).

Dicha investigación se llevará a cabo a través de una recopilación de fuentes bibliográficas en donde abarquen las diferentes variables que intervienen, por lo que se considera la viabilidad que representa el realizar la indagación adecuada.

Pregunta central de Investigación.

Debido a lo mencionado anteriormente surge el interés de conocer ¿Cuál es la importancia de la validación emocional en las terapias de tercera generación en jóvenes como prevención del suicidio?

Objetivo general.

Efectuar una investigación fundamentada acerca de la importancia de la validación emocional en las terapias de tercera generación en jóvenes como prevención del suicidio. De esta manera poder ofrecer un beneficio a aquellas personas que busquen ser un conducto de prevención utilizando la validación en sus diferentes contextos de desarrollo.

Justificación

“El suicidio varía en proporción inversa al grado de integración de los grupos sociales a los que pertenece el individuo”.
-Emile Durkheim.

Según la OMS (2021), cada año, cerca de 703 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Todos los casos son una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tienen efectos duraderos para los allegados de la víctima. Puede ocurrir a cualquier edad, y en 2019 fue la cuarta causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo. Los suicidios no solo ocurren en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, más del 77% de los suicidios ocurridos en 2019 tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2021).

Aun tratándose de un grave problema de salud pública, se puede prevenir mediante intervenciones oportunas, basadas en la evidencia y, a menudo, de bajo costo. Para que las iniciativas preventivas de los países sean eficaces, deben aplicar una estrategia multisectorial e integral.

Por su parte el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022) nos comparte que, en 2021 las estadísticas de mortalidad reportaron que del total de fallecimientos⁵ en el país (1 093 210), 8 351 fueron por lesiones autoinfligidas. Esto representa una tasa de suicidio de 6.5 por cada 100 mil habitantes. De los decesos por esta causa, destaca que los hombres tienen una tasa de 10.9 suicidios por cada 100 mil (6 785). La tasa para las mujeres es menor: 2.4 por cada 100 mil (1 552). Las entidades que presentan mayores tasas de suicidio en personas de 15 a 29 años son: Chihuahua, Yucatán y Campeche, con 26.4, 23.5 y 18.8 suicidios por cada 100 mil jóvenes, respectivamente. Por otro lado, las tasas más bajas las tienen Veracruz (4.2), Baja California (3.9) y Guerrero (1.4). El suicidio en personas de 15 a 29 aumentó en los últimos años. En 2015 se estimó una tasa de 8.1 muertes por lesiones autoinfligidas por cada 100 mil personas de las edades mencionadas. En 2021, la tasa de suicidios para el mismo grupo fue de 10.4 por cada 100 mil personas (INEGI, 2022).

Para prevenir eficazmente el suicidio es preciso intensificar la vigilancia y hacer un seguimiento de los casos consumados y los intentos de suicidio. Las diferencias entre los países relativas a los patrones, las tasas y las características de los suicidios, así como a los métodos utilizados, ponen de relieve la necesidad de que cada país mejore la integridad y la calidad de sus datos y la rapidez con que se obtienen. Con ese fin, se deben hacer constar los suicidios en los registros civiles y los intentos no consumados en los registros hospitalarios, y se han de realizar estudios nacionales representativos que recopilen información sobre intentos de suicidio notificados por la propia persona (OMS,2021).

Las terapias de tercera generación están dentro de los enfoques basados en la evidencia que se menciona anteriormente, para ser más específicos y como se ha venido mencionando, la Terapia Dialectico Conductual (DBT). Partimos de este modelo debido a que es una de las terapias que inicialmente aplicó la validación emocional dentro del proceso de intervención y por lo que no podemos dejar de lado la importancia e impacto que tiene en el diseño y desarrollo de tratamiento.

Silverman y De Leo (2016) concluyeron que es indispensable contar con una nomenclatura internacional para referirse a los pensamientos y conductas vinculadas al suicidio. Específicamente en cuanto a la atención de las personas, Silverman (2006) enlistó algunas ventajas que proporcionaría una nomenclatura internacional estandarizada: mejoraría la claridad, precisión y consistencia al evaluar y atender a las personas; mejoraría la comunicación entre los profesionales de la salud; facilitaría la toma de decisiones para la evaluación y el tratamiento basado en la evidencia; eliminaría la terminología que pudiera ser peyorativa, y mejoraría la comunicación de la díada profesional de la salud y persona en atención (Villafaña, 2022).

MARCO TEÓRICO

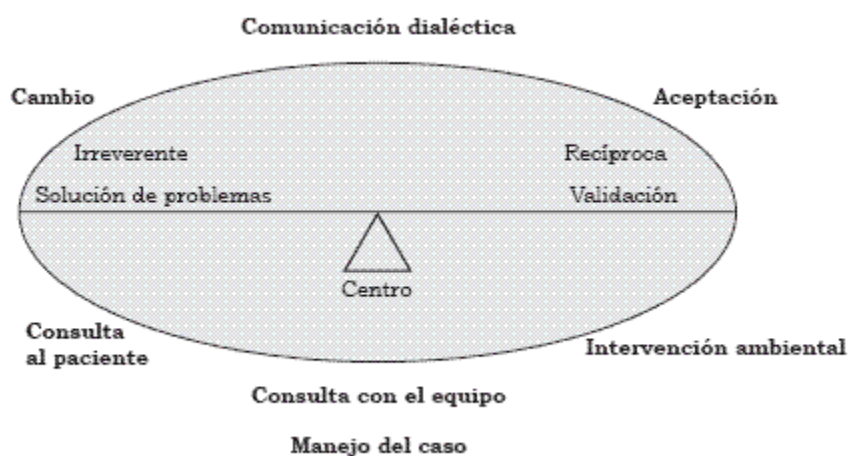
Capítulo 1: Validación emocional

“Es una elección. No importa cuán frustrante, aburrida, restrictiva, dolorosa u opresiva sea nuestra experiencia, siempre podemos elegir cómo respondemos”.
-Edith Eger.

La esencia de la validación es que: El terapeuta le comunica al paciente que sus respuestas tienen sentido y que son entendibles dentro de su vida actual, contexto o situación. El terapeuta acepta activamente al paciente y le comunica esa aceptación. El terapeuta toma las respuestas del paciente seriamente y no las desatiende ni trivializa. Las estrategias de validación requieren que el terapeuta busque, reconozca y refleje al paciente la validez inherente de su respuesta a los eventos. En los primeros momentos de la terapia individual las estrategias de validación pueden ser las estrategias principales utilizadas para lograr una alianza terapéutica más sólida (German Leandro Teti, 2015).

A veces es posible entender que es lo que significa validar entendiendo que es lo que no significa. Señalar que una respuesta fue funcional en el pasado pero que ya no lo es en la actualidad, es más invalidante que validante. La validación y las estrategias de resolución de problemas son el centro de DBT; todas las otras estrategias se construyen alrededor de ellas, tal como se muestra en la *figura 1*.

Figura 1 Estrategias en la DBT



Nota: (Tomado del libro: Manual de entrenamiento en habilidades DBT. Marsha M. Linehan, 2020.)

Las estrategias de validación son las más obvias y directas estrategias de aceptación de DBT. La validación le comunica al paciente de una manera no ambigua que sus conductas tienen sentido y son entendibles en el contexto actual. El terapeuta incita al paciente a tratar de entender sus acciones, emociones, pensamientos y reglas implícitas. Las estrategias de resolución de problemas, por contraste, son las estrategias de cambio más obvias y directas en DBT.

La terapia generalmente consiste en aplicar tecnologías de cambio, con el foco puesto en cambiar la conducta del paciente, su personalidad o sus patrones biológicos.

En muchos sentidos este foco resume el ambiente invalidante, en el cual el paciente era el problema y el paciente era el que tenía que cambiar. Cuando promueve el cambio un terapeuta puede que apruebe los peores temores del paciente: el paciente efectivamente no puede confiar en sus reacciones emocionales, sus interpretaciones cognitivas y sus respuestas conductuales. La desconfianza y la invalidación a la propia respuesta a los eventos, tanto si es autogenerada o si proviene de los otros, es extremadamente aversiva. Dependiendo de las circunstancias la invalidación puede generar miedo, enojo, vergüenza, o una combinación de las tres. Lo que significa que el foco en sí de la terapia basada en el cambio puede ser aversiva, ya que necesariamente el foco contribuye y genera autoinvalidación. No es sorprendente entonces que los pacientes muchas veces eviten o se resistan a la terapia (Gempeler, 2008).

Desafortunadamente, una aproximación terapéutica basada en la aceptación incondicional y la validación de las conductas del paciente, encuentra igualmente problema y, paradójicamente, también puede ser invalidante. Si el terapeuta alienta al paciente a aceptarse y validarse a sí mismo, puede parecer que el terapeuta no toma el problema del paciente seriamente. En las terapias basadas en la aceptación la desesperación de un individuo borderline puede darse por descontada, ya que se ofrece poca esperanza de cambio. La experiencia personal del paciente de que su vida es inaceptable e intolerable es de esa forma invalidada.

Para resolver este impase DBT trata mantener un equilibrio entre estrategias basadas en la aceptación y estrategias basadas en el cambio. El foco principal del tratamiento es tanto enseñarle al paciente a validarse a sí mismo como a cambiar. La

terapia se esfuerza en ayudar al paciente a entender que sus respuestas pueden ser ambas cosas: apropiadas y válidas y al mismo tiempo disfuncionales y necesarias de ser cambiadas (Watts, 1990). Este punto de equilibrio, sin embargo, cambia constantemente; como resultado, el terapeuta debe ser capaz de moverse y reaccionar con rapidez y flexibilidad en la terapia. El reconocimiento de la necesidad de flexibilidad y de síntesis o de balance entre polos opuestos complementarios es la razón de porque la dialéctica es pensada como el fundamento de la terapia.

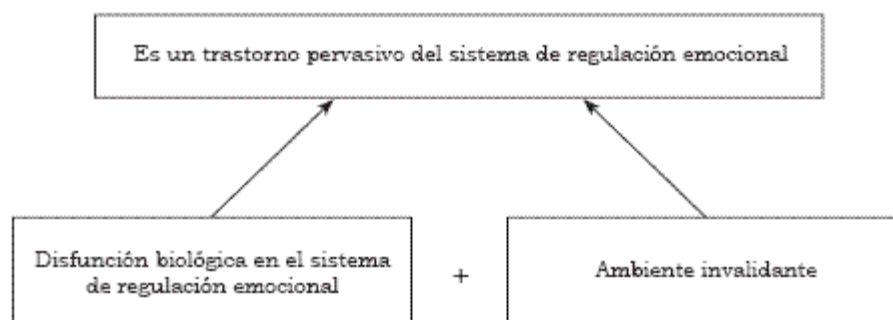
1.1 Incorporación de la validación en la práctica clínica (Terapia dialéctica Conductual)

La Terapia Dialéctica Conductual (DBT) fue creada por Marsha Linehan quien, a fines de la década del 70, trabajaba con pacientes con múltiples problemas, específicamente mujeres suicidas o con conductas auto-lesivas de larga data que cumplían criterios para trastorno límite de la personalidad (TLP). Al comienzo de la investigación implementó las herramientas de la terapia cognitivo conductual estándar (TCC), pero pronto observó muchos problemas con su uso (como también lo padecían otros modelos de psicoterapia). Los tres más importantes eran que los consultantes se sentían invalidados por la marcada orientación al cambio de TCC; los consultantes reforzaban sin querer las conductas ineficaces del terapeuta mientras castigaban las aproximaciones eficaces; y por último la gravedad y multiplicidad de problemas impedían la implementación del modelo de TCC estándar. Esta situación llevó a que Marsha Linehan cambiase el foco de intervención, implementando estrategias de aceptación junto con las estrategias de cambio, típicas del modelo TCC. La aceptación de los pacientes tal cual son, así como la aceptación que debían tener los pacientes con ellos mismos modificó sustancialmente los resultados del tratamiento. La validación y la aceptación debían preceder al cambio. La práctica activa del budismo Zen por parte de Marsha Linehan y la incorporación de herramientas de mindfulness al tratamiento resultaron claves en el modelo. Por consiguiente, Marsha Linehan notó que las estrategias dialécticas podrían balancear los dos procesos fundamentales del tratamiento, la aceptación y el cambio (Quintero, 2013).

Marsha Linehan considera a su tratamiento como una forma de TCC que incluye estrategias de aceptación, validación y mindfulness Para Marsha Linehan cada uno de los

criterios diagnósticos del DSM-IV y DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) que se utilizan para diagnosticar TLP pueden explicarse a partir de la idea de la desregulación emocional (German Leandro Teti, 2015). La Teoría Biosocial surge a partir de la necesidad de explicar, razonablemente, la etiología de esta disfunción. Supone que la desregulación es el resultado de la combinación y transacción en el tiempo entre una vulnerabilidad biológica y un ambiente invalidante (*figura 2*).

Figura 2 Teoría Biosocial de Linehan



Nota: (Tomado del libro: Manual de entrenamiento en habilidades DBT. Marsha M. Linehan, 2020.)

1.1.2 Teoría Biosocial:

. Los investigadores han estimado que hasta un 60-75 % de las personas con TLP tienen antecedentes de traumas infantiles y muchas continúan experimentando traumas adicionales durante la adultez. En un estudio, los investigadores encontraron que el 90 % de los consultantes hospitalizados con TLP reportaron alguna experiencia de abuso verbal, emocional, físico y/o sexual de adultos y que estas tasas fueron significativamente más altas que las reportadas por participantes en comparación con trastornos del eje II distintos al TLP. No está claro, sin embargo, si el trauma en sí mismo facilita el desarrollo de TLP y de patrones de desregulación de alta emoción, o si el trauma y el desarrollo del trastorno son el resultado de la disfunción familiar e invalidación. En otras palabras, la ocurrencia de problemas de victimización y regulación emocional puede surgir del mismo conjunto de circunstancias de desarrollo.

La desregulación emocional en general, así como la encontrada en TLP específicamente, es un resultado de la disposición biológica, el contexto ambiental y la transacción entre ambos durante el desarrollo. El modelo Biosocial propone lo siguiente: el desarrollo de la labilidad emocional extrema se basa en las características del niño (por ejemplo, la sensibilidad emocional de base, la impulsividad), en una transacción con un contexto social que moldea y mantiene la labilidad; las transacciones de refuerzo recíproco entre las vulnerabilidades biológicas y los factores de riesgo ambientales aumentan la desregulación emocional y el descontrol conductual, lo que contribuye a resultados cognitivos y sociales negativos; una constelación de características identificables y estrategias de afrontamiento inadaptadas se desarrolla con el tiempo; y estos rasgos y conductas pueden exacerbar el riesgo de desregulación emocional generalizada en todo el desarrollo, debido a los efectos evocativos en las relaciones interpersonales y el funcionamiento social, y a través de la interferencia con el desarrollo emocional saludable.

La gestión de la vulnerabilidad emocional y la invalidación continua a menudo sume al paciente en un dilema entre la sobrerregulación y la desregulación de la experiencia y la expresión emocionales.

Linehan (1970) llamó a estos patrones "dilemas dialécticos" porque una idea esencial de la "dialéctica" es que cualquier posición contiene su propia antítesis o posición opuesta. Los inevitables fallos del paciente a la hora de regular sus emociones conducen a una mayor invalidación ("¿Por qué estás tan sensible?", "¡Estás loco!" o "¡Supéralo!"), lo que a su vez lleva a redoblar los esfuerzos por autorregularse para evitar una mayor invalidación. En el otro extremo, los clientes pueden intensificar la expresión al intentar comunicar por qué sus respuestas son válidas ("¡No estoy loco! ¡No lo entiendes!"). Con el tiempo, se desarrollan patrones de comportamiento comunes a medida que los clientes intentan resolver los dilemas inherentes a la emoción dominante.

La vulnerabilidad biológica y una historia de invalidación generalizada crean una sensibilidad exquisita. La más mínima señal puede desencadenar dolor emocional, el equivalente a tocar quemaduras de tercer grado. Como la persona no puede controlar el inicio y el final de los acontecimientos que desencadenan las respuestas emocionales, puede desesperarse por cualquier cosa que haga que el dolor termine. Para muchos, es como si su

cuerpo físico no pudiera resistir las fuerzas que lo atraviesan. Incluso la desregulación de las emociones positivas genera dolor. Las experiencias inevitables del día a día desencadenan un intenso dolor emocional hasta el punto de que tener emociones puede llegar a ser traumático: las personas en esta situación no pueden saber cuándo se van a deshacer por las emociones. El rendimiento se vuelve totalmente impredecible porque está ligado a estados emocionales que la persona es incapaz de controlar. Esta imprevisibilidad frustra las expectativas personales e interpersonales, lo que hace que el cliente y los demás se sientan frustrados y desilusionados. La persona se desespera porque experimenta su sensibilidad emocional como algo biológico, como parte de su temperamento y, por lo tanto, como algo que nunca cambiará. La cliente se encuentra atrapada en una pesadilla de descontrol. La vida es una lucha continua para soportar los acontecimientos de un día normal. El suicidio puede parecer la única forma de evitar futuros sufrimientos atroces. El suicidio también puede ser una comunicación final a otras personas insensibles.

La desregulación emocional también se ha relacionado con diversos problemas de salud mental. El abuso de sustancias, los trastornos alimentarios y muchos otros patrones destructivos de conducta con frecuencia funcionan como formas de escapar de emociones insoportables. Los teóricos han propuesto que el trastorno depresivo mayor debe conceptualizarse como un trastorno de desregulación emocional, basado en parte en un déficit en el aumento y mantenimiento de las emociones positivas. De manera similar, revisiones bibliográficas han demostrado que los trastornos de ansiedad, la esquizofrenia y hasta los trastornos bipolares están directamente relacionados con la desregulación emocional.

Aunque las respuestas emocionales son sistémicas, se puede considerar que están compuestas por los siguientes subsistemas relacionados entre sí: vulnerabilidad emocional frente a los estímulos; eventos internos y/o externos que, si se alimentan, actúan como estímulos emocionales (por ejemplo, eventos disparadores); evaluación e interpretaciones de los estímulos; tendencias de respuesta, que incluyen respuestas neuroquímicas y fisiológicas, experienciales e impulsos de acción; respuestas y acciones expresivas no verbales y verbales; y efectos posteriores del “desencadenante” emocional inicial, incluyendo emociones secundarias.

La desregulación emocional es la incapacidad, pese a los mejores esfuerzos, de cambiar o regular los estímulos emocionales, las experiencias, las acciones, las respuestas verbales y/o las expresiones no verbales en condiciones normativas. La desregulación emocional generalizada se observa cuando la incapacidad para regular las emociones se produce en una amplia gama de emociones, problemas de adaptación y contextos situacionales. Es resultado de la vulnerabilidad a la alta emocionalidad, junto con la incapacidad de regular las respuestas intensas vinculadas a la emoción. Entre sus características se incluyen: exceso de experiencias emocionales dolorosas; incapacidad para regular la activación intensa; problemas para desviar la atención de los estímulos emocionales; distorsiones cognitivas y fallas en el procesamiento de la información; control insuficiente de conductas impulsivas relacionadas con fuertes emociones positivas y negativas; dificultades para organizar y coordinar actividades a fin de alcanzar objetivos no dependientes del estado de ánimo durante la activación emocional; y tendencia a congelarse o disociarse bajo estados fuertes de estrés.

También puede presentarse como sobrecontrol y supresión emocional, lo que lleva a emociones negativas generalizadas, bajas emociones positivas, incapacidad para incrementar las emociones positivas y dificultad para la comunicación emocional. La desregulación sistémica es producida por la vulnerabilidad emocional y por estrategias de modulación de la emoción desadaptativas e inadecuadas.

La vulnerabilidad emocional se define por estas características: muy alta emocionalidad negativa como línea de base, sensibilidad a estímulos emocionales, respuesta intensa a estímulos emocionales y retorno lento a la línea de base emocional una vez que ha ocurrido la activación emocional.

1.1.3 Modalidades del tratamiento

Hay cuatro modalidades en el tratamiento: terapia individual, contacto telefónico, consulta del terapeuta y entrenamiento grupal en habilidades (Linehan K. C., 2012):

- **El terapeuta individual** mantiene la motivación del paciente para el tratamiento. Es el terapeuta primario. El grueso de la intervención se realiza en estas sesiones individuales.

- Entre sesiones el paciente puede utilizar el **contacto telefónico** para obtener apoyo en la utilización de las habilidades que están siendo trabajadas, evitar la automutilación y fortalecer la relación terapéutica. Este contacto se hace siguiendo reglas que se acuerdan con el terapeuta para regular las razones del contacto y los horarios de atención.

- **Los terapeutas reciben TCD entre sí**, en los grupos de consulta organizados para tal fin, con el objeto de aprender a mantener una posición dialéctica y a apoyarse en las dificultades que pueden aparecer en la implementación de este tipo de tratamiento. Estos grupos son considerados esenciales para los terapeutas que utilizan la TCD para el tratamiento del TPL.

- Las habilidades que el paciente necesita desarrollar son adquiridas, desarrolladas y fortalecidas en grupos de **entrenamiento en habilidades**, apoyo telefónico y en vivo, y tareas comportamentales:

– **Habilidades centrales de toma de conciencia activa y de atender cuidadosamente (habilidades de mindfulness)**: Se derivan de técnicas de meditación budista, se utilizan como estrategias psicológicas sin una intencionalidad religiosa en su aplicación, buscan facilitar en el paciente una conciencia clara del contexto de su experiencia.

– **Habilidades de efectividad interpersonal**: Buscan centrarse en formas efectivas para el logro de los objetivos personales que impliquen a otras personas. Incluyen aprender a pedir lo que se necesita, a decir no y ser respetado, mantener relaciones con otros y fortalecer la autoestima.

– **Habilidades de modulación de emociones**: Buscan entrenar al sujeto en sentir y tolerar emociones negativas como parte de su experiencia.

– **Habilidades de tolerancia al malestar**. Al igual que las anteriores, éstas buscan entrenar al sujeto en sentir y tolerar emociones negativas como parte de su experiencia.

El ambiente se estructura de varias maneras: desde el terapeuta, desde el paciente y desde la familia, buscando que no haya un reforzamiento diferencial de comportamientos. Específicamente se busca que no haya refuerzo de comportamientos maladaptativos y/o castigo de comportamientos efectivos (*Figura 3*).

Figura 3 Modalidades de intervención

Modalidad	Características
Terapia individual	<ul style="list-style-type: none"> - Una sesión por semana de 50 a 90 minutos de duración. En momentos críticos puede ser más larga. - Se trabajan objetivos señalados de modo jerárquico, atendiendo a la relevancia (uso de tarjetas diarias). - Identificar contingencias involucradas en el mantenimiento de la conducta disfuncional.
Entrenamiento en habilidades	<ul style="list-style-type: none"> - Sesiones grupales de 2 horas o de 2 horas y media, una vez por semana, por lo menos durante el primer año de tratamiento. - Manejo de contingencias y generalización de habilidades.
Consulta de habilidades (se usa en pacientes que tienen problemas con consumo de drogas)	<ul style="list-style-type: none"> - Se persigue reforzar el vínculo del paciente con el terapeuta o, al menos, con un miembro del grupo que ayude a que el paciente asista a las sesiones. - Fortalecimiento por medio de líderes en entrenamiento de habilidades (un alumno aventajado lleva un seguimiento directo de las tareas, ejercicios, etc. del paciente).
Consultas telefónicas	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigir la puesta en práctica de habilidades favoreciendo su generalización en ámbitos cotidianos. - Intervenir en crisis de emergencia. - Reparar la relación terapéutica sin que haya que esperar a la siguiente sesión (mantener al paciente en la terapia).
Estructuración de entorno	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de contingencias. - Qué aspecto del tratamiento mantiene la conducta.
Atención a los terapeutas	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisiones semanales individuales o colectivas.

Nota: (Tomado del libro: Manual de entrenamiento de los trastornos de la personalidad límite. Marsha M. Linehan, 2012.)

La meta central de la TCD es ayudar a los clientes a crear “vidas que valgan la pena ser vividas”. Organiza el tratamiento en cuatro estadios, cada uno con sus metas, buscando evitar que el tratamiento se vuelva una permanente solución de crisis. Es un proceso ordenado y lógico que va desde el abordaje de los comportamientos que permiten al paciente mantenerse vivo y adherirse al proceso terapéutico, hasta aquellos asociados a construir una mejor calidad de vida con la adquisición de nuevas habilidades de manejo efectivas.

1.1.4 Estructura del entrenamiento en habilidades en la TCD

La TDC (Linehan M. M., 2020) se compone de cuatro módulos de habilidades específicas, basadas en las dificultades de regulación de los pacientes y sus consecuencias: habilidades básicas de conciencia, habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación de las emociones y habilidades de tolerancia al malestar. Cada módulo requiere

alrededor de ocho sesiones de entrenamiento (*Figura 4*). El primer módulo, habilidades básicas de conciencia, puede requerir unas tres sesiones, pero se repasa y refuerza al principio antes de cada nuevo módulo.

Figura 4 Estructura del entrenamiento en habilidades en la TCD

Módulo de entrenamiento	Síntomas diana
Habilidades básicas de conciencia	Confusión acerca del yo. Identidad. Vacío
Habilidades de efectividad interpersonal	Caos interpersonal. Relaciones inestables.
Habilidades de regulación emocional	Inestabilidad emocional y de estados de ánimo
Habilidades de tolerancia al malestar	Impulsividad

Nota: (Tomado del libro: Manual de entrenamiento en habilidades DBT. Marsha M. Linehan, 2020.)

1.1.5 Evidencia empírica de TCD

Dos estudios controlados financiados con fondos del Instituto de Salud Mental y el Instituto Nacional de Abuso de Drogas mostraron que la TCD es más efectiva que el tratamiento usual TAU (Treatmentas- usual) en el tratamiento del TPL y sus diagnósticos comórbidos de abuso de sustancias. Quienes recibieron TCD al compararlo con TAU, presentaron una menor probabilidad de dejar la terapia, reportaron menos comportamientos para suicidas y si los presentaron, fue menos probable que necesitaran una hospitalización, estuvieron menos días en el hospital y tuvieron mayores puntajes en las escalas de ajuste global y social.

La TCD ha sido usada en varios estudios controlados, aleatorizados, fuera de la Unidad de Investigación de Linehan en la universidad de Washington. Koons, Robins, Tweed & Lynch, asignaron al azar a veinte mujeres diagnosticadas con TPL a TCD o TAU. A diferencia de los estudios originales de Linehan (1991, 1993), los sujetos no debían tener una historia reciente de parasuicidio. Los sujetos que recibieron TCD mostraron una reducción estadísticamente significativa en la ideación suicida, depresión, desesperanza y rabia, al compararlos con los sujetos que recibieron TAU.

Verheul et al., llevaron a cabo un estudio controlado aleatorizado en Noruega, comparando TCD y TAU. Sus resultados son consistentes con los obtenidos en los estudios reportados anteriormente. Los sujetos en la condición de TCD reportaron una mayor adherencia al tratamiento, reducción de comportamientos suicidas, reducción de episodios de autodaño y automutilación.

Varios autores han revisado la evidencia de la eficacia de la TCD para el tratamiento del trastorno de personalidad límite con o sin comorbilidad de abuso de sustancias, encontrando su superioridad en el tratamiento de estas patologías.

Linehan presenta un estudio aleatorizado, controlado, de dos años de duración (un año de tratamiento propiamente dicho y otro de seguimiento de los pacientes), comparando la TCD con el tratamiento dado por expertos en comportamiento suicida y TPL, encontrando que la TCD estuvo asociada a mejores resultados en la mayoría de las áreas medidas (comportamientos suicidas, utilización de servicios de emergencia y funcionamiento psicológico general). Las conclusiones de este estudio señalan que la efectividad de la TCD no puede ser atribuida al hecho de que la terapia sea administrada por expertos. La TCD parece ser más efectiva en la disminución de intentos de suicidio.

1.2 ¿Qué es la vulnerabilidad psicológica?

La vulnerabilidad biológica hace referencia a la alta sensibilidad a los estímulos emocionales, alta intensidad de la respuesta emocional y el lento retorno al estado emocional basal. La alta sensibilidad se expresa con un umbral bajo a los estímulos y una reacción rápida a los estímulos emocionales. La alta intensidad significa que la reacción emocional es intensa y desregula el procesamiento cognitivo. El retorno lento al estado emocional basal se manifiesta con expresiones emocionales de larga duración.

Las personas que son emocionalmente vulnerables: Son más sensibles a los estímulos emocionales. Experimentan emociones con mayor frecuencia que otras. Pueden sentir que las emociones las golpean sin ninguna razón, de la nada. Tienen emociones más intensas que otros: emociones que se sienten como ser golpeados por una tonelada de ladrillos. Tienen emociones duraderas. Esta vulnerabilidad a la alta emocionalidad está fuertemente influenciada por factores biológicos: genética, factores intrauterinos durante el embarazo, daño cerebral o trastornos físicos después del nacimiento.

1.3 Ambiente invalidante

El ambiente invalidante es aquel en el cual la comunicación de eventos privados (particularmente las respuestas emocionales) son tomadas por el contexto como incorrectas, inapropiadas, patológicas; o simplemente no son tenidas en cuenta. La invalidación tiene dos características: primero le dice al individuo que su descripción o análisis de su propia experiencia es errónea y luego atribuye dichas características a rasgos de personalidad socialmente inaceptables. Como consecuencia, el ambiente no enseña habilidades de regulación emocional a un individuo que las necesita imperiosamente, y en cambio, produce aprendizajes disfuncionales. El individuo, puesto en esta situación, solo puede elegir entre estrategias extremas de regulación: escalar la expresión emocional o disociarse.

Las familias invalidantes restringen las demandas del niño, no tienen en cuenta sus preferencias ("qué sabrás tú") y utilizan el castigo como forma de controlar la conducta. En este ambiente, el niño no aprende a poner nombre a sus emociones, modularlas, tolerar el malestar o confiar en sus repuestas emocionales como interpretaciones válidas de los eventos. Como consecuencia, durante su infancia y la vida adulta, estos sujetos tienen mayor sensibilidad emocional, dificultades para modular el afecto y un lento retorno a la línea base, lo que dificulta seriamente su capacidad de adaptación vital y da lugar a la mayor parte de síntomas y signos característicos del TLP.

1.3.1 Auto-invalidación:

. *La auto-invalidación*: sería, según Linehan, la adopción o asunción como propias de las características de un entorno invalidante. Esto daría lugar a tres patrones principales de respuesta:

- a) la inhibición de experiencias y expresiones emocionales (ej. silencio y expresión seria como respuesta a la rabia)
- b) la percepción negativa de uno mismo (insultos, odio por sí mismo, falta de respeto)
- c) exageración de la facilidad de resolución de problemas actuales (por ejemplo, pensar que se necesita simplemente fuerza de voluntad para no volver a auto mutilarse: "lo hago porque soy débil, no tengo carácter para evitarlo...")

En la TDC el terapeuta tratará de ayudar a los pacientes a entender que su respuesta tiene sentido, ya que se trata de un intento desesperado por enfrentarse a las intensas emociones experimentadas. Los terapeutas comunican esta validación por medio de la escucha, el reflejo y aceptando el núcleo de verdad de las experiencias emocionales del paciente.

Las personas aprenden a responder a su continua vulnerabilidad a la desregulación de las emociones invalidándose a sí mismas, al igual que otros lo han hecho. La autoinvalidación adopta al menos dos formas. En la primera, la persona juzga duramente la desregulación ("no debería ser así"). En este caso, la persona intenta controlar y evitar las respuestas primarias naturales. Cuando esto falla, la persona se vuelve contra sí misma culpándose y odiándose. La autolesión intencionada puede utilizarse para castigarse por el fracaso. En el segundo, la persona puede negar e ignorar la vulnerabilidad a la desregulación ("Yo *no soy* así"), bloquear la experiencia emocional y mantener unas expectativas elevadas y poco realistas. De este modo, la persona minimiza la dificultad de resolver los problemas de la vida y no reconoce que necesita más ayuda. Este patrón suele frustrar los intentos de cambio, ya que la persona no tolera el aprendizaje por ensayo y error necesario para adquirir estrategias de autocontrol.

La emoción evoluciona como una respuesta rápida de todo el cuerpo: nuestra fisiología, percepción, acciones y procesos cognitivos se activan juntos de forma coherente, orientando y organizando la adaptación a los continuos cambios del entorno y de nuestro

cuerpo. Oímos un ruido inesperado e inmediatamente se dispara la emoción, orientándonos para estar preparados. En un desarrollo emocional sano, los cuidadores responden al niño de manera que se refuerzan los vínculos entre las señales del entorno, las emociones primarias y la expresión emocional socialmente apropiada, al tiempo que se debilitan los vínculos para la expresión socialmente inapropiada. Las respuestas de nuestros cuidadores validan lo que es eficaz, apropiado y tiene sentido en nuestras respuestas e invalidan lo que es ineficaz, inapropiado y no tiene sentido. Las respuestas validadoras de los demás nos enseñan a utilizar las emociones para comprender lo que ocurre dentro y fuera de nuestra piel como una lectura en cada momento de nuestro propio estado y de nuestras necesidades con respecto al entorno. En un entorno óptimo, los cuidadores proporcionan un alivio contingente y apropiado para las emociones fuertes, refuerzan y ayudan al individuo a refinar las funciones naturalmente adaptativas, organizativas y comunicativas de las emociones.

Por supuesto, ninguno de nosotros tiene un entorno óptimo. Incluso los mejores padres están cansados, estresados, ellos mismos están habitualmente ansiosos, enfadados o deprimidos. A partir de estos estados comprometidos, castigan o minimizan la expresión válida de las emociones primarias. En consecuencia, aprendemos formas más o menos disfuncionales de expresar y dar sentido a nuestras emociones. Sin embargo, los problemas más graves surgen cuando los cuidadores no responden de forma *sistemática y persistente a las emociones primarias* y a su expresión. La invalidación generalizada se produce cuando, la mayoría de las veces, los cuidadores tratan nuestras respuestas primarias válidas como incorrectas, inadecuadas, inapropiadas, patológicas o que no deben tomarse en serio. Las respuestas primarias de interés se aplastan o se ridiculizan de forma persistente; las necesidades normales de apaciguamiento se desatienden o se avergüenzan con regularidad; los motivos honestos se ponen en duda y se malinterpretan de forma sistemática. Por lo tanto, la persona aprende a evitar, interrumpir y controlar sus propias inclinaciones naturales y respuestas emocionales primarias.

En entornos de invalidación generalizada, se produce el condicionamiento del miedo: evitamos cualquier experiencia de los sucesos privados (pensamientos, sensaciones o emociones) que puedan acercarnos a la red. Nos volvemos extremadamente sensibles a todas las señales que puedan provocar el doloroso acercamiento de la invalidación. Nos volvemos fóbicos a nuestras propias respuestas válidas y naturales. Las historias de invalidación

generalizada dejan a las personas no sólo hipersensibles a la invalidación de los demás, sino sensibles a cualquier respuesta propia, válida o no, que pueda incitar a los demás a invalidarlas.

Linehan (1993) ha argumentado que es la experiencia de invalidación generalizada la que es causal y no un tipo específico de trauma. Tales historias dejan a las personas extremadamente sensibilizadas a la invalidación. Cuando el entorno no se adapta bien a nuestras necesidades, ya sea debido a una vulnerabilidad biológica o a una invalidación generalizada, aprendemos una serie de estrategias problemáticas de regulación de las emociones. Cuando nuestra experiencia y expresión normativas de las emociones provocan malestar en los demás, que se retraen y nos critican en lugar de ayudarnos y apoyarnos, aprendemos que quiénes somos y cómo somos provoca rechazo interpersonal. De este modo, aprendemos a evitar nuestras respuestas primarias válidas y, en su lugar, desarrollamos patrones de embotamiento, enmascaramiento y/o distorsión de nuestra experiencia y expresión de las emociones.

La evitación puede ser sutil: nos protegemos cuando percibimos una ligera falta de atención en nuestro amigo mientras hablamos cambiando lo que íbamos a decir por una auto-revelación menos arriesgada; sin darnos cuenta escapamos rápidamente de un primer destello vulnerable de tristeza o vergüenza sintiéndonos irritados. La evasión puede ser obvia, una huida total: nuestro estado emocional es tan adverso que escapamos de él involuntariamente dissociándonos o encontramos métodos desesperados, como la autolesión intencionada, para acabar con el dolor emocional. Aunque estos procesos de aprendizaje nos afectan a todos, las personas propensas a la desregulación emocional experimentan una invalidación social más generalizada y llegan a alternar entre estrategias de sobrerregulación y subregulación de la emoción y su expresión. Estos patrones de comportamiento problemáticos causan estragos en las vidas de los clientes y en la terapia

1.3.2 Características del ambiente invalidante

Los ambientes invalidantes también tienden a responder de forma extrema (es decir, con reacciones excesivas o insuficientes) a experiencias privadas que sí se manifiestan en público. Los componentes fenomenológicos, fisiológicos y cognitivos de las emociones son

experiencias privadas prototípicas que conducen a la invalidación en estos ambientes. Para aclarar la contribución del ambiente invalidante a los patrones de comportamiento emocionalmente desregulados, contrastémoslo con los ambientes que fomentan las habilidades de regulación de las emociones más adaptativas. En la familia óptima, la validación pública de la experiencia privada se da con frecuencia. Por ejemplo, cuando un niño dice: “Tengo sed”, los padres le dan de beber (en lugar de decir: “No, no tienes. Acabas de beber”). Cuando un niño llora, los padres lo calman o intentan descubrir qué está mal (en lugar de decir: “¡Deja de llorar!”). Cuando un niño expresa enojo o frustración, lo toman en serio (en lugar de descartarlo como poco importante). Cuando el niño dice: “Hice mi mejor esfuerzo”, el padre está de acuerdo (en lugar de decir: “No, no lo hiciste”). Se tienen en cuenta las preferencias del niño (como el color de la habitación, las actividades o la ropa); sus creencias y pensamientos son tomados y respondidos seriamente; y sus emociones se ven como comunicaciones importantes.

La comunicación exitosa de la experiencia privada en dicha familia es seguida por cambios en la conducta de otros miembros, que aumentan la probabilidad de que se satisfagan las necesidades del niño y disminuyen la probabilidad de consecuencias negativas. La respuesta de los padres, que está en sintonía y no es aversiva, da como resultado niños que son más capaces de distinguir sus propias emociones y las de los demás.

Por el contrario, una familia invalidante es problemática porque en ella las personas responden a la comunicación de preferencias, pensamientos y emociones con respuestas no adaptadas. Específicamente, con falta de respuesta o consecuencias extremas, esto lleva a una intensificación de las diferencias entre la experiencia privada de un niño emocionalmente vulnerable y la que tiene el contexto. Estas discrepancias persistentes constituyen el entorno de aprendizaje necesario para que se generen los problemas asociados con la desregulación emocional. Además de las fallas tempranas para responder de manera óptima, un ambiente invalidante generalmente enfatiza el control de la expresividad emocional, en especial de emociones negativas.

Las experiencias dolorosas a menudo se trivializan y se atribuyen a rasgos negativos, como falta de motivación, de disciplina y de adopción de una actitud positiva. Las emociones positivas fuertes y las preferencias asociadas se pueden atribuir a otros rasgos negativos,

como la falta de juicio y reflexión o la impulsividad. Otras características del ambiente invalidante incluyen restringir las demandas que un niño puede hacer sobre el medioambiente, discriminarlo sobre la base del género u otras características arbitrarias y usar el castigo (desde la crítica hasta el abuso físico y sexual) para controlar la conducta.

El ambiente invalidante contribuye a la desregulación emocional al no enseñar al niño a etiquetar y modular la activación, a tolerar el malestar o a confiar en sus propias respuestas emocionales como interpretaciones válidas de los acontecimientos. También le enseña activamente a invalidar sus propias experiencias, al hacer necesario que explore el entorno en busca de señales sobre cómo actuar y sentir. Al simplificar en exceso la facilidad de resolver los problemas de la vida, no lo orienta para establecer metas realistas. Además, al castigar la expresión de la emoción negativa y erráticamente reforzar la comunicación emocional solo después de la escalada del niño, la familia da forma a un estilo de expresión emocional que oscila entre la inhibición extrema y la desinhibición extrema. En otras palabras, la respuesta habitual de la familia a la emoción impide la función comunicativa de las emociones ordinarias.

La invalidación emocional, particularmente de las emociones negativas, es un estilo de interacción característico de las sociedades que valoran el individualismo, incluido el autocontrol y el logro individual, como sucede en la cultura occidental en general. Una cierta cantidad de invalidación es, por supuesto, necesaria para criar a un niño y enseñar autocontrol. No todas las comunicaciones de emociones, preferencias o creencias pueden responderse de manera positiva. El niño que es muy emocional y tiene dificultades para controlar las conductas emocionales provocará mayores esfuerzos de su entorno para hacerlo, en especial de los padres, pero también de amigos y profesores. La invalidación puede ser bastante efectiva para inhibir temporalmente la expresión emocional. Sin embargo, los ambientes invalidantes tienen efectos diversos en diferentes niños. Las estrategias de control de la emoción utilizadas en las familias invalidantes pueden tener un impacto negativo pequeño —o incluso ser útiles— en aquellos que están fisiológicamente bien equipados para regular sus emociones. No obstante, en los niños emocionalmente vulnerables se cree que tienen un impacto devastador, normalmente esta visión transaccional del desarrollo de la desregulación emocional generalizada no debe usarse para disminuir la importancia del trauma en la etiología del TLP y la desregulación emocional.

1.4 Regulación emocional

Según Gross (1999) la regulación emocional se refiere a “aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos, y sobre cómo las experimentamos y las expresamos” (Gross, 1999, p. 275).

Otros autores definen la regulación emocional como “los procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas” (Thompson 1994, p. 27-28). Esta última definición añade algo esencial, y es que las personas activan procesos de regulación emocional en base a una necesidad o una meta, ya sea ésta consciente o inconsciente. En muchas ocasiones la meta es reducir un estado afectivo negativo porque se ha vuelto muy intenso o muy duradero, pero pueden existir otras metas. De hecho, en algunos casos la meta puede ser reducir un estado emocional positivo, por ejemplo porque no encaja en una situación social determinada (Santos, 2022).

En todo caso, estas definiciones no diferencian de forma clara cuándo el proceso es adaptativo y cuándo por el contrario se convierte en disfuncional. Este punto es cada vez más relevante ya que muchas conductas problemáticas como el consumo de alcohol u otras sustancias, o las conductas auto-lesivas se están conceptualizando como estrategias disfuncionales de regulación (McNally, Palfai, Levine, y Moore, 2003; Gratz, 2003). Por tanto, aunque en general hablamos de la regulación emocional como un proceso eminentemente adaptativo, no hay que olvidar que los esfuerzos por modificar nuestros estados emocionales pueden ser efectivos y adaptativos, pero también ineficaces, disfuncionales e incluso contraproducentes. En el polo opuesto, podemos definir la desregulación afectiva como la presencia de un déficit en la activación y/o efectividad de las estrategias de regulación empleadas por una persona ante sus estados afectivos negativos (Hervás y Vázquez, 2006).

1.4.1 Presencia de la regulación emocional en el campo clínico.

Por tanto, se pueden distinguir al menos tres vías por las que la regulación emocional se hace presente en el campo clínico (Hervás, 2011):

1) Desregulación por déficit de activación. La primera vía se puede observar en aquellas situaciones en las cuales una persona no activa estrategias de regulación a pesar de experimentar intensos estados de disforia. Esta falta de activación de estrategias se puede convertir en parte importante del problema clínico como sucede, por ejemplo, en la depresión. En estos casos, el individuo puede abandonarse en su estado de ánimo negativo sin hacer nada para compensarlo y por tanto hablaríamos de un déficit en la activación de estrategias de regulación.

2) Desregulación por déficit de eficacia. En segundo lugar podemos situar la ineficacia de las estrategias de regulación empleadas ya que la activación de estrategias de regulación no tiene por qué conducir forzosamente a la regulación de un estado emocional negativo. Por ejemplo, ante un hecho impactante o incluso potencialmente traumático aunque la persona active estrategias de regulación emocional adecuadas -que serían útiles para cualquier otra persona-, probablemente no serán eficaces si no ha procesado y asimilado la situación vivida (p. ej., Hunt, 1998). En esta misma línea, las investigaciones apuntan de forma clara a que el déficit en habilidades emocionales como la claridad emocional o la aceptación emocional dificultan la regulación (p.ej., Liverant, Brown, Barlow y Roemer, 2008).

3) Desregulación por empleo de estrategias disfuncionales de regulación emocional. Algunas personas, ante sus reacciones emocionales negativas, activan estrategias de regulación inadecuadas para corregir dichas experiencias pero no lo consiguen. Por el contrario, lo que encuentran es que sus reacciones son más intensas y descontroladas. A menudo esto es la consecuencia de usar estrategias contraproducentes (p. ej., evitación/rechazo/supresión emocional) que, lejos de reducir la intensidad de la experiencia, la intensifican (Dalglish, Yiend, Schweizer y Dunn, 2009; Gross y Levenson, 1997). Por tanto, la desregulación puede no ser un problema de activación o de eficacia, sino que a veces los intentos de regulación, en sí mismos, son el problema.

Diversas investigaciones y modelos teóricos han asociado la regulación emocional eficaz con una mejor salud y un mayor bienestar afectivo, intelectual e interpersonal (Mora, 2017). Contrariamente las dificultades en la regulación emocional se han asociado con el desarrollo y mantenimiento de la mayor parte de los problemas que pueden requerir atención

clínica contemplados en diversas categorías diagnósticas (DSM) (p. ej., Aldao et al., 2010; Essau et al. 2017; Hervás, 2011; John & Gross, 2004; Papa & Epstein, 2018; Sheppes et al., 2015; Sloan et al., 2017; Werner & Gross, 2010).

En concordancia con esto, varios enfoques terapéuticos han incorporado de manera explícita el concepto de regulación emocional y/o incluyen algún tipo de intervención o entrenamiento para optimizar la manera en que las personas gestionan o se vinculan con sus propias emociones (p. ej., Barlow et al., 2015; Greenberg, 2017; Hayes et al., 2012; Leahy et al., 2011; Linehan, 2003; Mennin & Fresco, 2009; Nezu et al., 2018; Segal et al., 2008; Valdivia et al., 2010; Wells, 2000). No obstante, y a pesar de que diversas prácticas y modelos de intervención clínica han mostrados ser eficaces (Fonseca-Pedrero et al., 2021; Pérez Álvarez, 2020), simultáneamente casi todas las investigaciones señalan que la incidencia y la prevalencia de los problemas de salud mental están aumentando en todo el mundo (Hayes & Hofmann, 2021).

El abordaje de la regulación emocional requiere previamente una comprensión de las emociones (Gross, 2014). Según Papa y Epstein (2018) las investigaciones sobre las emociones y sus abordajes clínicos basados en evidencia pueden agruparse en tres grandes grupos de acuerdo con las posiciones filosóficas a las que adhieren. Desde una perspectiva constructivista se considera que las emociones son valoraciones o significados socialmente condicionados que se atribuyen a estímulos antecedentes y que se imponen a respuestas afectivas de base neurofisiológica (Barrett, 2012). Por su parte, los que adhieren a una perspectiva evolucionista y más a fin con el contextualismo filosófico, consideran que las emociones son tendencias de acción discretas heredadas por selección natural, que permiten a las personas adaptarse y responder rápidamente a los antecedentes (Keltner & Haidt, 1999).

Una tercera alternativa adopta una posición intermedia y considera que las emociones humanas son diversos estados cuyo surgimiento se encuentra mediado por los procesos de evaluación de las situaciones típicas de la especie (Scherer, 2009; Hofmann, 2016). Más allá de la orientación teórica en lo referido a las condiciones antecedentes distintas perspectivas coinciden en que las emociones son respuestas a eventos psicológicamente relevantes (Frijda, 1986; Gross, 2014; Hofmann, 2016; Lazarus, 1991; Scherer, 2009). A su vez, numerosas investigaciones señalan que las emociones son fenómenos multidimensionales de cuerpo

entero que involucran respuestas semi-acopladas, que incluyen cambios fisiológicos, expresivos, cognitivos y motivacionales (p. ej., Cacioppo et al., 2000; Fredrickson & Branigan, 2005; Gross, 2014; Keltner & Haidt, 1999; Levenson, 2014; Papa y Epstein, 2018; Vuilleumier & Huang, 2009; Susskind et al., 2008; Vytal & Hamann, 2010).

A menudo, aunque no siempre, estas respuestas son útiles para hacer frente y alcanzar las metas que le dieron lugar a la emoción (Levenson, 1999). El abordaje de las funciones intrapersonales e interpersonales de las emociones (Hofmann, 2014; Levenson, 1999; Zaki & Williams, 2013) permite diferentes niveles de análisis entre los que se puede incluir el nivel individual, el diádico, el grupal y el cultural (Keltner y Haidt, 1999). En este sentido se ha propuesto que las emociones informan a las personas acerca de los eventos que necesitan ser atendidos y/o modificados, a la vez que las preparan para responder a problemas que surgen en las interacciones sociales. (Keltner y Haidt, 1999; Levenson et al., 1990). También se ha señalado que las emociones y su expresión facilitan la coordinación de las interacciones sociales, a la vez que ayudan a conformar los grupos, definir los roles y gestionar los conflictos que surgen en su seno, interviniendo también y siendo afectadas por los procesos de aprendizaje de las normas, los valores, las identidades culturales y las relaciones de poder predominantes en una sociedad (Keltner y Haidt, 1999).

1.4.2 Déficit de regulación emocional en los trastornos clínicos.

1.4.2.1 Depresión

La depresión tiene un componente muy importante de descontrol afectivo, o, dicho de otra forma, de ruptura de la homeostasis afectiva en la que cada individuo fluctúa. Tal es así que la depresión podría denominarse, no ya un trastorno del estado de ánimo, sino un trastorno de la regulación del estado de ánimo.

La investigación corrobora la existencia de déficit de regulación emocional en las personas con depresión ya que se ha observado que sus estados de ánimo son más duraderos (Peeters et al., 2003) y, al mismo tiempo, su tendencia a realizar actividades positivas es muy reducida (p.ej., Lewinsohn & Graf, 1973). Por ejemplo, los pacientes depresivos tienden a reaccionar ante los acontecimientos negativos cotidianos con menor intensidad que el grupo control, pero en cambio su reacción tiende a ser más duradera (Peeters et al., 2003). Otras

investigaciones han encontrado que los pacientes depresivos tienen problemas cuando intentan regular sus estados de ánimo tristes con recuerdos positivos (Joorman et al., 2007). Es decir, una estrategia que es eficaz para las personas sanas, parece ser ineficaz en las personas con depresión. Esto podría deberse, según el modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional (Hervás, 2011), a que los depresivos presentan problemas en una o varias de las habilidades emocionales previas (claridad emocional, aceptación emocional, etc.), y en consecuencia, las estrategias de regulación funcionarían de forma deficitaria. Por tanto, la falta de activación de estrategias de regulación podría estar contribuyendo a que, en determinadas personas, un estado anímico negativo pueda ir agravándose con el tiempo permitiendo la aparición de espirales depresivas.

Igualmente, un estudio más reciente encontró que las personas con historia de depresión presentaban mayores problemas de regulación afectiva, menor claridad y menor aceptación emocional que el grupo control sin historia de depresión (Ehring, Fischer, Schnulle, Bosterling, & Caffier, 2008). Por tanto, parece que la aceptación emocional puede estar alterada en los deprimidos (Barraca, 2004).

Una interesante excepción es un estudio experimental, usando una muestra de pacientes depresivos, en el que se comparó la eficacia de la estrategia de supresión versus aceptación (Liverant et al., 2008) ante una inducción afectiva negativa. Estos autores encontraron que los participantes con un nivel medio o alto de rechazo emocional en la condición de supresión emocional fueron los que mostraron los peores resultados en términos de intensidad y duración de la experiencia emocional negativa. Uno de los mecanismos por los que tanto la falta de claridad, como la excesiva atención o la falta de aceptación emocional, favorecen el desarrollo de síntomas depresivos parece ser el aumento de las reacciones rumiativas (Extremera et al., 2006; Hervás & Vázquez, 2006; Salovey et al., 1995). Mientras que algunas personas afrontan las situaciones negativas usando la reflexión (es decir, el análisis emocional) que es una estrategia adaptativa, otras personas emplean la rumiación que aumenta la vulnerabilidad a desarrollar episodios depresivos (p. ej., Treynor et al., 2003). Por tanto, parece que las personas con trastornos depresivos pueden tener dificultades para analizar y procesar emocionalmente los acontecimientos negativos (Greenberg & Watson, 2006). Algunos estudios recientes de tipo experimental sugieren que la falta de aceptación podría estar generando una mayor tendencia a rumiar (p. ej., Watkins &

Moulds, 2005), y este efecto parece ser consecuencia del aumento en el número de emociones generados en los episodios de tristeza (Hervás & Vázquez, 2011).

La investigación sobre el papel de la regulación emocional en la depresión plantea interesantes retos para el futuro como, por ejemplo, conocer la relación entre los déficit en estos procesos afectivos y la aparición y el mantenimiento de los sesgos cognitivos. Habitualmente en la literatura clínica se conceptualizan los sesgos cognitivos como consecuencia de la activación de esquemas cognitivos negativos o disfuncionales. Sin embargo, la literatura proveniente de la psicología de la personalidad plantea a menudo los sesgos cognitivos como resultado de procesos de regulación anímica (p. ej., Heimpel et al., 2002).

1.4.2.2 Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad son cada vez comprendidos con mayor profundidad gracias a la confluencia de la investigación básica y aplicada. Por ejemplo, varios estudios experimentales han comprobado que aquellas personas que son inducidas a afrontar un episodio emocional de laboratorio intentando suprimir sus emociones reaccionaban con elevados niveles de actividad fisiológica aunque su sensación emocional subjetiva se redujera (p.ej., Gross & Levenson, 1997). Estos estudios sugieren que la tendencia a suprimir las emociones puede elevar los niveles de activación fisiológica de una persona. En consecuencia, la supresión emocional continuada podría, en combinación con otros factores situacionales (p. ej., estrés continuado, situación traumática, etc.), estar en la base de las reacciones de intensa ansiedad en algunos pacientes. Por tanto, aunque son necesarios más estudios que demuestren inequívocamente el papel de los procesos emocionales como factores de vulnerabilidad, los datos demuestran la existencia de alteraciones emocionales en muchos pacientes con trastornos de ansiedad.

El trastorno de pánico está caracterizado por la vivencia de experiencias puntuales de ansiedad intensa acompañadas de sensaciones físicas diversas y de sentimientos de miedo y malestar, sin la presencia de ningún estímulo considerado como amenazante por el individuo (APA, 1994). Aunque actualmente el modelo cognitivo del pánico es el más generalizado, la existencia de diversos procesos disfuncionales en el plano emocional que podrían tener un papel relevante en el desarrollo del trastorno. Varios estudios han encontrado que los

pacientes con trastorno de pánico presentan una tendencia a evitar, suprimir y constreñir la experiencia emocional negativa así como su expresión (Baker, Holloway, Thomas, Thomas, & Owens, 2004; Katerndahl, 1999; Tull & Roemer, 2007). Por tanto, parece que las personas con trastorno de pánico no sólo temen las sensaciones corporales de ansiedad (p.ej., Borden, Clum, Broyles & Watkins, 1988) sino que también, en general, manifiestan un temor y un rechazo a toda su experiencia emocional (Tull & Roemer, 2007; Williams, Chambless & Ahrens, 1997).

La tendencia a experimentar ataques de pánico aparece asociada con bajos niveles de claridad emocional (Gratz & Roemer, 2004; Tull & Roemer, 2007) lo cual probablemente está relacionado con otro rasgo observado en estos pacientes, su baja capacidad para etiquetar emociones (Baker et al., 2004). Algunos estudios experimentales han evaluado el papel de actitudes como la supresión y la evitación en el proceso de respuesta a las sensaciones y emociones que se producen tras una tarea de administración de aire enriquecido con CO₂, una estrategia dirigida a aumentar la sensación de ansiedad de los participantes.

Los resultados muestran que cuando a un grupo de personas sanas se les invita a suprimir la ansiedad mientras realiza dicho ejercicio tienden a reaccionar con mayores niveles de ansiedad durante el proceso (Levitt, Brown, Orsillo, & Barlow, 2004) y con mayores tasas cardiacas durante la fase de recuperación del mismo (Feldner, Zvolensky, Stickle, Bonn-Miller, & Leen-Feldner, 2006). Por el contrario, cuando se les daba instrucciones para aceptar la ansiedad, tanto en el caso de pacientes como en el de individuos sanos, vivieron la experiencia con menos miedo y menos pensamientos catastrofistas (Eifert y Heffner, 2003; Levitt et al., 2004).

Un estudio de enorme relevancia aplicada comparó el efecto de controlar la ansiedad con estrategias de respiración diafragmática -técnica habitualmente usada en los programas de intervención para el trastorno de pánico-, con las estrategias de aceptación. Lo que se observó que la aceptación dio lugar a un menor miedo y a un menor número de pensamientos catastrofistas que la estrategia de respiración diafragmática (Eifert & Heffner, 2003). En cuanto a la aceptación, otro estudio en el que se comparó la reacción de dos grupos de estudiantes con niveles altos o bajos en evitación experiencial en la tarea de aire enriquecido

con CO₂, mostró que el grupo con alta evitación mostró mayor nivel de miedo, más síntomas de pánico y más síntomas cognitivos que el grupo de baja evitación (Karekla, Forsyth y Kelly, 2004). Por tanto, parece que los déficits emocionales generalizados podrían potenciar la sensibilidad a la ansiedad aumentando las probabilidades de sufrir un ataque de pánico. En conjunto, estas nuevas investigaciones apuntan a que emplear estrategias disfuncionales de regulación emocional (evitación, rechazo, supresión) ante acontecimientos negativos de alta intensidad emocional podría aumentar progresivamente el nivel de activación fisiológica y, por tanto, predisponer a la experiencia de un ataque de pánico (Baker et al., 2004).

En resumen, la presencia de intentos de supresión y evitación emocional puede ayudar a explicar la conexión entre los acontecimientos vitales negativos y las primeras reacciones de ansiedad intensa, así como también permita entender mejor el círculo vicioso en el cual, durante un ataque de pánico, cada vez se genera más ansiedad y la persona aplica con mayor intensidad estrategias disfuncionales de control (que se añadiría a los ya conocidos círculos viciosos entre pensamientos catastrofistas, sensaciones corporales intensas y mayor emoción de miedo (p.ej., Barlow, 2002).

En conjunto, estos resultados ponen de manifiesto la ventaja potencial de usar técnicas de aceptación y atención plena (p. ej., mindfulness) frente a estrategias de control de la respiración o relajación. Aunque la investigación esté menos desarrollada, es importante destacar el papel de los déficits de regulación emocional positiva en el trastorno bipolar, y concretamente en los episodios maníacos e hipomaniacos. Los datos muestran que una baja regulación de emociones positivas puede predecir la aparición de un episodio maniaco (Gruber, Eidelman, Johnson, Smith, & Harvey, 2011)

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un trastorno complejo. De hecho, hay que resaltar que los pacientes con este trastorno presentan en muchos casos una importante resistencia al tratamiento (Borkovec y Whisman, 1996). El elemento central del mismo es una excesiva preocupación que se manifiesta en numerosas áreas vitales. Las teorías recientes sobre este trastorno plantean que la preocupación es una estrategia que sirve para evitar las imágenes internas negativas, las sensaciones desagradables asociadas y en general las emociones negativas (Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004). Estas teorías sugieren que las personas con ansiedad generalizada podrían estar usando de forma generalizada

estrategias disfuncionales de regulación emocional, y en especial, evitación y supresión. Los resultados de investigación han ido mostrando que, además de su tendencia a la evitación, estos pacientes presentan déficit emocionales en varias áreas clave. Por ejemplo, en cuanto a la apertura, varias investigaciones han demostrado que los pacientes con TAG presentan mayores niveles de alexitimia que los respectivos grupos control (Gutiérrez y Arbej, 2005; Schut, Castonguay y Borkovec, 2001).

Además, se ha demostrado que estos pacientes presentan déficit en la fase de etiquetado emocional ya que manifiestan una muy baja comprensión de sus emociones (Mennin, Heimberg, Turk y Fresco, 2005). La fase de aceptación también parece alterada ya que se ha observado que tienden a rechazar su propia experiencia emocional (Mennin et al., 2005). Recientemente algunos autores han planteado un modelo emocional del TAG (Mennin et al., 2005; Mennin, Holaway, Fresco, Moore y Heimberg, 2007). Estos autores plantean que estos pacientes presentan déficit emocionales en cuatro áreas específicas):

- (a) una elevada intensidad emocional,
- (b) una reducida comprensión de las emociones,
- (c) un rechazo a la propia experiencia emocional y
- (d) uso de estrategias de regulación emocional disfuncionales.

Las reacciones postraumáticas implican la aparición de numerosas emociones negativas y, habitualmente, de forma muy intensa (p. ej., Vázquez, Hervás y Pérez-Sales, 2008). Este hecho nos indica que la experiencia traumática suele exigir una capacidad de regulación emocional muy elevada. Dado que no todo el mundo dispone de esa capacidad, es habitual que las personas con un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT) presenten rasgos marcados de desregulación emocional (Tull, Barrett, McMillan y Roemer, 2007).

Rachman (1980, 2001) ha argumentado que las reacciones postraumáticas como las pesadillas o los flashback son signos de la existencia de dificultades para procesar emocionalmente el acontecimiento traumático. Siguiendo este razonamiento podríamos concluir que la presencia mantenida de un trastorno postraumático puede ser consecuencia de una incapacidad o un bloqueo para asimilar las implicaciones cognitivas y emocionales de la experiencia; en muchos casos, este bloqueo puede ser consecuencia, como veremos, del

empleo de estrategias disfuncionales para manejar las intensas reacciones presentes (Rachman, 2001). Dadas las dificultades asociadas con el procesamiento cognitivo emocional de determinadas situaciones traumáticas (Janoff-Bulman, 1992), la sintomatología persistente puede llevar a la persona a evitar finalmente las emociones y recuerdos asociados con el trauma, generándose déficit emocionales como consecuencia del curso crónico del trastorno (Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002). En otros casos, déficit emocionales previos como la falta de claridad o de aceptación emocional podrían actuar como factores de vulnerabilidad favoreciendo que la experiencia traumática, incluso aunque no sea especialmente grave, pueda derivar en un trastorno clínico.

Con respecto a la atención, etiquetaje y aceptación emocional, se ha encontrado que el nivel de sintomatología postraumática parece independiente del nivel de atención emocional, pero correlaciona con una baja claridad emocional y con una reducida aceptación emocional (Tull et al., 2007). Los pacientes con TEPT presentan en mayor medida evitación experiencial (Marx y Sloan, 2005; Plumb, Orsillo, & Luterek, 2004; Tull & Roemer, 2003). De forma coherente con estos resultados, se ha observado que, en comparación con combatientes sin TEPT, aquellos con TEPT presentaban una mayor tendencia a ocultar sus emociones a los demás (Roemer, Litz, Orsillo, & Wagner, 2001). Cuando se combinan varios de estos déficits sería de esperar que las probabilidades de que se genere sintomatología postraumática aumentaran.

Una investigación reciente ha mostrado que la combinación de un déficit en la descripción de las emociones y el uso de estrategias de evitación da lugar a una mayor gravedad de síntomas postraumáticos (Monson, Price, Rodriguez, Ripley, & Warner, 2004). Aunque los resultados empíricos sugieren que la evitación tanto de pensamientos, como de imágenes, situaciones y emociones son desadaptativos (Vázquez et al., 2008), en el futuro sería interesante evaluar el impacto relativo de cada uno de estos componentes, ya que es posible que las correlaciones entre ellos generando asociaciones artificiales y enmascaren una mayor importancia de alguno de ellos. Por todo esto, una de las mayores ventajas de intervenir sobre los procesos emocionales es lograr la mejora de otros aspectos básicos del tratamiento como la exposición.

1.4.2.3 Trastorno límite de la personalidad

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es el que presenta los mayores déficits de regulación emocional y es, además, el que más investigación ha impulsado. Según el consenso actual, uno de los elementos centrales del TLP es precisamente la desregulación emocional. Linehan (1993) denomina a este aspecto vulnerabilidad emocional y lo define como la tendencia a responder a los estímulos ambientales con una elevada sensibilidad (rápidamente), una elevada reactividad (reacción de gran magnitud) y una recuperación retardada (vuelven a la línea base afectiva tras un periodo de tiempo muy amplio).

Una reciente investigación ha mostrado que la evitación experiencial predice la gravedad de los síntomas de TLP, incluso controlando otros rasgos asentados asociados con el TLP, como la impulsividad o la intensidad afectiva (Gratz, Tull, & Gunderson, 2008). Por último, usar un marco de regulación emocional nos permite entender mejor la tendencia a autolesionarse y los intentos de suicidio de estos pacientes.

Según el modelo de evitación experiencial propuesto por Chapman, Gratz, & Brown (2006), estos pacientes usan las autolesiones y los intentos de suicidio como una forma de escapar y evitar sus intensos estados emocionales negativos. De hecho, lo cierto es que estos actos suelen reducir dicha emocionalidad negativa, por lo que se consolidarían a largo plazo por un proceso de refuerzo negativo (Gratz, 2003). La investigación ha apoyado estos planteamientos. En primer lugar, se ha observado que el rechazo emocional aparece asociado con una mayor intolerancia al malestar, evaluada en el laboratorio, en pacientes con TLP (Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez, & Gunderson, 2006). En segundo lugar, el rechazo emocional también se ha visto asociado con una mayor frecuencia de conductas autolesivas (Chapman et al., 2006; Gratz & Roemer, 2004). Por tanto, parece que las conductas autolesivas y parasuicidas podrían ser parcialmente consecuencia de actitudes emocionales disfuncionales como el rechazo emocional o la intolerancia al malestar.

1.4.3 Rol de un ambiente invalidante para la desregulación emocional.

El rol de la invalidación en el desarrollo de la desregulación emocional tiene mucho sentido, una vez que nos percatamos de que una de las funciones primarias de las emociones

en los humanos (así como en otros mamíferos) es servir como un sistema rápido de comunicación. La invalidación de emociones envía el mensaje de que la comunicación no fue recibida. Cuando el mensaje es importante, el remitente aumenta considerablemente la comunicación al intensificar la emoción. Cuando el receptor no “capta” la comunicación o no la cree, es comprensible que incremente los esfuerzos para detener la comunicación, en general por algún medio de invalidación. Y así continúa, una y otra vez, escalando por ambas partes hasta que un lado cede. Muchas veces es el receptor quien finalmente se detiene y escucha o cede a las demandas del emisor altamente emocional. Cuando esto continúa de manera intermitente, se consolida el patrón de escalada de la desregulación de la emoción, tal ambiente es dañino para un niño que comienza su vida con alta vulnerabilidad emocional. Las personas con estos rasgos provocan la invalidación de un entorno que, de otro modo, podría haber sido de apoyo. Una característica definitoria de un ambiente invalidante es la tendencia a responder de forma errática e inapropiada a la experiencia privada (por ejemplo, creencias, pensamientos, sentimientos, sensaciones) y en particular, a ser insensible a la experiencia privada que no se manifiesta en público.

1.4.4 Conductas autolesivas como forma de regulación.

Las conductas impulsivas —y especialmente las autolesivas y suicidas— pueden considerarse como estrategias inadaptadas pero altamente efectivas de regulación emocional. Por ejemplo, en general la sobredosis conduce a largos períodos de sueño, lo que a su vez reduce la susceptibilidad a la desregulación emocional. Aunque el mecanismo por el cual la automutilación ejerce propiedades reguladoras de las emociones no está claro, es muy común que las personas que se involucran en tal conducta informen un alivio sustancial de la ansiedad y otros estados emocionales negativos intensos que siguen a tales actos.

La conducta suicida también es muy efectiva para provocar conductas de ayuda del entorno, que pueden servir para evitar o cambiar las situaciones que provocan dolor emocional. La ideación del suicidio, su planificación y la imaginación de morir de ese modo, cuando se acompaña de la creencia de que el dolor terminará, pueden brindar una intensa sensación de alivio. Finalmente, planificar y participar en un acto de autolesión (y sus consecuencias, si se hace público) puede reducir las emociones dolorosas al proporcionar una distracción tentadora. La incapacidad para regular la activación emocional también interfiere

con el desarrollo y mantenimiento de una conciencia de sí mismo. En general, esta se forma por las observaciones de uno mismo y de las reacciones de los demás ante las acciones propias. La consistencia emocional y la previsibilidad, a lo largo del tiempo y situaciones similares, son requisitos previos para el desarrollo de la identidad.

Esta incapacidad conduce a una conducta impredecible y una inconsistencia cognitiva, y por lo tanto interfiere con el desarrollo de la identidad. La tendencia de las personas desreguladas a tratar de inhibir las respuestas emocionales también puede contribuir a la ausencia de un fuerte sentido de identidad. El entumecimiento asociado con el afecto inhibido muchas veces se experimenta como vacío, lo que contribuye aún más a una conciencia de uno mismo inadecuada y, a veces, completamente ausente. Si la percepción que tiene un individuo de los eventos nunca es “correcta”, o lo es pero aleatoriamente, es natural que desarrolle una sobredependencia de los otros para verificarlos.

Las relaciones interpersonales efectivas dependen tanto de una conciencia de uno mismo estable como de una capacidad de espontaneidad en la expresión emocional. Las relaciones exitosas también requieren de una capacidad para la autorregulación emocional y la tolerancia a los estímulos emocionalmente dolorosos. Sin tales capacidades, es comprensible que las personas desarrollen relaciones caóticas. Cuando la desregulación emocional es generalizada o grave, interfiere con una conciencia estable de uno mismo y con la expresión emocional normal. Las dificultades para controlar las conductas impulsivas y las expresiones de emociones negativas extremas pueden causar estragos en las relaciones de muchas maneras; en particular, las dificultades con la ira y su expresión impiden el mantenimiento de relaciones estables.

Por último, es importante añadir que existen otras formas de regulación disfuncional que, aunque consiguen el objetivo de reducir la experiencia emocional, conllevan efectos secundarios desadaptativos. Conductas como el consumo de alcohol y otras sustancias, o de forma aún más evidente, las conductas autolesivas (Gratz, 2003) podrían encajar en la definición aportada por Gross (1999) como estrategias de regulación emocional, ya que son realizadas con el objetivo de reducir la experiencia emocional negativa. Aquellas estrategias de regulación que conllevan riesgos importantes para la salud física o mental del individuo no deberían ser etiquetadas como estrategias de regulación emocional eficaces. De hecho, en

el campo clínico son a menudo consideradas, ya no disfuncionales, sino auténticos síntomas. Por tanto, es clave diferenciar una regulación adecuada de lo que pueden ser intentos de control emocional, que pueden ser subjetivamente útiles pero absolutamente contraproducentes desde una perspectiva más amplia.

1.4.5 Modelos que abordan la desregulación emocional

Tradicionalmente Gross (1998, 2014) definía la regulación emocional como a aquellos procesos que determinan qué emociones se tienen, cuándo se tienen, cómo se experimentan y/o cómo se expresan. Más recientemente este autor ha comenzado a definir la regulación emocional como la activación de una meta para influir en los procesos de generación y trayectoria de la emoción. (Gross et al., 2011; Gross, 2015a, 2019). Desde este enfoque se sostiene que la regulación de las emociones puede producir variaciones en la latencia, el tiempo de subida, la magnitud, la duración o la compensación de la respuesta emocional (Gross, 1998, 2014).

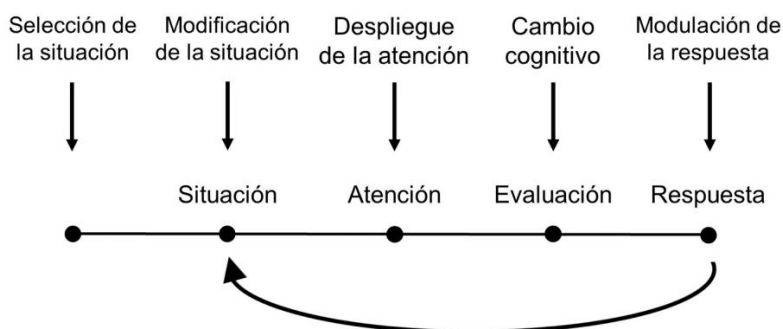
Los procesos involucrados son considerados dentro de un continuo de posibilidades que van desde la regulación explícita, consciente, esforzada y controlada hasta la regulación implícita, inconsciente, sin esfuerzo y automática (Gyurak & Etkin, 2014) Según Gross (2015a) el proceso de regulación emocional puede ser intrínseco, cuando se trata de regular las propias emociones, o extrínseco, cuando por ejemplo un adulto trata de influir en las emociones de un niño. A su vez, la regulación emocional puede estar motivada por consideraciones hedónicas cuando la meta está puesta en incrementar a corto plazo las emociones positivas y/o disminuir las negativas, o por consideraciones instrumentales pudiéndose incluso tener la meta de disminuir una emoción positiva o incrementar una negativa, como medio para lograr otra finalidad no emocional. Esto último se aplicaría, por ejemplo, cuando alguien trata de presentarse empático, conmovido o preocupado por otra persona, cuando se quiere influir en los demás o cuando se busca tener una actitud reflexiva, serena o prevenida para actuar con más eficacia en una determinada situación.

1.4.5.1 Modelo Procesual Extendido de Gross

El Modelo Procesual Extendido A diferencia del modelo procesual tradicional de Gross (1998) que se enfoca principalmente en las estrategias de regulación emocional, otras propuestas más integradoras y algunas incluso más próximas a las terapias contextuales, han tenido en cuenta también el proceso que transcurre entre el surgimiento de la emoción y su regulación (p. ej. Berking, 2017; Gratz & Roemer, 2004; Hervás & Moral 2017; Mennin & Fresco, 2009).

Por ejemplo, Gratz y Roemer (2004) han abordado la regulación emocional y las posibles dificultades vinculadas con ella teniendo en cuenta 1) el nivel de conciencia emocional, 2) la claridad o comprensión de las emociones, 3) la aceptación o el rechazo de estas, 4) las posibles interferencias o dificultades emocionales para mantener el comportamiento dirigido hacia una meta, 5) las dificultades en el control de los impulsos, y finalmente 6) el acceso limitado a estrategias de regulación emocional. Aunque el modelo tradicional de Gross (1998, 2014) fue uno de los más utilizados, con la intención de incluir también los procesos que explican cómo se inician o detienen las estrategias de regulación emocional, más recientemente Gross (2015) propuso un enfoque complementario al que denominó Modelo Procesual Extendido (*Figura 5*).

Figura 5 Modelo Procesual Extendido de Gross (2015)



Nota: (Tomado del artículo: Regulación emocional y terapias psicológicas empíricamente apoyadas. Darío Augusto de los Santos, 2022.)

Lo novedoso del nuevo modelo es que incluye una serie de bucles o ciclos funcionalmente acoplados donde interactúan distintos sistemas de valoración. Puesto que la emoción conlleva una valoración, la regulación emocional implica la valoración de una valoración. De esta forma, en esta perspectiva se considera que un sistema de valoración de primer orden genera la emoción, dando lugar a que un sistema de segundo orden pueda o no regularla (Eldesouky & Gross, 2019; Gross, 2015).

A su vez, en un evidente paralelismo con el modelo modal de las emociones se considera que estos sistemas de valoración implican ciclos de secuencias W-P-V-A, donde W se refiere al mundo (world) interno o externo de la persona (situación), P a la percepción que se tiene de este (atención), V a la valoración de esas percepciones (evaluación), y finalmente A, al componente de acción (respuesta) que contempla tanto acciones mentales como físicas. Estos ciclos de secuencia secuencias W-P-V-A se utilizan tanto para explicar la generación de la emoción (sistema de primer orden) como al proceso de regulación emocional (sistema de segundo orden) que incluyen etapas tales como: a) la identificación de la conveniencia o no de regular las emociones, b) la selección de la estrategia a utilizar, y c) la implementación de tácticas de regulación específicas, junto con el monitoreo de cada una de estas etapas (Eldesouky & Gross, 2019; Gross, 2015a). Es decir que, en un primer orden o nivel de análisis la persona enfrenta una situación (W), esta atrae su atención (P), la evalúa (V) y responde afectivamente a ella (A). Luego en un segundo orden, se inicia una etapa de identificación donde esta emoción, ahora como un elemento del mundo interno de la persona (W), es percibida (P) y evaluada en contraste con el estado emocional que anhela (V). Pudiéndose de esta forma, dar lugar o no a una serie de impulsos de acción (A) con la meta de regular las emociones y eventualmente a otros ciclos de secuencias W-P-V-A para seleccionar las estrategias de regulación e implementar las tácticas específicas que ayudarían a reducir la discrepancia entre la emoción actual y la deseada.

De acuerdo con el Modelo Procesual Extendido, después de que se producen las emociones, en una siguiente etapa de identificación estas (W) son detectadas o atendidas (P), se las evalúa (V) como candidatas para la regulación y como resultado de ello se da paso o no a la acción (A) con la meta de regularlas (Eldesouky & Gross, 2019; Gross, 2015a).

Según Gross (2015a) la valoración que las personas realizan de las emociones puede dar lugar a dificultades o fallas en la regulación emocional, como, por ejemplo, cuando una

persona con trastorno bipolar adjudica un valor positivo a los sentimientos maníacos y se deja llevar por sus impulsos. Ford & Gross (2019) señalan que las creencias sobre las emociones dan forma a los estándares con los que se contrasta la experiencia actual con la deseada. Estas creencias pueden ser globales o estar subordinadas a características específicas de las emociones tales como la valencia, la intensidad, la duración, sus componentes particulares, el contexto y las metas que se persiguen, entre otros aspectos (Ford & Gross, 2019). En términos generales las creencias sobre las emociones pueden agruparse en dos grandes categorías. Por un lado, las creencias sobre la bondad de las emociones, es decir si estas son buenas o malas, y por el otro, las creencias sobre su controlabilidad. (Ford & Gross, 2019). Las creencias sobre la bondad de las emociones pueden referirse a si estas son deseables o indeseables, útiles o inútiles, beneficiosas o nocivas. Esta distinción señala que no siempre las emociones desagradables son consideradas malas y las emociones agradables buenas (Tamir & Ford, 2012). En esta línea, diversas investigaciones apoyan la idea de que las creencias emocionales pueden tener consecuencias a corto y a largo plazo, resultando a veces paradójicas o contraproducentes para la regulación emocional (Ford & Mauss, 2014). Por ejemplo, creer que las emociones en general, positivas y negativas, son malas predice un menor bienestar y una peor salud psicológica. A su vez, creer que en particular las emociones negativas son malas se relaciona con mayores respuestas emocionales negativas ante acontecimientos estresantes (Ford, Lam et al., 2018). Por otro lado, las personas que creen que algunas emociones son relativamente buenas, tienden a buscar más actividades que mantengan o mejoren esas emociones (Tamir & Ford, 2012; Wood et al., 2009). No obstante, algunos estudios experimentales encontraron que sobrevalorar la alegría se asocia con menores sentimientos de felicidad (Mauss et al., 2011).

1.4.5.2 Ámbito clínico (EST, MCT, DBT, ACT, ERT)

En el ámbito clínico tanto en la **Terapia de Esquemas Emocionales (EST)** como en la Terapia Metacognitiva (MCT) se ha destacado la importancia que pueden tener las creencias y teorías personales sobre los pensamientos y las emociones. En la EST se propone una serie de esquemas de procesamiento emocional que contemplan la manera en que las personas evalúan sus emociones de acuerdo con su validez, comprensibilidad, valor moral, complejidad, relación con los valores, controlabilidad, entumecimiento, durabilidad, consenso con otros, rumiación y expresión entre otros. Desde esta perspectiva se considera

que el rechazo y la valoración negativa de las emociones incrementa la sensibilidad y desregulación emocional. Es decir que lo que se dicen a sí mismas las personas respecto a sus emociones afecta la manera en que las experimentan (Leahy, 2012; 2019).

Por su parte en la MCT se propone el concepto de creencias metacognitivas para hacer referencia a la valencia y el tipo de creencias que tienen las personas respecto a la incontrollabilidad, significado, importancia, peligrosidad y utilidad de sus procesos psicológicos, lo cual puede llevarlas a experimentar su contenido como la “realidad” (modo de objetos), incrementando así la intensidad de sus problemas emocionales. O contrariamente pueden ayudarlas a distanciarse y a asumir una perspectiva que les permita regular de manera más flexible sus procesos psicológicos (modo metacognitivo) (Wells, 2019).

Por otro lado, en la **Terapia Dialéctico Conductual (DBT)** como parte del entrenamiento en la regulación emocional se suele presentar a las personas una lista de mitos acerca de las emociones, animándolas a ampliar la lista y a refutarlos (Linehan, 2003). Desde una perspectiva estrictamente funcional se considera que las personas pueden actuar bajo control directo de las contingencias actuales de su situación o gobernadas por descripciones o reglas verbales que predicen distintos resultados para las conductas (Skinner, 1969).

En esta línea en la **Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)** se sostiene que la literalidad con que se toman los eventos privados, las evaluaciones y las razones que se dan sobre ellos, sobre su impacto causal sobre la conducta, y consecuentemente las acciones dirigidas a controlarlos conforman los contextos verbales que están en la base del control problemático de la conducta (por ejemplo: “solo se puede tener una buena vida si se mantienen las emociones a raya” “para avanzar en la vida tengo que quitarme esta emoción”, “solo si controlo estrictamente mis pensamientos podré sentirme mejor y controlar mi vida”, etc.) (Luciano, Martínez et al., 2005; Wilson y Luciano, 2002). De acuerdo con estos contextos verbales las personas pueden actuar fusionadas con sus eventos privados (fusión cognitiva) de manera que la conducta quede controlada excesivamente por el lenguaje y las cogniciones, relegando a un segundo plano las circunstancias directas. O bien pueden distanciarse y desliteralizar su contenido (defusión cognitiva) experimentando los eventos privados solo como lo que son: recuerdos, pensamientos, emociones, sensaciones, etc. (Blackledge, 2018; Hayes et al., 2012; Wilson y Luciano, 2002).

Tanto las estrategias de defusión como la reestructuración cognitiva tradicional asumen que los pensamientos pueden dificultar el comportamiento eficaz y favorecer reacciones emocionales problemáticas. No obstante, mientras que en las perspectivas cognitivas más tradicionales se apunta a modificar el contenido de los pensamientos, tanto en las estrategias de defusión cognitiva de la ACT como en las de conciencia metacognitiva de MCT el énfasis está puesto especialmente en la forma en que las personas se relacionan con sus pensamientos y otros eventos privados (Blackledge, 2018).

Por ello Mennin y Fresco (2009), para mejorar los tratamientos de los trastornos emocionales, desarrollaron la **Terapia de Regulación Emocional (ERT, Emotion Regulation Therapy)** específicamente cuando existe comorbilidad entre el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el Trastorno por Depresión Mayor (TDM). Esta terapia integra principios y técnicas de la terapia cognitivo conductual (TCC), de la terapia de aceptación y compromiso e intervenciones focalizadas en la emoción. El tratamiento comprende 16 sesiones semanales utilizando una estructura en la cual durante la primera mitad los pacientes desarrollan las habilidades las cuales son utilizadas durante la segunda mitad durante los ejercicios de exposición.

La ERT parte de la premisa de que en los trastornos emocionales los problemas disfuncionales podrían deberse a carencias o disfunciones en los siguientes mecanismos y que, por tanto, los tratamientos deben abordar la intervención en dichos mecanismos:

1. Mecanismos motivacionales, que aparecen por un desequilibrio producido en el sistema de sensibilidad a la recompensa - que busca el logro o la recompensa-, y el sistema de sensibilidad al castigo -que trata de conseguir seguridad y reducir la amenaza-. Cuando el sistema de sensibilidad al castigo está hiperactivado la persona intenta mantenerse en una posición segura a toda costa y trata de evitar las amenazas de una forma inadecuada. El desequilibrio entre los dos sistemas se manifestaría a través de conductas poco efectivas en la resolución de múltiples situaciones vitales.

2. Mecanismos regulatorios, los cuales permiten responder con flexibilidad a los eventos de la vida de acuerdo con los objetivos y/o valores personales y los cambios

ocurridos en el contexto. Las personas con trastornos emocionales a menudo fallan en el aumento o la disminución de ciertas experiencias de un modo apropiado en relación a un contexto específico.

3. Consecuencias del aprendizaje contextual, es decir, adaptación, entendiéndola como la capacidad de entender y proporcionar respuestas conductuales, flexibles y adaptativas, contextualmente apropiadas. Las personas con trastornos emocionales a menudo muestran un repertorio conductual pobre e inflexible como respuesta a situaciones que habitualmente promueven las conductas de evitación, escape o inactividad como medio para afrontar y manejar situaciones y reacciones emocionales.

Sintetizando un poco lo antes expuesto podemos observar (Figura 6) una tabla comparativa que agrega las diferentes estrategias utilizadas para abordar la desregulación emocional, todas ellas partiendo de su propio enfoque y dándole una explicación de acuerdo a la filosofía que cada autor expuso con anterioridad.

Figura 6 Estrategias de regulación emocional

Modelo Procesual Extendido	Estrategias de RE que pueden tornarse problemáticas	Ejemplos de procesos terapéuticos y conductas alternativas a las estrategias de RE problemáticas propuestas desde diferentes enfoques*
Situación (W)	Evitación o escape de la situación	- Acción comprometida (ACT) - Activación conductual (BA) - Exposición con prevención de respuestas (BT o CBT)
	Conductas de control o seguridad	- Exposición interoceptiva (PU) - Entrenamiento en solución de problemas (PST)
	Uso instrumental de la emoción	- Acción opuesta (DBT) - Efectividad interpersonal (DBT)
	Aproximación impulsiva o no planificada	- Toma de consciencia y reflexión sobre necesidades y motivaciones vinculados con la emoción (EFT)
Atención (P)	Rumiación, preocupación, autofocalización y/o monitoreo de amenazas.	- Contacto con el presente (ACT) - Defusión cognitiva (ACT) - Mindfulness (MBCT) y otras estrategias que favorecen el modo metacognitivo de atención (MCT)
	Distracción, disociación y/o supresión del foco de atención	- Exposición emocional, experimentos conductuales y reevaluación de creencias metacognitivas (MCT)
Cognición (P)	Reevaluación y pensamiento negativo persistente	- Defusión cognitiva (ACT) - El yo como contexto (ACT)
	Reevaluación positiva con subestimación de riesgos o información pertinente	- Contacto con el presente (ACT) - Mindfulness (MBCT) y otras estrategias que favorecen el modo metacognitivo de atención (MCT)
	Supresión cognitiva	- Exposición emocional, experimentos conductuales y reevaluación de creencias sobre las emociones (MCT, PU y EST)
	Evaluación negativa de las emociones	
Respuesta (A)	Inhibición y supresión expresiva	- Aceptación (ACT) - Defusión cognitiva (DBT)
	Concentración y desahogo impulsivo	- Trabajo con valores (ACT) - Acción comprometida (ACT)
	Uso instrumental de la expresión emocional	- Mindfulness (MBCT) - Tolerancia al malestar y manejo de crisis (DBT)
	Conductas nocivas o de alto riesgo (autolesiones, conducta suicida, consumos problemáticos, etc.)	- Acción opuesta (DBT) - Efectividad interpersonal (DBT) - Toma de consciencia y reflexión sobre necesidades y motivaciones vinculados con la emoción (EFT)

Nota: (Tomado del artículo: Regulación emocional y terapias psicológicas empíricamente apoyadas. Darío Augusto de los Santos, 2022.)

En este sentido en el ámbito de las terapias contextuales las dificultades de regulación emocional han sido vinculadas con la falta de flexibilidad psicológica. Según Valdivia et al. (2010) en la ACT se busca explícitamente socavar los procesos de regulación emocional destructivos aplicados rígidamente. Para ello, se apunta a favorecer la aceptación experiencial y el cambio comportamental dirigido por valores (Blackledge & Hayes, 2001). En esta línea, puede considerarse que muchos de los comportamientos de regulación emocional desadaptativa son reforzados porque las personas realizan lo que consideran correcto, experimentando así una sensación de coherencia (reforzamiento positivo), porque

de modo inmediato ven reducido su malestar (reforzamiento negativo) (ver por ej. Luciano, Gutiérrez et al., 2005; Wells, 2000, 2019) y/o porque mediante la expresión de las emociones y la realización de sus tendencias de acción logran modificar las situaciones o las interacciones sociales, evitando (reforzamiento negativo) o alcanzando (reforzamiento positivo) así ciertas consecuencias sociales (ver por ej. Greenberg, 2017; Hofmann, 2014).

Sin embargo, aunque a corto plazo estas estrategias puedan ser efectivas, cuando se vuelven un patrón de evitación persistente y destructivo, pueden terminar intensificando y cronificando los problemas, e impidiendo que las personas tengan vidas satisfactorias o acorde a sus valores (ver por ej. Barlow et al., 2015; Luciano, 2016). Por eso, una de las tareas fundamentales en las terapias consiste en ayudar a las personas a discernir la relación que acontece entre sus propias acciones y las consecuencias que siguen, tanto a corto como a largo plazo (Törneke, 2021).

Por otra parte, desde un enfoque contextual se ha destacado que las interrelaciones funcionales entre las conductas, sus antecedentes y sus consecuencias no tienen funciones inherentes o inmutables, sino dinámicas y cambiantes, debido a que se encuentran en una relación también dinámica con otras variables o condiciones históricas y actuales (“terceras variables” de Skinner, 1931, p. 452) por las que se ven afectadas o actualizadas (Morris, 1992; Pérez-Álvarez, 2014). En un sentido amplio el contexto de la conducta se refiere tanto a las fuentes históricas como situacionales que influyen en el comportamiento del organismo incluidas las variables biológicas, sociales y culturales, el historial de desarrollo y aprendizaje y el entorno interno (por ejemplo, cognitivo, afectivo) y externo actual del organismo (Hayes & Hofmann, 2021; Hofmann et al., 2021; Villatte et al., 2015).

De esta forma, la historia clínica, los posibles problemas médicos actuales, el estilo de vida, incluidos la dieta, la actividad física, el sueño y otros comportamientos biológicamente relevantes, junto con los aspectos biográficos, socio-culturales y ambientales, pueden resultar de gran importancia para comprender y modificar la manera en que las personas gestionan sus emociones como también su estado de salud mental general (p. ej., Linehan, 1993, 2003; Firth et al., 2020; Hayes & Hofmann, 2021).

1.5 Definiendo la validación

La validación implica la comunicación de que los comportamientos, emociones o pensamientos del paciente tienen sentido y son entendibles en el contexto actual. Validar no implica estar de acuerdo. Por ejemplo, un paciente puede cortarse como forma de disminuir una emoción intensa y negativa; dicho comportamiento tiene sentido y es entendible en el contexto actual e histórico, donde cortarse es la única estrategia que conoce para lidiar con dicha emoción. El terapeuta acepta y comunica dicha aceptación al paciente, buscando, reconociendo y reflejando la validez inherente de la respuesta a determinados eventos.

Esta herramienta terapéutica, y su modelado en terapia, resultó una variable trascendental. La validación hacía que los consultantes se sintieran comprendidos y aumentaba la adherencia a la terapia, pero no lograba que cambiaran los patrones conductuales que hacían que su vida fuera imposible de ser vivida. Para esto, en DBT, se utilizan las estrategias centrales de cambio: el análisis en cadena y el análisis de solución. La búsqueda del cambio del comportamiento se convierte para algunos pacientes en un elemento perturbador, reportaban sentirse presionados, invalidados.

Esta razón motivó a Linehan a utilizar estrategias de validación en las que se parte de un planteamiento de comprensión y aceptación del comportamiento, para luego moverse entre éste y el cambio de los comportamientos que van siendo identificados como inapropiados. La validación no implica estar de acuerdo con el o los comportamientos analizados, sino la posibilidad de entender por qué tiene sentido dada la historia de vida de la persona.

1.5.1 Diferencia entre validación-empatía-normalización

Vale la pena distinguir estos tres términos, que si bien son similares tienen ligeras diferencias semánticas. Empatía consiste, de manera coloquial, en ponerse en los zapatos de otra persona, esto es, percibir el marco de referencia de otra persona, con sus componentes emocionales y cognitivos, sin perder el propio punto de vista. Validación, en cambio consiste en comunicar a otra persona que está siendo vista y oída, y que sus respuestas tienen validez. La empatía es necesaria, pero no suficiente, para validar, ya que validar requiere comunicar

claramente a la persona que su punto de vista es comprensible. Por otro lado, tenemos normalización y validación. La diferencia entre ambos es que normalización consiste en comunicar que otras personas tienen esa misma experiencia, mientras que validar consiste en conectar con lo singular de la experiencia de esa persona.

Utilicemos un ejemplo de Pederson (2015), para ilustrar la diferencia entre una respuesta de normalización y una de validación:

- **Paciente:** me siento tan culpable. Quiero decir, ¿qué clase de madre no tiene ganas de pasar tiempo con sus hijos? No he tenido ganas de ir a sus prácticas o sus juegos en semanas. Me cuesta incluso llegar a la mesa para cenar

Normalización:

- **Terapeuta:** Sabés, trabajo con muchas personas como vos. La depresión derrumba su interés y su energía. No estás sola en esto, es lo que la depresión hace.

Validación

- **Terapeuta:** Es difícil para vos arrancar, y la mayor parte del tiempo no tenés energía para eso. Puedo ver lo debilitante que se ha vuelto tu depresión, y por si eso fuera poco, también sentís culpa, respecto a cómo podría afectar a tus hijos.

En el primer caso la respuesta del terapeuta comunica que la experiencia es común a muchas personas. En el segundo, el terapeuta conecta con la experiencia particular de ese paciente. Vale la pena tener en cuenta la diferencia entre ambas porque en ocasiones normalizar puede ser vivido como invalidante por el paciente (“¿y a mí qué me importa si le pasa a otros?”, por ejemplo).

1.5.2 Validación emocional en la práctica clínica

Las estrategias de validación, junto con las estrategias de resolución de problemas, constituyen el corazón de DBT, en torno al cual se construyen el resto de las estrategias de tratamiento (Linehan, 1993, p.221). Cuando un terapeuta se enfoca sólo en el cambio conductual puede hacer sentir invalidado al paciente y de esa manera deteriorar el trabajo terapéutico, en cambio cuando el terapeuta reconoce y valida la experiencia del paciente hace que el cambio sea más fácil y más probable. Entonces, mientras que las estrategias de cambio se centran en la modificación conductual, validación implica comunicarle inequívocamente al paciente que sus conductas (observables y no observables) tienen sentido y son comprensibles en el contexto actual.

Swenson, describe citando a Marsha (Linehan, 1993, p. 222) precisamente lo que es validar en el ámbito clínico:

“Validación en psicoterapia tiene esta cualidad. Te pide detenerte y estar con tu paciente en el momento, viendo lo que ve, oyendo lo que oye, deteniéndote en el camino con ella, dejando ir completamente la agenda orientada al cambio en este momento. Esta presencia fortalece al paciente. Su agenda, su interés, su paso, son acogidos y respaldados. Ella se siente conectada, sustancial, y significativa. Ha sido reconocida, apreciada, y confirmada. Antes de que cualquier palabra sea dicha, esto es validación. Cuando validación toma una forma verbal, el mismo espíritu fluye en las palabras.”

(Swenson, 2016, p. 261) En el mismo texto, Swenson cuenta la siguiente anécdota:

“Una vez, en un taller en que estaba trabajando con Marsha Linehan, un participante hizo una pregunta interesante. ‘Marsha, si fueras una de dos sobrevivientes de un naufragio, y vos y el otro sobreviviente terminarían en una pequeña isla remota, con pocas probabilidades de ser rescatados durante varios años, y sólo se te permitiese llevar una estrategia DBT para utilizar en esa isla, ¿cuál sería?’ A Marsha le gustó la pregunta, y dijo “Entonces, querés conocer cuál es la aspirina de DBT”, y respondió: “Validación. Validación ayudaría a nuestra relación, lo cual podría ser quizá lo más importante. Ayudaría a mi compañera en la isla a regular sus emociones. Podría mejorar su resolución de problemas sin

enseñarle ninguna estrategia de resolución de problemas. A veces podemos sentirnos bastante confundidos, y si tan sólo somos validados, podemos descifrar qué hacer”.

(Swenson, 2016, p. 265) Entonces, además de balancear las estrategias de cambio, validación ofrece otras ventajas. Provee una experiencia interpersonal nueva para el paciente, en la cual sus expresiones no son castigadas, sino que son recibidas con comprensión, lo cual ayuda a abrirse más en el futuro. Por otra parte, proporciona un marco seguro en el cual experimentar emociones y expresarlas de una manera más eficaz, lo cual ayuda a regularlas mejor.

Al igual que en DBT individual, las estrategias de validación se utilizan en cada sesión e implican una actitud sin prejuicios y una búsqueda continua de la validez esencial de las respuestas de cada consultante (y, en un contexto grupal, las del conjunto). En esta última configuración, tanto los entrenadores como el grupo en su totalidad funcionan como el polo opuesto a los contextos de invalidación comúnmente experimentados por personas con desregulación emocional.

La primera tarea en la validación durante el entrenamiento es ayudar a los consultantes a observar y describir con precisión sus propias emociones, pensamientos y patrones conductuales explícitos. Gran parte del entrenamiento de mindfulness está dirigido precisamente a esto. En segundo lugar, los entrenadores comunican empatía a los consultantes, indican que comprenden (aunque no necesariamente estén de acuerdo con) sus creencias y expectativas, y/o hacen observaciones claras de sus patrones de acción conductuales. En otras palabras, observan y describen con precisión la conducta de los miembros. Tercero y principal, comunican que las respuestas emocionales, las creencias/expectativas y las conductas explícitas de los consultantes son comprensibles y tienen sentido en el contexto de sus vidas y el momento presente. Las personas con alta desregulación emocional son excepcionales en su capacidad de empatizar y validarse mutuamente. También son capaces de respuestas altamente críticas. (En algunos grupos, esto puede convertirse en un problema particular si el cierre de la sesión incluye observaciones individuales). Puede resultarles muy difícil entender y validar patrones emocionales que no han experimentado, patrones de pensamiento con los que no están familiarizados y conductas que no han exhibido.

1.5.3 Niveles de validación

Linehan (Linehan, 1997), propone seis niveles de validación. Cada nivel, según Linehan, “es más completo que el anterior, y cada nivel depende de uno o más de los niveles anteriores” (Maero, Niveles de validación dialéctico conductual, 2017).

1. Estar atento: implica básicamente observar y escuchar con atención lo que el paciente piensa, siente o hace.

En el nivel 1 de validación, los entrenadores escuchan y observan lo que los consultantes dicen, sienten y hacen. También realizan activos esfuerzos para comprenderlo. La esencia de este paso es que tanto el líder como el colíder permanecen atentos e interesados en los participantes, prestando atención a lo que dicen y hacen en el momento presente. Notan los matices de la respuesta en la interacción. La validación en este nivel comunica que el consultante per se, así como su presencia, sus palabras y sus respuestas en la sesión, tienen “suficiente fuerza para atraer atención seria y, generalmente, aceptación”.

2. Reflejar con precisión: el terapeuta refleja al paciente sus emociones, pensamientos y conductas, de una forma no juiciosa.

En el nivel 2, los entrenadores reflejan con precisión a los consultantes, sus sentimientos, pensamientos, suposiciones y conductas. Transmiten comprensión al escuchar lo que dicen y al ver lo que hacen y cómo responden. La validación en este nivel aprueba, autentica o autoriza a cada persona a ser quien realmente es. Los entrenadores verifican para asegurarse de que sus reflexiones sean precisas y están dispuestos a dejar de lado su comprensión o interpretación previa a favor de una nueva.

3. Expresar las emociones, pensamientos y conductas no verbalizadas: en este caso el terapeuta lee entre líneas, esto es, expresa que comprende aspectos que no han sido comunicados; es importante utilizar supuestos y no manifestar una interpretación directa.

En el nivel 3, los entrenadores comunican la comprensión de la experiencia de los consultantes y la respuesta a eventos que no han sido expresados directamente por ellos. “Leen mentalmente” las razones de sus conductas y descubren cómo se sienten y lo que están deseando, pensando o haciendo, solo con saber lo que les ha ocurrido. Pueden establecer el vínculo entre conductas y eventos disparadores sin que se les proporcione ninguna

información sobre las conductas en sí mismas; también pueden expresar emociones y significados que no han sido manifestados. La validación de este nivel es más importante en la revisión de la tarea y en la respuesta a las dificultades para aprender, aceptar o practicar nuevas habilidades.

4. Validar en términos de la historia del paciente: el terapeuta refleja al paciente que sus emociones, pensamientos o conductas son entendibles o tienen sentido de acuerdo a su historia de aprendizaje.

En el nivel 4, la conducta se valida en términos de sus causas. La validación aquí se basa en la noción de que toda la conducta es causada por eventos que ocurren en el tiempo; por lo tanto, en principio, es comprensible. Los entrenadores validan la conducta (no debe confundirse con la “aprobación” o la “excusa”) al mostrar que es causada por eventos pasados. Aunque la información puede no estar disponible para determinar todas las causas relevantes, los sentimientos, pensamientos y acciones de los consultantes tienen perfecto sentido en el contexto de las experiencias actuales, la fisiología y sus vidas hasta la fecha. Como mínimo, lo que “es” siempre se puede justificar en términos de causas suficientes. Es decir, lo que es “debería ser”, en el sentido de que sucedió todo lo que era necesario para que el hecho ocurriera.

5. Validar en términos del contexto presente: el terapeuta refleja al paciente que sus emociones, pensamientos o conductas son entendibles o tienen sentido en el contexto actual.

En el nivel 5, los entrenadores comunican que la conducta es justificable, razonable, bien fundamentada, significativa y/o efectiva en términos de eventos actuales, funcionamiento biológico normativo y/u objetivos de vida fundamentales de los consultantes. Buscan y reflejan la sabiduría o validez de las respuestas y comunican que son comprensibles. Encuentran los hechos relevantes en el entorno presente que causan las conductas. Su disfunción no ciega a los entrenadores en aquellos aspectos de los patrones de respuesta que pueden ser apropiados para el contexto. Por lo tanto, los entrenadores buscan la razonabilidad inherente en las respuestas de los participantes (y también si es necesario comentan la disfunción inherente a varios aspectos de tales respuestas).

Para los niveles 4 y 5, podemos tomar este otro ejemplo de Koerner (2012): “supongamos que estás caminando hacia el cine con una amiga que hace algunos años ha sido violada en un callejón, vos proponés cortar camino por un calle angosta y oscura, y tu amiga dice que le da miedo. Decir ‘disculpá, no me di cuenta, claro que te asusta, fuiste violada en un callejón’ sería una validación de nivel 4. Decir ‘claro que tenés miedo, los callejones son peligrosos, demos la vuelta por otro lado’, sería una validación de nivel 5” (invalidación, en este ejemplo, podría ser algo como “no hay nada de qué tener miedo, no seas boba”). Koerner sugiere que siempre que sea posible se debe preferir una validación de nivel 5 a una de nivel 4.

6. Autenticidad radical: el terapeuta responde en forma genuina al paciente, cree en sus capacidades y trata al mismo como a un compañero más que a un consultante o un “trastorno”.

El nivel 6 la tarea es reconocer a cada persona como es, ver y responder a sus fortalezas y capacidades, mientras se mantiene una comprensión empática firme de sus dificultades e incapacidades reales. Los entrenadores creen en cada consultante y en su capacidad para cambiar y avanzar hacia los objetivos fundamentales de la vida, tal como creen en un amigo o un familiar. Responden a él como una persona de igual estatus, con el mismo respeto. En el nivel más alto, es la validación de la persona “tal como es”. Los entrenadores ven más que el rol, más que un “consultante” o un “trastorno”. Es lo opuesto a tratarlo de manera condescendiente o como demasiado frágil. Se trata de responder a la persona considerándola capaz de una conducta efectiva y razonable en lugar de asumir que es inválida.

Mientras que los niveles 1 a 5 representan pasos secuenciales en la validación de un tipo, el 6 representa un cambio tanto en el nivel como en el tipo. Aquí deben mencionarse también otras dos formas de validación: Las estrategias de alentar constituyen una forma adicional de validación y son las más importantes para combatir la pasividad activa y las tendencias hacia la desesperanza en muchos consultantes con grave desregulación emocional.

Al alentar, los entrenadores les comunican la creencia de que están haciendo todo lo posible y validan su capacidad para superar las dificultades (un tipo de validación que, si no

se maneja con cuidado, puede invalidar las percepciones de los consultantes sobre su impotencia). Además, los entrenadores expresan su fe en la relación de la terapia, ofrecen tranquilidad y resaltan cualquier evidencia de mejora.

Dentro de DBT, esto se utiliza en cada interacción terapéutica. Aunque deberían reducirse a medida que los consultantes aprenden a confiar y validarse a sí mismos, estas estrategias siguen siendo siempre un ingrediente esencial de una alianza terapéutica sólida.

1.5.4 ¿Por qué validar?

Linehan (1993, Cap. 8) comparte la importancia de la validación en la práctica clínica y nos dice que: “la cantidad de validación necesaria por unidad de cambio variará entre los pacientes y a través del tiempo con el mismo paciente”.

Generalmente el paciente que no es asertivo, no es verbal, y tiende a retirarse cuando se lo confronta necesitara mayor tasa de validación que los pacientes combativos que, aunque vulnerables y sensibles, pueden “mantener el curso” cuando se sienten atacados. Todos los pacientes, cuando el estrés ambiental (tanto dentro como fuera de la terapia) sube precisan que la proporción validación-cambio cambie en concordancia. De manera similar cuanto ciertos temas están siendo tratados la validación debe aumentar. Incluso dentro de una sesión particular la necesidad de la validación puede variar.

Segundo, la validación es necesaria para enseñarle al paciente a validarse a si mismo. Los individuos borderline muchas veces enfrentan dos fuentes diferentes pero poderosas de información: sus propias reacciones intensas a los eventos, por un lado, y por otro las respuestas discrepantes pero muchas veces de igual intensidad de los otros. Aunque DBT no asume que los pacientes borderline no distorsionen a veces los eventos la primera línea de aproximación es siempre descubrir el aspecto del evento que no está siendo distorsionado. La distorsión de los eventos es muchas veces la consecuencia más que la causa de la disfunción emocional. La experiencia de la desconfianza hacia uno mismo es extremadamente aversiva cuando es de larga duración y está muy extendida. Como mínimo las personas tienen que confiar en su decisión sobre a quién deben creerle –a ellos mismos o los otros. La exageración de los eventos es muchas veces un intento de obtener validación de

una perspectiva original de los eventos totalmente válida. Muchas veces señalo a los pacientes que uno de mis objetivos en la terapia es ayudarlos a aprender a confiar en sus propias respuestas.

El secreto de un uso efectivo de la validación es saber cuándo utilizarla y cuando no, y una vez que comienza cuando terminarla. Esto puede ser un problema especial cuando emociones intensas están presentes o son generadas. Para algunos pacientes, si el terapeuta lo permite, la terapia sería no mucho más que catarsis emocional. La capacidad de detener la expresión emocional e involucrarse en la resolución de problemas es importante si algún progreso va a realizarse. En particular es importante que el terapeuta no utilice estrategias de validación después de conductas disfuncionales que se mantienen por su tendencia a generar validación de parte del ambiente. La validación puede ser un breve comentario o una digresión mientras se trabajan otros temas, o puede ser el foco de una sesión completa.

1.5.5 Validación cognitiva

Las emociones intensas pueden precipitar pensamientos, imágenes, y recuerdos congruentes con la emoción, así como los pensamientos, los recuerdos, y las imágenes pueden tener una poderosa influencia sobre las emociones. Una vez que una emoción intensa comienza surge un círculo vicioso: la emoción activa los recuerdos, las imágenes y los pensamientos e influencia la percepción y el procesamiento de información, que a su vez alimentan de nuevo la respuesta emocional, manteniendo el círculo. En tales circunstancias las distorsiones pueden tomar vida por sí mismas y pueden dar color a muchas, sino a la mayoría, de las interacciones y respuestas a los eventos. No todos los pensamientos, percepciones, expectativas, recuerdos y supuestos relacionados con la emoción son, sin embargo, disfuncionales o distorsionados. Este punto es crucial para conducir una terapia DBT. Las interpretaciones privadas de la otra persona se toman como guía sobre los hechos públicos, tal escenario replica el ambiente invalidante.

La tarea del terapeuta en la validación cognitiva es reconocer, verbalizar, y entender los pensamientos, creencias, expectativas, los supuestos subyacentes y las reglas expresadas y no expresadas, y encontrar la verdad esencial de todo o una parte de ellos. Las estrategias para “pescar los pensamientos”, identificar los supuestos y expectativas, y revelar las reglas

que guían la conducta de la persona, especialmente cuando esas reglas están funcionando fuera de la conciencia, difieren poco de las guías delineadas por terapeutas cognitivos como Beck y sus colegas (Beck et al., 1979; Beck et al., 1990). La diferencia esencial es que la tarea en DBT es la validación más que la refutación empírica o el desafío lógico.

1.5.6 Validación conductual

Las estrategias de validación conductual se utilizan todas las sesiones. Constituyen la respuesta principal a la tendencia de los pacientes borderline a invalidar o castigar sus propios patrones de conducta. La validación conductual puede focalizarse en las conductas que el paciente anota en su registro diario, en otras conductas que hayan ocurrido durante la semana, o en conductas que ocurren durante la sesión o en la interacción con el terapeuta. La idea básica es generar una descripción de la conducta en cuestión y después comunicar que es esencialmente comprensible. La validación conductual se basa en la noción que todas las conductas son causadas por eventos a su vez y esto (en principio, al menos) es comprensible. La tarea del terapeuta es buscar la validez en la respuesta del paciente y comunicar ese aspecto de la conducta. Aunque estas estrategias se discuten en términos de comportamientos observables y acciones, pueden aplicarse por igual para ayudar a los pacientes a aceptar sus reacciones emocionales, decisiones, creencias, y pensamientos; son desarrolladas aquí por conveniencia.

CAPITULO II
LAS TERAPIAS DE
TERCERA
GENERACIÓN

Capítulo II: Terapias de tercera generación

*“Entre estímulo y respuesta, hay un espacio.
En ese espacio radica nuestra libertad y poder
para elegir nuestra respuesta. En nuestra
respuesta radica nuestro crecimiento y libertad”.*
-Viktor Frankl.

En los últimos 10-12 años un nuevo grupo de terapias ha emergido desde la tradición conductual. En palabras de Hayes (2004a, b), la tercera generación de terapias de conducta ha sido definida del siguiente modo:

«Fundamentada en una aproximación empírica y enfocada en los principios del aprendizaje, la tercera ola de terapias cognitivas y conductuales es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, y no sólo a la forma, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto además de otras más directas y didácticas. Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas claramente definidos, resaltando cuestiones que son relevantes tanto para el clínico como para el cliente. La tercera ola reformula y sintetiza las generaciones previas de las terapias cognitivas y conductuales y las conduce hacia cuestiones, asuntos y dominios previos y principalmente dirigidos por otras tradiciones, a la espera de mejorar tanto la comprensión como los resultados».

Según esta definición (Mañas, La tercera ola de terapias de conducta, 2004), las terapias de tercera generación provienen de la tradición de la terapia del comportamiento pero estas nuevas terapias se diferencian con respecto a las anteriores generaciones de terapias de conducta en que abandonan el compromiso de utilizar exclusivamente cambios de primer-orden, adoptan asunciones de corte más contextualista, utilizan estrategias de cambio más experimentales por la persona en lugar de emplear exclusivamente estrategias de cambio de primer-orden o directas y amplían y modifican de forma considerable el objetivo a tratar o cambiar (Hayes, 2004).

Estas nuevas terapias no se centran en la eliminación, cambio o alteración de los eventos privados (especialmente la cognición o el pensamiento) con el objetivo de alterar o modificar la conducta de la persona. En lugar de esto, se focalizan en la alteración de la función psicológica del evento en particular a través de la alteración de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos (e.g., Hayes et al., 1999; Luciano et al., 2004).

Otra de las diferencias con respecto a las terapias de la primera y segunda generación es la filosofía en las cuales estas nuevas terapias están basadas: son contextualistas en lugar de mecanicistas. Esta filosofía contextualista está basada en una variedad de pragmatismo conocida como el contextualismo funcional (e.g., Biglan y Hayes, 1996; Hayes, Hayes y Reese, 1988; Pepper, 1942).

2.1 Origen de la psicoterapia

El término "psicoterapia" surgió a finales del siglo XIX en el contexto de la hipnosis (Shamdasani, 2005). Desde entonces, no ha dejado de renovarse, de diversas maneras, y ya antes existía a su manera. El desarrollo diversificado de la psicoterapia a lo largo del siglo xx y lo que va del XXI depende de los sitios, de las épocas, de los problemas para que surge y de las idiosincrasias de sus autores.

Así, en la Viena de Freud surgieron diferentes psicoterapias: el psicoanálisis de Freud, la psicología individual de Adler, la futura logoterapia de Frankl y el psicodrama de Moreno, dependiendo de los problemas tratados y de las peculiaridades de los fundadores. Ni los pacientes, ni la formación, ni el talento de Freud, Adler y Moreno eran iguales, y todos estaban en la misma ciudad y en la misma época. Luego, estas mismas psicoterapias vendrían de EE. UU. readaptadas, así como otras muchas más, a menudo, autóctonas de allí y en particular de California, pero ya prácticamente universalizadas, como la terapia de conducta, la terapia familiar, la psicoterapia humanista, la psicología positiva con su psicoterapia y las terapias de tercera generación.

Y antes de la psicoterapia por su nombre, hay toda una historia del "cuidado de la psique (Jackson, 1999). El propio Séneca, que murió en el año 65, habló de la enseñanza de los antiguos en el cuidado del alma, psicoterapia antes de su nombre. La época helenística, una época moderna, postclásica, con sus nuevas formas de vida urbana, dio lugar a toda una serie de filosofías prácticas (escepticismo, epicureísmo, estoicismo), de gran saber y sabor psicoterapéutico, en las que se filian terapias actuales, como la terapia cognitiva, y otras palidecerían al ver que su novedad era ya un tópico antiguo, como la atención al presente, prosoche, en relación con mindfulness. Como dijo Freud, cuando le plantearon que algunas cosas de las que él hablaba ya las había dicho Schopenhauer, la originalidad consiste a veces en haber leído poco. La psicoterapia es una de las disciplinas en las que la originalidad es proporcional a la ignorancia de su historia, antigua y contemporánea.

La continua renovación en terapia, que difícilmente lo puede ser con total originalidad, a menos que se haya leído poco, fuerza la necesidad de estar al día, por si acaso hay algo nuevo, pero no solamente por eso, porque la renovación es también cosa personal, de la vida profesional de terapeuta. Si existe alguna profesión que pueda permanecer incólume a lo largo del tiempo, supuesto que ya alcanzó la perfección - la mayor eficacia y eficiencia posibles en su campo-, ésa no es la psicoterapia. Por dos razones. Una es porque las personas, aun con los problemas de siempre, no son las mismas en relación con la experiencia de esos problemas y la manera de proceder con ellos. Puede ocurrir que la época vaya por delante del clínico y éste no esté a la altura de los tiempos, aun cuando no haya nada nuevo bajo el sol.

2.2 ¿Por qué terapias de tercera generación?

Las llamadas "terapias de tercera generación" designan una serie de terapias psicológicas que surgen en la década de 1990 en la tradición de la terapia de conducta y cognitivo conductual. Su denominación se debe a Steven Hayes, autor de una de ellas, en un artículo de 2004 (Hayes, 2004). En términos científicos, este movimiento se identificó inicialmente como análisis de la conducta clínica por enfatizar su carácter conductual

asentado en el análisis funcional y el conductismo radical y con particular interés en la conducta verbal (Dougher, 2011; Kohlenberg, Bolling, Kanter y Parker, 2002).

El eslogan "terapias de tercera generación" es audaz al efecto de presentar la novedad de estas terapias respecto de las anteriores, pero también es arriesgado, en la medida en que otro vendrá que dé de alta la "cuarta generación", la "última" o la "nueva ola" de turno. Como eslogan, es también inadecuado porque no dice nada acerca de las características de las terapias a que se refiere. Así, estas terapias mejor se denominarían "terapias contextuales".

Dentro de las terapias de tercera generación se enumeran las principales, descritas con un breve perfil, acerca de su origen y características científicas.

- Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999).
- Psicoterapia Analítica Funcional (PAF) (Kohlenberg Tsai, 2008).
- Terapia de Conducta Dialéctica, (TCD) (Linehan, 1993).
- Terapia Integral de Pareja (TIP) (Jacobson et al., 2000).
- Activación Conductual (AC) (Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001).
- Terapia con Base en Mindfulness (BMT) (Segal, Williams y Teasdale, 2002).
- Terapia Cognitiva con Base en la Persona para las Psicosis (Chadwick, 2009).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), desarrollada por Steven Hayes, es probablemente la más conocida y desarrollada de todas las terapias de tercera generación. Tiene su base en la Teoría del Marco Relacional (RFT, por sus siglas en inglés). RFT es una teoría psicológica del lenguaje y la cognición humana, desarrollada básicamente por el propio Hayes y Dermot Barnes-Holmes (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001; 2004; Hayes, Barnes-Holmes y Wilson, 2012). Con base filosófica en el contextualismo funcional, RFT estudia cómo los humanos aprenden el lenguaje en las interacciones sociales. Estudia experimentalmente el aprendizaje de eventos psicológicos como sentimientos, pensamientos y conductas, resituándolos en el contexto de sus funciones interpersonales.

Tanto RFT como ACT cuentan con creciente evidencia empírica (Barnes-Holmes, 2005; Ruiz, 2010), así como una variedad de extensiones, desde el consumo de sustancias (Luciano, Páez-Blarrina y Valdivia-Salas, 2010) a la mejora ajedrecística (Ruiz y Luciano, 2009).

La Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) fue desarrollada por Robert Kohlenberg y Mavis Tsai sobre la base del análisis de la conducta. Es un enfoque contextual funcional que tiene también su base en el conductismo radical de Skinner. La PAF se centra en las interacciones cliente-terapeuta en sesión, sobre las que ha desarrollado un análisis y clasificación funcionales de las conductas clínicamente relevantes. La FAP supone, creando las condiciones para ello, que la sesión terapéutica puede llegar a ser un contexto interpersonal funcionalmente equivalente a las situaciones del ambiente real del cliente fuera de la terapia. La relación clínica sería la condición y el contexto natural para el cambio terapéutico, lo que implica a menudo el establecimiento de relaciones terapéuticas intensas. FAP es un ejemplo de traducción de teoría e investigación a la práctica (Weeks, Kanter, Bonow, Landes y Busch, 2012).

La Terapia de Conducta Dialéctica (TCD) fue desarrollada por Marsha Linchan específicamente para el trastorno de personalidad múltiple, pero tiene una creciente aplicación a otros trastornos. La terapia trata de combinar dialécticamente la aceptación y el cambio. La aceptación en TCD pone un especial énfasis en la validación por parte del terapeuta de las experiencias y conductas del cliente, caracterizadas en el trastorno de personalidad límite por una marcada desregulación emocional. La terapia se ofrece como un contexto de aceptación y validación sobre el que desarrollar habilidades para un cambio en la regulación emocional. Si, por un lado, los sentimientos son válidos y tenemos que aceptarlos, por otro, también es cierto que estar a expensas de ellos puede ser dañino para uno y para los demás. La aplicación de TCD incluye modalidades individuales y de grupo, así como llamadas telefónicas e intervenciones en crisis. TCD es un tratamiento bien establecido para el trastorno de personalidad límite (Soler et al., 2012), con creciente aplicación a otros problemas (Marco, García-Palacios y Botella, 2013).

La Activación Conductual (AC) surgió del análisis de ingredientes de la terapia cognitiva de la depresión, llevado por Neil Jacobson, cuando se mostró que el componente de la activación conductual por sí solo era tan efectivo como el conjunto de la terapia. Este componente por sí mismo, reelaborado de acuerdo con los principios conductuales, dio lugar a la terapia propiamente de activación conductual, que ha mostrado en depresión mayor ser más eficaz que la terapia cognitiva y más ventajosa que la medicación (Dimidjian et al., 2006; Moradveisi et al., 2013). Existen dos protocolos de aplicación, apenas diferenciables en el nombre, uno "activación conductual", que enfatiza el análisis funcional, y el otro "terapia de activación conductual", que enfatiza la "ley de igualación", concerniente al valor relativo de los reforzadores dependiendo de los reforzadores de la conducta alternativa. Jorge Barraca ha realizado una excelente revisión comparativa de estas dos versiones (Barraca, 2009).

La Terapia Integral de Pareja (TIP) fue desarrollada también por Neil Jacobson, el mismo de la activación conductual, a partir de la insatisfacción con la terapia conductual de pareja tradicional. Tiene su raíz en la distinción skinneriana entre conducta moldeada por las contingencias y gobernada por reglas. La versión más actual de su formulación original se identifica con la aceptación y el cambio que caracterizan a las terapias de tercera generación (Jacobson et al., 2000). Christina Perissutti y Jorge Barraca han realizado una documentada revisión de la TIP en relación con la terapia conductual tradicional (Perissutti y Barraca, 2013). Sobre ser ambas terapias eficaces, la TIP muestra una ligera ventaja, particularmente en relación con la aceptación emocional, implicada en la satisfacción marital. Es probablemente una de las terapias de tercera generación menos conocidas.

La Terapia con Base en Mindfulness (MBT, por sus siglas en inglés) es un enfoque terapéutico, derivado del budismo, consistente en poner atención en la experiencia del momento, incluyendo sensaciones, pensamientos, estados corporales y demás eventos privados, así como en el ambiente, sin juzgarlos ni analizarlos, sino por el contrario adoptando una actitud de apertura, curiosidad y aceptación (Bishop et al., 2004). La filosofía y técnicas con base en mindfulness ha mostrado su eficacia en depresión y ansiedad (Hofmann, Sawyer, Witt y Oh, 2010), así como una variedad de efectos

psicológicos saludables (Keng, Smoski y Robins, 2011). Mindfulness se ha integrado en ACT (Orsillo y Roemer, 2005), FAP (Kohlenberg, Tsai, Kanter y Parker, 2009) y DBT (Soler et al., 2012). Miguel A. Vallejo Pareja ha hecho las mejores exposiciones de mindfulness en el marco de las terapias de conducta de tercera generación (Vallejo Pareja, 2006; 2007; 2008).

La Terapia Cognitiva Basada en la Persona para las Psicosis (TCBP) fue desarrollada por Paul Chadwick para el estrés asociado a los síntomas psicóticos (Chadwick, 2009). Aunque no deriva directamente del contextualismo funcional, sino de una evolución interna de la terapia cognitiva, se inscribe en la evolución de la propia terapia cognitiva a propósito de la esquizofrenia en la dirección de la aceptación de los síntomas en vez de combatirlos (Tai y Turkington, 2009). Dos importantes aspectos de esta terapia para la inclusión aquí tienen que ver con su adecuación de mindfulness a las perturbaciones psicóticas y su base en la noción de persona. Esta terapia es clave en la nueva tendencia de cambiar la relación con las experiencias psicóticas en vez de eliminarlas (Pérez-Álvarez et al., 2008).

En España, las terapias contextuales fueron introducidas en una monografía de 1996 con el título, sin duda, arriesgado de "La psicoterapia desde el punto de vista conductista" (Pérez-Álvarez, 1996a), donde la ACT, todavía por bautizar, se denominaba "terapia contextual", mientras que la PAF ya figuraba por su nombre. En otro texto general de tratamientos psicológicos se exponía la Terapia de Conducta Dialéctica (Pérez Álvarez, 1996b). La activación conductual sería introducida en 2007 después de publicado un ensayo clínico por parte de sus autores que mostraba su eficacia por encima de la terapia cognitiva y con ventajas respecto de la medicación (Pérez Álvarez, 2007). Importantes publicaciones en español fueron un artículo de Steven Hayes y Carmen Luciano sobre el trastorno de evitación experiencial (Luciano y Hayes, 2001) y el libro ya clásico de Kelly Wilson y Carmen Luciano (Wilson y Luciano, 2002).

Luego vendría un monográfico en 2006 editado por Jorge Barraca de la revista *EduPsykhé* (vol. 5, n.º 2), así como también otro monográfico de *Psicología Conductual* de 2006 (vol. 14, n.º 3).

La revista *Papeles del Psicólogo* también se hizo eco de su importancia con el encargo de un artículo de puesta al día (Luciano y Valdivia, 2006). La reconocida revista internacional de psicología clínica *IJCHP* también ha encargado un artículo de revisión (Pérez Álvarez, 2012a).

Otra importante revista afincada en España, la *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, incluye a menudo trabajos básicos, aplicados y de revisión de las terapias de tercera generación (Ruiz, 2012). Aunque quizá no son conocidas entre los profesionales como merece (Zych, Buela-Casal, Sierra y Gómez-Rodríguez, 2012), las terapias contextuales tienen en España un creciente interés y expansión.

En relación con la activación conductual, Jorge Barraca, de la Universidad Camilo José Cela, ha desarrollado instrumentos de evaluación (Barraca, 2004; Barraca y PérezÁlvarez, 2010; Barraca, Pérez-Álvarez y Lozano Bleda, 2011) y aplicación de casos (Barraca, 2010).

En relación con terapia de conducta dialéctica, la profesora Azucena GarcíaPalacios, de la Universidad Jaime 1 de Castellón, ha extendido sus aplicaciones (García-Palacios, 2006; García-Palacios et al., 2010; Marco, García-Palacios y Botella, 2013). La PAF ha sido objeto de numerosas exposiciones (Ferro García, Valero Aguayo y López Bermúdez, 2007; 2009; Rodríguez Naranjo, 1998) y estudios de caso (Carrascoso, 2002; Ferro García, Valero Aguayo y Vives, 2000; López Bermúdez, Ferro García y Valero Aguayo, 2010; Martin-Murcia, Cangas Díaz y Pardo González, 2011), incluyendo trabajos conjuntos de autores españoles con los fundadores de la terapia (Kohlenberg, Tsai, Ferro García, Valero Aguato, Fernán dez Parra y Virués-Ortega, 2005; ValeroAguayo, Ferro-García, Kohlenberg, y Tsai, 2011).

Por su parte, la ACT es seguramente la que ha tenido más exposiciones, aplicaciones y extensiones, empezando por las debidas a Carmen Luciano y colaboradores (Luciano, 2001; Luciano y Hayes, 2001; Luciano y Páez, 2010; Luciano y Valdivia, 2006;

Páez y Gutiérrez, 2012; Wilson y Luciano, 2002). La profesora Ana González, de la Universidad de Oviedo, la ha aplicado en el tratamiento intrapenitenciario del abuso de sustancias por mujeres policonsumidoras (Villagrà Lanza y González Menéndez, 2013). Una aplicación también novedosa ha sido desarrollada por José M. García Montes, de la Universidad de Almería, y colaboradores, al ámbito de los trastornos psicóticos, en particular, alucinaciones y delirios, incluyendo un caso seminal, probablemente el primero en esta problemática (García-Montes y Pérez-Álvarez, 2001; García-Montes, Luciano, Hernández y Zaldívar, 2004; García-Montes y Pérez-Álvarez, 2005; 2010; García-Montes Pérez-Álvarez y Perona Garcelán, 2013; Veiga-Martínez, Pérez-Álvarez y GarcíaMontes, 2008).

2.2.1 Terapias de primera generación

La primera generación se refiere a la fundación de la terapia de conducta en la década de 1950. La concurrencia de dos circunstancias dio lugar al surgimiento de esta nueva "marca" de terapia, cuyo nombre tiene su aspecto distintivo. Una de estas circunstancias tiene que ver con las dudas que empezaron a surgir acerca de la eficacia del psicoanálisis, como la psicoterapia por antonomasia. Los clásicos estudios de H.J. Eysenck ponían de relieve que la eficacia que se suele atribuir a la psicoterapia psicoanalítica, caracterizada por su larga duración, no se podían diferenciar de la "remisión espontánea" que ocurre en pacientes similares no tratados, a lo largo de tanto tiempo. Ciertamente, la mejoría sin tratamiento formal es más probable que la permanencia del problema o su empeoramiento (como un catarro o una herida tienen más probabilidad de curarse solos, que de empeorar o morir de ello). El paso del tiempo es ya una condición que se ha de controlar (medir) en los estudios de eficacia. La otra circunstancia es la extensión aplicada a la clínica de los principios de la psicología del aprendizaje: condicionamiento clásico, pavloviano o respondiente y condicionamiento operante o skinneriano.

La psicología del aprendizaje era, y sigue siendo, una disciplina científico-experimental de la psicología. De la psicología del aprendizaje derivan modelos y

procedimientos para entender y modificar, cuando fuera el caso, la conducta humana en los distintos ámbitos, incluyendo el clínico, ambulatorio e institucional.

Los trastornos psicológicos se entienden como conductas problemáticas, disfuncionales o desadaptativas, aprendidas de acuerdo a los mismos principios y procesos de la conducta normal, funcional y adaptativa. La terapia correspondiente consiste en modificar la conducta conforme a los mismos fundamentos y procedimientos: básicamente, condicionamiento respondiente y operante. Mientras que las aplicaciones derivadas del condicionamiento respondiente eran adecuadas para los trastornos neuróticos, caracterizados por miedos condicionados, de pacientes ambulatorios, referido a que ellos mismos acuden a consulta - la problemática clínica tradicional-, las aplicaciones derivadas del condicionamiento operante se dirigían sobre todo al retardo en el desarrollo y a síntomas psicóticos, por lo común en instituciones educativas y psiquiátricas.

Así, la propia historia de la modificación y terapia de conducta nace bifurcada, por el paradigma y ámbito de aplicación: el condicionamiento respondiente para problemas neuróticos en población ambulatoria y el operante para problemas que requería la institucionalización en centros educativos o psiquiátricos. Curiosamente, la expresión "terapia de conducta" para estas aplicaciones surgió en los dos paradigmas y ámbitos de aplicación, independientemente. Primero, fue Skinner quien en 1953 propone el nombre "terapia de conducta" para las aplicaciones operantes en contextos psiquiátricos, para personas con alteraciones psicóticas. Sin embargo, esta propuesta pasó prácticamente desapercibida.

Después, Eysenck en 1957 vuelve a inventarla, ahora, para aplicaciones derivadas del condicionamiento respondiente a problemas neuróticos. Significativamente, Eysenck es autor de un libro de 1960 titulado *Terapia de conducta y neurosis* y fundador en 1963 de la revista *Behaviour Research and Therapy*. Por su parte, la línea operante se conocería más propiamente como análisis aplicado de la conducta.

En tiempos, el nombre de modificación de conducta se refería sobre todo a las técnicas derivadas de la línea operante y el de terapia de conducta a las derivadas de la línea respondiente, pero ambas denominaciones refieren hoy las aplicaciones de los dos paradigmas de aprendizaje. En todo caso, el análisis aplicado de conducta, que también cuenta con una revista especializada, *Journal of Applied Behavior Analysis*, desde 1968, se "queda" con la problemática del desarrollo, siendo hoy su tema estrella el autismo.

La desinstitucionalización de la psicosis acabó con las aplicaciones operantes en psicosis. Aún cuando el término "terapia de conducta" surgiera en la perspectiva del condicionamiento respondiente, hoy es una denominación general, que incluye por derecho propio las técnicas derivadas de la línea operante.

El término "**terapia de conducta**" tiene una denotación descriptiva, por centrarse en la conducta, y una connotación negativa, para contraponerse a "psicoterapia", centrada en la psique. La terapia de conducta no es psicoterapia, ni en la letra ni en el espíritu de los terapeutas de conducta. Sin embargo, el término "psicoterapia" tiene un uso general - como terapia psicológica - que incluye a la propia terapia de conducta. Como contra-distinta de la psicoterapia, la terapia de conducta presenta en su origen o primera generación, dos aspectos distintivos: enfoque ambientalista y evaluación de la eficacia.

El enfoque ambientalista enfatiza el carácter condicionado, aprendido, de las respuestas neuróticas a estímulos o condiciones del medio, explicable por la historia del aprendizaje, distinto del enfoque intrapsíquico, típicamente, el psicoanálisis. La evaluación de la eficacia, en contraste también con la psicoterapia tradicional que la daba por hecho, sería otro distintivo que marcaría en adelante el futuro no sólo de la terapia de conducta, sino el de la psicoterapia en general. La terapia de conducta clásica o de primera generación dio lugar a técnicas bien conocidas. En la línea del condicionamiento respondiente destacan la Desensibilización Sistemática (DS) y la Exposición Prolongada con prevención de respuesta (EP). Aparentemente contradictorias, se atienen a la misma lógica de la extinción de respuestas condicionadas, aun cuando todavía se discuten los mecanismos implicados.

La DS consiste en una exposición progresiva, poco a poco - imaginaria, por lo común, o en vivo, en lo posible - a los estímulos o situaciones que suscitan respuestas de miedo tratando de mantener una respuesta incompatible con la ansiedad, por lo común, la relajación previamente aprendida. Las situaciones ansiógenas también han sido previamente graduadas de menos a más, en una escala o "ansiómetro" de 0 a 10 o a 100.

La EP, como sugiere el nombre, consiste en exponerse a los estímulos ansiógenos de forma plena, sin escapar o hacer algo evitativo, durante el tiempo necesario hasta que la respuesta se extingue o entra en fase de rebajamiento. Ni que decir tiene que el procedimiento está debidamente explicado, convenido y apoyado por el clínico, para llevarlo sistemáticamente. No es de suponer que una exposición sea suficiente. En lo posible, la EP es en vivo, pero también puede ser en imagen.

En la línea del condicionamiento operante existen numerosas técnicas, pero lo importante es el análisis funcional de la conducta, eligiendo las conductas relevantes en relación con el problema presentado e identificando los estímulos antecedentes en cuya situación ocurren y los estímulos consecuentes o efectos que producen o siguen. Se trata de una unidad de tres términos: A (antecedente), B (behavior, conducta) y C (consecuencia), denominada técnicamente contingencia de tres términos, a menudo representada como

Ed: C – R

Donde Ed es el estímulo discriminativo, cuya presencia hace probable la conducta que se analiza (C), la que a su vez produce ciertas consecuencias o efectos denominados reforzadores (R), si fortalecen la conducta y castigos si la extinguen. El reforzamiento se denomina positivo cuando supone un logro de algo "apetecible" o "deseable" y negativo cuando el efecto es evitar o deshacerse de un estímulo o condición aversiva o "indeseable". En todo caso, el reforzamiento implica el fortalecimiento de la conducta que lo antecede o produce: sea por lo que logra o por lo que evita. Los tres términos del análisis constituyen una unidad funcional, donde los reforzadores reobran sobre la conducta operante (que los

opera) y sobre las situaciones en las que la conducta ocurre, por lo que éstas tienen las funciones discriminativas que tienen.

El análisis funcional de la conducta es una de las mayores aportaciones del conductismo radical a la ciencia de la conducta y sus aplicaciones prácticas, incluyendo la clínica. Si bien el análisis funcional es característico de la línea operante, donde constituye toda una especialidad, está integrado en la terapia de conducta. El análisis funcional lleva a las técnicas de modificación de conducta, las cuales consisten en alterar las condiciones antecedentes (control de estímulo) y consecuentes (manejo de contingencias).

Mientras que el control de estímulos consiste en disponer las condiciones para que determinadas conductas tengan o no tengan lugar, el manejo de contingencias se refiere a la disposición de las consecuencias de una manera sistemática, para que ocurran contingentemente a la conducta, con cierta tasa o intervalo, o no ocurran si se trata de extinguir la conducta. Contratos de conducta y sistemas de puntos canjeables por reforzadores convenidos son maneras "protésicas" para cambios de conducta de interés clínico. El autocontrol es uno de los procedimientos más utilizados de acuerdo con esta lógica (Encinas).

Una limitación del análisis funcional clásico es que apenas incluía la conducta más frecuente en psicoterapia, que es la conducta verbal, a pesar de que la obra de Skinner sobre el lenguaje, *Conducta verbal*, data de 1957 y de la que ya había exposiciones anteriores, por ejemplo, en *Principios de psicología* de Fred Keller y William Schoenfeld, de 1950. El análisis de conducta ya prácticamente centrado en el lenguaje, sobre la base de la obra de Skinner, será una característica de las terapias contextuales.

En relación con la importancia que cobra el análisis funcional de la conducta implicada en las interacciones terapéuticas, es de señalar, como muestra de su vigencia, su estudio sistemático por M.' Xesús Froján Parga, de la Universidad Autónoma de Madrid, y colaboradores (Froján-Parga, Montserrat Montaña y CaleroElvira, 2010; Froján-Parga, Calero-Elvira y Montaña-Fidalgo, 2009; MontañaFidalgo, Froján-Parga, Ruiz-Sancho y

Virúes-Ortega, 2011; Ruiz-Sancho, FrojánParga y Calero-Elvira, 2013). El análisis funcional de la conducta aplicado a la propia conducta de los clínicos en sesión viene a poner de relieve la anatomía y funcionamiento de la terapia y, por su parte, aplicado a los problemas que presentan los clientes viene a ser su radiografía y análisis, sin necesidad de neuroimágenes ni análisis clínicos.

2.2.2 Terapias de segunda generación

La segunda generación se refiere a la influencia que el enfoque cognitivo de la psicología ha tenido sobre la terapia de conducta a partir de la década de 1970, cuando empieza a red denominarse como terapia cognitivo-conductual. Esta influencia formaba parte de la llamada entonces revolución cognitiva y cambio de paradigma que afectaba a toda la psicología, y que en pleno "proceso revolucionario" algunos veían más que nada como moda, mito e ideología (Pérez Alvarez, 1985).

Si antes el conductismo había desbancado al psicoanálisis, ahora el cognitivismo parecía hacer lo propio con el conductismo, incluyendo su rama aplicada: la terapia de conducta. Así, el propio psicoanálisis ha vuelto con un marcado carácter interpersonal e incluso contextual y, por su parte, el conductismo revive como contextualismo funcional, del cual derivan las terapias contextuales que están marcando la nueva generación de la que hablamos. Lo cierto es que la terapia de conducta se hizo cognitiva, como si le faltara ese complemento para ser completa. La ola cognitiva que se cernía sobre toda la psicología dio vida a terapias cognitivas preexistentes, con orígenes que datan de la década de 1960, si es que no antes, como las clásicas terapia racional y emotiva de Albert Ellis y la terapia cognitiva de Aaron Beck. Estas terapias y en particular la terapia cognitiva de la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983), junto con otras, marcaron la época y dieron lugar a lo que ahora se identifica como segunda generación.

El aspecto distintivo de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es la introducción entre el estímulo o la situación y la respuesta o la conducta de una serie de procesos y estructuras hipotéticos de naturaleza cognitiva o mental representacional, a menudo

concebidos en términos de procesamiento de información, supuesta la mente y en su caso el cerebro como un ordenador. En terapia, esta característica se suele exponer mediante un modelo A-B-C, introducido por Ellis y utilizado ampliamente por la terapia cognitiva de Beck. En este modelo, A son los acontecimientos o eventos que ocurren en la vida, B son las creencias (beliefs), cogniciones y pensamientos que se tienen acerca de A, y C son las consecuencias emocionales y conductuales, para el caso, los "síntomas" que definen un trastorno clínico. Aunque este esquema comparte las letras con el esquema A-B-C del análisis de la conducta, citado antes, no tienen nada que ver, por lo que se prestan al contraste. Ni siquiera A, referida a acontecimientos, significa lo mismo, puesto que en el análisis de la conducta se especifica como estímulo discriminativo, cuya función es más evocadora (debido a las consecuencias que la conducta ha tenido en su presencia), que provocadora de reacciones cognitivas.

El modelo cognitivo A-B-C continúa con D y E, para incluir la terapia. El terapeuta cognitivo-conductual empieza por explicar y hacer ver al cliente que sus problemas emocionales y conductuales (C) no derivan, en realidad, de A, los acontecimientos y circunstancias de la vida (pérdidas, conflictos, situaciones de agobio, crisis), sino de B: lo que cree y piensa acerca de A. El modelo supone que hay una predisposición aprendida, automática e inconsciente (esquemas) a pensar de determinada manera (procesamiento de la información) consistente en pensamientos automáticos y sesgos cognitivos que terminan por producir las emociones y conductas que se tienen, por ejemplo, depresión. Los acontecimientos constituyen "información", Input, que se procesa de determinada manera, dando lugar a un Output o producto, en su caso, un trastorno emocional y conductual. La botella puede estar medio llena o medio vacía, pero verla medio vacía da lugar a depresión. Siendo B lo decisivo, la terapia consiste en hacer ver esta causa y disputar (D) su inadecuación y consecuencias.

La TCC no se queda en la disputa de pensamientos y creencias "irracionales" sino que promueve la experimentación (E) de una nueva manera más racionalista de ver las cosas. Se trata de experimentar si pensando de una manera más realista, matizada y ponderada (sin los sesgos habituales) las consecuencias son mejores, así como hacer

comprobaciones, por ejemplo, acerca de si todo lo malo le ocurre a uno y nada bueno, si enfrentar la situación temida es tan catastrófico como se piensa, etc. El objetivo no es sólo modificar sesgos cognitivos y pensamientos erróneos, sino revalidar toda una reestructuración cognitiva de los esquemas básicos de procesamiento y creencias irracionales.

Las TCC son las más representadas en las guías de tratamientos psicológicos eficaces (Pérez Álvarez, Fernández Hermida, Fernández Rodríguez y Amigo Vázquez, 2003), por lo que tienen reconocido prestigio en el ámbito psiquiátrico. Entre sus deméritos, por lo que aquí importa, se señalan tres. Uno es que, sin dudar de su eficacia, no se sabe en realidad por qué lo es: si por los componentes cognitivos que la caracterizan y son su razón de ser, si por los componentes conductuales de toda la vida que incorpora, si por la conjunción de ambos o si, acaso, por otros aspectos o componentes. Por lo pronto, lo que parece cierto es que la eficacia de la TCC no parece deberse precisamente al componente cognitivo, sino al conductual, como muestran los estudios de desmantelamiento de componentes que dieron lugar a la terapia de activación conductual.

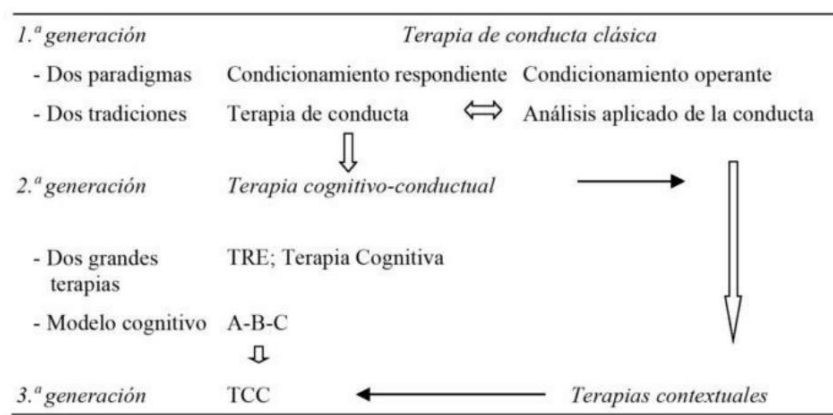
Otro demérito es que la TCC desvirtuó el carácter contextual de la terapia de conducta, a favor de un enfoque intrapsíquico, como es el cognitivo. No en vano, la terapia cognitiva de Beck tiene una impronta psicoanalítica debida probablemente a la formación psicoanalítica de su autor. En Tratamientos psicológicos se puede encontrar una comparación entre el modelo de Beck y el psicoanalítico que muestra sus similitudes (Pérez Álvarez, 1996b, pp. 449 y 14). El otro demérito, derivado de su carácter intrapsíquico, es la adopción del modelo médico.

Si el modelo médico ha servido a la TCC para competir con la medicación, también puede que haya servido para "pervertir" la terapia psicológica, imitando el modelo médico y poniéndose al servicio de la medicación. Dentro de su eficacia, es posible que la adhesión de la TCC al modelo médico esté limitando las posibilidades de las terapias psicológicas en ofrecerse como alternativa, empezando por la revisión del criterio de eficacia, más allá de la reducción de síntomas. La TCC es una "marca" bien establecida a la que no le faltan méritos para mantenerse como tal. Pero también es cierto que desde su propio seno se está

dando, en algunos ámbitos de aplicación, una evolución hacia las terapias de tercera generación (Chadwick, 2009; Ciarrochi y Bailey, 2008; Tai y Turkington, 2009).

En la *figura 4* se resume los dos paradigmas de la terapia de conducta, con sus técnicas emblemáticas, y las dos tradiciones a las que da lugar, una en la línea de la terapia cognitivo-conductual (2.a generación) y la otra en la línea de las terapias contextuales (3.a generación).

Figura 7 Terapias de conducta y contextuales



Nota: (Tomado del libro: Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. Pérez Álvarez, M, 2014.)

2.3 Terapias de tercera generación y su enfoque contextual.

La primera problemática a la que responden las terapias contextuales es la insatisfacción con los sistemas diagnósticos al uso, DSM y CIE, incluyendo sus últimas versiones, DSM5 y CIE-11, que no por últimas resuelven los problemas de base. Los sistemas diagnósticos, típicamente el DSM a partir del DSM-1 en adelante, con la adopción de criterios operativos, mejoraron la fiabilidad diagnóstica, pero a costa de empeorar su validez, según los trastornos psicológicos quedan reducidos a unos cuantos síntomas fáciles de definir y de observar. Como es sabido, una medida o diagnóstico puede ser fiable (como, por ejemplo, un lunar en la piel) y, sin embargo, ser poco válido para establecer un diagnóstico (por ejemplo, de cáncer a partir del lunar).

Las terapias de tercera generación vienen a recuperar la perspectiva contextual que la terapia cognitivo-conductual (segunda generación), habría perdido de la terapia de conducta clásica (primera generación). Si la terapia de conducta clásica se erigió y caracterizó como un enfoque ambientalista (contextual) respecto del enfoque intrapsíquico de carácter psicodinámico dominante entonces, cuando la terapia de conducta surgió en la década de 1950, las terapias de tercera generación vienen a recuperar la perspectiva contextual respecto de la perspectiva intrapsíquica de carácter cognitivo que ha adoptado la terapia cognitivo-conductual.

En la perspectiva de la terapia de tercera generación, la terapia cognitiva o cognitivo-conductual, sin menoscabo de sus méritos, supone una recaída en un modelo médico, interiorista, intrapsíquico, al situar dentro del individuo la clave y mecanismos del problema y el lugar al que dirigir la intervención. A su vez, esta mirada intrapsíquica fácilmente va en detrimento y suplanta la mirada contextual, ambiental. Aún cuando un enfoque psicológico intrapsíquico no ignora el carácter interactivo, socioambiental y contextual de los problemas psicológicos, su mirada dentro del individuo, más que un mero énfasis, supone toda una concepción intemalista (procesamiento de la información, etc.) que termina por suplantar el mundo de la vida y la situación dentro de la que está el propio individuo. Sabido que un enfoque psicológico como el cognitivo o el psicodinámico no ignoran ni reniegan de los factores ambientales, ni tampoco se definen como modelo médico, en su sentido interiorista, internista, no es fácil de percibir el carácter médico intrapsíquico, no contextual, que se les reprocha desde una perspectiva enfáticamente contextual.

El modelo contextual de psicoterapia explica el trastorno en términos interactivos, funcionales y contextuales, y no como algo que estuviera defectuoso dentro del individuo (en el cerebro o en la mente), ni tampoco fuera (en la sociedad o en la cultura), sino en la historia coevolutiva de la persona y sus circunstancias. El trastorno o problema no estaría dentro de la persona sino sería, por así decirlo, la persona la que estaría dentro de unas circunstancias o situación problemática.

Así, por ejemplo, la depresión no sería algo que uno tiene dentro, sino una situación dentro de la que uno está. Uno no tiene dentro la depresión: ni le ha entrado como una infección, ni le ha salido como un tumor. Las circunstancias pudieron ser tan adversas como para moldear toda una forma de ser, estilo o carácter de la persona, sea por caso todo un carácter neurótico o psicótico. Tal carácter, estilo o modo de ser sería una forma de interactuar adaptativa, al menos, en su día y en todo caso un estilo aprendido en relación con un medio social, incluyendo el sistema familiar o sistema clínico (no una avería en el "sistema límbico", si se permite decirlo).

Los depresivos terminan por generar ambientes depresivos, los paranoicos terminan por ser mirados de manera especial y los "enfermos mentales" terminan como "enfermos". La expresión "persona con esquizofrenia", al sugerir que la "esquizofrenia" es una enfermedad del cerebro, deja fuera de consideración el modo característico de ser una "persona esquizofrénica" y el correspondiente trato social (Sass, 2007).

El modelo contextual de psicoterapia supone que el problema tiene que ver con la persona en sus relaciones con los demás y consigo misma - con sus propias experiencias, sentimientos, pensamientos y "eventos privados". El modelo contextual no supone que tenga que haber un defecto, déficit o disfunción en algún presunto mecanismo psicológico, como causa subyacente, a partir de la cual explicar el problema, entre otras cosas, porque los trastornos mentales (psicológicos o psiquiátricos) son posibilidades del ser humano, debidas más a la condición humana que a la condición natural. Se dice que son "posibilidades" humanas no por la obviedad de que si existen es porque son posibles, sino por la consideración (antropológico-filosófica) del carácter abierto del ser humano, capaz de ser de diversas maneras, incluyendo las que podrían devenir problemáticas, pero tampoco porque éstas sean anormales - que fallen a una norma-, puesto que aún siendo problemáticas o incluso patológicas despliegan nuevas normas (Canguilhem, 1986).

El modelo contextual de psicoterapia se interesa más en proponer principios terapéuticos generales que en desarrollar técnicas específicas dirigidas a supuestos

mecanismos. Se puede adelantar que las terapias de tercera generación han puesto de relieve dos grandes principios terapéuticos: la aceptación y la activación.

Así, la aceptación no significa resignación ni renuncia al cambio, antes bien es un acto positivo, un tanto paradójico, de cambio radical, como es cambiar el contexto de "lucha" en vano y contraproducente contra los propios síntomas en la que uno estaba sumido hasta entonces. Frente a este "circuito neurótico" en el que a menudo queda enredada la persona, el modelo contextual propone el abandono de la lucha contra los síntomas y, a la vez, la activación: un nuevo contexto en el que entender y vivir el problema. La activación consiste básicamente en reponer a la persona cara a la vida y en actuar en dirección a las cosas que le importan, otras que el empeño fracasado de quitar los síntomas, lo que acaso venga por añadidura. La activación supone actuar para cambiar la situación y circunstancias que están manteniendo el problema.

El modelo contextual jubila el papel de paciente pasivo y da de alta el papel de cliente activo, como cliente autosanador.

El modelo contextual de psicoterapia mide su eficacia más por los logros personales en la dirección de los valores en los distintos dominios de la vida, que por la reducción de los síntomas de una lista. Una posible mejoría podría consistir en hacer algo valioso en uno de los dominios elegidos, a pesar de los síntomas que todavía podrían persistir como, por ejemplo, tristeza o voces.

2.3.1 Psicoterapia Analítica Funcional

La Psicoterapia Analítica Funcional (PAF) es una terapia conductual, con base en el conductismo radical de Skinner, que se caracteriza por explotar la relación terapéutica al servicio de ayudar a los clientes con problemas que tengan que ver fundamentalmente con las relaciones interpersonales. La PAF es una de las primeras terapias de tercera generación que ya nació con su nombre y con un cuerpo teórico y aplicado formado, claro y distinto. Siendo una terapia conductual de clara y declarada raíz skinneriana tiene, no a pesar de ello, sino precisamente por eso, cierta afinidad con la psicoterapia psicodinámica

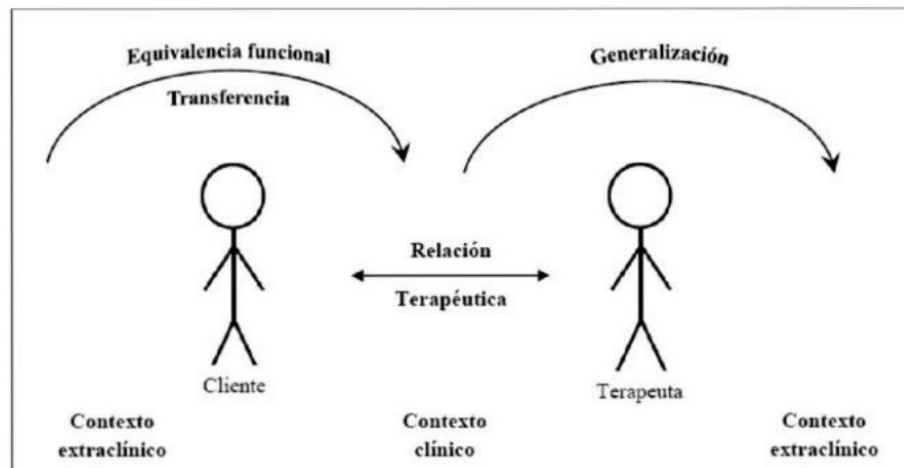
(reconocida en el propio nombre), así como cuenta con una teoría del yo, tal vez sorprendente para terapeutas de conducta al uso.

La PAF es única en el análisis psicológico que hace de la relación terapéutica, de interés no sólo para las demás terapias contextuales, sino para las psicoterapias de cualquier credo. En el estudio de la relación terapéutica destacan su posible equivalencia con las relaciones interpersonales en la vida cotidiana, las funciones del terapeuta como estímulo, la situación en terapia como situación social y el puente del lenguaje entre la terapia y la vida real.

La PAF concibe la relación terapéutica como un microcosmos en el que historias de la vida complejas de los clientes entran en contacto con una peculiar participación del terapeuta. Esta participación de terapeuta se hace con determinado criterio psicológico atendido a principios conductuales y, a la vez, con implicación personal, como persona compasiva, comprensiva y empática.

En la base de la PAF se supone y espera que el cambio terapéutico ocurra en el proceso mismo de la respuesta contingente del terapeuta a los problemas del cliente presentados en vivo y en directo en sesión. Se trata de un proceso interpersonal, entre, no intra-mental. Asimismo, se entiende que lo ganado en la terapia puede ayudar al cliente con los problemas que ocurren en la vida real, en virtud de la señalada equivalencia funcional. Si, de una parte, se supone que los problemas en la vida cotidiana se "transfieren" a la situación terapéutica, de otro, se supone también que las mejorías en terapia se "transfieran" más allá de la relación terapéutica, a las relaciones significativas del cliente en la vida real (*figura 8*).

Figura 8 Equivalencia funcional entre la relación terapéutica y la vida real



Nota: (Tomado del libro: Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. Pérez Álvarez, M, 2014.)

La PAF es apropiada para problemas que implican aspectos interpersonales, cualquiera que fuera el diagnóstico formal. A este respecto, la PAF empieza por estudiar las funciones que tienen el propio terapeuta y la estructura misma de la situación clínica en orden a ver y convertir la relación terapéutica en un contexto natural en el que tiene lugar el proceso terapéutico. La PAF es única en estudiar de acuerdo con principios conductuales las funciones del terapeuta y las situaciones terapéuticas que pueden evocar conductas clínicamente relevantes.

La PAF estudia también la conducta verbal del cliente como posible puente entre la terapia y la vida real, en la medida en que el lenguaje puede establecer conexiones entre ambas situaciones. Es tarea del terapeuta percibir y promover tales conexiones. El análisis funcional del lenguaje es uno de los bagajes fundamentales de un terapeuta PAF.

2.3.2 Activación Conductual

La Activación Conductual (AC) es una terapia desarrollada para el tratamiento de la depresión y prevención de su recaída que se centra directamente en el cambio conductual.

Más específicamente, se centra en la activación de conductas operantes y en los procesos que las inhiben, en orden a aumentar el contacto con las contingencias de manera que pudieran proporcionar mejores condiciones de vida, incluyendo recompensas, solución de problemas y cambios favorables (Christopher R. Martel, 2010).

La AC tiene su base en principios del análisis funcional de la conducta aplicados al entendimiento de la depresión y su tratamiento ya en la década de 1970, pero que treinta años después recobran su momento, no sin avances teóricos y empíricos. La AC es ahora una de las más destacadas terapias de tercera generación, ejemplo de enfoque contextual. Se puede decir que es una nueva vieja terapia de conducta, renovada al hilo de sucesivos desarrollos y del vigente espíritu contextual.

Dos razones hacen importante la AC: su eficacia probada y su base en principios claros y distintos, fáciles de entender y, tenido claro el modelo, hasta fáciles de aplicar. La AC es un buen ejemplo de "terapia de calidad" sobre la consideración de parsimonia, facilidad y eficiencia, que se reivindica en el proceloso mundo de las más de cien terapias "bien establecidas" (Cougles, 2012).

El análisis funcional de fenómenos clínicos, incluyendo la depresión, fue desarrollado por C.B.Ferster a principios de la década de 1970. De acuerdo con Ferster (1973), la depresión resulta de una historia de aprendizaje en la que las acciones de los individuos no dan lugar a reforzadores positivos del ambiente y, a menudo y a la vez, las acciones de escape o evitación de condiciones aversivas resultan reforzadas negativamente (por lo que evitan, no por lo que consiguen). El decremento de reforzamiento positivo trae dos consecuencias que propician la depresión. En primer lugar, cuando los esfuerzos no resultan recompensados, la gente se centra más en responder a su propia privación que en operar sobre las posibles fuentes de reforzamiento ambiental. Esta consecuencia no es otra que el conocido "encerramiento en sí" y la desesperanza de que algo positivo pueda ocurrir. En segundo lugar, el repertorio de conductas adaptativas del individuo se reduce. Cada vez uno hace menos cosas que puedan cambiar algo y, por el contrario, hace más que sumergen en "depresión", evitando, escapando y rumiando. Se gasta más esfuerzo en evitar o escapar

de consecuencias aversivas anticipadas, que en intentar o "tentar" que algo positivo pueda ocurrir.

Además de Ferster, otro pionero es Peter Lewinsohn, citado por el propio Ferster. Lewinsohn reelaboró el modelo conductual de la depresión y desarrolló programas de aplicación (Lewinsohn, 1974; Lewinsohn y Graf, 1973; Lewinsohn, Antonuccio, Breckenridge y Teri, 1984). Lewinsohn enfatiza también la importancia del reforzamiento contingente a la conducta, especificando tres aspectos: el número de eventos potencialmente reforzantes para el individuo (la "racha" de cosas buenas en la vida actual), la disponibilidad de reforzamiento en el ambiente (los cambios en las circunstancias personales) y la conducta instrumental para obtener reforzadores (la habilidad y recursos para moverse en las circunstancias actuales). Sobre esta base, Lewinsohn y colaboradores desarrollaron programas aplicados (Lewinsohn y Graf, 1973; Lewinsohn et al., 1984). Estos programas contienen componentes conductuales y cognitivos. Los conductuales consisten en automonitorización y planificación de actividades agradables.

A pesar del apoyo empírico de los programas de Lewinsohn y otros más desarrollados en su línea, el tratamiento conductual de la depresión perdió el favor de los tiempos, con el advenimiento de la psicología cognitiva a finales de la década de 1970 y principios de la de 1980.

En 1979 aparece el gran libro de Terapia Cognitiva de la Depresión de Aaron Beck y colaboradores (Beck, Rush, Shawy Emery, 1983). La terapia cognitiva integra componentes conductuales y cognitivos, como ya hacía la terapia de Lewinsohn, pero el énfasis ahora es el aspecto cognitivo. Tanto la concepción de la depresión como la explicación de la terapia tendría un marcado carácter cognitivo: una teoría cognitiva de la depresión con base en "esquemas depresógenos" y una terapia cognitivo-conductual confiada a la reestructuración cognitiva. La terapia cognitiva llegaría a ser la terapia más ampliamente investigada y aplicada de los tratamientos empíricamente apoyados para la depresión (Pérez Álvarez y García Montes, 2003). La terapia cognitiva de la depresión

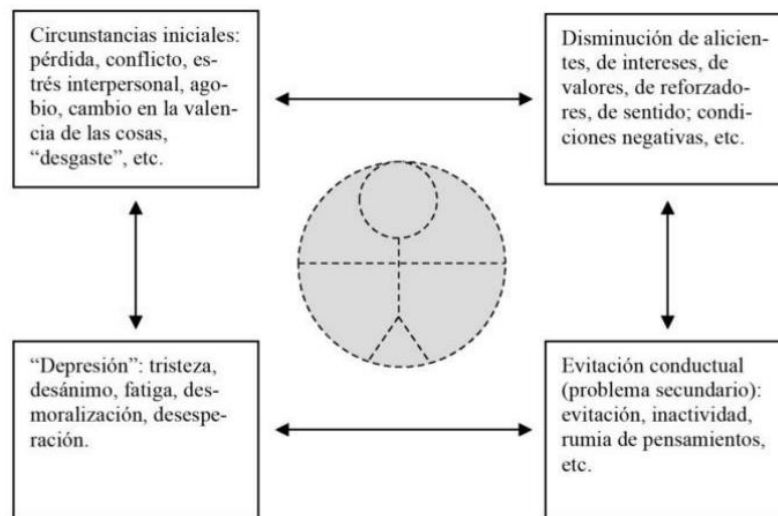
extendería el modelo para su aplicación a prácticamente todo el elenco de los trastornos psicológicos, incluyendo la esquizofrenia.

Un estudio de componentes de la terapia cognitiva llevado por Neil Jacobson en 1996 puso de relieve que el componente conductual por sí solo obtiene la misma eficacia que la terapia completa, de la que se supone que el componente cognitivo es esencial (Jacobson, Dobson, Truax, Addis, Koerner, Gollan, et al., 1996). Este hallazgo pone en entredicho el componente cognitivo de la terapia y su explicación con base en la cognición. A igual eficacia, el componente conductual resultaría más eficiente que la terapia completa. Este hallazgo llevó al desarrollo del componente conductual como terapia por sí misma, lo que sería el origen de la AC (Martell, 2010).

Se da la circunstancia de que en 2001 aparecen dos versiones de AC: una desarrollada por el propio Jacobson y colaboradores (Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001; Martell, Addis y Jacobson, 2001) que supone el manual de tratamiento más comprensivo llamado propiamente AC (Kanter, Bush y Rush, 2009; Martell, Dimidjian y Hermann-Dunn, 2010) y otra desarrollada por Lejuez, Hopko y Hopko (2001) que es un protocolo más breve en torno a unas diez sesiones denominado Terapia de Activación Conductual para la Depresión, TACD (Lejuez et al., 2011).

En la perspectiva de AC, la depresión se presenta como una situación dentro de la que está uno y no como una condición dentro de uno, sea un desequilibrio neuroquímico o un esquema depresógeno. La depresión no está dentro de uno, sino uno dentro de una situación depresiva o deprimente. El modelo contextual permite plantear la desmedicalización de la depresión que la considera como una enfermedad o disfunción dentro de uno (PérezÁlvarez, 2007). A continuación, se muestra un esquema de explicación al cliente acerca del modelo contextual de la depresión.

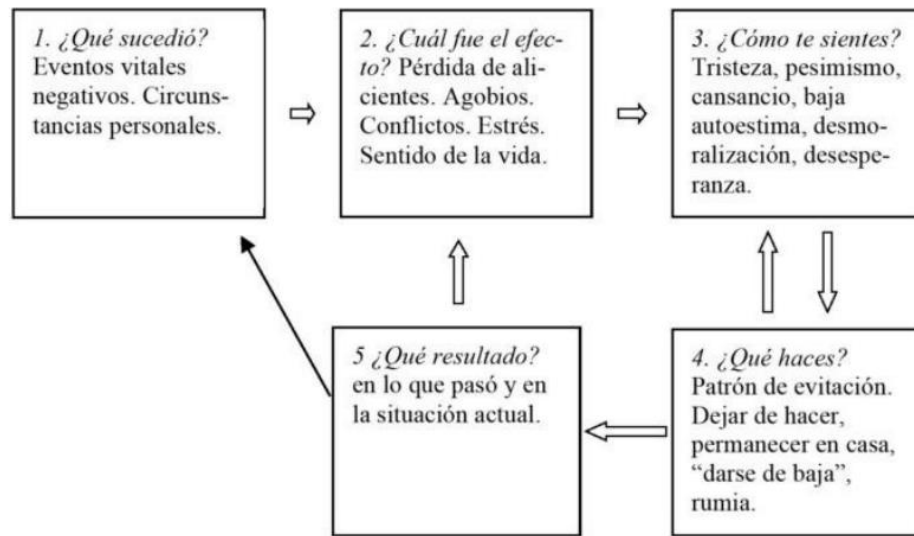
Figura 9 Modelo contextual de la depresión



Nota: (Tomado del libro: Activación Conductual para la depresión. Martell-Dimidjian-Hernan Dunn, 2013.)

El clínico analiza la depresión de acuerdo al modelo conductual contextual y trata de que el propio cliente entienda el problema en esta perspectiva. Esta perspectiva no es la usual de los clientes, ni siquiera demasiado intuitiva. Sin embargo, el terapeuta puede mostrar con los propios datos del cliente que lo que le pasa se entiende de acuerdo con el modelo y, lo que es más importante, que ello indica qué hacer y qué no hacer. Un terapeuta AC se caracteriza por el uso de esquemas y diagramas que ponen en relación los distintos componentes del modelo: lo que pasó, qué efecto produjo, cómo se siente uno, qué hace al respecto, qué resultado útil o perjudicial tiene lo que hace o deja de hacer sobre la situación, etc. (*figura 10*).

Figura 10 Modelo de depresión presentado al cliente



Nota: (Tomado del libro: Activación Conductual para la depresión. Martell-Dimidjian-Hernan Dunn, 2013.)

2.3.3 Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés, para pronunciar "act") es, de entre las terapias de tercera generación, la que más probablemente ha contribuido al establecimiento de todas estas nuevas terapias. Así como también es quizá la que más ha contribuido a su expansión y no sólo dentro de la tradición de la terapia de conducta o cognitivo-conductual, con una nueva generación, sino también en el ámbito de la psicología clínica, como innovación psicopatológica y terapéutica (steve c. hayes). La ACT se caracteriza a sí misma como un enfoque de la ciencia contextual conductual del cambio psicológico (Hayes, BarnesHolmes y Wilson, 2012; Hayes et al., 2011; Hayes et al., 2006; Tórneke, 2010). Los aspectos distintivos de la ACT son los siguientes: una filosofía contextual de la ciencia, una teoría del lenguaje y la cognición y una concepción de la psicopatología y de la terapia.

La filosofía contextual de la ciencia que está en las raíces de ACT se denomina contextualismo funcional. El contextualismo funcional es una variedad del contextualismo

que es, a su vez, una concepción del mundo alternativa a otras existentes. De acuerdo con el filósofo Stephen Pepper en su libro *World hypotheses*, de 1942 (Pepper, 1970), se reconocen cuatro grandes hipótesis del mundo, según la metáfora-raíz o idea-fuerza en que se basan: formismo, mecanicismo, organicismo y contextualismo.

El estudio del lenguaje y de la cognición en la tradición skinneriana ha dado lugar a toda una teoría denominada Teoría del Marco Relacional (RFT, por sus siglas en inglés, de Relational Frame Theory). La RFT resulta de un programa de investigación experimental básica, específicamente dirigido a la fundamentación y desarrollo de la ACT. Como estudio del lenguaje y la cognición en términos contextuales-funcionales, la RFT se ha centrado en la habilidad humana para aprender a establecer relaciones entre eventos y a derivar funciones nuevas, no entrenadas. Se entiende que la habilidad relacional es un repertorio de conducta operante aprendido en el curso normal de socialización, en virtud de innumerables ocasiones, que forman parte de la práctica cotidiana.

La ACT ofrece una concepción de la psicopatología alternativa a la concepción al uso establecida por los sistemas nosológicos, típicamente el DSM. El DSM-4, después de ser el sistema diagnóstico prácticamente oficial, se reconoce que era ficticio o, como suelen decir con una retórica autocontradictoria, que fue un gran avance pero que es ahora un obstáculo para la investigación y la práctica clínica, ya que no refleja la realidad de los pacientes. Por ello, se ha "promulgado" el DSM-5 que, con todos sus "avances", viene a ser más de lo mismo. Su objetivo es "proporcionar criterios diagnósticos y categorías de trastornos que se mantengan al día con los avances de la neurociencia" (Regier et al., 2010), cuando mejor sería que se mantuvieran al día con todo tipo de avances, entre ellos los psicológicos. Por lo pronto, el "nuevo sistema" debiera empezar por la realidad clínica de lo que les pasa a los "pacientes" y no por categorías diagnósticas recortadas del contexto biográfico y de las circunstancias de la vida (Mandil).

Pues bien, ACT ofrece una concepción psicopatológica sobre la base de una dimensión funcional subyacente, común a una diversidad de diagnósticos, presenta un modelo de psicopatología asentado en dominios psicológicos. Más en concreto, se refiere a

ciertas interacciones del lenguaje y la cognición con las situaciones y eventos, de modo que impiden un contacto flexible con la realidad (*Figura 11*).

Figura 11 Procesos psicopatológicos y terapéuticos

<i>Procesos de inflexibilidad psicológica (psicopatológicos)</i>	<i>Procesos de flexibilidad psicológica (terapéuticos y saludables)</i>
Fusión cognitiva	Defusión
Evitación experiencial	Aceptación
Pérdida de contacto flexible con el presente	Contacto con el momento presente
Apego al yo conceptualizado	El yo como contexto
Falta de claridad con los valores	Clarificación y elección de valores
Inacción, impulsividad o persistente evitación	Compromiso de actuar

Nota: (Tomado del libro: ACT en la práctica clínica. Michael P. Twohig y Steven C. Hayes, 2020.)

ACT es una terapia contextual conductual que se vale de la aceptación y mindfulness, así como del compromiso y del cambio conductual para promover flexibilidad psicológica. Esta idea general supone que ACT no es similar a otras terapias en ciertos aspectos. El objetivo de ACT no es necesariamente la regulación emocional y el contenido cognitivo y, en general, la eliminación de los síntomas, sino la flexibilidad. ACT no ve útiles los diagnósticos consistentes en colecciones de síntomas, sino que se centra en la conceptualización del caso de acuerdo a su concepción. ACT no ofrece modelos de trastornos específicos, sino un modelo general de cómo el aprendizaje relacional puede dar lugar a problemas en el funcionamiento humano como la inflexibilidad psicológica. Tampoco ofrece un conjunto de técnicas, sino principios generales implementados de muchas maneras que pueden ayudar a aumentar la flexibilidad psicológica al servicio de los valores que dan o den sentido a la vida de uno.

En conjunto, se puede decir que las principales aportaciones de ACT se resumen en dos. Por un lado, la propuesta de un modelo psicopatológico por el que se entienden los

procesos implicados en el desarrollo de un trastorno psicológico; por otro, la propuesta de un modelo psicoterapéutico coherente y a medida de los procesos implicados. Mientras que los procesos psicopatológicos identificados redundan en la idea de inflexibilidad psicológica como dimensión común, los procedimientos psicoterapéuticos saturan en dos procedimientos diferenciables, aunque, en todo caso, complementarios.

2.3.4 Terapia Integral de la pareja

El abordaje IBCT fue desarrollado por Andrew Christensen y Neil S. Jacobson durante la década de los 90 (de paso, este es el mismo Neil Jacobson que ha estado detrás del resurgimiento de Activación conductual). IBCT es un modelo que comparte el énfasis en la aceptación y apertura emocional que caracteriza a la mayoría de las terapias de tercera ola, pero dentro de una pareja en lugar de hacerlo de manera individual (Maero, *Terapia Integral de parejas: un abordaje de tercera generación*, 2004).

IBCT entonces, no sólo pertenece a las terapias de tercera ola, sino además a las terapias de pareja basadas en evidencia, tales como *Terapia Conductual de Pareja* (TBCT por las siglas en inglés; Jacobson & Margolin, 1979), o *Terapia Cognitivo-Conductual de Pareja* (CBCT por las siglas en inglés; Baucom & Epstein, 1990).

Concretamente, fueron Jacobson y Christensen (Bargas Madriz, 2013), junto a otros colaboradores, quienes realizaron una serie de estudios para probar los efectos de la *Terapia Integral de Pareja*. Dichos estudios indicaron que la *Terapia Integral de Pareja* es igual de eficaz que la *terapia de pareja tradicional* (*Terapia de Conducta Tradicional*). La TCIP es una propuesta que brinda una visión integral de la conducta de las personas dentro de la pareja, partiendo del enfoque contextual (Epstein y Baucom, 2002; Hayes, 1987), en el que se hace un análisis funcional de las variables controladoras que se encuentran determinando la conducta problemática, para que a partir de manipulaciones en las condiciones antecedentes o en las condiciones consecuentes al comportamiento o en su defecto la conducta misma, se pueda alcanzar el bienestar dentro de la relación de pareja (Jacobson y Christensen, 1996).

La TCIP es una postura del conductismo radical (Baum, 1994; Skinner, 1969 y 1974) y se enmarca dentro de las terapias de conducta de la tercera generación debido a que retoma el contextualismo (Hayes, 1987). Empero, la aproximación práctica está intrínsecamente marcada por la Terapia de Pareja Conductual Tradicional (TPCT) (Barrero, 2008; Baucom, Sevier, Eldridge, Doss y Christensen, 2011; Cordova et ál., 2006; Cordova, Jacobson y Christensen, 1998; Doss, Meng, Sevier, Atkins y Christensen, 2005; Jacobson y Christensen, 1996; Jacobson et ál., 2000; Jacobson y Margolin, 1979).

La TCIP hace un esfuerzo por enmarcarse dentro del contexto (presente e histórico) en que suceden las conductas de los miembros de la pareja, además cuenta con dos componentes principales para hacerle frente a estas: el intercambio de conductas positivas y el entrenamiento en comunicación y en solución de problemas (Barrero, 2008; Jacobson y Margolin, 1979). Estos dos procedimientos de intervención son tomados de la TPCT, en donde se demostró que eran sumamente importantes (Jacobson y Margolin, 1979).

El proceso terapéutico se inicia con la fase de evaluación conductual, la cual se desarrolla en cuatro sesiones: la primera sesión se lleva a cabo con ambos miembros de la pareja, la segunda y la tercera sesión se realizan de manera individual con cada cónyuge, y la cuarta sesión se lleva a cabo de manera conjunta para brindar la retroalimentación (Jacobson y Christensen, 1996).

Los objetivos de esta evaluación son “generar la formulación con su respectivo plan de intervención, brindar la retroalimentación a la pareja, y producir un impacto terapéutico en la pareja”. Para llevar a cabo este proceso de evaluación, el terapeuta de TCIP recurre a la entrevista clínica conductual y a la aplicación de algunos instrumentos de evaluación tales como: la “Escala de Ajuste Diádica”, el “Inventario de Satisfacción Marital”, el “Inventario del Estatus Marital”, el “Cuestionario de Áreas de Cambio”, entre otros (Jacobson y Christensen, 1996).

Inmediatamente después de la sesión de retroalimentación, se procede a desarrollar el plan de intervención propuesto y aceptado por la pareja. En esta fase se realizan sesiones en donde intervienen ambos cónyuges en forma conjunta. Sin embargo, al igual que en la TPCT, existe la opción de poder intervenir a nivel individual si las condiciones lo requieren (Epstein y Baucom, 2002; Jacobson y Christensen, 1996; Jacobson y Margolin, 1979).

Una vez alcanzados los objetivos terapéuticos se procede al cierre de la intervención. Jacobson y Christensen (1996) recomiendan llevar a cabo una sesión de recapitulación, en donde los consultantes evalúan el proceso que se ha seguido. Hacia el final del proceso es recomendable ir desvaneciendo sustractivamente la presencia del terapeuta y por ello las sesiones se van distanciando entre ellas. También es recomendable el realizar sesiones de fortalecimiento o booster sessions (Jacobson y Christensen, 1996).

Tal y como se señaló anteriormente, la TCIP tiene como punto de partida una formulación, la cual está compuesta por tres componentes principales: el “tema”, el “proceso de polarización” y la “trampa mutua” (Barrero, 2008; Jacobson y Christensen, 1996; Jacobson et ál., 2000), los cuales se describen a continuación:

El tema: es la descripción en palabras detalladas de la problemática principal a la que se está enfrentando la pareja en la actualidad. El objetivo principal del tema es lograr identificar la función que el comportamiento de cada uno de los miembros de la pareja tiene sobre el conflicto que se está presentando. Asimismo, este elemento permitirá obtener una visión más confiable de aquellas conductas que una vez modificadas, puedan tener impacto en otras áreas de la relación y que, por consiguiente, logren mantenerse por medio de contingencias ambientales (Barrero, 2008; Christensen y Jacobson, 2000; Jacobson y Christensen, 1996; Jacobson et ál., 2000).

El proceso de polarización: es la descripción de las interacciones aversivas o destructivas que se han venido presentando en la relación de pareja, pudiéndose generalmente observar en este que las personas hacen esfuerzos insistentes por cambiar el comportamiento de su pareja, en intentos para que la otra persona acepte su postura frente a

la dificultad. El proceso de polarización deviene justamente de dichos intentos por imponer un ajuste de la conducta en la otra persona, ya que la presencia de diferencias e incompatibilidades en una relación de pareja van a verse acrecentadas por los esfuerzos incesantes de cambio de uno de los miembros, los cuales son antagónicos a los esfuerzos del otro miembro por mantener los mismos patrones de conducta y viceversa (Barrero, 2008; Christensen y Jacobson, 2000; Jacobson y Christensen, 1996; Jacobson et ál., 2000).

La trampa mutua: es el resultado del proceso de polarización, el cual generalmente puede percibirse como un estado de estancamiento que le ha impedido a la pareja salir del círculo vicioso de interacciones negativas que los ha estado perturbando. Ese sentimiento de estancamiento puede ser aliviado con una simple discusión que haga referencia directa a la temática, pues le permitirá a la persona sentirse comprendida y saber que su pareja le está comprendiendo gracias a la articulación brindada por la guía del terapeuta (Barrero, 2008; Christensen y Jacobson, 2000; Jacobson y Christensen, 1996; Jacobson et ál., 2000).

2.3.5 Terapia con base en Mindfulness

El Mindfulness es considerado una terapia psicológica de tercera generación, y uno de los programas más conocidos es el MBSR (Mindfulness-based stress reduction program) o Programa de Reducción del Estrés basado en Mindfulness, considerado como uno de los tratamientos más efectivos para tratar el estrés (Allen, 2016).

Existen distintos programas de Mindfulness. Uno de ellos es el MBCT de Zindel Segal, Mark Williams y John Teasdale, que fue originalmente desarrollado como un programa de tratamiento para el estrés emocional y la ansiedad, y como un programa de prevención de recaídas en pacientes con depresión. El programa combina la meditación Mindfulness con la adquisición de habilidades prácticas que caracterizan a la terapia cognitiva, como la interrupción de patrones de pensamiento que conducen a estados depresivos o ansiosos (Jalife, 2017).

Son varios los estudios que se han llevado a cabo para probar la efectividad de este tratamiento. Los resultados muestran que la gran mayoría de personas que utilizan este programa mejoran su calidad de vida y experimentan menos depresión, ansiedad y estrés emocional. Para beneficiarse de los efectos de este tratamiento, se recomienda la práctica diaria de meditación al menos durante ocho semanas. La autocompasión es uno de los pilares básicos del Mindfulness, e implica ser cálido y compasivo hacia uno mismo. Hace referencia a la aceptación de la manera de ser y de los pensamientos y las emociones que surgen de nosotros mismo sin juzgarlos ni criticarlos (Barthey, 2012).

Por otro lado, el Mindfulness también tiene un efecto beneficioso en la regulación emocional, algo que repercute positivamente en muchos aspectos de la calidad de vida. Nos permite adoptar una perspectiva algo más distanciada y neutral, de modo que estamos más predispuestos a abordar nuestros problemas desde una mentalidad constructiva y sin dejarnos arrastrar por la angustia y la preocupación obsesiva por lo que podríamos haber hecho y no hicimos (Coutiño, 2012).

Los pioneros fueron los psicólogos Segal, Williams y Teasdale, y llamaron a su terapia MBCT (Mindfulness-based Cognitive Therapy) Las intervenciones basadas en mindfulness están demostrando un potencial terapéutico significativo en diferentes trastornos mentales y somáticos, como tratamiento complementario o alternativo a otros tratamientos que han demostrado eficacia. En cualquier caso, como la literatura indica, se requieren más estudios con diseños metodológicos rigurosos, aplicados a muestras de pacientes suficientemente amplias y comparados con grupos de control activo, en intervenciones con diferente peso de los componentes, así como con diferente intensidad y duración, tanto en formatos de intervención grupales como individuales, y con estrategias que garanticen la adherencia a la práctica más allá de las intervenciones activas (Araya Veliz, 2017).

Richard Davidson y sus colaboradores estudiaron la actividad cerebral de 25 sujetos experimentales normales que fueron sometidos a un programa de reducción de estrés basado en mindfulness (MBSr) durante un periodo de 8 semanas. Lo que el equipo de Davidson, Kabat-Zinn, Schumacher, Rosenkranz, Muller, Santorelli y Sheridan (2003)

encontraron que los meditadores, en comparación con los no meditadores experimentaron un incremento en la activación cerebral izquierda en las zonas cerebrales anteriores y medias, un patrón que se asocia a la presencia de una disposición afectiva positiva. estudios señalan también que la práctica de mindfulness es capaz de provocar la lateralización a la izquierda de la activación cerebral (simón, 2007).

También se ha descubierto un efecto beneficioso a nivel de sistema inmunitario. en el estudio de davidson et al., (2003), todos los sujetos del estudio (meditadores y no meditadores) recibieron una vacuna antigripal. entre la 4ª y la 8ª semana de la administración de esta vacuna, se midieron los niveles plasmáticos de anticuerpos de los sujetos y se encontró que, aunque todos ellos experimentaban incrementos en dichos niveles, los sujetos pertenecientes al grupo de meditadores tuvieron incrementos significativamente mayores que los sujetos del grupo control, la meditación potenciaba por tanto la producción de anticuerpos.

La práctica sistemática de mindfulness ha demostrado tener una particular efectividad en la mejora de la capacidad de autorregulación emocional, pues disminuye el periodo refractario o de respuesta ante situaciones de adversidad y aumenta tanto la frecuencia de las emociones positivas como su expresión (Góleman, 2003).

CAPITULO III

SUICIDIO

Capítulo III: Suicidio

“Abandonarse al dolor sin resistir, suicidarse para sustraerse de él, es abandonar el campo de batalla sin haber luchado”.
-Napoleón I.

Cada suicidio es una tragedia personal que se lleva prematuramente la vida de una persona, tiene una onda expansiva continua y afecta enormemente a las vidas de familias, amigos y comunidades. Cada año se suicidan más de 800 000 personas, una cada 40 segundos. Es una cuestión de salud pública que afecta a comunidades, provincias y países enteros. Los jóvenes se encuentran entre los más afectados; el suicidio es ahora a nivel mundial la segunda causa principal de muerte entre las personas de 15 a 29 años de edad.

En mayo del 2013, la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó oficialmente el primer plan de acción sobre salud mental de la historia de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El plan de acción insta a todos los Estados Miembros de la OMS a que demuestren su máximo compromiso con la salud mental alcanzando metas específicas. La prevención del suicidio es un componente integral del plan de acción sobre salud mental, y la meta es reducir un 10% para el 2020 la tasa de suicidio en los países.

Cada año, por cada suicidio cometido hay muchos más intentos de suicidio. Significativamente, un intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante de suicidio en la población general. Para una prevención eficaz de los suicidios se requieren del registro civil, de los hospitales y de las encuestas una mejor disponibilidad y calidad de los datos sobre suicidios e intentos de suicidio.

3.1 Concepto.

El concepto suicidio, al igual que cualquier otro que refiera a un comportamiento valorado socialmente, ha evolucionado en su definición y ha retomado distintos rumbos que han hecho difícil su delimitación. Si buscamos en el diccionario, esperando encontrar el significado que ordene el panorama, este nos ofrece una definición de suicidio que es tan

sólo una aproximación de lo que expresamos coloquialmente: la etimología de la palabra suicidio proviene del latín *sui*, de sí mismo, y *caedĕre*, matar, y significa matarse a sí mismo (RAE, 2017).

Szasz (2002) ha planteado la problemática que existe en el lenguaje cuando se usa la palabra suicidio para teorizar en ciencia. Este autor sostiene que para referirnos a la muerte de otro existen diferentes palabras tales como deceso, fallecimiento, homicidio, asesinato, entre otras. Pero para hacer referencia cuando alguien se mata a sí mismo sólo tenemos la palabra suicidio. Esto tiene grandes implicaciones pues nos obliga a encasillar a las **diferentes** muertes que se dan las personas a sí mismas en una **única** palabra y, por consiguiente, surgen diversas confusiones para delimitar el significado del suicidio y estudiarlo científicamente.

El asunto más interesante de la libertad se vincula con el suicidio de una forma muy particular: precisar el grado de responsabilidad moral de la persona que se suicida. Es condición necesaria que todas las acciones del suicida estén libres de determinantes, pues de lo contrario, si fuesen obligadas se trataría probablemente de un homicidio. Es por eso, por lo que la noción de libertad es recurrente en el momento de caracterizar al suicidio, ya que permite especificar las circunstancias en las que se lleva a cabo el acto (Silva, 2003).

El suicidio, considerado como una forma de violencia auto infringida, es un concepto que surge precisamente de la necesidad de distinguir entre la agresión a uno mismo y el hecho de agredir a otra persona. Krug y cols. (2003) en el informe mundial sobre violencia y salud de la OMS, definen la violencia como:

El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones, contemplando que el uso intencional de la fuerza o el poder físico incluye el descuido y todos los tipos de maltrato físico, sexual y psíquico, así como el suicidio y otros actos de autoagresión.

Con la intención de establecer una distinción entre la agresión auto infringida y la violencia hacia otros, Sir Thomas Browne (1642) acuñó el término suicidio, basándose en los términos del latín *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar). Además de esclarecer el concepto del suicidio como una forma de violencia, este se enfrenta a otra problemática pues las muertes por suicidio son solo una parte de este problema ya que además de los que mueren, son muchas las personas que sobreviven a los intentos de acabar con su propia vida (Vicente, 2016).

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10, (OPS, 1996) el suicidio es: un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando el resultado letal y donde la muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social. La definición de conducta suicida hace referencia a una serie de comportamientos relacionados con ideas de suicidio, tentativa de suicidio y suicidio consumado.

3.1.1 Suicidio desde el condicionamiento operante

El suicidio visto desde el condicionamiento operante puede ser explicado como una conducta de escape, esto es, la emisión de una respuesta que se encuentran bajo el control de estímulos llamados aversivos. Los estímulos aversivos son aquellos objetos o eventos que comúnmente identificamos como “desagradables” y que rechazamos cuando tenemos contacto con ellos.

La conducta de escape describe la situación en que un organismo tiene contacto con un estímulo aversivo, entonces el organismo emite una de respuesta que irrumpe el contacto con dicho estímulo. Un par de ejemplos de la vida cotidiana ilustrará esto mucho mejor: cuando estamos viendo una película en nuestra casa y de pronto comienza a oírse demasiado ruido proveniente de la calle (estímulo aversivo), decidimos cerrar las ventanas (respuesta de escape) para poder disfrutar la película. Otro ejemplo es cuando alguien que está bajo el abrasador sol que hay en Mexicali (estímulo aversivo), decide ocultarse bajo un techo o una sombra (respuesta de escape) para refrescarse.

En ambos casos, el estímulo aversivo se convierte en un refuerzo negativo condicionado, es decir, la conducta de escape aumenta la probabilidad de emisión de esa clase de respuesta. El término “negativo” señala que el efecto de fortalecimiento ocurre porque esa clase de respuesta lleva a la **eliminación** del contacto con un estímulo aversivo, por lo tanto, existe una mayor probabilidad de la frecuencia de su ocurrencia en situaciones similares.

En el caso del suicidio, la conducta de escape ocurre, por ejemplo, cuando un hombre recibe regaños de su jefe en el trabajo (estímulo aversivo), constantes llamadas del banco amenazando con embargar su casa (estímulo aversivo), quejas diarias por parte de su esposa (estímulo aversivo), etc., y para terminar con estos problemas que lo deprimen todos los días opta por tomar una pistola y dispararse en la cabeza (respuesta de escape). En palabras de Sidman (1989), el suicidio es una conducta de “escape final” en términos del condicionamiento operante.

Sin embargo, esta explicación derivada de los principios del condicionamiento operante tiene varios problemas de orden conceptual y causal para el comportamiento suicida. El principal de ellos tiene que ver con el necesario refuerzo de la respuesta que ocurre cuando se da término al estímulo aversivo, ya que sólo es posible en la medida en que se vuelva a presentar una situación similar y aumente la probabilidad de frecuencia de esa respuesta de escape, cosa que es imposible en el caso del suicidio, por obvias razones.

Por eso, Skinner (1971) en su obra *Ciencia y conducta humana* considera que en la mayoría de los casos de suicidio se trataría de un complejo comportamiento de autocontrol:

“El suicidio es otra forma de autocontrol”. Evidentemente, nadie se suicida debido a que, en ocasiones anteriores, haya escapado de una situación agresiva haciendo lo mismo. Como ya hemos visto, el suicidio no es un tipo de conducta al que se puede aplicar la noción de frecuencia de respuesta. Si se produce, los componentes de la conducta deben haber sido intensificados por separado, a no ser que esto suceda bajo circunstancias en las

que la frecuencia sea un dato obtenible, no podremos asegurar, con propiedad, de un hombre concreto que “es probable o improbable que se suicide” —como tampoco puede nadie decirlo de sí mismo—. Algunos casos de suicidio, aunque desde luego no en todos, siguen el precepto de cortarse la mano antes de que ésta sea motivo de escándalo, el espía apresado por el enemigo puede utilizar este método para evitar la divulgación de secretos de Estado. (p. 227)

En este último ejemplo de suicidio que menciona Skinner se puede interpretar como una conducta de evitación, que al igual que la conducta de escape, se encuentra bajo control de estímulos aversivos. No obstante, en la conducta de evitación la respuesta **impide** o **pospone** la presentación de un estímulo aversivo, o bien, si es inevitable su presentación la respuesta reducirá la “intensidad” del estímulo aversivo.

La conducta de evitación tiene el mismo problema que la conducta de escape: si el suicidio es una clase de respuesta operante significa que necesariamente la respuesta que se emite tiene como consecuencia funcional producir un estímulo reforzador que incrementa la probabilidad de esa clase de respuesta suicida. Obvio esto no es posible. Ya sea conducta de escape o evitación, no se produce ningún reforzador ni se fortalece ninguna clase de respuesta suicida.

3.2 Origen

La filosofía es la primera en ocuparse del suicidio de manera crítica, mediante el cuestionamiento y la formulación de preguntas acerca de las causas, implicaciones y problemáticas en dicho acto. La filosofía se ha caracterizado por ser el conjunto de saberes que pretende establecer racionalmente los principios generales que organizan y orientan el conocimiento de la realidad, así como el sentido del obrar humano (Gonzalez, 2018).

Sócrates (Platón, 1979, p. 390), le aclara a Cebes que la meta de un filósofo es alcanzar la verdad, la cual sólo es posible después de la muerte, pero la muerte por sí misma no garantiza que se llegue a la verdad. El suicidio no es un atajo para alcanzar la

verdad. La muerte es una condición necesaria, pero no suficiente para alcanzar al conocimiento. Únicamente aquella persona que haya filosofado a lo largo de su vida podrá adquirir el conocimiento, y con la llegada de la muerte alcanzar la verdad. Cuando la persona adquiere el conocimiento puede suicidarse si lo desea. No hay ninguna contradicción entre la prohibición del suicidio y llevar a cabo el suicidio de esta forma.

Figura 12 La muerte de Sócrates (Jaques-Louis David, 1787).



Nota: (Tomado del libro: Comportamiento suicida. Mauricio Ortega González, 2018.)

Platón se opone al suicidio y propone algunas normas de castigo para distintos casos de homicidios y parricidios, incluyendo los suicidios. He aquí sus célebres palabras:

El que mate al más próximo y del que se dice que es el más querido de todos, ¿qué pena debe sufrir? Me refiero al que se mate a sí mismo, impidiendo con violencia el cumplimiento de su destino, sin que se lo ordene judicialmente la ciudad, ni forzado por una mala suerte que lo hubiera tocado con un dolor excesivo e inevitable, ni porque lo aqueje una vergüenza que ponga a su vida en un callejón sin salida y haga imposible de ser vivida, sino que se aplica eventualmente un castigo injusto a sí mismo por pereza y por una cobardía propia de la falta de hombría. En todo lo demás, los dioses conocen los ritos que éste necesita para las purificaciones y su sepelio, ritos a cuyos intérpretes deben consultar los parientes más próximos y a las leyes que los regulan y hacer lo que ellos les manden. Pero las tumbas para los muertos de esta manera deben ser, en primer lugar, particulares y no compartidas con otro. Además, deben enterrarlos sin fama en los confines de los doce

distritos en aquellos lugares que sean baldíos y sin nombre, sin señalar sus tumbas con estelas o nombres. (Platón, 1999, pp. 167-168)

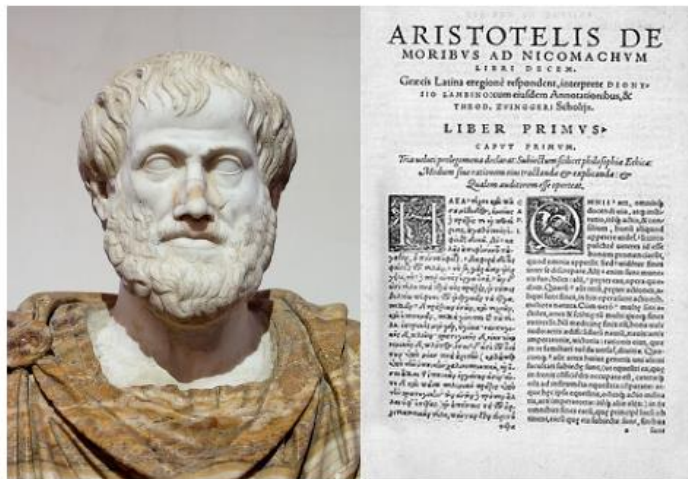
Todo aquel que cometía suicidio no merecía ningún respeto, sin importar los motivos. No obstante, el suicidio en la Antigua Grecia podía ser legítimo cuando se solicitaba y se exponían los suficientes argumentos ante un Senado para justificarlo. Los argumentos eran variados y siempre escuchados por las autoridades griegas. Por ejemplo, se creía que los dioses eran quienes cuidaban de nosotros, y nosotros éramos una posesión de ellos. Así pues, si uno recibía señales de los dioses que indicaran que se debe cometer suicidio, entonces se estaba autorizado en hacerlo (Brown, 2001).

Por otro lado, Aristóteles (384-322 a. C.) coincide parcialmente con su maestro Platón y asume una posición contraria a la de Sócrates. Aristóteles, orgulloso del arte y la sabiduría de su pueblo, consideraba que el suicidio era doloroso y un crimen contra la propia vida, además de ser una expresión de cobardía y deshonra personal. Específicamente, más que un crimen contra uno mismo, era un atentado contra la ciudad y la sociedad a la que pertenecía. En su escrito *Ética Nicomaquea*, menciona lo siguiente:

Si puede o no cometerse injusticia consigo mismo, es patente por lo que queda dicho. Porque entre los actos justos están los actos conformes con todas las virtudes y prescritos por la ley. Por ejemplo, la ley no autoriza a darse la muerte, y lo que la ley no autoriza, lo prohíbe. A más de esto, cuando con violación de la ley uno causa un daño a otro (como no sea para devolver el daño recibido) y lo hace voluntariamente, es reo de injusticia, entendiéndose que el agente voluntario es el que sabe a quién y con qué daño. Mas el que por cólera se da de puñaladas, lo hace voluntariamente y contra la recta razón, lo cual no lo permite la ley; por lo tanto, comete una injusticia. Pero ¿contra quién? ¿No diremos que, contra la ciudad, y no contra sí mismo? Porque en cuanto a él, voluntariamente padece, y nadie sufre injusticia voluntariamente. Y por esto la ciudad castiga tales hechos, y cierto deshonor acompaña al que se destruye a sí mismo, estimándose que ha cometido una injusticia para con la ciudad. (Aristóteles, 2010, p. 97)

Es comprensible el pensamiento de Aristóteles pues, como es bien sabido, en la antigua Atenas se creía que una comunidad debía no solamente de satisfacer de manera eficaz las necesidades básicas de la vida individual, por el contrario, se consideraba que cada persona era responsable del bienestar de los individuos de la comunidad a la que pertenecía y, por ello, cada uno tenía la obligación de desarrollar al máximo sus facultades.

Figura 13 Aristóteles y su escrito Ética Nicomaquea



Nota: (Tomado del libro: Comportamiento suicida. Mauricio Ortega González, 2018.)

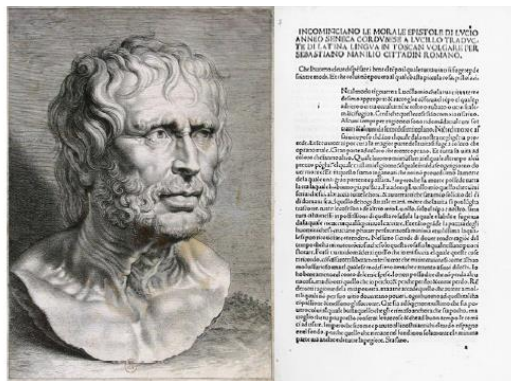
Por otro lado, el historiador, filósofo y político Séneca (4 a.C. - 65) sostenía una postura contraria a la de Aristóteles y afirmaba que la mejor cosa que ha hecho la ley eterna dictada por los dioses es habernos otorgado sólo una entrada a la vida y, sin embargo, miles de salidas, siendo una de ellas el suicidio. Séneca elaboró, entre varios de sus importantes escritos, una serie de cartas a Lucilio I quien era el procurador de la Cilicia (actualmente Turquía).

En su carta LXX reflexiona sobre el suicidio y sostiene que es un acto de libertad al que se puede recurrir si se presentan muchas molestias que aturden nuestra tranquilidad. Además, dice Séneca, si la muerte es inevitable en todos los seres vivos, entonces no puede

ser un mal que tengamos que evitar a toda costa. Lo verdaderamente importante no es preocuparnos de cuándo vamos a morir, sino la forma en cómo morimos, es decir, cómo debemos llegar a la muerte:

Por otra parte, bien sabes que no es forzoso conservar la vida, pues lo importante no es vivir mucho sino vivir bien. Así, es que el sabio vive lo que debe y no lo que puede. Examinará dónde, cómo, con quién, por qué debe vivir; lo que será su vida, no lo que pueda durar. Si concurren circunstancias que le aflijan y turben su sosiego, dejará la vida; y no ha de esperar al último extremo para abandonarla, sino que el primer día en que empiece a desconfiar de la fortuna, deberá ser el último para él, aunque no sin pensarlo cuidadosamente. Darse la muerte o recibirla, acabar un poco después o un poco antes, ha de ser para él enteramente lo mismo; no hay en eso nada que pueda espantarlo. ¿Qué importa perder lo que se nos va escapando gota a gota? Morir más pronto o más tarde es cosa indiferente; lo importante es morir bien o mal (Séneca, 1943, p. 217).

Figura 14 Seneca y su carta a Lucilio



Nota: (Tomado del libro: Comportamiento suicida. Mauricio Ortega González, 2018.)

Desde una literatura pesimista, sobresale el filósofo alemán Arthur Schopenhauer (1788-1860) por ser uno de los escritores que expresó mucho acerca del suicidio, la vida, la muerte y el dolor. Este filósofo concibe al suicidio como una manifestación de plena libertad del individuo que se lleva a cabo con un verdadero sentido de la vida, pues es una forma de detener el sufrimiento y dolor. Schopenhauer nos dice que la persona que se

suicida es la que mejor entiende el significado de la vida y su forma de expresión, por eso rechaza todo aquello que atente contra ella. En su obra *El mundo como voluntad y representación* menciona lo siguiente:

El suicidio, lejos de negar la voluntad de vivir, la afirma enérgicamente. Pues la negación no consiste en aborrecer el dolor, sino los goces de la vida. El suicida ama la vida; lo único que le pasa es que no acepta las condiciones en que se le ofrece. Al destruir su cuerpo no renuncia a la voluntad de vivir, sino a la vida. Quiere vivir, aceptaría una vida sin sufrimientos y la afirmación de su cuerpo, pero sufre indeciblemente porque las circunstancias no le permiten gozar de la vida. La voluntad de vivir se encuentra tan cohibida en el fenómeno de su individuo aislado, que no puede desplegar su vuelo. (Schopenhauer, 2013, p. 394)

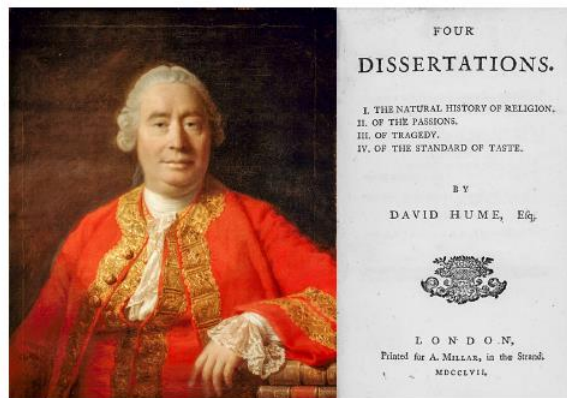
David Hume, argumentó en su obra *Del suicidio, de la inmortalidad del alma* una serie de razonamientos para justificar de manera magistral el suicidio desde el pensamiento cristiano con base en los propios supuestos teológicos. El filósofo sostiene que el suicidio es un asunto del que no se puede derivar una visión negativa, pues todo lo que hagamos es una extensión de las mismas leyes a las que se somete todo lo creado por el todopoderoso. No hay violación alguna si cometemos suicidio porque somos creación de Dios al igual que sus leyes divinas.

Para probar que el suicidio no es transgresión alguna de nuestro deber con Dios, las siguientes consideraciones pueden bastar quizá. Para gobernar el mundo material, el creador Todopoderoso ha establecido leyes generales e inmutables por las cuales todos los cuerpos, desde el planeta más grande hasta la partícula más pequeña de materia, se mantienen en su propia esfera y función. Para gobernar el mundo animal, ha dotado a todas las criaturas vivientes de poderes corporales y mentales; de sentidos, pasiones, apetitos, memoria y juicio, por las que son guiadas o reguladas en el curso de la vida al cual están destinadas. Estos dos principios distintos del mundo material y animal traspasan continuamente los límites del otro y repasan mutuamente la operación del otro. Los poderes de los hombres y de todos los otros animales están restringidos y dirigidos por la naturaleza

y las cualidades de los cuerpos que los rodean; las modificaciones y acciones de esos cuerpos son incesantemente alteradas por la operación de todos los animales. (Hume, 2002, p. 180).

De acuerdo con Hume, si conservamos la vida propia o decidimos acabar con ella es algo que únicamente nos incumbe a cada uno de nosotros, sin que esto pudiera ser una ofensa a Dios. Entonces, el suicidio no es de ninguna manera un pecado, dicha acción puede estar libre de cualquier culpa.

Figura 15 David Hume y su obra Del suicidio, de la inmortalidad del alma

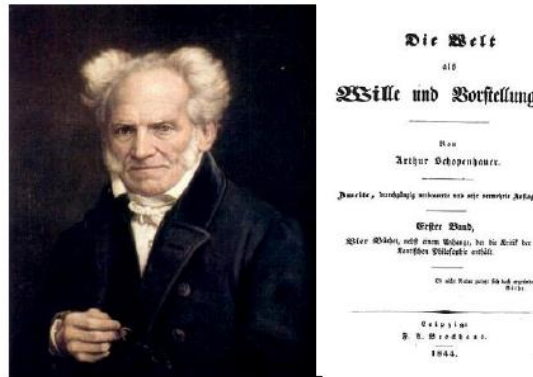


Nota: (Tomado del libro: Comportamiento suicida. Mauricio Ortega González, 2018.)

Por otro lado, desde una literatura pesimista, sobresale el filósofo alemán Arthur Schopenhauer (1788-1860) por ser uno de los escritores que expresó mucho acerca del suicidio, la vida, la muerte y el dolor. Este filósofo concibe al suicidio como una manifestación de plena libertad del individuo que se lleva a cabo con un verdadero sentido de la vida, pues es una forma de detener el sufrimiento y dolor. Schopenhauer nos dice que la persona que se suicida es la que mejor entiende el significado de la vida y su forma de expresión, por eso rechaza todo aquello que atente contra ella. En su obra *El mundo como voluntad y representación* menciona lo siguiente:

El suicidio, lejos de negar la voluntad de vivir, la afirma enérgicamente. Pues la negación no consiste en aborrecer el dolor, sino los goces de la vida. El suicida ama la vida; lo único que le pasa es que no acepta las condiciones en que se le ofrece. Al destruir su cuerpo no renuncia a la voluntad de vivir, sino a la vida. Quiere vivir, aceptaría una vida sin sufrimientos y la afirmación de su cuerpo, pero sufre indeciblemente porque las circunstancias no le permiten gozar de la vida. La voluntad de vivir se encuentra tan cohibida en el fenómeno de su individuo aislado, que no puede desplegar su vuelo. (Schopenhauer, 2013, p. 394).

Figura 16 Schopenhauer y su obra El mundo como voluntad y representación



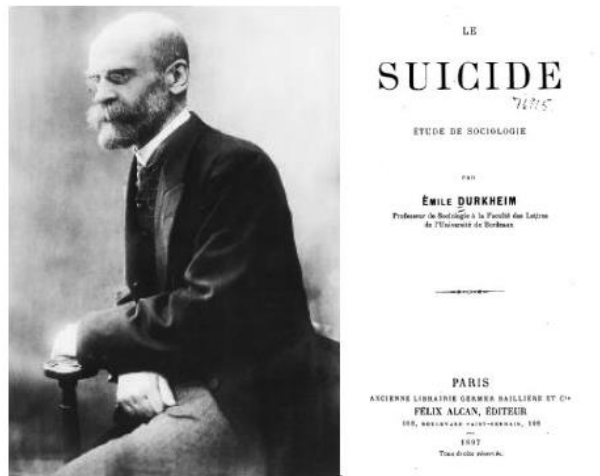
Nota: (Tomado del libro: Comportamiento suicida. Mauricio Ortega González, 2018.)

Por otro lado, y desde la sociología, el francés Emile Durkheim (1858-1917) conceptualizó al suicidio como un fenómeno sociológico y no como uno puramente individual. En su obra *El Suicidio*, menciona que todo acto suicida es resultado de perturbaciones de dependencia con la sociedad y, por consiguiente, se trata en principio de un evento social. Esta es una de sus grandes aportaciones conceptuales: comprender que en el suicidio existen algunos factores determinantes que no son necesariamente de origen clínico o psicológico, por el contrario, el suicidio es un acto individual y único, pero su naturaleza siempre de índole social.

En efecto, si en lugar de no ver en ellos más que acontecimientos particulares, aislados, que deben de ser examinados por separado, consideramos el conjunto de los suicidios cometidos en una sociedad dada, durante una unidad de tiempo determinada, comprobaremos que el total no es una simple suma de unidades independientes ni una colección, sino que constituye por sí mismo un hecho nuevo y *sui generis*, con su propia unidad e individualidad, es decir, con naturaleza propia, una naturaleza eminentemente social. (Durkheim, 2012, p. 15).

Así, el suicidio se expresa de muchas formas por causas sociales, particularmente cuando la sociedad no les brinda o proporciona a sus miembros los recursos necesarios para establecer los vínculos interpersonales adecuados.

Figura 17 Emile Durkheim y su libro el Suicidio.



Nota: (Tomado del libro: Comportamiento suicida. Mauricio Ortega González, 2018.)

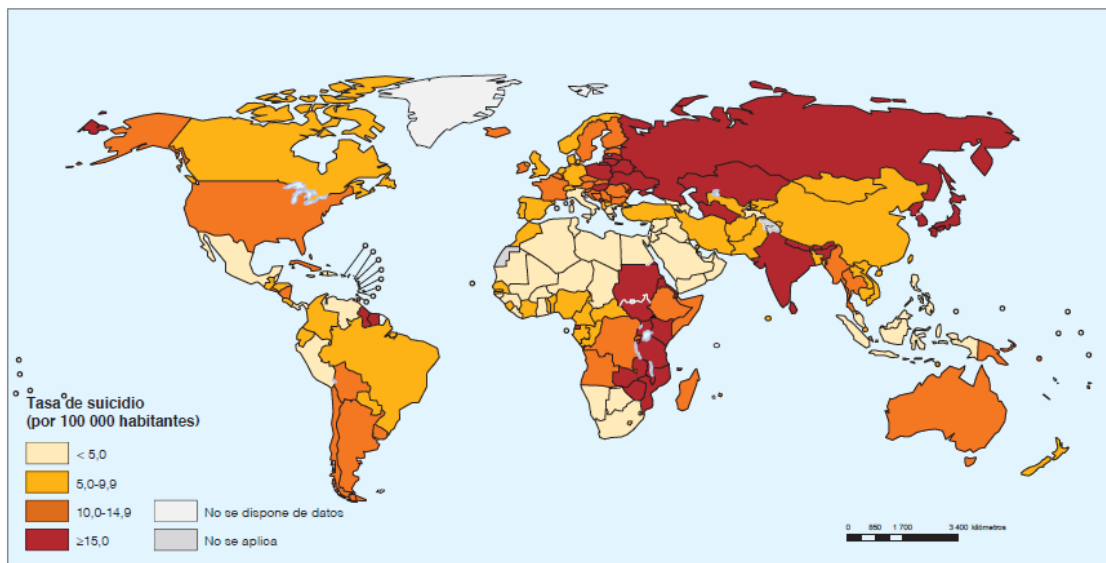
En la época actual, nuestras acciones tienen una mayor importancia en el plano legal y de la salud. Todo aquello que no se encuentre dentro de los límites legales y criterios de salud es valorado como delito y enfermedad, respectivamente. En lo que compete al suicidio, se le ha considerado desde hace ya bastantes décadas como un problema de salud pública, pues la concepción actual que se tiene al respecto dentro de la psicología y

psiquiatría es conocida ampliamente por todos: el suicidio se trata de una enfermedad mental o un comportamiento anormal que va en contra de la salud y bienestar (Szasz, 1989; Organización Mundial de la Salud, 2007).

3.3 Estadísticas

Tal como se muestra en la *figura 18*, en el 2012 hubo unas 804 000 muertes por suicidio en todo el mundo. Esto indica una tasa anual mundial de suicidio normalizada según la edad de 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres).

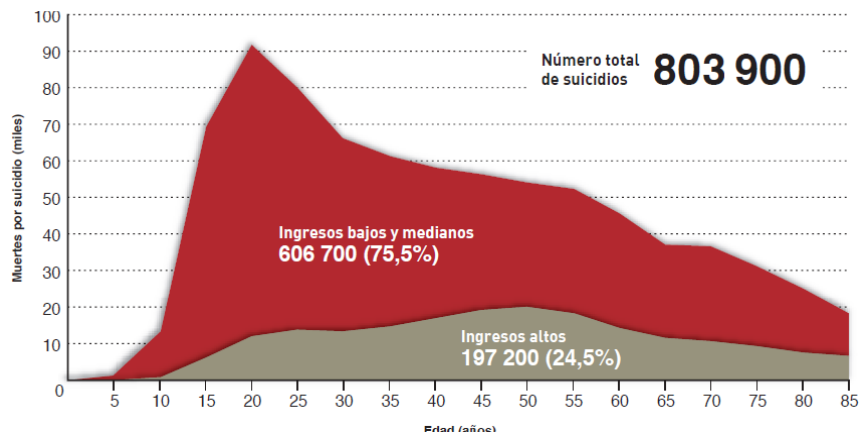
Figura 18 Tasas de suicidio normalizadas según la edad (por 100 000 habitantes), ambos sexos, 2012.



Nota: (Tomado del Artículo: Prevención del suicidio un imperativo global. Organización Panamericana de la Salud, 2014.)

La tasa de suicidio normalizada según la edad es algo mayor en los países de ingresos altos que en los de ingresos bajos y medianos (12,7 frente a 11,2 por 100 000 habitantes, respectivamente). Sin embargo, dado que la proporción de la población mundial que reside en los países de ingresos bajos y medianos es mucho mayor, el 75,5% de los suicidios en el mundo se registran en estos países (*figura 19*).

Figura 19 Suicidios registrados en el mundo, según la edad y nivel de ingresos, 2012

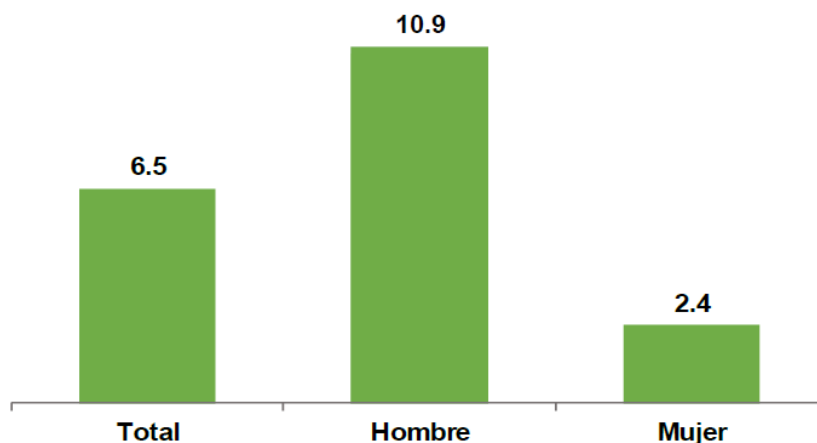


Nota: (Tomado del Artículo: Prevención del suicidio un imperativo global. Organización Panamericana de la Salud, 2014.)

De acuerdo al INEGI (2022), en 2021 sucedieron 8 351 fallecimientos por lesiones autoinfligidas en el país, lo que representa una tasa de suicidio de 6.5 por cada 100 mil habitantes. Los hombres de 15 a 29 años son el grupo con más riesgo, ya que ocurren 16.2 suicidios por cada 100 mil hombres entre estas edades.

En 2021, las estadísticas de mortalidad reportaron que del total de fallecimientos en el país (1 093 210), 8 351 fueron por lesiones autoinfligidas. Esto representa una tasa de suicidio de 6.5 por cada 100 mil habitantes. De los decesos por esta causa, destaca que los hombres tienen una tasa de 10.9 suicidios por cada 100 mil (6 785). La tasa para las mujeres es menor: 2.4 por cada 100 mil (1 552).

Figura 20 Tasa de suicidios según sexo (Por cada 100 mil habitantes)

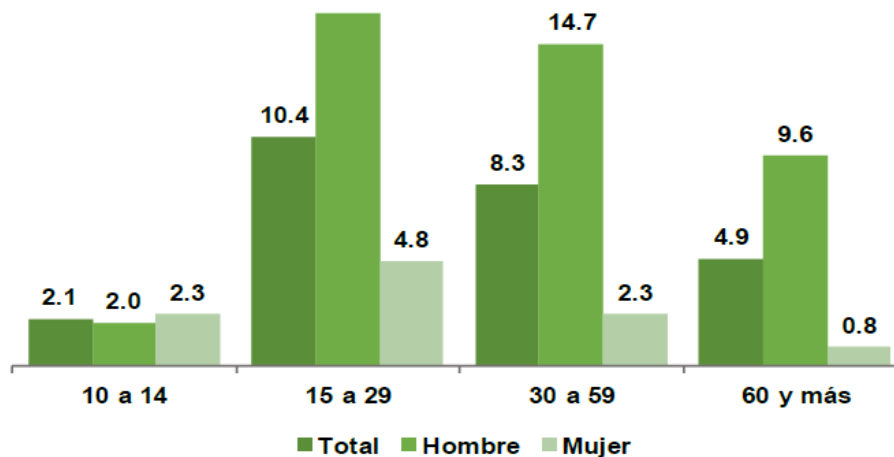


Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2021. Tabulados interactivos
Estimación de población con base en el Marco de Muestreo de Viviendas, 2021

El grupo con mayor riesgo de fallecimiento por homicidio es el de las personas de 15 a 29 años, con una tasa de 10.4 por cada 100 mil. A este sigue el grupo de 30 a 59 años, con 8.3 por cada 100 mil.

Los hombres de 15 a 29 años son el grupo con mayor riesgo debido a que ocurren 16.2 suicidios por cada 100 mil hombres entre estas edades.

Figura 21 Tasa de suicidio según sexo y grupo de edad (por cada 100 mil hab.)

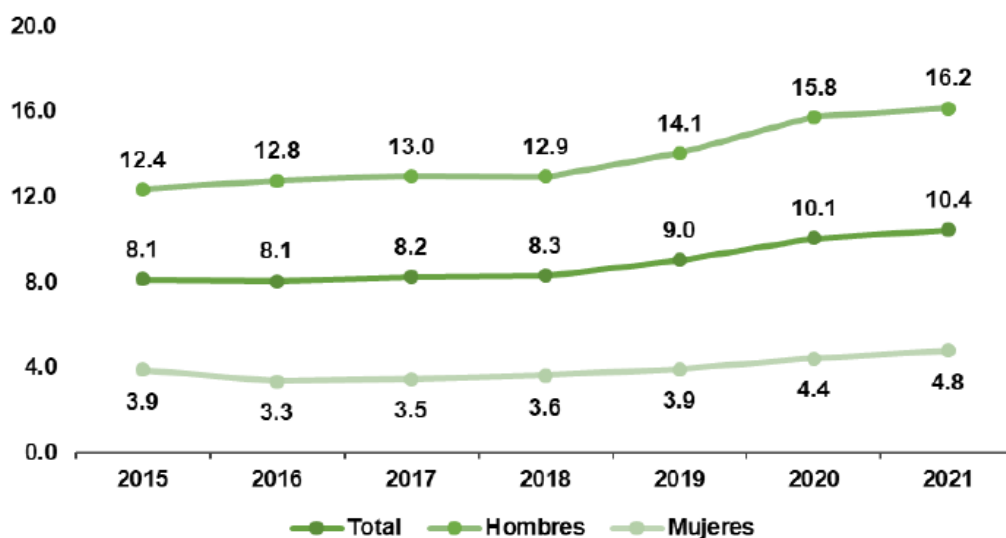


Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2021. Tabulados interactivos
Estimación de población con base en el Marco de Muestreo de Viviendas, 2021

El suicidio en personas de 15 a 29 aumentó en los últimos años. En 2015 se estimó una tasa de 8.1 muertes por lesiones autoinfligidas por cada 100 mil personas de las edades mencionadas. En 2021, la tasa de suicidios para el mismo grupo fue de 10.4 por cada 100 mil personas. En el caso de los hombres de 15 a 29 años, el aumento en el riesgo de suicidio aumentó de 12.4 en 2015 a 16.2 en 2021 por cada 100 mil en esas edades.

Los fallecimientos por lesiones autoinfligidas son la cuarta causa de muerte en la población de 15 a 29 años, solo por debajo de las agresiones, accidentes y la COVID-19. En hombres se presenta como la tercera causa, mientras que para las mujeres es la quinta.

Figura 22 Tasa de suicidio en la población de 15 a 29 años



Nota: El denominador de la tasa para el periodo 2015-2019 corresponde a las proyecciones de población 2016-2050 del Consejo Nacional de Población (CONAPO) y a la Conciliación Demográfica de México, 1950-2015. El cálculo de la tasa de 2020-2021 se ajusta a la estimación de población que elabora el INEGI con base en el Marco de Muestreo de Viviendas.

Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2015-2021. Tabulados interactivos

Las entidades que presentan mayores tasas de suicidio en personas de 15 a 29 años son: Chihuahua, Yucatán y Campeche, con 26.4, 23.5 y 18.8 suicidios por cada 100 mil jóvenes, respectivamente. Por otro lado, las tasas más bajas las tienen Veracruz (4.2), Baja California (3.9) y Guerrero (1.4).

Figura 23 Tasa de suicidio en población de 15 a 29 años por entidad federativa en residencia habitual, 2021

TASA DE SUICIDIO EN LA POBLACION DE 15 A 29 ANOS POR ENTIDAD FEDERATIVA DE RESIDENCIA HABITUAL, 2021
(Por cada 100 mil habitantes)



Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2021. Tabulados interactivos
Estimación de población con base en el Marco de Muestreo de Viviendas, 2020

Nota: (Tomado de INEGI: Estadísticas de mortalidad, 2021.)

El principal método usado por la población de 15 a 29 años para cometer suicidio es el *ahorcamiento, estrangulación o sofocación* (89.5 %), tanto en hombres y mujeres (91.0 y 84.8 %, respectivamente). En segundo lugar, con 4.0 %, se encuentran los fallecimientos por *disparo*: en hombres, este porcentaje es de 4.5 %. En las mujeres, el segundo método utilizado es el *envenenamiento por disolventes, gases o plaguicidas*, con 7.2 por ciento.

Figura 24 Suicidios en población de 15 a 29 años, según método empleado, 2021

SUICIDIOS EN LA POBLACIÓN DE 15 A 29 AÑOS SEGÚN MÉTODO EMPLEADO, 2021
(Distribución Porcentual)

Método empleado	Total	Hombre	Mujer
Total	100.0	100.0	100.0
Ahorcamiento, estrangulación o sofocación	89.5	91.0	84.8
Disparo	4.0	4.5	2.2
Envenenamiento por disolventes, gases y plaguicidas	3.0	1.7	7.2
Envenenamiento por analgésicos, drogas, narcóticos o alcohol	1.2	0.7	2.9
Otros	1.6	1.5	1.7
No especificado	0.7	0.6	1.2

Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2021. Tabulados interactivos

El departamento de salud mental y abuso de sustancias de la OMS (2009), sostiene que el suicidio provoca más muertes que los asesinatos y las guerras ya que cada 60 segundos alguien se quita la vida en el mundo. Entre los países que registran las mayores tasas de suicidios están Finlandia, Rusia, Bielorrusia, Ucrania y otros del ex bloque soviético, mientras que entre los países en desarrollo se encuentran Sri Lanka, Mauricio y Cuba. Sin embargo, por cada suicidio pueden producirse hasta 20 intentos fallidos, considerando este dato, estaríamos hablando de que alguien intenta suicidarse cada tres a cinco segundos. En el caso de los intentos suicidas se calcula que en México, por cada suicidio consumado hay de ocho a diez intentos de suicidio y por cada intento ocho lo pensaron, planearon y estuvieron a punto de hacerlo (González-Forteza, et al. 1998).

Hay dos métodos primarios para obtener información acerca de las tasas nacionales o regionales de intentos de suicidio, a saber: la auto notificación de comportamiento suicida en encuestas de muestras representativas de residentes de la comunidad, y los registros médicos de tratamiento de lesiones autoinfligidas en muestras representativas instituciones de atención de salud (generalmente hospitales) de la comunidad. La OMS no recopila sistemáticamente datos sobre los intentos de suicidio, pero ha apoyado las actividades de las encuestas mundiales de salud mental que recopilan información acerca de los intentos de suicidio.

Las otras fuentes de información acerca de las tasas de intentos de suicidio son los registros de tratamiento médico dispensado en servicios de urgencias y servicios ambulatorios de hospitales y otros establecimientos de salud por lesiones autoinfligidas. A diferencia del registro de las defunciones, no hay ningún método internacionalmente aceptado para estandarizar la recopilación de información acerca de los intentos de suicidio, de manera que al comparar las tasas de diferentes jurisdicciones deben considerarse varias cuestiones metodológicas (Rosario Valdez Santiago, 2019).

Las estimaciones de las tasas de intentos de suicidio tratados médicamente basadas en los informes de hospitales pueden ser inexactas si los hospitales seleccionados no son representativos de todos los hospitales de la comunidad o si una proporción considerable de intentos de suicidio se trata solo en consultorios locales y no llegan a un hospital. Por otro lado, las tasas notificadas de intentos de suicidio tratados médicamente están influidas en gran medida por los procesos de registro en los entornos hospitalarios.

3.4 Teorías psicológicas que abordan el suicidio

Actualmente, existen diferentes teorías, modelos explicativos y clasificaciones del comportamiento suicida provenientes de la psicología (Ferri, 1934; Göppinger, 1975; Schneidman, 1968; Stengel, 1965; Ellis, 2008), de la rama psiquiátrica de la medicina (Farberow y Schneidman, 1961), otras tantas de corte sociológico y criminológico (Dukheim, 2012; Morón, 1977; Middendorff, 1978) e incluso algunas desde el área genética (Miles, 1977; Bobes, Sáiz, García-Portilla y Bousoño, 1996).

3.4.1 Teoría Cognitiva de Beck

Para Aaron Beck, el suicidio forma parte de un contexto más amplio de la depresión. De acuerdo con su teoría cognitiva, los individuos elaboran categorías mentales en función de sus experiencias. Con dichas categorías los individuos perciben, estructuran e interpretan la realidad. Las categorías distorsionadas generan depresión, la cual provoca conducta suicida, producida porque el individuo elabora una imagen distorsionada de la realidad (Beck, 1979). Estos procesos cognitivos operan como codificación,

almacenamiento y recuperación de la información con base en el tipo de estructura cognitiva.

Beck sostiene que los pacientes con tendencias suicidas muestran pensamientos negativos y creencias disfuncionales. Dichos pensamientos y creencias están vinculados con el intento de suicidio, es decir, todo acto auto-dañino consciente y dirigido a la autodestrucción. Las creencias se consideran como mapas internos que dan “sentido” al mundo con base en las experiencias construidas y generalizadas. En el caso del suicida es común que las creencias generen diferentes distorsiones cognitivas como la abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación y minimización, personalización, pensamiento dicotómico, culpabilidad, etiquetas globales y muchos otros. El producto inmediato de estas distorsiones son los pensamientos que orientan el comportamiento suicida.

3.4.2 Teoría de Kelly y sus constructos personales

La teoría de los constructos personales de Kelly parte del siguiente supuesto: la realidad es independiente de la interpretación que cada individuo hace de ella, y es esta interpretación del individuo respecto a la realidad la que orienta y condiciona su propio comportamiento. La Teoría de Kelly (1961) explica que el suicidio es un acto en el cual el individuo trata de validar la vida, es decir, de darle un sentido. Entonces, son dos razones principales por las que una persona llega a cometer suicidio: 1) el futuro no tiene ninguna motivación para el suicida y 2) al ser una persona prescindible se ve “obligado” a dejar todo.

El suicidio es, al igual que en la Teoría de Beck, una manifestación extrema de depresión y de un sistema de construcción de la realidad que está distorsionado por defecto o por algún rechazo a la vida en particular. Su subjetividad determina por encima de cualquier cosa los intentos de suicidio y el acto consumado.

3.4.3 Teoría del comportamiento suicida de Linehan

La teoría de Linehan sostiene que el comportamiento suicida es un método que se aprende para combatir el sufrimiento emocional. El comportamiento suicida es conceptualizado como un déficit en las habilidades para solucionar los problemas que se presentan diariamente y que pueden derivar otras problemáticas (Linehan, 1993). Todo aquel que se suicida busca la muerte como una solución única y definitiva para detener el sufrimiento. De acuerdo con este autor, en la mayoría de los casos la cognición es la principal causa de los suicidios, pues en ella se lleva a cabo la actividad que regula el comportamiento. Sin embargo, la cognición no regula de forma absoluta en todos los contextos. Los estímulos ambientales también regulan, o incluso pueden llegar a provocar cogniciones y emociones problemáticas. Entonces, con base en lo anterior, afirma que la cognición es la mediadora entre lo ambiental y el comportamiento.

Por otro lado, esta teoría sostiene que algunas personas suicidas son producto de cierta vulnerabilidad biológica que consiste en la falta de regulación de las emociones desde la etapa infantil y que puede ser detonada sin estar conscientes. La investigación realizada bajo esta teoría menciona que las conductas suicidas están vinculadas, principalmente, con el estatus económico, pérdidas interpersonales, separaciones y divorcios.

3.4.4 Teoría de la Separación

Robert Firestone propone su Teoría de la Separación desde un enfoque teórico que describe el proceso del suicidio como la internalización de pensamientos negativos (Firestone, 1988). Firestone desarrolla su teoría a partir de su concepto de la división de la mente que está conformado por el self y el antiself. El self refiere a la personalidad *innata en la mente de la persona, sus rasgos temperamentales y la armonía de relaciones interpersonales*. Mientras que al antiself es el elemento defensivo y destructivo de la personalidad, que tiene la función de lidiar con aquellas experiencias que causan dolor emocional y frustración. Estas dos fuerzas internas se encuentran dentro de los individuos y

están en constante oposición y dinamismo. El suicidio ocurre cuando el *antiself* triunfa por encima del *self*, es decir, vence el aspecto destructivo.

El objetivo terapéutico, desde esta perspectiva, empieza con la identificación del tipo de conductas que están siendo orientadas a sí mismo o hacia los demás para determinar si corresponde dicho comportamiento al *self* o al *antiself*.

3.4.5 Teoría Psicoanalítica

La lectura del suicidio desde la propuesta psicoanalítica es la más recurrida entre psiquiatras y psicoterapeutas ortodoxos. Si bien, Sigmund Freud, creador del psicoanálisis, no desarrolló ampliamente el tema del suicidio, sí dejó algunas referencias, especialmente en su obra *Más allá del principio de placer* (1996a). Freud lo definió como aquella manifestación de un instinto o pulsión de muerte asociado a la agresividad que busca constantemente la calma. Esta manifestación es inicialmente orientada hacia otra(s) persona(s) pues al no poder expresarla matándola(s) se dirige a sí mismo. Una manifestación o padecimiento de suicidio latente podría ser la melancolía, tal como lo menciona el propio Freud (1996):

La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo [...] nos aclara el enigma de la tendencia al suicidio, que tan interesante y tan peligrosa hace a la melancolía. (p. 249)

Desde el psicoanálisis, el suicidio se entiende que es un proceso cuyo origen es el deseo de matar a otro. ¿A cuál otro se refiere? Primordialmente, a un ser amado. Las personas se suicidan como resultado de la oposición de los impulsos de vida y muerte, es decir, se produce un desequilibrio entre las tendencias constructivas y destructivas, en donde terminan por vencer las primeras.

3.5 Etapas de la conducta suicida.

El suicidio se conceptualiza de esta forma como un proceso, pues este implica un conjunto de acciones con las que se asume que una persona busca quitarse la vida. Por lo anterior, es importante estudiar los procesos que anteceden a los suicidios como son la ideación y el intento para así conocer y atender esta problemática. Algunos autores como por ejemplo Miranda, et al., (2009) señalaron cinco etapas aclarando que no necesariamente tienen que ser secuenciales: 1) Ideación suicida pasiva, 2) Contemplación activa del propio suicidio, 3) Planeación y preparación, 4) Ejecución del intento suicida, y 5) El suicidio consumado (Villareal, 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), la ideación y tentativas suicidas pueden ser vistas como fases previas al suicidio, esto significa que existe un desarrollo desde los pensamientos hasta la acción en las cuales se ha realizado un acto intencionado y auto-inflingido que amenaza contra la vida y con resultado de muerte.

Los niveles de riesgo de acuerdo al proyecto de prevención del suicidio (SUPRE, por sus siglas en inglés) de la OMS (2006), son:

- 1) Inexistente: Esencialmente, no hay riesgo de hacerse daño.
- 2) Leve: Hay ideación suicida limitada, no hay planes ni preparativos concretos para hacerse daño y existen pocos factores de riesgo. Aunque hay ideación suicida, la intención no es evidente; la persona no tiene un plan concreto y no ha intentado suicidarse previamente.
- 3) Moderado: Hay firmeza de planes y preparaciones evidentes con ideación suicida perceptible, posible historial de intentos previos y por lo menos dos factores de riesgo adicionales. O bien, hay más de un factor de riesgo de suicidio y, aunque hay ideación e intención suicida, no hay un plan claro. La persona, de ser posible, está motivada para mejorar su estado emocional y psicológico.
- 4) Grave: Hay planes y preparativos concretos para hacerse daño, o a la persona se le conocen varios intentos de suicidio y hay dos o más factores de riesgo. La ideación e

intención suicida se expresan junto con un plan cuidadoso y los medios para llevarlo a cabo. Esta persona demuestra inflexibilidad cognitiva y desesperanza acerca del futuro y rechaza el apoyo social disponible; ha habido intentos previos de suicidio. El procedimiento a seguir, de acuerdo con el nivel de riesgo, se describe en esta *figura 25*:

Figura 25 Niveles de riesgo y recomendaciones

Niveles de riesgo y recomendaciones (OMS, 2006; INPRF, 2010)	
Sin riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Se le invita a continuar con servicios preventivos
Bajo Presencia de ideación suicida, sin planificación	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer apoyo • Trabajar la comunicación de sentimientos e ideación suicida • Centrarse en los aspectos positivos de la persona y hablar sobre las habilidades de solución de problemas aplicadas en el pasado • Derivación a salud mental en consulta externa • Seguimiento regular
Medio Ideación y planificación suicida, pero no inmediata	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer apoyo, trabajar la comunicación de ideación y planificación suicida y centrarse en los aspectos positivos de las habilidades de solución de problemas de la persona • Explorar alternativas ante el suicidio • Pactar un contrato "no suicida" • Derivación a salud mental • De ser factible, contactar con la familia y otras personas cercanas
Alto Plan definido e inmediato y medios para llevarlo a cabo	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento • Hable tranquilamente con la persona y aleje los medios de suicidio • Haga un contrato de "no suicidio" • Derivación inmediata a un centro de salud mental

Nota: (Tomado del Artículo: Conducta Suicida protocolo de intervención. Martin Pérez, Vicente, 2016.)

Diversos especialistas han propuesto la clasificación de pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio. Una de las más operativas fue adoptada por el National Institute of Mental Health (NIMH) de EE.UU (O'Carroll et.al., 1996), se distinguen: Ideación suicida; Conducta instrumental; Intento de suicidio y; Suicidio consumado.

Mediante una revisión de dicha nomenclatura se incluyeron otros aspectos clave, tales como: el resultado de la conducta, la entidad del acto, el grado de intencionalidad y el conocimiento o conciencia de los resultados de la conducta (Silverman y colaboradores, 2007). Se integró otra categoría denominada comunicación suicida, que incluye la amenaza y el plan suicida; además, el término de "conducta instrumental" se cambió por el de "amenaza suicida" (*Ver figura 26*).

Figura 26 Nomenclatura del suicidio de NIMH.

Tabla 1. Nomenclatura del suicidio		
Ideación suicida	a. Sin intencionalidad suicida	1. Casual 2. Transitoria
	b. Con grado indeterminado de intencionalidad	3. Pasiva 4. Activa
	c. Con alguna intencionalidad suicida	5. Persistente
Comunicación suicida*	a. Sin intencionalidad suicida: 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza suicida, Tipo I) 2. Propuesta de un método para llevar a cabo una autolesión (Plan suicida, Tipo I)	
	b. Con grado indeterminado de intencionalidad 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza suicida, Tipo II) 2. Propuesta de un método para llevar a cabo una autolesión (Plan suicida, Tipo II)	
	c. Con alguna intencionalidad suicida 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza suicida, Tipo III) 2. Propuesta de un método para llevar a cabo una autolesión (Plan suicida, Tipo III)	
Conducta suicida*	a. Sin intencionalidad suicida 1. Sin lesiones (Autolesión, Tipo I) 2. Con lesiones (Autolesión, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida no intencionada)	
	b. Con grado indeterminado de intencionalidad 1. Sin lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo I) 2. Con lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada)	
	c. Con alguna intencionalidad suicida 1. Sin lesiones (Intento de suicidio, Tipo I) 2. Con lesiones (Intento de suicidio, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Suicidio consumado)	
*Clasificación adicional para comunicación y conducta suicida: – Foco intrapersonal: obtención de cambios en el estado interno (evasión/liberación) – Foco interpersonal: obtención de cambios en el estado externo (afecto/control) – Foco mixto		

Nota: (Tomado del Artículo: Conducta Suicida protocolo de intervención. Martín Pérez, Vicente, 2016.)

NOTA: Silverman y colaboradores (2007) agregaron los “tipos I, II y III” para simplificar la terminología. Se considera comunicación suicida Tipo I cuando no existe intencionalidad suicida, Tipo II cuando existe un grado indeterminado de intencionalidad y Tipo III cuando existe alguna intencionalidad. La conducta suicida se clasifica como Tipo I si no provoca lesiones y como Tipo II si provoca lesiones.

3.5.1 Ideación suicida:

El consenso casi generalizado de definir al suicidio como un proceso compuesto por diversas acciones que inicia con la ideación suicida (Pérez, 1999; Dias de Mattos, et al. 2010) ha propiciado que el interés de la comunidad científica sobre esta temática se incremente en los últimos años.

En México, Jiménez y González-Forteza (2003) destacan que entre 1982 y 2003 la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales (DIEP) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF), publicó 56 trabajos de investigación sobre suicidio, de los cuales el 30% de los trabajos se concentró en la ideación suicida.

Existen diversas concepciones en torno a la ideación suicida, Eguiluz (1995) menciona que la ideación suicida es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado y la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir (Juan Carlos Sánchez, 2012).

Por su parte, Jiménez y González-Forteza (2003), han definido el suicidio como un proceso que comienza con la idea de suicidarse y pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte auto infringida. Consideramos que estas dos concepciones sobre la ideación suicida que tienen como característica similar el ser conceptualmente inespecíficas, tienen problemas para su operacionalización. Sin embargo, Pérez (1999) define la ideación suicida considerando una serie de pautas como la preocupación autodestructiva, planeación de un acto letal y el deseo de muerte.

En el caso de la ideación suicida, podría definirse como las primeras manifestaciones conductuales del suicidio que van desde expresiones que denotan una dificultad para vivir como “no vale la pena vivir”, hasta manifestaciones que se acompañan de intención de morir o de un plan suicida. Es decir, en una concepción de campo interactivo, la ideación suicida es considerada como un evento prístino (Kantor, 1971) y no como un evento mediador de procesos causales de naturaleza interna (psíquicos o cognitivos). En otras palabras, la ideación suicida, no es una entidad diferente a la conducta suicida que pueda ser considerada como factor asociado o de riesgo. Al contemplar la ideación suicida como el comportamiento inicial del continuo denominado suicidio, se resalta la relevancia del estudio de esta pandemia en esta primera etapa, pues los resultados de la investigación proporcionarían la base para la implementación de estrategias de prevención del suicidio (Isabel de la A. Valdez, 2016).

La ideación suicida como etapa inicial del suicidio es un fenómeno multifactorial, complejo e interrelacionado en donde intervienen factores psicológicos, sociales (contextuales) y biológicos, (Cheng, et al. 2009). Además, es preciso considerar que estos factores de riesgo de suicidio se influyen recíprocamente, por lo que la identificación de dichos factores y su relación con el comportamiento suicida mortal y no mortal son elementos esenciales en la prevención del suicidio.

3.5.2 Planeación:

Es cuando la Ideación Suicida se va concretando con un plan y método concreto y específico que apunta a la intención de terminar con la propia vida. Como por ejemplo saber qué usar, investigar, cómo acceder, cómo hacerlo, etc. Resulta importante reconocer que el suicidio se puede evitar y el hecho de tener acceso a los medios necesarios para suicidarse constituye, además de un factor de riesgo relevante, un determinante del suicidio (Andes, 2021).

Los métodos más empleados para suicidarse son los plaguicidas, las armas de fuego y diversos medicamentos, como los analgésicos, que pueden resultar tóxicos si se consumen en cantidades excesivas.

De hecho, el método que escoge el suicida para la concreción de su propósito, está muy relacionado con diferentes factores: cultura del individuo, personalidad del suicida, disponibilidad de este y circunstancias del momento. El método escogido por una persona para suicidarse está determinado, a menudo, por los factores culturales y también puede reflejar la seriedad del intento. En ese sentido, mientras algunos métodos, como saltar desde un edificio alto, hacen que sea virtualmente imposible sobrevivir; otros, como la sobredosis de medicamentos, dejan abierta la posibilidad del rescate. Al respecto, el hecho de usar un método que demuestra no ser mortal, no indica necesariamente que el intento de la persona sea menos serio.

La bibliografía médica mundial recoge que los métodos más utilizados son: ahorcamiento, disparo por armas de fuego e ingestión de fármacos y fertilizantes; sin embargo, en Cuba y principalmente en esta provincia, los métodos en los últimos años han cambiado poco y predominan los ahorcamientos, las quemaduras y la ingestión de fármacos.

3.5.3 Intento.

Por otra parte, el intento suicida, definido como la acción orientada a provocar la propia muerte que no logra su objetivo (Amezcuca, 2003), forma parte de este eslabón que se inicia con una idea de cometer suicidio o el deseo de quitarse la propia vida, aunque la intención de morir no es un criterio necesario para el comportamiento suicida no mortal. En relación a la prevalencia de comportamiento suicida no mortal al igual que en el suicidio consumado, es difícil contar con datos fidedignos puesto que las personas que intentan suicidarse comúnmente no acuden a los centros de salud por diversas razones que van desde aspectos culturales hasta limitantes legales ya que en algunos países en desarrollo aún se considera el intento suicida como un delito.

Una investigación realizada por Kjoller y Helveg-Larsen (2000) menciona que, en promedio, solo cerca de 25% de los que llevan a cabo actos suicidas hacen contacto con un hospital público y estos casos no son necesariamente los más graves.

En 2019, se estima que 1,4 millones de adultos estadounidenses intentaron suicidarse. Existen unos 25 intentos de suicidio por cada suicidio consumado. Muchas personas hacen repetidos intentos. Sin embargo, sólo entre el 5 y el 10% de las personas que hacen un intento acaban muriendo por suicidio. Los intentos de suicidio son particularmente frecuentes entre las adolescentes. Las niñas de 15 a 19 años realizan 100 intentos de suicidio por cada suicidio consumado. En todos los grupos de edad, las tentativas son 2 o 3 veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, pero la probabilidad de consumir el suicidio es 4 veces mayor en varones. Entre las personas mayores se producen 4 intentos de suicidio por cada suicidio consumado.

Se menciona que la ideación suicida se relaciona con una mayor probabilidad de repetición post intento (Powell, Geddes, Deeks, Goldacr y Hawton, 2000; Borges, Angst, Nock, Ruscio, Walters y Kessler, 2006; Rueter, Holm, McGeorge y Conger, 2008; Rosales, Córdova y Ramos, 2012), además de que se relaciona significativamente con la seriedad y letalidad de los intentos (Beck y Steer, 1993), lo que supone una situación de alto riesgo

3.5.4 Suicidio consumado.

En todos los grupos de edad, el número de hombres que mueren como consecuencia de suicidio supera al de mujeres en una proporción de casi 4 a 1. Las razones no están claras, pero los siguientes factores pueden estar implicados:

Los hombres tienden a ser más agresivos y utilizan medios más letales cuando intentan el suicidio. A los hombres se les ha enseñado a ser estoicos cuando se enfrentan a problemas y, por lo general, es menos probable que busquen ayuda de amigos y/o profesionales de la salud. El abuso de alcohol y los trastornos por consumo de sustancias, que contribuyen al comportamiento suicida, son más frecuentes entre los hombres.

El número de suicidios en hombres incluye suicidios en el ejército y en veteranos. Ambos grupos tienen una mayor proporción de hombres respecto a mujeres.

3.6 Elección del método.

La elección del método a menudo está influenciada por factores culturales y por la disponibilidad de los medios letales (por ejemplo, un arma de fuego). Además, puede reflejar o no la seriedad de la intención. Algunos métodos (como tirarse desde lo alto de un edificio) hacen que la supervivencia sea menos probable, mientras que otros (como la sobredosis de fármacos), aumentan la posibilidad del rescate. Sin embargo, la elección de un método que no es mortal de necesidad no implica necesariamente que el intento sea menos serio que el que lleva a emplear métodos más mortales.

La sobredosis farmacológica y el envenenamiento son los principales procedimientos empleados en las **tentativas de suicidio**. Los métodos violentos, como el disparo con arma de fuego o el ahorcamiento, son poco frecuentes en las tentativas de suicidio, ya que suelen tener como resultado la muerte de la persona.

Alrededor del 50% de los **suicidios consumados** en Estados Unidos implican armas de fuego. Los hombres usan este método más que las mujeres. Otros métodos comprenden el ahorcamiento, el envenenamiento, el salto desde una altura y el uso de arma blanca.

En todo el mundo, la intoxicación por pesticidas representa una parte importante de los suicidios, especialmente en Asia, donde los pesticidas peligrosos están ampliamente disponibles.

A nivel mundial los medios más frecuentes para cometer suicidios son intoxicarse con plaguicidas, ahorcarse, disparar un arma de fuego o saltar desde cierta altura. La restricción del acceso a los medios utilizables para suicidarse es eficaz para la prevención, sobre todo de los suicidios impulsivos, porque da más tiempo de reflexión a quienes contemplan el suicidio. Las estrategias de restricción de los medios se pueden aplicar a nivel nacional a través de leyes y reglamentos y a nivel local, por ejemplo, velando por la seguridad en los entornos de riesgo.

La mayoría de las personas que incurren en comportamientos suicidas son ambivalentes acerca de querer morir en el momento del acto, y algunos actos suicidas son respuestas impulsivas a estresantes psicosociales agudos. La restricción del acceso a los medios utilizables para suicidarse es un componente clave de las actividades de prevención del suicidio porque brinda a la persona la oportunidad de reflexionar sobre lo que está por hacer y, esperamos, dejar pasar la crisis.

Sin embargo, la formulación de políticas apropiadas al respecto (por ejemplo, restringir el acceso a plaguicidas y armas de fuego, colocar barreras en subterráneos, puentes y edificios emblemáticos, o modificar la reglamentación de los envases de

medicamentos) requiere un conocimiento exhaustivo de los métodos de suicidio utilizados en la comunidad y de las preferencias por cada método en diferentes grupos demográficos de la comunidad (Salazar, 2012).

En los países de ingresos altos el ahorcamiento es el método utilizado en el 50% de los suicidios y las armas de fuego son el segundo método más frecuente, utilizado en el 18% de los suicidios. La proporción relativamente alta de suicidios con armas de fuego en los países de ingresos altos corresponde principalmente a los países de ingresos altos de las Américas, donde las armas de fuego constituyen el método utilizado en el 46% de los suicidios; en otros países de ingresos altos las armas de fuego constituyen el método utilizado en solo el 4,5% de los suicidios.

3.7 Factores individuales de riesgo

El riesgo de suicidio puede verse afectado por la vulnerabilidad individual o la capacidad de recuperación. Los factores individuales de riesgo se relacionan con la probabilidad de que una persona tenga comportamientos suicidas.

En el documento de la OMS, se hace referencia al suicidio como una de las cinco causas de muerte en la franja de 15 a 19 años, resaltando que en algunos países se sitúa como primera o segunda causa. Es importante tener presente en estas edades algunos factores:

Sociodemográficos y culturales; Como el bajo estatus socioeconómico, el bajo nivel educativo, la migración y el desempleo. Todo ello se resume en mayor dificultad para afrontar las dificultades que la vida le presenta y que en muchas ocasiones se complican con el consumo de drogas.

Eventos negativos y traumáticos ocurridos en la infancia, los patrones familiares de funcionamiento, con desórdenes en el ejercicio de la paternidad, presencia de violencia, abusos o también unas expectativas demasiado elevadas por parte de los cuidadores. Alrededor de la mitad de los suicidios en adolescentes (Pelkonen, 2003) están relacionados

con: el divorcio de los padres, historia familiar de tentativas de suicidio, abuso de sustancias y problemas legales en los padres, débil apoyo social y trastorno mental en los padres.

Estilos cognitivos; Los dos factores anteriores, junto a factores genéticos, confluirán en la persona en un estilo cognitivo y de relación. Los estilos cognitivos con mayor riesgo son aquellos que se asocian a alta impulsividad y comportamiento antisocial, agresividad o humor inestable.

Trastorno o enfermedad psiquiátrica; Principalmente depresión y trastorno psicótico. La OMS plantea que «La combinación de síntomas depresivos y comportamiento antisocial ha sido descrita como el antecedente más común de suicidio en la adolescencia». En este sentido, casi las tres cuartas partes de las personas que se quitan la vida presentan síntomas depresivos.

Consumo de alcohol y drogas; Según el documento de la OMS la cuarta parte de los y las pacientes adolescentes suicidas habían consumido alcohol o drogas antes del acto. En Estados Unidos un estudio longitudinal prospectivo (Ramchand, 2008) realizado en colaboración con el Centro de Tratamiento para el Abuso de Sustancias (CSAT/SAMHSA), durante un año, concluyó que la ideación suicida entre los consumidores de sustancias adictivas se situó alrededor del 30% y la tentativa alrededor del 12%.

3.8 Prevención

De hecho, el día 23 de septiembre de 2003 se hizo oficial el Día Mundial de la Prevención del Suicidio con el objetivo de generar conciencia al respecto. Algunos países han realizado grandes esfuerzos por prevenir el suicidio, como Finlandia quien fue el primero en efectuar de forma completa una estrategia nacional para prevenir el suicidio. Con base en las recomendaciones de las Naciones Unidas, este programa preventivo ha sido el ejemplo a seguir para el resto del mundo, pues sus estrategias están basadas en la

información proveniente de las investigaciones y las recomendaciones de diversos expertos de la salud y ciencias sociales (Bobes, Sáiz, García-Portilla, Bascarán y Bousoño, 2004).

Las actividades de prevención del suicidio requieren coordinación y colaboración entre múltiples sectores de la sociedad, públicos y privados, incluidos el de la salud y otros, como los de educación, trabajo, agricultura, comercio, justicia, defensa, así como los responsables de las leyes, la política y los medios. Estos esfuerzos deben ser integrales y sinérgicos y estar integrados, porque ningún abordaje singular es suficiente para una cuestión tan compleja como la del suicidio (Salud, 2010).

Una estrategia reconocida para la prevención del suicidio consiste en la evaluación y el manejo de los trastornos mentales, como la descrita en el Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP). En este Programa se identifican estrategias aplicables a nivel individual basadas en datos científicos, incluso para la evaluación y el manejo de quienes intentaron el suicidio. A nivel de la población, este programa aboga en favor de restringir el acceso a medios utilizables para suicidarse, establecer políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol mediante una variedad de opciones normativas y alentar a los medios de difusión a que sean responsables a la hora de informar sobre suicidios (OPS, 2014).

A pesar de su importancia, datos de la OMS muestran que 40% de los países no tienen políticas sobre salud mental y 33% no cuentan con un programa de salud mental. La salud mental se relaciona con políticas sociales, de salud y de bienestar (OMS, 2005).

En mayo de 2013, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, el cual considera mejoras en el sistema de salud en esta área. Uno de los objetivos es reducir 10% la tasa de suicidios en los países miembros (OMS, 2013).

Entre los sectores que se deben considerar para la implementación de las estrategias, se incluyen el sector salud, educativo, seguridad pública, protección civil, comunicaciones

y transportes, militares, líderes religiosos y la sociedad civil organizada. Cada actor cuenta con responsabilidades y roles específicos (WHO, 2012).

Entre 2000 y 2011, la OMS publicó una serie de folletos donde se incluyen buenas prácticas y acciones específicas para cada sector involucrado en la prevención del suicidio (WHO, 2012 y 2018).

Con el fin de mejorar la atención en salud mental, la OMS publicó en 2008 el Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP, por sus siglas en inglés). Este programa tiene como finalidad reducir los desequilibrios entre los recursos disponibles y las necesidades de atención de la población con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (OMS, 2008).

Entre estas acciones se incluye la capacitación del personal de salud no especializado en salud mental para la evaluación, manejo y seguimiento de pacientes con dichos trastornos. Estas actividades incluyen indagar si los pacientes han tenido intentos de suicidio, evaluar su riesgo e identificar cuándo es necesario referirlos con personal especializado (OPS, 2017).

3.9 Análisis Funcional de la Conducta Suicida.

Cada sujeto es un caso único, cada conducta se da en un tiempo y en un espacio irrepetible. Se proponen a continuación, algunos posibles análisis funcionales que no se deben generalizar. La interacción entre las variables disposicionales del sujeto y del entorno probabilizan la conducta y en cada caso se presentan diferentes condiciones, si bien es verdad que el mundo de las contingencias es caótico e impredecible, pero aún así es posible describir variables relevantes que explican el comportamiento.

Algunos estímulos externos de la vida cotidiana como dificultades económicas, despido laboral, duelo, infidelidad, conflictos sociales, divorcios, problemas físicos como enfermedades y/o dolor crónico etc. asociados a respondientes cognitivas con función discriminativa como pensamientos de ineficacia, incapacidad, ruina, culpa, etc.

Se encadenan o condicionan por la historia de aprendizaje a pensamientos con función amenazante como inviabilidad de soluciones, falta de alternativas, imposibilidad de escapar o evitar, etc., también a respondientes fisiológicas como ansiedad y angustia con alto grado de sufrimiento.

En una primera fase y ante la falta de alternativas para afrontar, escapar o evitar las respondientes de la estimulación antecedente, el sujeto anticipa el suicidio como una operante capaz de evitar el sufrimiento. La estimulación consecuente encubierta tiene función aliviadora, es un alivio de la aversión (R-).

En la siguiente secuencia el sujeto emite operantes, pone en marcha el plan establecido y busca el lugar, el momento, el instrumento, etc. y se dispone a ejecutarlo. Si decide hacerlo en solitario (ahorcamiento, disparo, ingestión de fármacos, etc.) con alta probabilidad lo conseguirá sin que nadie pueda evitarlo por desconocimiento.

En otros casos decide hacerlo en un lugar público, (balcón, tejado, puente, etc.) si hay testigos y estos se percatan de la situación llamarán a los servicios de emergencia, la policía local, policía nacional, los grupos de rescate, ambulancias se movilizarán y, en cuestión de minutos acordonarán la zona, se agruparán los curiosos y posiblemente alguien se acordará que existen psicólogos especializados en el tema. Antes de llegar el experto en conducta humana, ya se habrán hecho varios intentos con el sujeto para que desista.

Hay que recordar que en todas las situaciones suicidas y por imprevistos, se puede producir el suicidio accidental, aquellos casos que el sujeto calcula mal y muere sin desearlo. Las personas uniformadas como la policía local, la policía nacional, los grupos de rescate, ambulancias, cruz roja, además de grupos de curiosos añaden nuevos elementos a la estimulación antecedentes que se pueden configurar para el sujeto con función amenazante, disuasoria, discriminativa, etc.

Dependiendo de la función de estas variables disposicionales del entorno el sujeto ejecutará o desistirá. Si da tiempo y llega el experto en conducta humana, el Psicólogo, intentará retirar toda la estimulación potencialmente amenazante o facilitadora del contexto que sea posible e iniciará la intervención.

El profesional es consciente que con sus habilidades deberá ser capaz de configurarse como un estímulo con diferentes funciones para el suicida, es decir, tratará de “provocar” en el sujeto; tranquilidad, seguridad, sensación de control, empatía, disminución de respondientes y cambios en sus operantes, este encadenamiento de conductas probabilizará la renuncia al suicidio.

En estos casos cuando el sujeto desiste del intento de suicidarse lo que cambia es que en la estimulación antecedente se han introducido otras variables relevantes que afectan a la funcionalidad de la secuencia, en ocasiones esa variable es el Psicólogo. En ocasiones el suicida desiste porque anticipa alternativas y soluciones al problema mediante nuevos estímulos internos cognitivos producidos por la intervención psicológica.

La estimulación consecuente es un alivio de la aversión (R-). En otros casos disminuyen o se extinguen las respondientes fisiológicas, ya sea por fatiga, por habituación o por ventilación inducida por el profesional. La estimulación consecuente vuelve a ser (R). En situaciones suicidas, en las que no interviene el psicólogo, la estimulación antecedente cambia en sí misma, concretamente la estimulación externa, el proceso es el siguiente; el sujeto inicialmente tomó la decisión de suicidarse en casa, en el bar, en la oficina, en la calle, etc. Cuando realiza el intento está en otro lugar, balcón, cuadra de vacas, en casa con la escopeta, en la cama con ingesta de psicofármacos, etc. y este cambio en los antecedentes cambia la secuencia funcional.

Recordemos que la conducta es la interacción entre el organismo y el entorno y, por tanto, el cambio en la funcionalidad del estímulo externo modifica las respondientes cognitivas y fisiológicas, (se piensa y se siente de otra forma distinta), la conducta será diferente y desistirá de sus planes autolíticos sin que nadie intervenga.

En aquellas personas que amenazan con suicidarse en público para reivindicar un derecho o llamar la atención sobre algún aspecto de su vida (R+) o manipular el entorno, pero que en realidad no quieren suicidarse, cuando consiguen la movilización de medios (policía, ambulancia, bomberos etc.) y se aseguran que aquellas personas a las que va dirigida su conducta, “su mensaje”, se enteran del hecho, el refuerzo social que consiguen con ello es suficiente para detener su acción.

En otros casos se añade un elemento nuevo, una respondiente fisiológica más potente que tiene función prioritaria y amenazante, “el miedo a los elementos que integran la acción” (miedo a la altura, a la soga, al impacto, etc.) o a las consecuencias de la acción suicida (proceso doloroso, sufrimiento, desconocimiento, perder la vida etc.) En unos casos la función de estimulación consecuente es la anticipación de Castigo positivo (C+), en otros como desistir de morir tiene función de Castigo negativo (C-). Cada caso es único.

COMENTARIOS FINALES

Después de haber conocido las diferentes variables que se expusieron con anterioridad, pudimos darnos cuenta de una herramienta eficaz en el tratamiento con personas que presentan desregulación emocional o conducta suicida, por supuesto que la herramienta a la que nos referimos es sin duda la validación emocional, que aplicarla por sí sola ya nos estaría dando partida para lograr una alianza con nuestro consultante y de ahí poder avanzar en las siguientes sesiones, en las cuales el mismo consultante sea el generador del cambio y aceptación que se necesita en torno a sus objetivos a trabajar.

Como vimos, las diferentes terapias contextuales ofrecen estrategias para trabajar con los consultantes de una manera flexible y no tan mecanicista como se hacía con anterioridad en los enfoques de primera y segunda generación, por lo que poder conocer la validación y ponerla dentro del campo clínico es una forma de poder adecuar nuestro tratamiento para que el cliente que sienta parte de él y no en una forma pasiva como se hacía en un inicio.

El suicidio sin duda, es un problema de salud pública, no hablar del tema no lo elimina, sino más bien, como se ha visto ha alcanzado niveles muy altos como si se tratase de un nuevo virus que ha estado presente desde la antigüedad, y que afecta no solo al círculo cercano de la persona, por el contrario, como hemos observado, por cada suicidio consumado existen más de una tentativa, por lo que, poder lograr una adherencia eficaz al tratamiento en un inicio pudiera darnos un pronóstico de recuperación mayor a comparación de invalidar al mismo consultante desde la primer sesión con un discurso que antes ya debió de haber escuchado, acerca de las mil razones para seguir. Poder ofrecerle ese espacio seguro, en donde podamos compartir que todo lo que siente tiene sentido, ya le generaría esa sensación de alivio similar a la que tiene cada que piensa en cometer dicho acto.

CONCLUSIONES

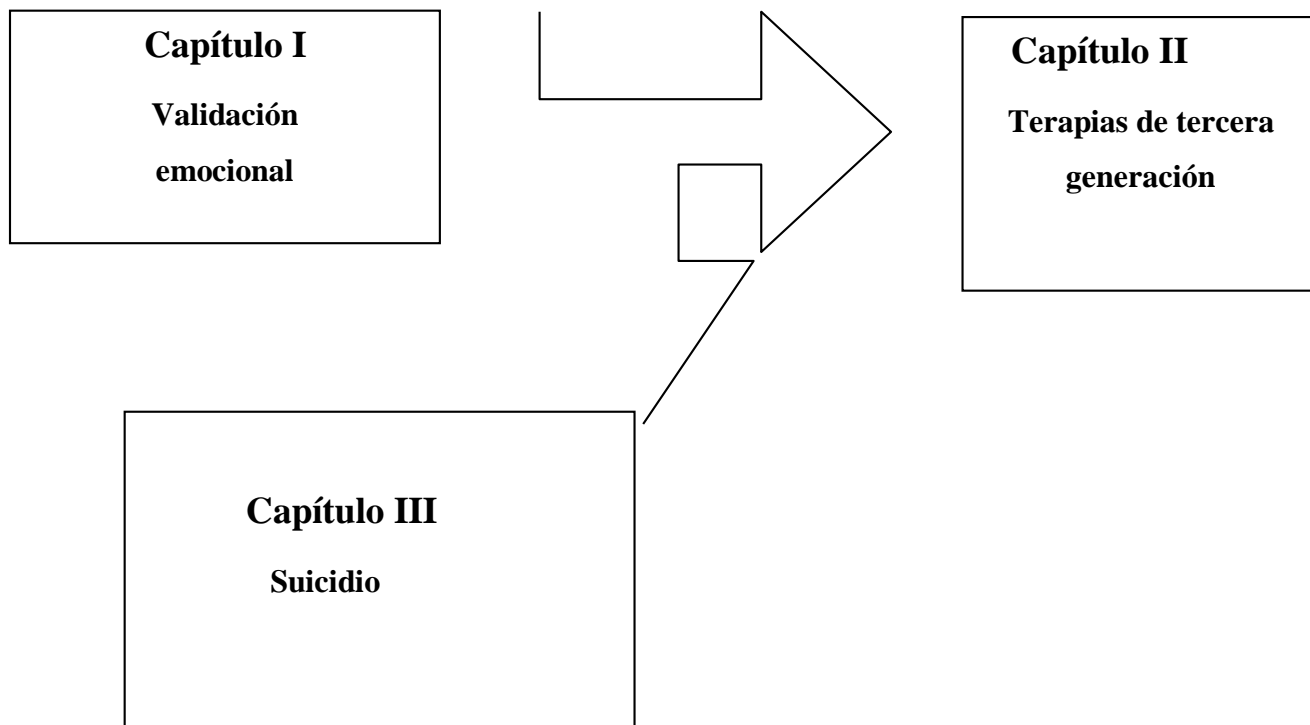
Conclusiones

La conducta suicida no es un fenómeno nuevo y tampoco un tema que esté controlado al 100%, por el contrario, como pudimos darnos cuenta, muchos de los datos arrojados a través de investigaciones no son exactos y es que el método de recolección de datos tiende a tener diferente tipo de limitaciones, por lo que los números en la tasa de suicidios podrían estar por encima de los números que se nos muestran. Por tal motivo me parece de suma importancia establecer dentro del campo clínico nuevas estrategias para lograr una mayor efectividad en el tratamiento con clientes que presenten ideación o tentativa suicida, por lo que, hago hincapié en esta herramienta que nos ofrece la Dr. Marsha Linehan llamada “validación emocional”, que, si bien debemos de diferenciarlo con otros términos como empatía y normalización, esta herramienta nos ofrece bastantes beneficios a la hora de trabajar en consulta.

Me pareció importante el poder conocer el origen de esta herramienta, para así lograr entender el porqué de su utilización y los efectos que puede tener en nuestro trabajo, a través del tiempo, hemos evolucionado con respecto a las estrategias que se llegan a utilizar a la hora de trabajar con los clientes. Si bien es cierto, la psicoterapia no es algo que se quede estático, sino más bien, algo dinámico que va en progreso y en constante actualización.

En conclusión, considero que esta herramienta no solo debería de ser utilizada dentro de un consultorio, sino poco a poco, ir a tomando partida para que diferentes personas la conozcan y puedan ocuparla en su medio, con familiares, amigos y compañeros y así lograr crear ambientes validantes que nos generen una menor cantidad de personas desreguladas y con estrategias de regulación poco eficaces.

Esquema



BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

Allen, J. G. (29 de enero de 2016). *Terapia cognitiva basada en mindfulness: ¿Qué es y para qué sirve?* Obtenido de *Terapia cognitiva basada en mindfulness: ¿Qué es y para qué sirve?*:

<https://psicologiaymente.com/meditacion/terapia-cognitiva-mindfulness>

Andes, C. I. (2021). *Protocolo sobre sospecha de ideacion o planificacion suicida*. Obtenido de *Protocolo sobre sospecha de ideacion o planificacion suicida*:

https://www.seduc.cl/pdf/docinteres/andes/rie_temas/11_LOS_ANDES.pdf

Araya Veliz, C. P. (2017). *Habilidades del terapeuta y mindfulness*. *Revista de clinica psicologica*.

Bargas Madriz, L. R. (2013). *Terapia conductual integrativa de pareja: descripcion general de un modelo con enfasis en la aceptacion emocional*. *Revista de ciencias sociales*, 139; 53-63. Obtenido de <https://www.psyciencia.com/terapia-parejas-tercera-ola-ibct/>

Barthey, T. (2012). *Terapia cognitiva basada en mindfulness para el cancer, guia practica*. biblioteca de psicologia y desclée de brouwer.

Blanco, E. (06 de Diciembre de 2016). *¿Cómo podemos validar las emociones de los demas? Más allá de la empatía*. Obtenido de *¿Cómo podemos validar las emociones de los demas? Más allá de la empatía.*:

<https://scielo.isciii.es/pdf/acp/v10n1/monografico5.pdf>

Coutiño, D. A. (2012). *Terapia cognitivo conductuales de la tercera generacion, la atencion plena/mindfulness*. *Revista Internacional de Psicologia-Instituto de la familia Guatemala*.

Cristopher R. Martel, S. B. (2010). *Activacion conductual para la depresion: una guia clinica*. biblioteca de psicologia y desclée de brouwer.

Encinas, F. J. (s.f.). *Técnicas de modificación de la conducta*. psicología piramide.

Gempeler, J. (diciembre de 2008). *Terapia conductual dialectica*. Obtenido de Terapia conductual dialectica:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000500011

German Leandro Teti, J. P. (septiembre de 2015). *Terapia Dialectica Conductual: Un tratamiento posible para pacientes con trastornos severos*. Obtenido de Terapia Dialectica Conductual: Un tratamiento posible para pacientes con

trastornos severos: [https://www.researchgate.net/profile/German-](https://www.researchgate.net/profile/German-Teti/publication/281519323_Dialectical-Behavior_Therapy_A_possible_treatment_for_patients_with_severe_disorders/links/5aac6be7a6fdcc1bc0b8d8d1/Dialectical-Behavior-Therapy-A-possible-treatment-for-patients-with-)

[Teti/publication/281519323_Dialectical-](https://www.researchgate.net/profile/German-Teti/publication/281519323_Dialectical-Behavior_Therapy_A_possible_treatment_for_patients_with_severe_disorders/links/5aac6be7a6fdcc1bc0b8d8d1/Dialectical-Behavior-Therapy-A-possible-treatment-for-patients-with-)

[Behavior_Therapy_A_possible_treatment_for_patients_with_severe_disorders/links](https://www.researchgate.net/profile/German-Teti/publication/281519323_Dialectical-Behavior_Therapy_A_possible_treatment_for_patients_with_severe_disorders/links/5aac6be7a6fdcc1bc0b8d8d1/Dialectical-Behavior-Therapy-A-possible-treatment-for-patients-with-)

[/5aac6be7a6fdcc1bc0b8d8d1/Dialectical-Behavior-Therapy-A-possible-treatment-](https://www.researchgate.net/profile/German-Teti/publication/281519323_Dialectical-Behavior_Therapy_A_possible_treatment_for_patients_with_severe_disorders/links/5aac6be7a6fdcc1bc0b8d8d1/Dialectical-Behavior-Therapy-A-possible-treatment-for-patients-with-)

[for-patients-with-](https://www.researchgate.net/profile/German-Teti/publication/281519323_Dialectical-Behavior_Therapy_A_possible_treatment_for_patients_with_severe_disorders/links/5aac6be7a6fdcc1bc0b8d8d1/Dialectical-Behavior-Therapy-A-possible-treatment-for-patients-with-)

Gonzalez, M. O. (2018). *Comportamiento suicida: reflexiones criticas para su estudio desde un sistema psicologico*. Qartuppi.

INEGI. (08 de septiembre de 2022). *EAP-Suicidio*. Obtenido de EAP-Suicidio:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_SUICIDIOS22.pdf

Irene de la Vega, S. S. (Junio de 2013). *Terapia Dialectica Para el Trastorno de Personalidad Limite*. Obtenido de Terapia Dialectica Para el Trastorno de Personalidad Limite: https://scielo.iciiii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100005

Isabel de la A. Valdez, F. A. (2016). Persistencia de los pensamientos de muerte posteriores a la tentativa suicida en una muestra de jovenes mexicanos. *Revista de educacion y desarrollo*.

Jalife, A. V. (2017). Habilidades del terapeuta y mindfulness. 232-240.

Juan Carlos Sánchez, M. E. (2012). *Capítulo 12 Ideación suicida*. Obtenido de Capítulo 12 Ideación suicida: <https://www.uv.es/lisis/sosa/cap13/cap12-ideacion-suic-trillas-13.pdf>

Linehan, K. C. (2012). *Terapia dialéctica conductual: una guía práctica*. Obtenido de Terapia dialéctica conductual: una guía práctica: www.guilford.com/p/koerner

Linehan, M. (30 de marzo de 2015). *Psyciencia*. Obtenido de <https://www.psyciencia.com/terapia-dialectica-conductual/>

Linehan, M. (4 de mayo de 2017). *Psyciencia*. Obtenido de <https://www.psyciencia.com/niveles-de-validacion-en-la-terapia-dialectica-conductual/>

Linehan, M. M. (2020). *Manual de entrenamiento en habilidades DBT: Para el/la terapeuta*. Buenos Aires Argentina: Tres olas.

Maero, F. (27 de noviembre de 2004). *Terapia Integral de parejas: un abordaje de tercera generación*. Obtenido de Terapia Integral de parejas: un abordaje de tercera generación:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000400005

Maero, F. (30 de marzo de 2015). *Terapia dialéctica conductual: Supuestos y características*. Obtenido de Terapia dialéctica conductual: Supuestos y características: <https://www.psyciencia.com/terapia-dialectica-conductual/>

Maero, F. (04 de mayo de 2017). *Niveles de validación dialéctica conductual*. Obtenido de Niveles de validación dialéctica conductual: <https://www.psyciencia.com/niveles-de-validacion-en-la-terapia-dialectica-conductual/>

Maero, F. (04 de mayo de 2017). *Niveles de validación en la terapia dialéctica conductual*. Obtenido de Niveles de validación en la terapia dialéctica

conductual: <https://www.psyciencia.com/niveles-de-validacion-en-la-terapia-dialectica-conductual/> -

Mairal, J. B. (15 de enero de 2009). *Habilidades clinicas en la terapia conductual, tercera generacion*. Obtenido de Habilidades clinicas en la terapia conductual, tercera generacion:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000200001

Mandil, J. (s.f.). *Terapia de aceptacion y compromiso para consultantes jovenes y sus familias*. tres olas.

Mañas, I. M. (2004). *La tercera ola de terapias de conducta*. Obtenido de La tercera ola de terapias de conducta: <https://pavlov.psyciencia.com/2012/11/La-tercera-ola-de-terapias-de-conducta.pdf>

Mañas, I. M. (2004). *Terapias de tercera generación*. Obtenido de <https://pavlov.psyciencia.com/2012/11/La-tercera-ola-de-terapias-de-conducta.pdf>

Martell. (2010). *Los principios fundamentales de la activacion conductual*. biblioteca de psicologia y desclée de brouwer.

Mora, G. H. (2017). Regulacion emocional aplicado al campo clinico. *Formacion continuada a distancia*, 30.

OMS. (17 de junio de 2021). *Suicidio*. Obtenido de Suicidio: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

OPS, O. Y. (2014). *Prevencion del suicidio: un imperativo global*. Biblioteca sede de la ops.

Quintero, I. d. (junio de 2013). *Terapia dialectica conductual para el trastorno de personalidad limite*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100005

Rosario Valdez Santiago, L. A. (2019). *Simplemente queria desaparecer: Aproximaciones a la conducta suicida de adolescentes en Mexico*. Instituto Nacional de Salud Publica.

Salazar, J. A. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista electronica de psicologia Iztacala*.

Salud, S. A. (2010). *Recomendaciones sobre la deteccion, prevencion e intervencion en la conducta suicida*. Obtenido de Recomendaciones sobre la deteccion, prevencion e intervencion en la conducta suicida: <https://consaludmental.org/publicaciones/Recomendacionesprevencionsuicidio.pdf>

Santos, D. A. (2022). *Regulacion emocional y terapias psicologicas empiricamente apoyadas: confluencias, complementariedades y divergencias*. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.33776/amc.v48i177.5467>

steve c. hayes, k. s. (s.f.). *terapia de aceptacion y compromiso: proceso y practica del cambio conciente mindfulness*. Biblioteca de psicologia, Desclée de Brouwer.

Valeria Roman, C. A. (2017). Suicidio. *Red Argentina de Periodismo Científico*. Obtenido de <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>

Vicente, M. P. (2016). Conducta suicida, protocolo de intervencion. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*.

Villafaña, S. J. (2022). *Definicion del suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revision*. Obtenido de Definicion del suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revision: file:///C:/Users/alber/Downloads/2709-Texto%20del%20art%C3%ADculo-12399-1-10-20210826.pdf

Villareal, D. P. (03 de julio de 2015). *Algunas especificidades entorno a la conducta suicida*. Obtenido de Algunas especificidades entorno a la conducta

suicida: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000800014

Pérez Álvarez, M. (2014). Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. España: Editorial Síntesis, S.A..

Dialectical behavior therapy : a contemporary guide for practitioners. Wiley-Blackwell. Swenson, C. (2016). –

Linehan, M. M. (2012). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Argentina: Grupo Planeta.