



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Abordaje colaborativo CAMS desde la perspectiva conductual-contextual sobre ideación suicida en población clínica comunitaria en riesgo de suicidio

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

José Francisco Gómez Contreras

Directora: Dra. Paulina Arenas Landgrave

Revisora: Dra. Angélica Juárez Loya

Sinodales: Dr. José Alfredo Contreras Valdez

Dra. Claudia Margarita Rafful Loera

Dr. Hugo Sánchez Castillo



Ciudad Universitaria, CD. MX, 2024



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.

Índice

Resumen	05
Abstract	06
Introducción	07
Capítulo 1. Comportamiento relacionado con el suicidio	10
Definición de suicidio	10
Epidemiología internacional de muertes por suicidio	11
Epidemiología nacional de muertes por suicidio	12
Nomenclatura y clasificación	13
Nomenclatura de O ‘Carroll	14
Nomenclatura de Silverman	15
Sistema de Clasificación de Violencia Autodirigida	16
Dimensiones del comportamiento relacionado con el suicidio	18
Ideación suicida	18
Planeación suicida	19
Intento de suicidio.....	19
Autolesiones	19

Capítulo 2. Suicidalidad	21
Modelo basado en el aprendizaje	22
Factores de riesgo	26
Factores protectores	29
Señales de advertencia	29
Capítulo 3. Psicología basada en la evidencia	31
Panorama de evidencia de resultados y evidencia de procesos	32
Terapias conductuales-contextuales	34
Análisis funcional	43
Formulación de caso conductual-contextual	44
Capítulo 4. Principales abordajes del comportamiento relacionado con el suicidio desde una perspectiva psicológica	46
Evaluación y Manejo Colaborativo de la Suicidalidad (CAMS)	46
Modelo Dinámico de Ordenes de Riesgo de Suicidio (MODORIS)	48
Capítulo 5. Método	52
Planteamiento del Problema	52
Justificación	52

Objetivo general	53
Objetivos específicos	53
Hipótesis de investigación	54
Pregunta de investigación	54
Variables	54
Definición de variables	55
Diseño	56
Participantes	57
Procedimiento	58
Materiales	83
Resultados	84
Análisis visual de datos	84
Indicadores CAMS	86
Alcance de metas	90
Capítulo 6. Discusión	95
Referencias	100
Anexos	116

Resumen

La ideación suicida es común en casos de riesgo de suicidio y se ha visto que los pensamientos sobre quitarse la vida suelen aumentar en duración, intensidad y frecuencia con el tiempo si no se interviene oportunamente en la estabilización del riesgo de suicidio. La Evaluación y Abordaje Colaborativo de la Suicidalidad (CAMS, Jobes 2016) ha reportado ser una intervención adecuada para casos con ideación presente; sin embargo, en México no se ha probado de ninguna manera este abordaje. El objetivo del estudio fue evaluar el efecto de CAMS, desde la perspectiva conductual-contextual, sobre la ideación suicida en población clínica comunitaria en riesgo de suicidio. Se utilizó un diseño N=1 de línea base múltiple no concurrente entre participantes, con seguimiento de un mes. Dos participantes fueron seleccionados en la etapa de reclutamiento y recibieron 12 sesiones de intervención. Se calculó el índice NAP que fue de 0.975 y 0.9124. Al finalizar la intervención se alcanzaron los objetivos planteados y ayudó a las personas a manejar la ideación suicida. Se observó que el marco de trabajo CAMS desde la perspectiva conductual-contextual redujo la ideación suicida y otros indicadores asociados al riesgo de suicidio, por lo que es pertinente utilizar este marco de trabajo en intervenciones.

Palabras clave: CAMS-care, suicidalidad, evaluación, intervención, riesgo.

Abstract

Suicide ideation is typically identified in cases of suicide risk, and it has been empirically showed that thoughts about taking one's own life tend to increase overtime in terms of frequency, intensity and duration if there is no an appropriate intervention to stabilize suicide risk. The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS, Jobes, 2016) is an evidence-based treatment and a valid option to intervene in cases suicide risk with current suicide ideation, however, in Mexico this approach has not been tested yet. This study evaluates the effect of CAMS, from contextual-behavioral perspective, on suicide ideation in population at suicide risk. A non-concurrent multiple baseline among participant (N=1) design was used with a one-month follow-up. Two participants were selected at the recruitment stage and received 12 intervention sessions. The NAP index was 0.975 for case A and 0.9124 for case B. At the final stage, the objectives were successfully achieved, and CAMS helped people to manage suicidal ideation. Finally, CAMS from the behavioral-contextual perspective showed to be an adequate option to intervene in cases with current suicide ideation.

Keywords: CAMS-care, suicidality, assessmenteintervention, risk.

Introducción

Las muertes por suicidio históricamente han llamado la atención de los diferentes sectores dentro de una sociedad y a través de la historia ha representado un área de estudio de gran interés y complejidad. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía en el año 2021 reportó que en México se tiene el registro que en el año 2021, 0.76% de los fallecimientos totales de la población, correspondieron a muertes por lesiones autoinfligidas, lo cual representa a 8,351 personas; de hecho, en el grupo de personas de 15 a 29 años, el suicidio se observa como la cuarta causa de muerte solo por debajo de las agresiones, accidentes y la COVID-19 (INEGI, 2022). Partiendo de los datos proporcionados por el INEGI la tasa de suicidio en el 2015 en el país fue de 8.1 por cada 100 mil habitantes; y se calcula que, considerando la tasa de suicidios del 2021 de 10.4, el incremento ha sido del 28% en la tasa de suicidios desde el 2015 al año 2021, lo cual incluye el periodo de pandemia por la enfermedad de COVID-19. Al respecto, se ha reportado que durante los primeros nueve meses de pandemia las tasas de suicidio incrementaron significativamente (Borges et al., 2022), y otros estudios han identificado que en particular el mayor incremento ocurrió de enero a junio del 2020 en la Ciudad de México, siendo este mayor en hombres y personas jóvenes (García-Dolores et al., 2023).

Considerando los números, resulta pertinente invertir en aproximaciones al trabajo con población en riesgo, con lo cual, el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio 2022-2024 (PRONAPS, ST-CONSAME, 2022) propone la movilización de esfuerzos nacionales con el fin de establecer mecanismos de intervención interseccional para mejorar el bienestar psicológico de la población mexicana de manera homologada a través de los diferentes actores del país y atender a las personas que solicitan atención por

comportamiento relacionado con el suicidio, mediante cinco ejes: 1) vinculación sectorial, 2) vigilancia, 3) intervenciones, 4) capacitación e 5) investigación.

Parte del arduo trabajo que el PRONAPS realizó fue la identificación de diferentes retos en el sistema de salud en materia de la atención a casos de riesgo: insuficiencia de recursos humanos capacitados e infraestructura en Atención Primaria a la Salud (APS-I), lo que contribuye a las brechas de atención y la falta de inclusión de prácticas clínicas basadas en la evidencia científica (Secretaría de Salud, 2022).

Dentro de las diferentes alternativas al abordaje de la conducta relacionada con el suicidio y al riesgo de suicidio el abordaje Evaluación y Manejo Colaborativo de la Suicidalidad (CAMS, por sus siglas en inglés, Jobes, 2016) propone un marco de trabajo centrado en las principales características de personas en riesgo (dolor psicológico, estrés, agitación, desesperanza y odio por sí mismo) y en los detonadores identificados de manera colaborativa con las personas atendidas. Es un marco de trabajo del riesgo suicida que ha reunido más de 30 años de evidencia, por mencionar algunos trabajos, estos abarcan desde los primeros estudios conceptuales (Jobes et al., 1991), la manera en la que se evaluaba el riesgo (Wingate et al., 2004), descripciones de la propuesta de intervención (Jobes, 2012), hasta revisiones sistemáticas con metaanálisis (Swift et al., 2021) y permite modificar los detonadores del suicidio, desde diversos marcos teóricos-prácticos que la persona pudiera necesitar, ya sean modelos cognitivo-conductuales, psicodinámicos, sistémicos, entre otros.

Por otro lado, el marco de trabajo CAMS se desarrolla bajo ciertas premisas, una de ellas es la de ofrecer un marco sencillo de aprender y de aplicar por profesionales de la salud, incluso quienes no han tenido un acercamiento al manejo de casos de riesgo, con tal

de que puedan, con sus recursos teóricos-clínicos, dar respuesta a la demanda de atención por riesgo de suicidio (Jobes, 2020). Por lo que su aplicación abonará evidencia en México sobre uno de los ejes propuestos por el PRONAPS, que es contrarrestar la insuficiencia de recursos humanos capacitados e infraestructura en APS-I y disminuir las brechas de atención.

A lo largo de esta tesis, en el marco teórico se describirán las características de la suicidalidad y sus componentes, así como, el panorama general del modelo conductual-contextual, el abordaje CAMS y las opciones disponibles para la intervención sobre ideación suicida. Y se plantea una propuesta de trabajo y evaluación empírica de dicha propuesta, al respecto del efecto que tiene sobre la ideación suicida, contribuyendo desde el ámbito de investigación clínica, a la generación de evidencia sobre CAMS en población mexicana.

Capítulo 1. Comportamiento Relacionado con el Suicidio

Definición de Suicidio

Dentro del campo de la investigación cualitativa en suicidio, algunos autores (Chávez-Hernández, y Leenaars, 2010; Rangel y Jurado, 2022;) han considerado la publicación de Durkheim en 1897 como el primer estudio orientado a reportar el comportamiento relacionado con el suicidio, quien definió el suicidio como “*todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado*” (Durkheim, 1897, p. 14).

Con el paso del tiempo se han propuesto diversas definiciones sobre el suicidio. A continuación, se mencionan algunas de las más relevantes. Por un lado, Shneidman (1985) consideraba al suicidio como un acto de aniquilación autoinducida y consciente, que se entiende mejor como un malestar multidimensional de las necesidades de una persona, que significa un problema para el cual el suicidio es percibido como la mejor solución. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud en su publicación (OPS) de 1998 proponen que es “*el acto de quitarse la vida deliberadamente, iniciado y realizado por la persona, en pleno conocimiento o con la expectativa de un resultado fatal*” (WHO-PAHO, 1998, p, 75), la cual es actualmente la definición vigente y más aceptada y usada por las instituciones. En De Leo et al. (2004) se consideró al suicidio como un comportamiento cuyo desenlace es fatal, en el que la persona, a sabiendas o esperando ese resultado, inicia y conduce el comportamiento para alcanzar su objetivo. Finalmente, en una de las más recientes conceptualizaciones (Crosby

et al., 2011) se describe al suicidio como la muerte resultante del comportamiento autoinfligido y perjudicial en el cual la persona tenía la intención de morir como resultado de dicho comportamiento. Si bien las propuestas han sido diversas a través de los años, parece ser que se han logrado identificar algunas características comunes dentro de las diferentes definiciones sobre el suicidio, las cuales son: la muerte de la persona como resultado de la acción, el comportamiento es realizado por la propia persona, y que este tiene la intención de morir (Chávez-Hernández y Leenaars, 2022).

Epidemiología Internacional de Muertes por Suicidio

De acuerdo con los últimos datos reportados por la Organización Mundial de la Salud en su publicación titulada “*Suicide Worldwide in 2019. World Health Estimates*” (WHO, 2021), se observa que cada 40 segundos una persona se quita la vida, lo que anualmente se traduce a más de 700,000 personas que mueren por suicidio, a sabiendas del subregistro derivado de la dificultad que representa registrar las muertes por suicidio, los tabúes y el estigma que aún prevalece. Datos como estos sin duda suponen un análisis crudo de la realidad en el mundo y acciones en todos los niveles, desde los grandes sistemas hasta acciones individuales, no solo para abogar por la prevención del suicidio sino también para conocer y cambiar las condiciones contextuales que abonan a que una persona se quite la vida deliberadamente.

A nivel mundial, se tiene el registro que el 77% de los suicidios ocurren en países de ingresos bajos y medios, siendo Lesotho (en África) y Guyana (Sudamérica) los países con la tasas más altas, de 72.4 y 40.2 por cada 100,000 habitantes, respectivamente. Lo cual

resulta interesante al respecto de qué variables en particular pudieran estar relacionadas a que en estos países se presente el suicidio con mayor ocurrencia.

Adicionalmente, la muerte por suicidio ocupa la cuarta causa de muerte entre las personas jóvenes entre los 15 y 29 años a nivel mundial. En las cifras de edades estandarizadas se observa que, colocando la distinción entre hombre y mujer, considerando especialmente el sexo biológico, la tasa de suicidios es de 2.3 veces mayor en hombres que en mujeres, siendo 12.6 y 5.4 por cada 100,00 habitantes, respectivamente. Asimismo, se reporta que, por cada suicidio registrado, existen muchos más intentos que no se consolidaron, y que al mismo tiempo constituyen el factor de riesgo más importante para que una persona vuelva a involucrarse en comportamientos relacionados con volver a intentar terminar con su vida (WHO, 2021).

Epidemiología Nacional de Muertes por Suicidio

En territorio mexicano las cifras sobre el suicidio son preocupantes y es oportuno mencionarlas. Se tiene el registro que en el año 2021 el 0.76% de los fallecimientos totales de la población, corresponden a muertes por lesiones autoinfligidas, lo cual representa a 8351 personas, de hecho, en el grupo de personas de 15 a 29 años, el suicidio se observa como la cuarta causa de muerte, solo por debajo de las agresiones, accidentes y la COVID-19, siendo este el grupo con mayor tasa de muertes por suicidio, correspondiendo a 10.4 por cada 100,000 habitantes, de acuerdo a lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, por sus siglas es español, 2022). De acuerdo a los datos proporcionados sobre la tasa de suicidio concerniente a 8.1 por cada 100,00 habitantes en el 2015, se

calcula que, considerando la tasa de suicidios del 2021 de 10.4, el incremento ha sido del 28% en la tasa de suicidios desde el 2015 al año 2021.

Al respecto de las diferencias entre hombres y mujeres, de acuerdo con el sexo biológico, se reporta una tasa de 10.9 por cada 100,000 (6,785 personas) habitantes para hombres, siendo esta mayor a la de mujeres, correspondiente a una tasa de 2.4 por cada 100,000 habitantes (1,552 personas). Finalmente, las entidades federativas 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 por cada 100,000 habitantes, respectivamente. Por otro lado, las entidades con las tasas más bajas son Veracruz con 4.2, Baja California con 3.9 y Guerrero con 1.4 (INEGI, 2021).

Al respecto de los intentos de suicidio, se tiene el reporte de que la prevalencia en población adulta es de 3.5%, que es más del doble de la reportada inmediatamente antes de la pandemia correspondiendo a 1.1%, existiendo mayor prevalencia en mujeres tanto en ideación como en intentos, lo cual dicen los autores puede deberse a que los hombres usan medios más letales, como armas de fuego o arrojarse desde grandes alturas, mientras que las mujeres reportan mayormente utilizar otros medios como envenenamiento por medicamentos (Valdez-Santiago et al., 2023).

Nomenclatura y Clasificación del Comportamiento Relacionado con el Suicidio

Una parte fundamental del trabajo en temas vinculados al comportamiento relacionado con el suicidio recae en la nomenclatura y clasificación internacional sobre el tema, a lo cual Silverman y De Leo (2016) sugieren que contar con una adecuada nomenclatura ayudaría a la comunicación entre profesionales, así como que las definiciones

operacionales contribuyan a eliminar el uso de términos confusos o peyorativos que suelen aumentar el estigma. Ventajas ya antes contempladas en la literatura y resaltando específicamente la mejora en la precisión y consistencia al evaluar, tomar decisiones clínicas y proporcionar intervenciones pertinentes (Silverman, 2006). En ese sentido, algunos autores como Rangel y Jurado (2022) proponen tres grandes momentos y aportes hacia la homologación de una nomenclatura respecto a los comportamientos relacionados con el suicidio, recorriendo desde el 1996 hasta el 2011, los cuales son descritos a continuación y corresponden a la nomenclatura de O ‘Carroll, Silverman y al Sistema de Clasificación de Violencia Autodirigida.

Nomenclatura de O ‘Carroll

Una de las primeras propuestas de nomenclatura y clasificación del comportamiento relacionado con el suicidio la encontramos revisando a O ‘Carroll et al. (1996), quienes proponen una división entre conducta instrumental y actos suicidas, divididos fundamentalmente por la intención y la presencia de lesiones, los cuales se resumen en la Tabla 1). Y aunque existe una división por intención y lesiones, solo mencionan que existen pensamientos y son importantes, sin embargo, no se mencionan explícitamente en la clasificación (Rangel y Jurado, 2022). En esta clasificación se observa que un acto suicida es el suicidio, lo que se observa como contradictorio y confuso.

Tabla 1.

Nomenclatura de O’ Carroll

		<i>Términos para los comportamientos relacionados con el suicidio</i>	<i>Intención de morir</i>
Comportamientos relacionados con	Conducta	Conducta instrumental relacionada con el suicidio con lesiones	

el suicidio	instrumental	Conducta instrumental relacionada con el suicidio sin lesiones	SI
		Conducta instrumental relacionada con el suicidio con resultado fatal	
		Intento suicida con lesiones	
	Actos suicidas	Intento suicida sin lesiones	NO
		Suicidio	

Nota. Tomada de O' Carroll et al., 1996

Nomenclatura de Silverman

Alrededor de once años después de la clasificación de O' Carroll en el 1996, Silverman et al. (2007) retomaron el estudio de O' Carroll y revisaron ampliamente la clasificación, de tal manera que se añadió la conducta indeterminada entre las autolesiones y los intentos de suicidio, lo cual fue especialmente útil para darle lugar a comportamientos de los cuales no se tiene información suficiente para determinar la intención de morir. La clasificación se resume en la (Tabla 2).

Tabla 2.

Nomenclatura de Silverman

		<i>Términos para las conductas relacionadas con el suicidio</i>	<i>Intención de morir</i>
Conductas relacionadas con el suicidio	Autolesión	Autolesión tipo I (sin lesiones)	Sin intención suicida
		Autolesión tipo II (con lesiones)	
		Muerte autoinfligida involuntaria (con lesiones fatales)	

Conducta indeterminada relacionada con el suicidio	Conducta relacionada con el suicidio indeterminada tipo I (sin lesiones)	Con intención suicida indeterminada
	Conducta relacionada con el suicidio indeterminada tipo II (con lesiones)	
	Muerte autoinfligida con intención indeterminada (con lesiones fatales)	
Intento suicida	Intento de suicidio tipo I (sin lesiones)	Con intención suicida
	Intento de suicidio tipo II (con lesiones)	
	Suicidio (con lesiones fatales)	

Nota. Tomada de Rangel y Jurado, 2022.

Sistema de Clasificación de Violencia Autodirigida

Finalmente, una tercera aportación a la literatura de clasificación y nomenclatura se realizó cuatro años después de la propuesta por Silverman y colaboradores en el 2007, es el Sistema de Clasificación de Violencia Autodirigida (Crosby et al., 2011). La cual retoma ampliamente una gama de comportamientos relacionados con el suicidio que van desde los pensamientos (descritos como ideación suicida y divididos por la intención) a las conductas (divididas en conductas preparatorias y violencia autodirigida en tres categorías), las cuales se muestran a continuación en la siguiente tabla (Tabla 3).

Tabla 3.

Nomenclatura de la Clasificación de Violencia Autodirigida

Tipo	Subtipo	Términos
Pensamientos	Ideación violenta autodirigida no suicida	Ideación violenta autodirigida no suicida

	Ideación suicida	<ul style="list-style-type: none"> • Ideación suicida sin intención suicida. • Ideación suicida con intención suicida indeterminada. • Ideación suicida con intención suicida.
	Preparatoria	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia autodirigida no suicida, preparatoria. • Violencia autodirigida indeterminada, preparatoria. • Violencia autodirigida suicida, preparatoria.
	Violencia autodirigida no suicida (sin intención suicida)	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia autodirigida no suicida sin lesión. • Violencia autodirigida no suicida sin lesión interrumpida por sí mismo u otros. • Violencia autodirigida no suicida con lesión. • Violencia autodirigida no suicida con lesión interrumpida por sí mismo u otros. • Violencia autodirigida no suicida fatal.
Conductas	Violencia autodirigida indeterminada (intención suicida indeterminada)	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia autodirigida indeterminada sin lesión. • Violencia autodirigida indeterminada sin lesión interrumpida por sí mismo u otros. • Violencia autodirigida indeterminada con lesión. • Violencia autodirigida indeterminada con lesión interrumpida por sí mismo u otros. • Violencia autodirigida indeterminada fatal.
	Violencia autodirigida suicida (con intención suicida)	<ul style="list-style-type: none"> • Intento de suicidio sin lesión. • Intento de suicidio sin lesión interrumpido por sí mismo u otros. • Intento de suicidio con lesión. • Intento de suicidio con lesión interrumpido por otros. • Suicidio.

Nota. Tomada de Rangel y Jurado, 2022.

Dimensiones del Comportamiento Relacionado con el Suicidio

Por fines clínicos y prácticos se suele observar al comportamiento relacionado con el suicidio como una dimensión que organiza aspectos específicos que van desde las ideas de muerte hasta los intentos de suicidio (Thompson et al., 2012). Y aunque este espectro incluye la ideación suicida, la planeación y luego los intentos de suicidio, se ha demostrado que no necesariamente ocurren ni se presentan en ese orden en casos de riesgo (Wyder y De Leo, 2007 y McMullen et al., 2021) Adicionalmente, resulta pertinente identificar las dimensiones ya que la literatura sugiere que hay 33.6% de probabilidades de que la ideación suicida pase a la realización de planes, y 29% de posibilidad de que se lleve a cabo un intento al menos dentro del primer año de que comenzó la ideación. Y ante la presencia de un plan la posibilidad de realizar un intento es del 56%, lo cual baja a un 15.4% si no existe un plan (Nock et al., 2008).

Ideación suicida

A nivel internacional se suele definir la ideación suicida como pensamientos reportados por la propia persona sobre involucrarse en cualquier conducta relacionada con el suicidio (Center for Mental Health Services & Office of the Surgeon General, 2001). A nivel de evaluación clínica se propone preguntar directamente si la persona en algún momento ha pensado en terminar con su vida, u otras preguntas como si ha pensado en dormir y ya no despertar, y finalmente se recomienda indagar al respecto del contenido de los pensamientos, la frecuencia, duración y contexto en el que se da la ideación (Jacobs et al., 2010).

Planeación suicida

La planeación se entiende como una formulación sistemática de un método de acciones específicas que involucran a la persona en conductas orientadas y con la intención de terminar con su propia vida (Rangel y Jurado, 2022). En la evaluación clínica se debe indagar el método (medios letales y disponibilidad), la circunstancia (momento específico y características, por ejemplo, hora, día de la semana, etc.), lugar y motivo principal para hacerlo (Martí, 2013).

Intento de suicidio

En la evaluación se debe incluir una indagación sobre los intentos de suicidio a lo largo de la vida de la persona, ya que se ha demostrado que el riesgo de suicidio tiende a incrementar el doble cuando hay antecedentes de intentos de suicidio en comparación a cuando no hay intentos previos (Carroll et al., 2014).

Autolesiones

Considerando las autolesiones como cualquier acción que genera un daño físico realizada por la propia persona y no tiene la intención de terminar con su vida (Claes y Vandereycken, 2007). Es importante considerar la conducta autolesiva en la evaluación del riesgo, ya que autores han sugerido que aproximadamente el 10% de las personas que se autolesionan, mueren por suicidio (Stanley, 2001). En un estudio en el que se realizó una amplia revisión de la literatura se concluyó que la conducta autolesiva puede ser considerada como predictora de los comportamientos relacionados con el suicidio (Hamza et al., 2012). Especialmente cuando existen antecedentes de 1) alto estrés asociado a

dificultades interpersonales, 2) características de depresión, 3) agresión externalizada y 4) otras conductas de riesgo (Brauch y Gutierrez, 2009).

Capítulo 2. Suicidalidad

La suicidalidad implica todos los comportamientos relacionados con el suicidio como la ideación, actos preparatorios, autolesiones e intentos de suicidio y se han propuesto por lo menos tres aproximaciones para su comprensión: el modelo de los factores de riesgo, el modelo del síndrome psiquiátrico y el modelo funcional o basado en el aprendizaje (Reyes y Strosahl, 2020), los cuales se describirán a continuación.

El modelo orientado a los factores de riesgo asume que disminuir los factores de riesgo reportados en la literatura reduce el riesgo de suicidio, y aunque proporciona una descripción medianamente detallada de ciertas condiciones normalmente asociadas, no se propone ninguna vía de explicación de los procesos o de las causas (Reyes y Strosahl, 2020), además de que se tiene registro sobre que las intervenciones enfocadas en los factores de riesgo tienen una efectividad relativamente baja (Franklin, 2017).

Por otro lado, el modelo del síndrome psiquiátrico concibe a los comportamientos relacionados con el suicidio como síntomas de algún trastorno psiquiátrico, es decir, serían el resultado de alguna condición psiquiátrica o psicológica y si bien este modelo ha llevado a múltiples programas focalizados en la detección temprana de trastornos mentales, existe el problema de que la mayoría de los trastornos psicológicos propuestos por manuales como el DSM-5 y la CIE-11 correlacionan con pensamientos suicidas pero no necesariamente con otro tipo de conductas como intentos o conductas preparatorias (Reyes y Strosahl, 2020), como ansiedad y depresión (Lin et al., 2023), problemas de psicosis y trastorno bipolar (Khosro et al., 2023), trastorno obsesivo compulsivo (Albert et al., 2019).

Finalmente, el modelo funcional o basado en el aprendizaje observa a la conducta relacionada con el suicidio desde una perspectiva analítica-conductual, lo cual supone conceptualizar a los pensamientos, intentos, conductas preparatorias y todos los comportamientos relacionados con el suicidio como procesos psicológicos los cuales son los que deben ser explicados, y no son el resultado de un trastorno psiquiátrico o de la mera acumulación de ciertas situaciones. Desde este modelo, se observa y se tratan a los pensamientos y comportamientos relacionados con el suicidio como cualquier otra conducta sujeta a los mismos principios básicos ya bien definidos en la literatura, utilizando el análisis funcional para comprender cómo aparece la conducta, y funcionalmente responder al para qué se presenta y por qué se mantiene en el presente, estando o no en diversas circunstancias (Reyes y Strosahl, 2020).

Modelo Basado en el Aprendizaje

De manera general, en el modelo explicativo del comportamiento suicida basado en el aprendizaje (Reyes y Strosahl, 2020), se consideran los comportamientos relacionados con el suicidio principalmente como una estrategia de regulación emocional y de resolución de problemas, con una orientación especialmente a la evitación y al escape de un intenso malestar emocional y usualmente, aunque esa sea la intención o no, para cambiar situaciones de vida estresantes.

Desde las primeras propuestas explicativas desde la perspectiva basada en el análisis de la conducta (Linehan, 1993), se entendió que el comportamiento relacionado con el suicidio es modelado y moldeado a lo largo de la vida de la persona. Donde se refuerzan unas conductas y se castigan o extinguen otras, especialmente se refuerzan

conductas relacionadas con el suicidio y se castigan conductas vinculadas a otras alternativas de respuesta, lo que hace que con el tiempo se vuelva un tipo de respuesta automática e irreflexiva que compite con otro estilo orientado más hacia el desarrollo de habilidades, lo cual supondría un esfuerzo mayor a corto y mediano plazo, que haría menos probables este tipo de comportamientos (Reyes y Strosahl, 2020).

El modelo propone que hay por lo menos tres componentes que influyen y predisponen que una persona lleve a cabo algún comportamiento relacionado con el suicidio (Chiles et al., 2019), 1. Estados emocionales aversivos, intensos y evaluados como inaceptables por la persona que lo experimenta, y que es instigado por eventos externos o internos, 2. Un estilo de solución de problemas orientado hacia controlar o evitar/escapar del malestar, el cual fue establecido y generalizado por medio del reforzamiento negativo y positivo, tanto social como automático, y 3. El aumento en la frecuencia e intensidad de los comportamientos relacionados con el suicidio debió a que las estrategias de control y evitación/escape de estados emocionales resultan en el aumento del malestar a mediano plazo, lo que genera nuevos intentos, cada vez más intensos y extremos para controlar o suprimir el malestar emocional.

La presencia de dolor emocional no es suficiente para llevar a una crisis relacionada con el suicidio, ya que para entender su aparición habrá que comprender la relación que tiene la persona con su malestar (Reyes y Strosahl, 2020). Poniendo particular atención en cómo la cultura premia las premisas donde lo importante es “sentirse bien”, y castiga el sentirse mal, lo cual supone de manera general el buscar todo el tiempo sentir “felicidad” y evitar a toda costa “sentirse mal” (Hayes et al., 2015). Sin embargo, esta dinámica general donde se evalúa y juzga el malestar vuelve hipersensibles e intolerantes a las personas ante

el malestar, lo que hace que cada vez los impulsos por eliminar el malestar sean más intensos, y por lo tanto se genera una sensación de crisis cuando aparece el dolor emocional (Reyes y Tena, 2016).

De manera general, los comportamientos relacionados con el suicidio son un ejemplo de un estilo de resolución de problemas orientado a la evitación y control del malestar emocional, el cual es resultado de un contexto normalmente compuesto por una historia de aprendizaje particular, condiciones disposicionales, estímulos discriminativos y consecuencias potenciales (Reyes y Strosahl, 2020):

1. Historia de aprendizaje:
 - a. Reglas verbales que suponen propiedades aversivas al malestar emocional
 - b. Reglas verbales que suponen consecuencias deseables a los comportamientos relacionados con el suicidio (como el escape del sufrimiento).
 - c. Capacidad adquirida de experimentar el dolor. Lo que se refiere a la disminución en la sensación de dolor por un proceso de habituación.
 - d. Exposición a modelos de suicidio.
 - e. Moldeamiento de los comportamientos relacionados con el suicidio por reforzamiento diferencial.
 - f. Generalización de los comportamientos como estrategia de solución de problemas orientada a la evitación/escape.
 - g. Posible castigo o extinción de otras alternativas de afrontamiento, y aplicación de la ley de igualación de Herrnstein (1961).
2. Variables disposicionales (variables motivadoras) actuales

- a. Situaciones estresantes externas o internas.
 - b. Sufrimiento, malestar emocional experimentado como intolerable, incontrolable o inescapable.
3. Estímulos discriminativos para el suicidio:
- a. Disponibilidad de medios.
 - b. Posibilidad de intentar quitarse la vida (como estar solo en casa).
4. Consecuencias potenciales:
- a. Reforzamiento automático positivo y negativo.
 - b. Reforzamiento social positivo y negativo.
 - c. Consecuencias indeseables a largo plazo como: automatización de los comportamientos relacionados con el suicidio, el incremento de la tolerancia al dolor físico o habituación a la idea de morir y el mantenimiento de las situaciones estresantes.

Las variables relevantes para el modelo se mencionan en la Tabla 4:

Tabla 4.

Comportamiento relacionado con el suicidio basado en el aprendizaje

Modelo del comportamiento relacionado con el suicidio basado en el aprendizaje
Operaciones de establecimiento
Situación estresante (problemas, rechazo, pérdida, fracaso, etc.). Dolor intenso o psicológico (experiencia de ser una carga, ser rechazado, soledad, malestar intenso)
Control verbal
Reglas que especifican consecuencias indeseables del malestar emocional (intolerable, inescapable, interminable) + Reglas que especifican consecuencias deseables del comportamiento relacionado con el suicidio (solución de problemas)

Estímulo discriminativo	Comportamiento	Consecuencias
Disponibilidad de medios (instrumentales o sociales)	Comportamientos relacionados con el suicidio (escribir cartas, investigar métodos, amenazas, tentativas, autolesiones, etc.)	Reforzamiento automático positivo (placer, sensación de control) o negativo (alivio de malestar o adormecimiento). Reforzamiento social positivo (obtención de apoyo, cuidado o expresiones de afecto) o negativo (resolución de problemas o cese de una situación interpersonal desagradable)

Nota. Tomado de Reyes y Strosahl, 2020.

Factores de Riesgo

Dentro de la literatura que aborda los comportamientos relacionados con el suicidio se suelen considerar a los factores de riesgo como posibles indicadores de que una persona lleve a cabo alguna acción con el objetivo de quitarse la vida, por lo que identificar estos factores ayudaría a determinar las diferencias en los niveles de riesgo y a encaminar acciones para prevenirlo (Holman y Williams, 2020).

Una de las propuestas más aceptadas sobre los factores de riesgo se encuentra en el trabajo de O'Connor y Nock (2014), que divide a los factores de riesgo en cuatro tipos o categorías: diferencias individuales y de personalidad, factores cognitivos, factores sociales y eventos adversos (Tabla 5).

Las diferencias individuales hablan de características que suelen estar presentes a lo largo de la vida de las personas, como afecciones biológicas relevantes que puedan facilitar o dificultar la influencia del ambiente en la ocurrencia de un comportamiento. Por otro lado, los factores cognitivos se refieren a las distintas formas en las que las personas procesan la información que obtienen del mundo, y se ha dicho que procesos cognitivos

deficientes o disfuncionales pueden alterar el cómo una persona decide terminar con su vida (O'Connor y Nock, 2014). Al respecto de los factores cognitivos, en la literatura analítica-conductual, al hablar de pensamientos o procesos cognitivos se hace referencia a conductas privadas encubiertas y que pueden ser analizadas e influenciadas como cualquier otra conducta ya que opera bajo los mismos principios del aprendizaje (Froxán, 2020).

Por otro lado, se encuentran los factores sociales, que describen aquellos aspectos del entorno social que influye en los comportamientos relacionados con el suicidio, y van desde la percepción de la persona de sí misma al respecto de otras personas y experiencias o aprendizajes obtenidos en el entorno familiar próximo. Y finalmente, se habla de los eventos adversos (o eventos negativos de vida), los cuales se proponen a partir de la relación encontrada entre eventos negativos de vida desde la infancia y a lo largo de la vida, con la identificación de problemáticas psicológicas y comportamientos relacionados con el suicidio (O'Connor y Nock, 2014).

Aunque la literatura de factores de riesgo es amplia, autores han sugerido que no es una acción suficiente (Chiles y Strosahl, 2019), ya que podría ser únicamente útil para identificar grupos vulnerables y una predicción a corto plazo. Ya que para poder comprender y modificar conducta individual será necesaria una evaluación funcional (análisis funcional) que integre los factores de riesgo a la explicación, teniendo en cuenta que en ambientes naturales y clínicos solo permite plantear hipótesis funcionales con precisión, dadas las propias características del contexto clínico. Y en ese sentido, los factores de riesgo se integran a la explicación funcional, por definición, como variables disposicionales (Froxán, 2020), las cuales serán explicadas más adelante.

Tabla 5.*Factores de riesgo*

Tipos de factores de riesgo	Factores de riesgo
Diferencias individuales y de personalidad	<ul style="list-style-type: none">● Desesperanza● Impulsividad● Perfeccionismo● Sensibilidad al estrés
Cognitivos	<ul style="list-style-type: none">● Rigidez cognitiva● Rumiación● Supresión de pensamiento● Sesgos de memoria autobiográfica● Poco sentimiento de pertenencia● Sensación de ser una carga● Dificultades en la resolución y afrontamiento de problemas● Valentía e insensibilidad al dolor● Agitación● Asociaciones implícitas● Sesgos atencionales● Pensamiento sobre el futuro● Ajuste de metas● Razones para vivir● Sensación de derrota
Sociales	<ul style="list-style-type: none">● Transmisión social● Modelaje● Contagio● Exposición al suicidio de otras personas● Aislamiento
Eventos adversos	<ul style="list-style-type: none">● Adversidades en la infancia● Eventos traumáticos durante la adultez● Enfermedad física● Otros estresores interpersonales● Factores estresantes psicosociales

Nota. Realizado a partir del trabajo de O'Connor Y Nock (2014)

Factores Protectores

Los factores protectores han sido descritos en la literatura como aquellas características que aumentan la capacidad de afrontar las situaciones de vida de tal manera que se reduce la probabilidad de algún comportamiento relacionado con el suicidio (Chehil y Kutcher, 2012). En esa misma línea, se han identificado algunos factores protectores como: tener un empleo estable, estabilidad financiera, una relación afectiva con compromiso, capacidad de solución de problemas, resiliencia, sentido de pertenencia, autoestima, acceso a servicios de salud, actitud positiva y apoyo social, siendo la autoestima y el apoyo social los que se han visto como los más importantes (Holman y Williams, 2020). En lo general, se determina que un factor se denomina de riesgo cuando la correlación con comportamientos relacionados con el suicidio es positiva, y un factor se denomina protector cuando la correlación es negativa (Holman y Williams, 2020).

Señales de Advertencia

Las señales de advertencia, a diferencia de los factores de riesgo, sugieren estar más relacionadas con condiciones proximales a la persona y que sirven para identificar riesgos más inminentes (Bagge et al., 2022; Rudd et al., 2006), cuya identificación temprana y oportuna podría salvar vidas (Rudd et al., 2006).

Se han logrado identificar de manera consistente algunas señales de advertencia en los últimos 30 días y 7 días antes de que una persona haya muerto por suicidio, lo cual se realizó mediante entrevistas a familiares y allegados (Ramchand et al., 2017), las cuales incluyen: comunicación de intenciones de muerte, abuso de sustancias (incremento de lo usual o consumo en extremo), comunicaciones de falta de razones para vivir o

despropósito, ansiedad, agitación, dificultades para dormir o dormir todo el tiempo, sentimiento de desesperanza, aislamiento social, expresiones de rabia, enojo o de querer venganza, involucramiento anormal en actividades de riesgo y cambios de humor repentinos (muy feliz o muy triste). Señales que luego serían consistentes según estudios más actuales (Bagge et al., 2022).

Capítulo 3. Psicología Basada en la Evidencia

La Asociación Americana de Psicología o APA por sus siglas en inglés, publicó en el 2006 un reporte en el que detallan las características de la práctica basada en la evidencia en psicología, la cual es descrita de la siguiente manera: “e” (APA, 2006). Definición que no dista mucho de la medicina basada en la evidencia: “*la integración de la mejor evidencia en investigación con la experiencia clínica y las circunstancias y valores únicos de los pacientes*” (Stratus et al., 2019).

Cabe destacar que, al hablar de la práctica de la psicología se refiere a múltiples intervenciones en diferentes circunstancias, tales como evaluación, diagnóstico, prevención, tratamientos, psicoterapia y consultoría, las cuales se observan en contextos como hospitales, clínicas, práctica independiente, escuelas, instalaciones militares, espacios de consulta pública de salud, institutos de rehabilitación, centros de primer nivel de atención, centros de consultorías o establecimientos de cuidados especializados de enfermería. La Práctica Basada en la Evidencia en Psicología o EBPP por sus siglas en inglés, comienza con la persona atendida, e insta a preguntar qué evidencia de investigación asistirá al profesional de la psicología para alcanzar el mejor resultado posible y dentro de las diferentes actividades clínicas como la evaluación psicológica, formulación de caso, relación terapéutica, entre otras. En resumen, la EBPP supone articular un proceso de toma de decisiones cuyo objetivo es orientar diferentes fuentes de evidencia en el proceso de intervención psicológica (APA, 2006).

Panorama de Evidencia de Resultados y Evidencia de Procesos

Hace algunos años un grupo de autores realizó una publicación crítica hacia la eficacia de la terapia cognitiva-conductual (Froxán-Parga et al., 2018), en la cual establecen como un problema la proliferación indiscriminada de la evidencia orientada a la investigación de resultados con respecto a la eficacia de una determinada intervención psicológica para un cierto problema usualmente observada como una etiqueta diagnóstica, careciendo de una explicación centrada en el proceso o mecanismo de cambio por el cual la intervención funciona y cómo lo hace. Al respecto, hacen la distinción entre investigación de resultados e investigación de procesos, refiriéndose a la primera como aquella dirigida a conocer cuáles son las intervenciones de elección para los distintos problemas psicológicos usualmente definidos mediante etiquetas resumen de las generalidades comunes entre las personas, además de que mediante este tipo de investigación se suelen generar guías de tratamiento que conforman manuales protocolizados donde (idealmente) se describe qué hacer, cuándo hacerlo, cómo realizarlo y durante cuánto tiempo a la luz de intervenir en una etiqueta diagnóstica definida. Y entendiendo a la investigación de proceso como aquella orientada a vislumbrar cuales son los mecanismos de aprendizaje empíricamente desarrollados que subyacen a los procedimientos empleados que explican por qué y cómo una intervención funciona cuando lo hace y por qué no funciona cuando no lo hace.

Se han propuesto algunas cuestiones a las cuales pudiera responder la supremacía del modelo de resultados, los cuales podrían ser: la competencia que representa la farmacología para la intervención psicológica, en términos de influencia y presupuesto gubernamental, así como pagadores públicos o privados que invierten en saber cuáles son las mejores intervenciones y con el menor coste posible (Pérez et al., 2003). Intervenciones

como la terapia cognitiva-conductual suelen carecer de la especificación de los mecanismos de aprendizaje que subyacen a los procedimientos o técnicas que se utilizan. Mecanismos que sí serían responsables del cambio.

Por ello, en este trabajo se pretende realizar una intervención orientada en el proceso e informada en el resultado, la cual retoma la propuesta de establecer esfuerzos ante una problemática bien identificada como lo es el suicidio y los comportamientos relacionados, dentro de los cuales se identifican la ideación y las autolesiones (las variables dependientes), dentro del marco de trabajo CAMS, que ha demostrado ser eficaz en la estabilización del riesgo de suicidio (Swift et al., 2021), aunque un gran problema es que en los estudios no especifica el marco teórico de referencia mediante el cual lo hace. Sin embargo, retomando la relevancia del enfoque en los mecanismos de cambio, se retomará el marco de trabajo CAMS desde la perspectiva conductual-contextual, ya que en la sección especificada en CAMS como plan de tratamiento y los objetivos, estos serán abordados mediante el análisis funcional que permite integrar técnicas y procedimientos de los modelos conductuales-contextuales como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés), Activación Conductual (BA, por sus siglas en inglés), Psicoterapia Analítica Funcional (FAP, por sus siglas en inglés) y la Terapia Dialéctica Conductual (DBT, por sus siglas en inglés), modelos que han demostrado ser eficaces en ciertas variables luego asociadas al riesgo de suicidio como la depresión (Chiang et al., 2022), rumia/pensamiento negativo repetitivo (Rogers y Joiner, 2017; Law y Tucker, 2018; Teismann et al., 2021; Kazgan Kılıçaslan et al., 2022), desregulación emocional (Mirkovic et al., 2021), y ansiedad (Stanley et al., 2018). Sin dejar de fundamentar principalmente en el análisis funcional que establecerá la descripción objetiva de las conductas elegidas y de

las variables de las que es función, lo cual se observará en la hipótesis de adquisición y de mantenimiento de los problemas (Ruíz-Sánchez, 2021).

Terapias Conductuales-Contextuales

En los últimos años las llamadas terapias conductuales-contextuales, terapias contextuales o más conocidas como terapias de tercera generación, han cobrado mucha fama y relevancia en las nuevas aproximaciones a la psicoterapia basada en la evidencia (Pérez, 2014). En este estudio se realizó la intervención según el modelo conductual-contextual, basada en los principios de ACT, DBT, FAP y BA, tomando en cuenta la coherencia filosófica y teórica que comparten, aspectos que se revisarán más adelante. Entonces, con base en el análisis funcional (evaluación funcional) se integran los modelos antes mencionados bajo la premisa de los principios básicos de aprendizaje clásico y operante con avances postskinnerianos desde la teoría de los marcos relacionales (RFT, por sus siglas en inglés, Ruiz-Sánchez, 2021).

Aunque no es muy bien recibido introducir las terapias conductuales-contextuales como la “tercera generación” de terapias, es cierto que observar el desarrollo de las terapias de modificación de conducta en tres generaciones es útil para identificar características distintivas que las intervenciones retoman de acuerdo con el contexto en el que se desarrollaron, por lo que se dividen en generaciones pensando en puntos distinguibles en la historia de la terapia de conducta (Pérez, 2014).

La primera generación, o terapia de conducta surge en la década de 1950, cuyo nombre de “terapia de conducta” fue dado por Eysenck en 1957, que, aunque inicialmente se refería a la aplicación de los principios del condicionamiento clásico, más adelante el

término terapia de conducta se referirá a la aplicación de los principios del aprendizaje, que incluyen al condicionamiento clásico como al operante. Surge ante las dudas de la eficacia del modelo psicoanalítico y de la mano de los hallazgos experimentales más importantes para la psicología del aprendizaje en esa época, el condicionamiento clásico (pavloviano o respondiente) y el condicionamiento operante o skinneriano. Por su parte, el condicionamiento clásico era aplicado especialmente para casos de fobias o miedos condicionados, y, por otro lado, el condicionamiento operante se usaba en casos de retardo en el desarrollo y problemas educativos o en hospitales. A la aplicación del condicionamiento clásico se le llamó terapia de conducta y a la aplicación del condicionamiento operante se le llamó análisis conductual aplicado, ahora se usa “Terapia de Conducta” o “Terapia Conductual” para referirse a la aplicación general de los principios de aprendizaje.

La Terapia de Conducta, o primera generación, se caracterizó por un enfoque ambientalista y una rigurosa evaluación de la eficacia. Se establecieron sólidamente intervenciones como la desensibilización sistemática y la exposición prolongada con prevención de respuesta (en la línea del condicionamiento clásico) y el análisis funcional (en la línea del condicionamiento operante), que más tarde se convertiría en la herramienta fundamental para la evaluación y la intervención en las siguientes generaciones. Una de las limitaciones de ese momento fue que se consideraban poco las conductas comunes de la clínica en el análisis funcional, el lenguaje y los pensamientos (Pérez, 2014).

Alrededor de la década de 1970, e influenciada por la entonces llamada revolución cognitiva, llegó lo que se conoce como terapia cognitiva-conductual, o llamada de segunda generación (Pérez, 2014), aunque no es un término que suele aceptarse y usarse en el

gremio, por lo regular se prefiere solo llamarla terapia cognitiva-conductual (Ruíz-Sánchez, 2021). En ese momento se consideraban las lagunas que había en la comprensión del lenguaje y la cognición de parte del conductismo, por lo que se adoptó la explicación del cognitivismo en una supuesta integración al modelo derivado del conductismo (Pérez, 2014) lo cual luego se ha observado como innecesario, redundante e inclusive incoherente, dado desde el análisis de conductual, lo “cognitivo” también es conducta, y hablar de “cognitiva-conductual” no tendría tanto sentido, por lo que se debería observar como un error conceptual si se considera hablar de la terapia cognitiva-conductual como dentro de las terapias derivadas del análisis de conducta (Froxán, 2020; González-Terrazas, 2021; Ruíz-Sánchez, 2021).

Los modelos más famosos de Terapia Cognitiva-Conductual (CBT, por sus siglas en inglés) son la Terapia Cognitiva tradicional de Aaron Beck y la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis. Un aspecto distintivo de la CBT es la introducción entre el estímulo y la respuesta, una serie de procesos y estructuras cognitivas que se consideraba mediaban la respuesta; y un momento en la CBT sería el que el terapeuta haga notar las distorsiones en el pensamiento, debatirlas y cambiarlas por otras más racionales. Uno de los puntos fuertes de la CBT se observa en su amplia revisión empírica de resultados, lo que la ha llevado a ser una de las terapias más conocidas y recomendadas a nivel internacional en diferentes problemáticas psicológicas (Pérez, 2014)

Al respecto de la llamada tercera generación, o terapias contextuales, se ubica su primer mención alrededor de la década de 1990, que retoman el punto de vista contextual, evolutivo y funcional de la terapia de conducta, aspectos que la CBT dejó de lado, especialmente todos los modelos conductuales contextuales comparten bases fundamentales

en su argumento y aplicación, como lo es la filosofía del conductismo radical con o sin desarrollos del contextualismo funcional, que luego sirven de base para desarrollos teóricos como el análisis de conducta y la teoría del marco relacional, que derivan en herramientas particulares como el análisis funcional (o evaluación funcional, siendo más estrictos con el término, Colombo y González-Terrazas, 2022), que si bien ya se había propuesto la herramienta desde la terapia de conducta o de primera generación, las terapias contextuales la retoman y esclarecen su fundamental importancia (Pérez, 2014).

Actualmente, al respecto del análisis o evaluación funcional se han reportado al menos dos variantes, una más clásica y otra concerniente al análisis funcional tradicional integrado con los avances de la ciencia conductual-contextual, es decir, considerando aspectos de conducta relacional desde la Teoría del Marco Relacional (Hayes et al., 2020; Ruíz-Sánchez, 2021, Dixon et al., 2023), y que a través del tiempo, las terapias conductuales-contextuales se han centrado en la investigación de procesos y variables transdiagnósticas, no solo preocupándose por el resultado, sino el mecanismo de cambio y el sentido orientado a cambios vitales a diferencia de la mera reducción de síntomas (Pérez, 2014).

A lo largo del tiempo los modelos dentro de la historia de la terapia de modificación de conducta han tenido diversos puntos fuertes y críticas (Tabla 6), sin embargo, actualmente se ha abogado por la integración conductual-contextual de los modelos (Ruíz-Sánchez, 2021). Los modelos conductuales-contextuales más conocidos y de los cuales se ha producido mayor investigación tanto de procesos como de resultados incluyen a la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Terapia Dialéctica Conductual, la Psicoterapia Analítica Funcional y la Terapia de Activación Conductual.

Tabla 6.*Terapias de modificación de conducta*

Terapia de modificación de conducta	Puntos fuertes	Principales críticas
Terapia Conductual	Visión contextualista Enfoque ambientalista Evaluación de la intervención Principios sometidos a pruebas en laboratorio Desarrollo de técnicas de gran importancia como: análisis funcional de la conducta, exposición, desensibilización sistemática, manejo de contingencias, control de estímulos, etc.	“Negación” o “incapacidad” de abordar componentes cognitivos y del lenguaje. Supuesta efectividad exclusiva sobre problemas de ansiedad y no del estado de ánimo. Observaciones sobre que los principios del aprendizaje son insuficientes para explicar la adquisición de conductas completamente nuevas y que algunas conductas se aprenden sin ser experimentadas de manera directa por la persona.

Terapias Cognitiva-
Conductuales

Es una de las terapias psicológicas con mayor evidencia empírica
Es una de las terapias más competentes y competitivas respecto a la medicación
Tienen un gran reconocimiento a nivel médico e internacional.

El mecanismo explicativo del por qué funciona la intervención no está claro, se desconoce la causa de la eficacia, por ejemplo, en técnicas como la reestructuración cognitiva.
Coherencia filosófica cuestionable (conductismo-cognitivismo)
Desvirtuó el carácter contextual de la terapia de conducta, acuñando el modelo médico centrado en los criterios diagnósticos y la eliminación de síntomas

Terapias Conductuales-
Contextuales

Retoma el interés y énfasis en el carácter contextual
Recupera el conductismo radical, entendiendo este como el estudio de la conducta en todos sus aspectos (manifiesta y encubierta), partiendo de las leyes del aprendizaje
Surgimiento de una gran variedad de herramientas útiles y efectivas
Investigación centrada en el proceso, mecanismo de cambio y variables transdiagnósticas, no centradas solamente en la disminución de síntomas en comparación con medias grupales.

Cuestionamientos entre sí el contextualismo funcional aporta algo novedoso y útil distinto a lo que propone el conductismo radical
Falta de integración entre los modelos que son consistentes entre sí
Cuestionamiento a la RFT como teoría que aporta aspectos explicativos o si se puede explicar desde aprendizaje respondiente y operante
La investigación de resultados no ha demostrado que las terapias contextuales son más efectivas que la CBT en los problemas psicológicos.

Nota. Realizada a partir de Pérez, 2014; Ruíz-Sánchez, 2021 y Rodríguez-Riesco et al., 2022

Aunque ya se revisó que todas las terapias conductuales-contextuales comparten bases fundamentales, cada modelo, atendiendo al contexto en el que fue desarrollado, retoma aspectos en los que se enfoca sobre otros, por ejemplo, ACT se centra en la influencia de las verbalizaciones encubiertas sobre la acción orientada a valores, comúnmente descrito como inflexibilidad psicológica; DBT se centra en atender problemáticas asociadas a la desregulación emocional, usualmente acompañada de un déficit generalizado de habilidades en todos los contextos; FAP es una terapia que presta fundamental importancia a las contingencias que se dan durante la interacción terapéutica, y se encarga entonces de disponer ciertas contingencias específicas según sean los objetivos del caso; mientras BATD se enfoca especialmente en disminuir el reforzamiento de conductas “depresivas” y aumentar el reforzamiento de conductas “antidepresivas”.

Considerando sus similitudes y diferencias se dará una explicación breve de cada una de las terapias conductuales-contextuales, ya que son los modelos en los que se basa la intervención llevada a cabo en este estudio, partiendo primordialmente de la evaluación funcional como herramienta fundamental de evaluación e intervención.

Comenzando por uno de los modelos más proliferados en la actualidad (Pérez, 2014), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), esta fue desarrollada por Steven Hayes y colaboradores comenzando las investigaciones en las décadas de 1970 y 1980 sobre conducta verbal (Zettle, 2011). La ACT tiene su base en la Teoría del Marco

Relacional (RFT, por sus siglas en inglés), que es una teoría psicológica del lenguaje y cognición humana, la cual se presenta como un desarrollo de los procesos básicos clásicos y operantes que presentan limitaciones en explicar el lenguaje y cognición de forma consistente, desarrollada igualmente por Hayes y su equipo (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). Y con base en el contextualismo funcional, filosofía de ACT y de la RFT, que se propone como una extensión del conductismo radical de Skinner, que se interesa especialmente en las capacidades y competencias lingüísticas y cognitivas complejas (Hayes et al., 2015).

Por otro lado, la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), es una propuesta de intervención psicoterapéutica desarrollada desde sus inicios por un grupo de investigadores guiados por Marsha Linehan al finales de la década de 1970 en la universidad de Washington, quienes comenzaron a realizar entrevistas e intervenciones con consultantes cuya característica particular era el comportamiento vinculado al suicidio. Durante las intervenciones el equipo se percató de una serie de dificultades al tratar estas conductas de suicidio, e iban implementando estrategias y evaluando sus resultados, uno de los principales problemas que encontraron en que las y los consultantes se mantuvieran en el proceso terapéutico y con vida.

Cuando el equipo terapéutico se orientaba rápidamente al cambio en etapas iniciales de la intervención, las personas se sentían rechazadas o criticadas. A lo cual respondían con frases que expresaran comprensión del sufrimiento de las personas, a lo cual llamaron, estrategias de validación, no muy comunes en la tradición conductual. La validación no era suficiente para intervenir en casos de sufrimiento extremo ni para solucionar lo que aqueja a las personas. Si las personas no cambiaban algo en sus vidas el sufrimiento continuaba y

se percibía desde el lado de las y los consultantes que la intervención no estaba sirviendo. La baja tolerancia al malestar dentro y fuera de las sesiones complicaba la resolución de problemas. Si no se entrenaba en habilidades (conductas) que las personas no tenían en su repertorio conductual, la intervención era improbable debido a las crisis (Boggiano y Gagliesi, 2018). La intervención en DBT se observa en diferentes modalidades y fases del tratamiento que serán descritas más adelante.

Por su parte, la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP, por sus siglas en inglés) la desarrolla Robert Kohlenberg y Mavis Tsai sobre las bases del análisis de la conducta, sustentado en la filosofía del conductismo radical. La FAP se centra en las interacciones interpersonales entre el terapeuta y el consultante en la sesión, a partir de las cuales se desarrolla un análisis y clasificaciones funcionales del comportamiento considerado clínicamente relevante, para posteriormente crear un contexto interpersonal funcionalmente equivalente a las situaciones naturales del contexto cotidiano del consultante, al cual se busca que se generalicen los cambios obtenidos en sesión de manera natural (Reyes y Kanter, 2017).

Finalmente, la Terapia de Activación Conductual (BAT, por sus siglas en inglés), nace del análisis específico de los componentes de la terapia cognitiva-conductual para la depresión llevado a cabo por Jacobson et al. (1996), que al destacar el componente de activación conductual como igual de efectivo que la terapia cognitiva completa, se enfatizaron los esfuerzos en desarrollar el componente de la activación conductual (Pérez, 2014). Con el paso del tiempo se han establecido al menos dos protocolos de aplicación, por un lado uno se centra en un análisis funcional completo y el papel del reforzamiento negativo, además de que es de mayor duración (20 sesiones aproximadamente), este se le

conoce como “Activación Conductual”, y por otro lado, está la “Terapia de Activación Conductual para la Depresión” que se basa especialmente en la “Ley de Igualación” aplicada al contexto de la depresión, la cual propone que si los beneficios por manifestar conductas “depresivas” (ej. atención, evitar tareas tediosas del hogar, etcétera.) son mayores que los inconvenientes derivados (ej.. preocupación, pérdidas económicas, no actividades placenteras, etcétera), la depresión se mantiene (Barraca, 2009).

Análisis Funcional

El análisis funcional se ha considerado como la herramienta por excelencia para evaluar y como parte fundamental de la intervención psicológica (Froxán, 2020; González-Terrazas y Colombo, 2022), y en contextos naturales consiste en el establecimiento de hipótesis funcionales explicativas del comportamiento bajo análisis, a las cuales se llega mediante la identificación y descripción de las variables de las cuales la conducta es función, que se ven dentro de los principios básicos del aprendizaje, como el aprendizaje uniestimular, el aprendizaje respondiente y el aprendizaje operante. Identificando también otras variables como las variables disposicionales, operaciones motivadoras y reglas verbales (Froxán, 2020).

Más recientemente, se ha propuesto en análisis funcional con desarrollos postskinnerianos del lenguaje y la cognición, los cuales se ven en la Teoría del Marco Relacional, proponiendo el aprendizaje relacional como particularmente relevante en la comprensión de la conducta verbal humana, que aportaría bastante a detallar más las explicaciones (Barnes-Holmes et al., 2018; Hayes et al., 2022; Törneke, 2016; Sandford et al., 2022), aunque algunos autores han criticado ampliamente a la RFT (Burgos, 2003;

Dymond, 2010; Froxán, 2022; Gross y Fox, 2009; González-Terrazas y Froxán, 2022; Tonneau, 2001; Tonneau, 2002), otros proponen que se pueden considerar las aproximaciones de RFT o no para la realización de un análisis funcional (Ruiz-Sánchez, 2021).

Formulación de Caso Conductual-Contextual

En los manuales más recientes que miran de manera crítica la terapia conductual-contextual (Ruiz-Sánchez, 2021), se ha propuesto que de manera general, una conceptualización de caso conductual-contextual puede involucrar al menos dos grandes posibilidades en la formulación: hacerlo observando los procesos de cambio de Hofman et al. (2021), o identificando los procesos de aprendizaje que explican el comportamiento a partir de la evaluación funcional, para luego intervenir según las propuestas de los diferentes modelos conductuales-contextuales (Ruiz-Sánchez, 2021).

Recientemente se realizó una revisión de las categorías usualmente reportadas en las conceptualizaciones de caso conductuales-contextuales, y que además resultaron útiles en la formulación del caso (Novoa-Gómez et al., 2020), en la cual se describen los principales componentes que tiene una conceptualización de caso:

- **Descripción del problema.** Descripción conceptual y funcional de los problemas del consultante, incluyendo parámetros como frecuencia y duración.
- **Predisposiciones.** Factores de vulnerabilidad que aumentan la probabilidad de desarrollar problemas de comportamiento. Sin embargo, no son causas directas o procesos de aprendizaje. Es decir, variables disposicionales (Froxán, 2020).

- **Hipótesis de adquisición.** Procesos de aprendizaje asociados con la aparición de los problemas del consultante. Entre los cuales se incluyen el modelado o imitación, el moldeamiento, aprendizaje por instrucciones, aprendizaje relacional (marcos relacionales) y condicionamiento clásico.
- **Hipótesis de mantenimiento.** Procesos de aprendizaje asociados con la aparición de los problemas del consultante. Entre los cuales incluyen contingencias de reforzamiento, seguimiento de reglas/coherencia relacional de respuesta, creencias, problemas de comportamiento de otras personas en el ambiente, déficits de habilidades, operaciones motivadoras, metacontingencias/macrocontingencias, fuentes pobres de reforzamiento.

En este estudio se retomó la perspectiva conductual contextual para la intervención. Se identificaron las principales problemáticas según sugiere CAMS (Jobes, 2016), que están más relacionadas con el riesgo de suicidio y se realizó una evaluación funcional específica al respecto de las variables que mantienen el problema, por lo que la intervención se dirigió según la evaluación funcional del problema.

Capítulo 4. Principales Abordajes del Comportamiento Relacionado con el Suicidio desde la Perspectiva Psicológica

Una revisión sistemática (D'Anci et al., 2019) sugiere que la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) y la Terapia Cognitiva Conductual (CBT) demostraron reducir ideación de suicidio, y CBT redujo los intentos de suicidio. Por su parte, DBT ha demostrado ser efectiva para diversos resultados, como en mejorar la regulación emocional y estrategias de afrontamiento, y reducir síntomas de depresión y límites de la personalidad en adolescentes LGBTQI+ en alto riesgo de suicidio (Poon et al., 2022), en reducir la ideación suicida, autolesiones e intentos de suicidio en adolescentes en alto riesgo de suicidio (Kothgassner et al., 2021; Bahji et al., 2021). En adultos también ha demostrado ser efectiva en reducir autolesiones, ideación suicida y mejorar el funcionamiento psicosocial en personas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP, Storebø et al., 2021).

Evaluación y Manejo Colaborativo de la Suicidalidad (CAMS, Jobes, 2016)

Un metaanálisis (Swift et al., 2021) propone que CAMS es una intervención adecuada especialmente en la reducción de la ideación suicida y niveles generales de estrés, sobre intervenciones alternativas, además, reportan bajos niveles de deserción de la intervención y mayores niveles de satisfacción. Otro estudio (Andreasson et al, 2017) parece indicar que DBT no resulta superior que CAMS en la reducción de autolesiones en personas con trastorno límite de la personalidad y reciente intento de suicidio, al menos durante el tratamiento y el seguimiento de 17, 28 y 52 semanas; sin embargo, se resalta la adaptación que se realizó en DBT, reduciendo la intervención a 16 semanas, muchas menos que lo propuesto por el modelo. En un ensayo controlado aleatorizado (RCT, por sus siglas

en inglés) que comparaba CAMS vs el tratamiento usual (TAU, por sus siglas en inglés) en estudiantes universitarios con conductas relacionadas con el suicidio (Pistorello et al., 2021) se propone que, aunque TAU resultó una mejor intervención em universitarios con TLP y una historia de múltiples intentos de suicidio, CAMS obtuvo un mayor impacto en la disminución de depresión e ideación suicida. Además, se han aproximado desde intervenciones virtuales con CAMS (Dimeff et al., 2020) con una buena aceptación por parte de las personas atendidas, reduciendo así las hospitalizaciones. Otro RCT (Ryberg et al., 2019) reveló que CAMS resultó superior en la reducción de ideación suicida y estrés en comparación con TAU. Además, los autores proponen que el marco de trabajo estructurado de CAMS ayuda a la intervención con personas donde resulta difícil trabajar la alianza terapéutica. Aunque no resultó ser superior en personas con abuso de sustancias ilícitas.

En CAMS, la evaluación del riesgo se realiza ampliamente en la primera sesión y luego se mantiene en monitoreo semanal mediante la sección A del SSF (Suicide Scale Form, por sus siglas en inglés), evaluando especialmente cinco variables dentro de las cuales se incluyen el dolor psicológico, el estrés, la agitación, la desesperanza y el odio por sí mismo (Jobes, 2016). Además, se monitorea semanalmente la recurrencia de comportamientos relacionados con el suicidio como la ideación de suicidio (y si las persona lo pudo manejar) y si hubo o no intentos, finalizando con una medida subjetiva del riesgo en el que la persona se describe.

La estabilización del riesgo será el primer objetivo de CAMS, planteado como el número 1 de los problemas a explorar y a tratar en la sección del plan de tratamiento. La cual se realiza mediante la elaboración de un plan de estabilización colaborativo, que incluye las secciones de reducción del acceso a medios letales, estrategias de afrontamiento

distinto en momentos de crisis, números de emergencia, personas para acercarse con el fin de reducir el aislamiento y finalmente una sección de identificación de obstáculos y soluciones para llevar a cabo el plan y asistir a terapia. Aunque CAMS propone una versión del plan de estabilización, el marco de trabajo permite adecuar tanto según se considere pertinente de acuerdo con el modelo teórico que se esté implementando, siempre y cuando el objetivo esté relacionado con la estabilización del riesgo de suicidio.

Para el trabajo con los detonantes de la suicidalidad, CAMS sugiere trabajar con los detonadores identificados de manera colaborativa directamente, desde el marco teórico de referencia según sean las circunstancias del contexto en el cual se esté interviniendo (formación del terapeuta y disponibilidad). Los detonadores son aquellos principales problemas que detonan y que la persona relaciona con su riesgo de suicidio, aquellos que al ser abordados el riesgo disminuiría. Dentro del trabajo con los detonadores se integra el modelo teórico en el cual el terapeuta encargado del caso está formado (Jobes, 2016).

Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio

Como resultado de las necesidades nacionales descritas anteriormente y derivado del análisis de expertos en el tema dentro del territorio mexicano, hace algunos años se planteó la necesidad de tener un modelo homologado de atención que cumpla con la función de detectar e intervenir oportunamente en personas con riesgo de suicidio desde los distintos servicios y agentes que conforman la red de atención en salud de México. Como resultado, se elaboró el Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio (MODORIS, por sus siglas en español), que ordena integralmente el abordaje, para identificar, evaluar e intervenir en el comportamiento relacionado con el suicidio, basado en una propuesta de

atención escalonada según sea el orden de riesgo, ante el cual se plantean intervenciones específicas, informadas en estrategias basadas en la evidencia. El MODORIS, entonces, permitiría estructurar, organizar y coordinar la atención a las personas en riesgo de suicidio (Arenas et al., 2023).

De manera general, MODORIS supone cuatro órdenes de riesgo. El primer orden (riesgo leve), en el cual las personas pueden reportar sentimientos de tristeza profunda, ideas entorno a la muerte poco frecuentes pero presentes durante los últimos días, sin un plan o preparativos para hacerse daño, autolesiones leves sin la intención de terminar con su vida en los últimos años, sin intentos de suicidio previos, entre otras características. En este orden de riesgo se puede atender mediante intervenciones universales dentro del ámbito comunitario y del primer nivel de atención, donde los actores involucrados corresponden usualmente con los primeros respondientes del sector salud, educativo, cultural, deportivo, protección ciudadana, así como organizaciones sociales y centros laborales.

En el segundo orden de riesgo (riesgo moderado), las personas pueden reportar sentimientos intensos de malestar emocional, desesperanza, manifestar pensamientos de suicidio frecuentes y que pueden variar en intensidad, en los últimos seis meses, sin preparativos o un plan estructurado de cómo quitarse la vida, presentar autolesiones de leves a moderadas sin la intención de terminar con su vida durante los últimos seis meses o un intento de suicidio a lo largo de su vida. En este orden los actores involucrados son los primeros respondientes del equipo de la red de salud con formación y entrenamiento en el uso de guías de intervención con sustento clínico que establezcan la elaboración colaborativa de un plan de seguridad, a diferencia del primer orden, aquí los actores si

requieren formación y entrenamiento específico. Las intervenciones ocurren en ámbitos clínicos ambulatorios no especializados o especializados.

En el tercer orden de riesgo (riesgo alto), las personas refieren durante el último mes altos niveles de estrés y dolor emocional intenso, sentimientos de desesperanza crónica, ideación suicida recuente e intensa, con planes y preparativos de cómo acabar con su vida, autolesiones de moderadas a severas o algún intento de suicidio durante el último año. Las intervenciones en este orden deben ser realizadas por personal de equipos de salud especializados en el manejo y tratamiento del riesgo de suicidio desde abordajes clínicos basados en la evidencia, en servicios de segundo nivel de atención o de consulta externa.

Finalmente, en el cuarto orden de riesgo (riesgo inminente), el cual es un episodio agudo de alta letalidad caracterizado por factores de riesgo ocurridos en el momento de una crisis de suicidio que puede ocurrir en hogares, contextos escolares, laborales, penitenciarios, vía pública, entre otros contextos y, usualmente en la red de servicios de salud en urgencias. Las personas presentan altos niveles de agitación con intencionalidad suicida, medios para lesionarse en su disponibilidad y una red de apoyo social limitada. Usualmente los primeros actores involucrados son aquellos en el ámbito comunitario, ya que en esos contextos se suelen detectar las situaciones de crisis emocionales y hacer el llamado a agentes de protección ciudadana, quienes a su vez se encargarían de contactar a servicios de urgencias médicas en caso de que exista alguna lesión o para estabilizar físicamente a la persona, quienes luego contactarían al equipo de salud mental especializado en la atención hospitalaria ambulatoria para la referencia oportuna cuando el nivel de riesgo haya disminuido, o bien realizar el ingreso al hospital en caso de que no

disminuya. Para más detalles sobre los órdenes de riesgo y las acciones concretas recomendadas se recomienda revisar el trabajo original (Arenas et al., 2023).

Capítulo 5. Método

Planteamiento del Problema

Considerando los datos reportados por los agentes nacionales, es pertinente dedicar esfuerzos a precisar las intervenciones ya existentes, así como evaluar su efectividad en distintas poblaciones. En particular, como ya se ha mencionado en capítulos anteriores, en una persona que reporta ideación suicida existe una probabilidad del 33.6% de que pase a la realización de planes y una probabilidad del 29% de que se lleve a cabo un intento de suicidio durante el primer año de que comenzó la ideación, y ante la presencia de un plan la posibilidad de realizar un intento es del 56%, lo cual baja a un 15.4% si no existe un plan (Nock et al., 2008).

En ese sentido, intervenir adecuadamente en casos donde se reporta ideación suicida se plantea como un punto relevante en el que, llevar a cabo acciones específicas basadas en propuestas clínicas respaldadas por la evidencia, abonaría a la prevención del suicidio, aportando así a las iniciativas nacionales.

Dado que CAMS no especifica los mecanismos de cambio responsables de la modificación del comportamiento y que de acuerdo con las propuestas de investigación clínica que dan relevancia a los procesos, el hecho de detallar el procedimiento, así como los mecanismos asociados al cambio clínico, sería una acción necesaria en pro de precisar las intervenciones clínicas.

Justificación

Este trabajo se asienta en tres aspectos cruciales, los cuales integran el sentido del objetivo propuesto a continuación. En primer lugar, este trabajo se incrusta en una

necesidad social de realizar intervenciones basadas en la evidencia para la atención de problemáticas sociales, en este caso, el equipo del PRONAPS sugiere un entrenamiento en abordajes clínicos que han sido probados, por lo que, partiendo de que CAMS es un marco de trabajo con respaldo empírico, generar evidencia de cómo funciona en un contexto mexicano ayudaría a abonar a los objetivos y esfuerzos nacionales para la prevención del suicidio. Lo que se traduciría en una oportuna detección, intervención y prevención, en el que además las y los consultantes o personas en riesgo se verían beneficiados.

Luego, en el contexto del entrenamiento clínico este trabajo también resulta relevante, ya que aunque existan otros abordajes empíricamente validados en el sentido de que ayudan a intervenir en el riesgo de suicidio, algunos de ellos requieren una gran inversión en entrenamiento, tanto económica como de tiempo y recursos, en ese sentido, demostrar que CAMS es efectivo implicaría que formarse en CAMS, lo que es sencillo y accesible, tiene sentido y ayuda a que los clínicos obtengan herramientas de trabajo en casos de riesgo para la estabilización del riesgo, en el contexto donde las necesidades sociales obligan y requieren la formación adecuada.

Objetivo General

Determinar el efecto del abordaje colaborativo CAMS sobre *conductas de ideación suicida* en adultos de 18 a 39 años en riesgo de suicidio que acudieron a tratamiento en un centro comunitario de la Ciudad de México.

Objetivos específicos

- Retomar el marco de trabajo CAMS desde la perspectiva conductual-contextual para intervenir en el abordaje del riesgo de suicidio moderado.

- Realizar evaluaciones funcionales de las conductas relacionadas al riesgo de suicidio de la persona identificadas y verbalizadas por la propia persona atendida.
- Derivado de las evaluaciones funcionales, implementar estrategias de intervención de modelos conductuales-contextuales para acercarse a los objetivos previamente acordados.

Hipótesis de investigación

Hi: El abordaje colaborativo CAMS desde la perspectiva conductual contextual disminuirá la frecuencia de ideación suicida.

Ho: El abordaje colaborativo CAMS desde la perspectiva conductual contextual no disminuirá la frecuencia de ideación suicida.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la efectividad del abordaje colaborativo CAMS para reducir conductas de ideación suicida en adultos de 18 a 39 años en riesgo de suicidio que acudieron a tratamiento en un centro de atención comunitario de la Ciudad de México?

Variables

Variable independiente: abordaje colaborativo CAMS desde la perspectiva conductual-contextual.

Variable dependiente: ideación suicida.

Definición de variables

Abordaje colaborativo CAMS desde la perspectiva conductual-contextual

Definición conceptual. Estabilización del riesgo de suicidio mediante un marco de trabajo centrado en detonadores (Jobes, 2016). Desde la perspectiva conductual-contextual se suponen una gran variedad de procedimientos de intervención psicológica asentados filosóficamente en el conductismo radical de Skinner y en los desarrollos postskinnerianos del contextualismo funcional, que permiten el desarrollo teórico del análisis de la conducta clínica con la perspectiva de RFT (Törneke, 2016 y Ruíz-Sánchez, 2021).

Definición operacional. Intervención bajo el marco de trabajo CAMS, que se centra en los detonadores identificados por la propia persona, durante 12 sesiones con una periodicidad de 1 por semana y permite flexibilidad en los modelos teóricos mediante los cuales se trabajan los detonadores. Los detonadores serán abordados desde la perspectiva conductual-contextual, la cual se basa en evaluaciones funcionales y posterior selección de estrategias de modelos conductuales-contextuales como ACT, DBT, FAP y BA, para intervenir. Para lo cual, se utilizará el formato SSF4, en el cual se reportan los indicadores CAMS relacionados con el riesgo de suicidio (dolor psicológico, estrés, agitación, desesperanza, odio por sí mismo y riesgo general de suicidio), los cuales son subjetivos y se evalúan en una escala del 1 al 5, esto lo realiza la persona en el momento inicial de cada sesión, al respecto de su experiencia en ese momento en particular, además el SSF4 reporta una descripción breve del plan de tratamiento.

Ideación suicida

Definición conceptual. Pensamientos reportados por la propia persona sobre involucrarse en cualquier conducta relacionada con el suicidio (Center for Mental Health Services y Office of the Surgeon General, 2001).

Definición operacional. Frecuencia diaria de pensamientos (imágenes, palabras o frases) asociados a quitarse la vida, que solo la propia persona puede observar y expresar. Por lo que se utilizó un formato de autorregistro, en el cual la persona reportó diariamente la frecuencia de ideación suicida, en caso de que se presentara en tasas bajas se consideró cada pensamiento como 1, en caso de presentarse en tasas altas se consideró desde que inició la ideación hasta que terminó como 1, esto se clarificó a detalle con la persona en la primera sesión. Posteriormente debido a problemas observados (olvido de llenado del registro) esto cambió a mandar un mensaje de WhatsApp diariamente en el que se le preguntó a la persona cuántas veces tuvo pensamientos de suicidio en ese día, bajo los mismos criterios de tasas bajas o altas.

Diseño

Se utilizó un diseño N=1 de línea base múltiple no concurrente entre participantes (A-B; Kazdín, 2011), con seguimiento de un mes. Se optó por este diseño porque se ha reportado como una opción válida (Kratochwill et al., 2022) y efectiva para evaluar efectos de intervenciones en distintas problemáticas (Feldner et al., 2013; Lumpkin et al., 2002; Wilson et al., 2021; Wen et al., 2019).

La fase A correspondió a la línea base, donde se otorgó el consentimiento informado (Anexo 1) y se entrenó en el llenado de un registro conductual (Anexo 2) para ideación suicida, así como se llenó el SSF-4 (Anexo 3), herramienta utilizada por CAMS que ha demostrado ser válida y de gran utilidad para evaluar el riesgo de suicidio (Brausch et al., 2020; Hamedi et al., 2019).

La fase B correspondió a la intervención, que se llevó a cabo de manera semanal, durante la fase B se continuó llenado el registro conductual y llenando el SSF-4 de manera semanal. Luego de finalizada la fase B, las personas continuarán llevando el registro conductual y el SSF-4 de manera semanal durante un mes correspondiendo al seguimiento, se eligió establecer un mes de seguimiento ya que este periodo suele ser el mínimo aceptado y utilizado en otros estudios que evalúan la efectividad de CAMS (Jobes et al., 2017 y Ryberg et al., 2020).

Participantes

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, ya que se tomó de la base de datos de solicitudes de un centro comunitario de la Facultad de Psicología, UNAM. Desde un programa de prácticas profesionales extracurriculares se realizaron entrevistas orientadas a determinar el nivel de riesgo de las personas, a quienes cumplieron los criterios se les invitó al proyecto. Durante el periodo de reclutamiento establecido de dos meses dos personas cumplieron los criterios de selección y aceptaron participar en el proyecto.

Criterios de inclusión. Presentar ideación suicida frecuente al menos durante un mes antes de comenzar la intervención, pertenecer al grupo etario de 18 a 39 años, presentar

bajo criterio de la entrevista clínica semiestructurada informada en MODORIS, riesgo de suicidio moderado o alto.

Criterios de exclusión. Presentar características asociadas a síntomas psicóticos, estar en un proceso psicoterapéutico al mismo tiempo que la intervención, tener algún diagnóstico psiquiátrico asociado a trastorno bipolar tipo 2, esquizofrenia o psicosis.

Las dos personas participantes que cumplieron con los criterios fueron una mujer de 20 años (participante A) y un hombre de 20 años (participante B). Ambas personas residentes en la CDMX, con estado civil de soltero, y comenzando sus estudios universitarios. Ambas personas evaluadas con un nivel de riesgo moderado según los resultados de evaluación brindados por el programa de prácticas y corroborados posteriormente, de acuerdo con el MODORIS.

Procedimiento

El proceso de admisión de los participantes comenzó con el apoyo de un programa de prácticas profesionales extracurriculares, a las cuales se les compartió una lista de los criterios de inclusión y de exclusión. Al realizar las entrevistas del programa, si las personas cumplían con los criterios requeridos, el programa de prácticas les invitaba a participar en el proyecto compartiéndoles las implicaciones y características generales. Luego el terapeuta contactó a las personas con el objetivo de clarificar dudas en caso de haberlas, presentar el consentimiento informado y entrenar en el llenado del registro conductual de conductas de ideación suicida que correspondió con la línea base. Si la persona no deseaba participar se le agradecía su tiempo y el caso fue atendido de manera regular como lo realiza el programa de prácticas en colaboración con un programa

especializado en atender casos de riesgo de suicidio de la Facultad de Psicología, UNAM, por terapeutas del programa.

La línea base se midió a partir del día siguiente de la sesión de introducción y entrenamiento en el llenado del registro conductual, se registró la frecuencia de ocurrencia de ideación suicida según la definición operacional, para ello se acordó con cada persona cómo hacerlo y qué registrar. La cantidad mínima de días para la línea base fue de cinco, y la máxima de siete, por lo que se asignó uno de los tres valores aleatoriamente a cada persona mediante el generador de números aleatorios de Google. Para el participante A se seleccionó la línea base de 5 días, y para el participante B de siete días. Posteriormente al término de la línea base de cinco y 7 días, se comenzó con la intervención, la cual tuvo una duración de doce sesiones a lo largo de doce semanas, durante las cuales la medición de las conductas se mantuvo mediante el mismo formato de registro hasta encontrar inconvenientes en la semana 6 con la participante A y en la semana 7 con el participante B. A partir de ese momento el registro conductual cambió a realizarse mediante WhatsApp, enviando un mensaje todos los días a las 10 de la noche con el siguiente contenido “Hola (nombre de la persona), te envío el mensaje de seguimiento de los pensamientos de quitarse la vida, según lo acordado en sesiones ¿El día de hoy cuántas veces pensaste en quitarte la vida?”. Esta decisión fue tomada con el objetivo de mantener el registro de frecuencia de los pensamientos de suicidio atendiendo a las dificultades encontradas durante el tratamiento con la propuesta de registro original.

Durante la semana de línea base, los participantes reportaron llenar adecuadamente el registro conductual proporcionado, y durante las primeras semanas del tratamiento reportaron mantenerlo así y no tener dificultades en el llenado, sin embargo, en la sesión 4

para la participante A y la sesión 5 para el participante B al preguntar por dificultades en el llenado del registro conductual, la participante A reportó que como no había muchos pensamientos en la semana lo olvidaba, hasta un día antes de la sesión o ese mismo día, por lo que llenaba el registro de manera retrospectiva, se trató de atender a la dificultad mencionando la importancia de llenarlo diariamente, sin embargo, las siguientes sesiones se encontró el mismo problema.

En el caso B ocurrió algo similar, añadiendo que, aunque había pensamientos lo olvidaba hasta que se acercaba la sesión. Atendiendo a las dificultades se decidió cambiar la manera de registro de la variable, más no la variable registrada ni su definición. De esa manera se eligió realizarlo vía WhatsApp mediante el mensaje mencionado anteriormente, adicionalmente, esta manera también favorecía a un mayor control del tiempo para considerar los días de corte.

De manera más detallada, durante la fase B, la intervención se llevó a cabo desde la perspectiva conductual contextual, lo cual implicó algunas particularidades específicas dentro del marco de trabajo CAMS (Tabla 7). La sesión uno de intervención en ambos casos consistió en el llenado de la sección A del SSF-4, así como en la elaboración del plan de seguridad para estabilizar el riesgo (Anexo 4), durante la sesión número dos se realizó en el caso B el llenado de un análisis de cadena, como sustituto de la forma terapéutica (Anexo 5), mientras que en el caso A no fue necesario. Durante el resto de las sesiones se realizó una intervención desde el modelo conductual-contextual para el trabajo con los detonadores y metas planteadas en el plan de tratamiento (Tabla 8).

Tabla 7.

Adecuaciones a CAMS desde la perspectiva conductual-contextual

Elemento CAMS	Propuestas por el marco de trabajo CAMS	Adecuaciones desde la perspectiva conductual-contextual
Plan de estabilización	Formato de plan de estabilización, no incluye estrategias específicas de autocontrol en crisis de alta activación emocional. No hay explicación del cómo ni por qué funciona.	Elaboración de un plan de seguridad retomando propuestas de habilidades de sobrevivencia a la crisis, plan de seguridad clásico y el plan de estabilización CAMS. Se buscó dar una propuesta de explicación del funcionamiento del plan de seguridad realizado.
Forma terapéutica	Se utiliza un formato en el que se aterrizan detonadores, puentes y barreras del comportamiento relacionado con el suicidio, se busca principalmente que la persona comprenda como es que a lo largo del tiempo llegó a contemplar el suicidio como una opción.	Uso del análisis de cadena que comúnmente se utiliza en DBT. El análisis de cadena cuenta con dos particularidades, está basado en observaciones e hipótesis funcionales del comportamiento, y que se presta para luego vincularlo con el análisis de solución que es usado en la intervención al respecto de la modificación de comportamientos específicos.
Intervención con los detonadores	La que el terapeuta conozca y en la que esté adecuadamente formado.	Se realiza una evaluación funcional de los problemas identificados como principales, definidos las hipótesis de adquisición y de mantenimiento, luego se realiza una traducción a términos medios de flexibilidad psicológica, y finalmente se realiza la intervención según la evaluación del origen y mantenimiento de las conductas involucradas en los problemas reportados, y las técnicas de intervención se integran funcionalmente de modelos como ACT, DBT BA y FAP, además de terapia de conducta clásica como procedimientos de exposición.

Para la intervención se plantearon las principales conductas objetivo que se evaluarían funcionalmente, se realizó una descripción de la forma de la conducta y una

evaluación funcional indirecta para plantear las diferentes hipótesis de adquisición y de mantenimiento con el objetivo de plantear la intervención según los resultados de la evaluación funcional (Tabla 9).

Tabla 8.

Desarrollo de sesiones de los participantes

Sesiones CAMS	Participante A	Participante B
Sesión 1	Llenado de la sección A Inicio del plan de estabilización	Llenado de la sección A Inicio del plan de estabilización
Sesión 2	Fin del plan de estabilización Fin del plan inicial de tratamiento Clarificación de valores	Fin del plan de estabilización Fin del plan inicial de tratamiento Análisis de cadena
Sesión 3	Solución de problemas de la vida cotidiana Análisis de cadena	Desesperanza creativa Aceptación experiencial Clarificación de valores
Sesión 4	Solución de problemas de la vida cotidiana Práctica de habilidades DBT	Desesperanza creativa Defusión
Sesión 5	Solución de problemas de la vida cotidiana Práctica de habilidades DBT	Defusión Valores
Sesión 6	Solución de problemas de la vida cotidiana Práctica de habilidades DBT	Solución de problemas de la vida cotidiana Aceptación experiencial Clarificación de valores Acción comprometida
Sesión 7	Solución de problemas de la vida cotidiana Práctica de habilidades DBT	Defusión cognitiva Yo-contexto
Sesión 8	Solución de problemas de la vida cotidiana Práctica de habilidades DBT Defusión cognitiva	“Mente Sabia” Yo-contexto

Sesión 9	Solución de problemas de la vida cotidiana Práctica de habilidades DBT Defusión cognitiva Aceptación experiencial	Yo-contexto Defusión cognitiva
Sesión 10	Solución de problemas de la vida cotidiana Práctica de habilidades DBT Exposición	Aceptación experiencial Defusión cognitiva Clarificación de valores Yo-contexto
Sesión 11	Yo-contexto Solución de problemas de la vida cotidiana Exposición Práctica de habilidades DBT	Yo-contexto Aceptación experiencial Defusión cognitiva Clarificación de valores
Sesión 12	Sesión de cierre: información sobre el seguimiento, resultados de la intervención.	Sesión de cierre: información sobre el seguimiento, y resultados de la intervención.

En ambos casos se realizó una evaluación funcional específicamente de la ideación suicida por medio de entrevista y particularmente de análisis de cadena. En el caso A se observó mediante la evaluación funcional que la ideación suicida tenía una función principalmente de alivio emocional mantenida especialmente por reforzamiento negativo, ya que ante estímulos discriminativos (EC-RC) como: miedo, enojo, vergüenza, celos y activación fisiológica intensa, se evoca la ideación suicida, posteriormente se experimenta una disminución en la activación fisiológica y reporta que las emociones disminuyen.

En el caso B se observó que la ideación suicida cumplía principalmente la función de resolución de problemas y de alivio emocional, mantenidas por reforzamiento positivo (sensación de control) y negativo (escape) ya que ante discriminativos (EC-RC) como emociones de miedo asociadas a miedo a ser un fracaso o a ser débil, y pensamientos como

“no voy a poder resolver esto”, “soy muy débil para afrontarlo”, etcétera, se evoca la ideación suicida, y posteriormente el consultante reporta experimentar el pensamiento de “ya lo resolví”, “una cosa menos de qué preocuparme”, adicional a una disminución en la intensidad de la emociones reportadas y de la activación fisiológica.

Las conductas problema entendidas como situaciones problema (una diversidad de conductas que ocurren en ocasiones que la consultante refiere como problemas de su vida y relacionadas con su motivo de consulta, se seleccionaron acorde a cómo las personas participantes lo señalaron en su discurso) se seleccionaron con base en el formato propuesto por el SSF-4 en el apartado del plan de tratamiento, las cuales se operacionalizaron en función de lo descrito por las personas participantes, atendiendo a describir la problemática en términos de conductas públicas e internas privadas (Tabla 9). Cuando esto se realizó, se definieron las conductas respondientes y operantes de cada situación problemática (Tabla 10) con el objetivo de plantear hipótesis funcionales (Tabla 11).

Tabla 9.

Operacionalización de situaciones problema

Participante	Situaciones problema	Conductas referidas
---------------------	-----------------------------	----------------------------

Participante A	<p>Baja autoestima</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos desagradables recurrentes sobre sí misma como: “no eres bonita”, “lo que pasa es por tu culpa”, “no eres suficiente”, “estás sola”. - Sensación de miedo y tristeza (sensación de sofocación) ante el pensamiento de “quedarse sola”, “estar sola”. - Sentirse “perdida” y no saber qué hacer en su vida. - Malestar ante el pensamiento de “deber cumplir las expectativas de los demás”, tristeza y miedo - Llorar en su cuarto - Constante preocupación por sus relaciones interpersonales, quedarse en su cama/cuarto - No salir de su casa, dejar de hacer cosas que le gustaban antes
Dejarse llevar por emociones y pensamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> - Actuar de manera “impulsiva” ante sensaciones y pensamientos descritos como “emociones intensas”. - Disminuir el consumo de alimentos ante “emociones intensas” o comer mucho de golpe - Alta activación fisiológica que dificulta conciliar el sueño. - Quedarse despierta a altas horas de la noche - Temblores en las manos y piernas, taquicardia ante esos momentos de “emociones intensas”. - Pensamientos “intrusivos”, o “sobrepensar” sobre hechos de la vida cotidiana, reporta no poder salir de “sobrepensar”. - Pensamientos de “juicios” de valor sobre hechos de la vida cotidiana. - Realizar o dejar de realizar actividades como: tomar alcohol, evitar charlar con sus amistades y expresar sus opiniones y sentimientos

Participante B Percepción negativa de sí mismo

- Pensamientos desagradables recurrentes sobre sí mismo como: “eres un estúpido”, “eres muy débil”, “te mereces sufrir por haber sido tan estúpido”, “te mereces lo que te pasó”, “fuiste igual de mierda”, “no valgo nada”.
- Permanecer pensando en lo anterior y relacionado por varios minutos (20-45 minutos, referido por el consultante).
- Sentimiento de vacío: dolor en el pecho, ardor en el estómago, pensamientos como “ya nada tiene sentido”, “nunca nada va a cambiar”.
- Refiere sentir culpa y vergüenza de sí mismo (pensamientos como “no puede ser que aguantaras tanto”, “seguro eso vales, nada”, acompañados de reacciones físicas como náuseas, temblores en manos y dolor en el pecho).

Pensamientos desagradables y repetitivos sobre su expareja

- Pensamientos desagradables recurrentes sobre su expareja, así como de él mismo en su ex relación, cómo: “te volviste igual de mierda que él”, “lo odio, lo detesto, quiero que se muera por lo que me hizo”, “es la peor persona que he conocido”, “aun así lo quiero, debo ser así de porquería para quererlo con todo lo que mi hizo”, “te van a pasar cosas muy malas”, “él tenía razón”.
- Alta activación emocional que dificulta conciliar el sueño (taquicardia y dolor de cabeza)
- Emociones de enojo y culpa cada vez que piensa en él, alta activación fisiológica, dolor de cabeza y de estómago
- Cuando piensa en su expareja se golpea la cara o sus piernas

En la siguiente tabla se describen los tipos de conductas identificadas, diferenciando conducta respondiente y conducta operante:

Tabla 10.

Definición de tipos de conductas

Participante	Situaciones problema	Conductas
Participante A	Baja autoestima	Conductas respondientes: - Pensamientos condicionados como: “no eres bonita”, “es tu culpa”, “estás sola”, “no eres suficiente” - Activación fisiológica ante dichos pensamientos, como sensación de sofocación - Miedo y tristeza (reacción emocional). Conductas operantes: - No salir, quedarse en su casa - Dejar de hacer actividades que antes le gustaban - Llorar en su cuarto

Dejarse llevar por emociones y pensamientos negativos	<p>Conductas respondientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Emociones intensas”: miedo, enojo, tristeza - Agitación - Alta activación fisiológica: temblor de manos y piernas, sudoración, taquicardia, sensación de sofocación - Pensamientos de “juicios” sobre ella misma y los hechos cómo “fue tu culpa”, “se va a enojar”, “me van a dejar de hablar” - Pensamientos “negativos/intrusivos” sobre ella y los hechos como: “revisa su celular”, “stalkéalo”, “fue su culpa”, etc. <p>El sobrepensar o engancharse en sus pensamientos se explica mejor por aprendizaje relacional, aunque inicialmente los pensamientos se pueden entender como conducta respondiente, luego se explica mejor como conducta relacional</p> <p>Conductas operantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actuar de manera impulsiva - Disminuir el consumo de alimentos y comer mucho de golpe - Quedarse despierta a altas horas de la noche - Tomar alcohol - Dejar de realizar actividades como hablar con sus amistades o expresar lo que siente
Participante B Percepción negativa de sí mismo	<p>Conductas respondientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reacciones emocionales de vergüenza y culpa - Activación fisiológica: dolor en el pecho, ardor en el estómago, náuseas y temblores en manos - Pensamientos condicionados como: “soy estúpido”, “soy muy débil” <p>Conductas operantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permanecer en su cama llorando - No realizar cosas que le gustan, y preferir quedarse en su cuarto revisando redes

Pensamientos desagradables y repetitivos sobre su expareja

Conductas respondientes:

- Reacciones emocionales de enojo, culpa y vergüenza
- Activación fisiológica: taquicardia, dolor de cabeza y ardor en el estómago

Pensamientos condicionados como: “soy una mierda”, “me lo merezco”

Hay otros pensamientos como: “a él ni le importo”, “y si me lo merecía”, “y si nunca vuelvo a amar a alguien”, etc., que se explican mejor desde el aprendizaje relacional

Conductas operantes:

- Golpearse la cara
- Gritar
- Caminar al lado del balcón

En la siguiente tabla se exponen algunas de las hipótesis funcionales más relevantes para la comprensión del mantenimiento del problema, basadas en la evaluación funcional:

Tabla 11.

Hipótesis funcionales

Participante	Situaciones problema	Hipótesis funcionales
Participante A	Baja autoestima	Ante pensamientos como “eres insuficiente” o “te vas a quedar sola”, se experimentan emociones aversivas, lo que a lo largo del tiempo ha llevado a un ciclo de evitación experiencial mantenido por reforzamiento negativo. Ya que al evitar situaciones que le generan dichos pensamientos y experiencia interna aversiva, no existe la posibilidad de experimentar dicha estimulación. Al quedarse en su casa se experimentan más emociones y pensamientos desagradables, lo que hace que se mantenga el malestar aún ante escape.

Dejarse llevar por emociones y pensamientos negativos

Las conductas de “impulsividad” se mantienen por reforzamiento negativo automático y social, ya que por un lado experimenta alivio del malestar, y por otro lado otras personas dejan de emitir comportamientos que le son desagradables. La rumia es compleja, por un lado existe el proceso mejor explicado desde el aprendizaje relacional, y por otro lado también se puede explicar por aprendizaje operante, ya que al quedarse pensando o dándole vueltas a las cosas se experimenta una sensación de control (reforzamiento positivo) alguna veces se llega a respuestas concretas (reforzamiento intermitente), y otras veces la rumia tiene la función de escapar de sensaciones como la incertidumbre y otras de evitar posibles consecuencias desagradables.

Participante B	Percepción negativa de sí mismo	<p>Las autodescripciones sobre sí mismo a las que se refiere se pueden explicar por aprendizaje relacional y respondiente. Por un lado, su contexto mediante múltiples ejemplos enmarco a su “yo” en coordinación con palabras como débil, estúpido, mierda, etcétera. Así como al fracaso con otros estímulos verbales como “fracasar es de débiles”. Lo que explica como en la actualidad experimentar situaciones en las que falla o en las que puede fallar, lo llevan a pensar cosas sobre sí mismo. Lo que hace que por transformación de funciones y vinculación mutua pensar en él o hablar de él lo lleve a los pensamientos enmarcados antes mencionados y a experimentar una experiencia desagradable. Por otro lado, existe la alternativa respondiente, donde se condicionaron situaciones con probabilidad de fallar a la invalidación ambiental, lo que producía reacciones desagradables como emociones de culpa y enojo, y pensamientos como “soy estúpido” lo que con el tiempo llevó a que el hecho de experimentar solo situaciones con posibilidad de fallar promueva dichas emociones y pensamientos.</p> <p>Otras conductas como quedarse en su cama y no realizar actividades se explican por condicionamiento operante, especialmente por reforzamiento negativo automático (evitación), ya que se evita la posibilidad de experimentar lo anterior mencionado al no exponerse a situaciones con posibilidad de fallar, y al mismo tiempo no se permiten generar reglas tipo tracking ni reforzar conductas de aproximación, ya que no se emiten.</p>
-----------------------	---------------------------------	--

Pensamientos desagradables y repetitivos sobre su expareja

Igualmente existe la alternativa relacional y respondiente. Desde el aprendizaje relacional se puede explicar el “darles vueltas a las cosas”, ya que por vinculación mutua un estímulo puede llevar a otro, por ejemplo: en clase escucha “les digo que es bien difícil vivir así”, lo que hace que su pensamiento derive en otros como “me merezco lo que estoy viviendo”, “seguro él tenía razón”, etc. Además, mediante al aprendizaje respondiente se explica que se genere percepción condicionada, por ejemplo, imaginar la cara de su expareja al escuchar una canción que escuchaba con él, o imaginar el sonido de su voz al escuchar una frase que solía decir su expareja.

Conductas como golpearse la cara y gritar se explican por reforzamiento negativo automático (escape), ya que ante estimulación aversiva se emiten las operantes que son seguidas de un decremento en la estimulación aversiva, dice que deja de sentir náuseas y enojo, que se queda en blanco su mente y ya no siente nada.

Posteriormente se definieron las variables disposicionales y motivadoras que pudieran influir en las situaciones problemáticas (Tabla 12), así como también se realizó una observación tratando de integrar los avances del aprendizaje relacional en la comprensión del comportamiento verbal interno privado (pensamientos) y su relación con otras conductas (Tabla 13).

Tabla 12.

Variables disposicionales y motivadoras

Participante	Situaciones problema	Variables disposicionales y motivadoras
Participante A	Baja autoestima	Variables disposicionales - Historia de aprendizaje, reforzamiento y castigo de comportamientos deseables para su mamá, sobre cumplir expectativas - Reglas verbales sobre el fracaso como: “si fracaso no valgo nada”, “si hago enojar a los demás no soy importante”, debes cumplir las expectativas de los demás”, “si los haces enojar se van a alejar de ti” Variables motivadoras - Al no salir y permanecer en su cama (evitación) se genera una operación de establecimiento que aumenta el valor reforzante de sus amistades, lo que hace que no salir sea más aversivo
	Dejarse llevar por emociones y pensamientos negativos	Variables disposicionales - Reglas verbales como: “debes cumplir las expectativas de los demás”, “si los haces enojar se van a alejar de ti” - Historia de aprendizaje de operantes ante “emociones intensas”, reforzamiento y castigo de “expresión y manejo de sus emociones” - Estresores ambientales actuales: comportamiento de sus amigas - Intentos de solución que la ponen en riesgo: intentos de quitarse la vida - Constantes peleas con su pareja Variables motivadoras - Al dejar de comer se genera una operación de establecimiento, y luego al comer en exceso se genera una operación de abolición

Participante B	Percepción negativa de sí mismo	Variables disposicionales - Historia familiar de sobre exigencia y perfeccionismo - Dificultades en solvencia económica - Historia de violencia con su expareja - Reglas verbales como: “no importa lo que haga, soy un estúpido”, “sin importar cuanto lo intente, nada va a cambiar”
	Pensamientos desagradables y repetitivos sobre su expareja	Variables disposicionales - Relación de pareja en la que existió violencia e invalidación - Reglas verbales plience como: “tendrás lo que mereces si haces mal”, “si lo permitiste entonces eres igual”

Nota. Las reglas verbales plience son uno de los tres tipos de reglas verbales que se proponen desde la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT), para más detalles sobre estas reglas verbales y lo que implican en el análisis de la conducta clínica, se sugiere revisar literatura específica al respecto (Hayes et al., 2002 y Törneke, 2016).

En la siguiente tabla se describen los procesos de conducta relacional que influyen en las cadenas conductuales operantes relevantes para el caso:

Tabla 13.

Conducta relacional que influye en la cadena conductual

Participante	Situaciones problema	Conducta relacional
Participante A	Baja autoestima	Cuando la consultante discrimina un pensamiento condicionado, éste lleva a que la persona comience a derivar otros pensamientos con funciones aversivas. Por ejemplo, al estar acostada en su cuarto y ver historias de Instagram de sus amistades piensa “me van a abandonar”, lo que se puede entender como un pensamiento condicionado, y luego de ello, explicado por vínculos combinatorios la persona deriva otros pensamientos con funciones aversivas como “por eso me dejan de hablar”, “seguro no me invitaron ni me van a invitar a lo demás”, “qué pensarán de mí de lo de mi pareja”, “y si están de mi lado”, “segura esa morra ya les metió ideas de mí”, etc.

	Dejarse llevar por emociones y pensamientos negativos	Cuando la consultante discrimina un pensamiento condicionado, éste lleva a que la persona comience a derivar otros pensamientos con funciones aversivas. Por ejemplo, ve que su pareja le dice por WhatsApp “Creo que tú también te equivocaste”, piensa que “otra vez soy el problema”, lo que se puede entender como un pensamiento condicionado, y luego de ello, explicado por vínculos combinatorios la persona deriva otros pensamientos con funciones aversivas como “seguro ya estopa haciendo su vida y yo aquí”, “tengo muchos traumas de abandono”, “ya wey no vas a estar jugando conmigo”, “le voy a poner un alto”, “estoy exagerando” etc. Lo cual hace que se mantenga en el pensamiento inflexible y por transformación de funciones y respuestas emocionales condicionadas a verbalizaciones encubiertas, se experimentan las reacciones emocionales condicionadas a los estímulos verbales durante ese momento de “darle vueltas” o “engancharse con sus pensamientos”.
Participante B	Percepción negativa de sí mismo	Cuando él consultante discrimina un pensamiento condicionado, éste lleva a que la persona comience a derivar otros pensamientos con funciones aversivas.
	Pensamientos desagradables y repetitivos sobre su expareja	Cuando él consultante discrimina un pensamiento condicionado, éste lleva a que la persona comience a derivar otros pensamientos con funciones aversivas.

Las hipótesis explicativas de por qué se seleccionaron éstas técnicas y maneras de trabajo se realizaron partiendo de términos medios y también a partir de procesos básicos conductuales y hallazgos de la ciencia conductual-contextual, que son perfectamente compatibles para la explicación del comportamiento, y en ese sentido, los términos medios establecidos como propiedades transdiagnósticas apliquen a todo el caso y no solo a

comportamientos o problemas específicos, sino en general a clases de respuesta, dicha evaluación se realizó durante las primeras sesiones (Tabla 14).

Finalmente, se plantearon las estrategias de intervención con base en los objetivos acordados con las personas participantes, lo cual se realizó con base en los resultados de la evaluación, teniendo en cuenta que esta perspectiva implica una constante evaluación, lo que supone gran flexibilidad en el tratamiento, las intervenciones planteadas inicialmente están sujetas a modificaciones, aunque una buena evaluación inicial hace que las intervenciones sean más precisas y efectivas (Tabla 15 y Tabla 16).

Tabla 14.

Términos medios

Participante	Situaciones problema	Términos medios de inflexibilidad
Participante A	Baja autoestima	Evaluación de la inflexibilidad psicológica:

Dejarse llevar por emociones y pensamientos negativos

- *Evitación experiencial*. La consultante evita sentirse sola, particularmente los pensamientos que derivan de ello, esto se ve en evitar situaciones que potencialmente le generan esos pensamientos y emociones, como expresar desagrado ante su grupo de amistades, y la sensación de miedo que le genera. Las conductas de evitación suelen ser jugar videojuegos, rechazar salidas cuando, aceptar salidas cuando no quiere ir, consumo de alcohol, revisar redes sociales de su expareja, no expresar su disconformidad, procrastinar.

- *Fusión cognitiva*. La consultante se engancha y le da vueltas a sus pensamientos sobre los hechos o sobre situaciones hipotéticas, por ejemplo: “seguro esa perra le dijo algo”, “a ver que más cosas les habrá dicho a mis amigas”, “bueno, y eso sí siguen siendo mis amigas”, “la verdad estoy sola”, “a este paso ni aprendo nada en la escuela”, “si ella hace algo seguro es para bajarme a...”, etc.

- *Atención inflexible*. La consultante no discrimina su experiencia interna privada, tiene dificultades en nombrar como se siente, ni notar cuando se “engancha” en sus pensamientos. Así como tampoco discrimina las reacciones de las otras personas ante su propio comportamiento. Durante la mayor parte del día se “engancha” en sus pensamientos y en tratar de dejar de pensar o evitar como se siente, que durante sus clases reporta no comprender lo que dice, o no recordar temas importantes.

- *Self conceptualizado*. La consultante se fusiona con verbalizaciones encubiertas de ella misma como “tengo traumas de abandono”, “tengo baja autoestima”, “soy exagerada”, “soy dependiente emocional”. Lo que rigidiza el comportamiento ante las contingencias del contexto, disminuye la variabilidad conductual.

- *No claridad en valores*. La consultante verbaliza no saber por qué hace las cosas, dice que parece que solo está en piloto automático sin sentido claro.

- *Inacción/Impulsividad*. La manera habitual en la que la consultante toma decisiones estas suelen estar motivadas por la evitación experiencial en forma de respuestas impulsivas o de inacción, como consumir alcohol, pelear con su pareja, dejar de hacer todo lo que está haciendo y llorar en su cuarto, y no por valores.

Participante B	<p>Percepción negativa de sí mismo</p> <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/> <p>Pensamientos desagradables y repetitivos sobre su expareja</p>	<p>Evaluación de la inflexibilidad psicológica ACT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Evitación experiencial</i>. El consultante suele evitar el miedo a equivocarse o a no saber qué pasará, además del sentimiento de soledad. Otra cosa que evita es pensar en su pareja y todo lo que le recuerde a él. Por ejemplo, si sale a una reunión trata de no ver a la cara a los demás por si se parecen a su pareja. - <i>Fusión cognitiva</i>. El consultante toma con literalidad el contenido de sus pensamientos, además de que permanece dando vueltas a lo que piensa. Por ejemplo, cuando piensa en “no voy a poder inscribirme como quiero”, se mantiene pensando en todas las posibles consecuencias de ello, aunque falten semanas para que suceda. O “nunca nada va a cambiar porque soy muy llorón”, le da vueltas a ello, lo que impide contactar con las posibilidades de hacer algo distinto en su contexto actual. - <i>Atención inflexible</i>. Usualmente el consultante se mantiene “dentro de su mente”, es decir, solo atento al contenido de sus pensamientos, lo que hace que el entorno natural no sea reforzante. Especialmente el contenido de los pensamientos tiene que ver con lo que pasó con su expareja y sobre las consecuencias adversas del futuro. - <i>Self conceptualizado</i>. El consultante se define a sí mismo como “soy estúpido”, “soy muy débil”, “soy muy cobarde para actuar”, además de que se fusiona a dichas descripciones de sí mismo, lo que reduce la variabilidad conductual en distintos contextos, como salir con sus amigos, hacer lo que le gusta o ir a la escuela y tomar las clases. - <i>No claridad en valores</i>. El consultante parece tener claro aquello que le importa en términos de las actividades que le gustan y lo hacen sentir “bien”, aunque no verbaliza con más detalle las consecuencias de dichas actividades en términos abstractos (reforzadores positivos enmarcados jerárquicamente). - <i>Inacción/Impulsividad</i>. El consultante no realiza actividades orientadas a valores, lleva unos meses adoptando una actitud pasiva ante ello.
-----------------------	--	--

En la siguiente tabla se describe la intervención propuesta en función de los objetivos planteados:

Tabla 15.

Objetivos y estrategias de intervención

Participante	Situaciones problema	Objetivos	Intervenciones propuestas
Participante A	Baja autoestima	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar las actividades potencialmente reforzantes de manera natural - Desarrollar perspectiva ante pensamientos de autodescripción, de tal manera que dichas autodescripciones no limiten las acciones 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar habilidades de flexibilidad psicológica Entrenamiento en habilidades DBT
	Dejarse llevar por emociones y pensamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> - Manejar pensamientos difíciles de tal manera que no imposibiliten la acción a objetivos personales - Manejar emociones de tal manera que permitan la resolución de problemas y no limiten la acción - Desarrollar habilidades que permiten mejores relaciones interpersonales y solución de problemas cotidianos - Dirigir las acciones a algo 	
Participante B	Percepción negativa de sí mismo	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir el impacto de los pensamientos sobre las acciones y decisiones - Desarrollar perspectiva al experimentar los pensamientos sobre sí mismo, de tal manera que no impiden involucrarse voluntariamente en hacer cosas importantes 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar habilidades de flexibilidad psicológica

Pensamientos desagradables y repetitivos sobre su expareja	- Que los pensamientos de la ex relación no detonen crisis de ansiedad incontrolables - Reducir la activación emocional intensa ante pensamientos sobre su ex relación
--	---

En la siguiente tabla se propone una posible explicación funcional de la intervención:

Tabla 16.

Explicación funcional de la intervención

Participantes	Estrategias de intervención y explicación funcional
----------------------	--

Participante A *Desarrollar flexibilidad psicológica:* El desarrollar un repertorio conductual específico relacionado a “tomar perspectiva” o “yo-contexto” de la experiencia interna privada, ayudó a que, en conjunto del entrenamiento en habilidades, estas se pudieran utilizar de manera efectiva y el contenido verbal sin que esta fuera una limitante. Desarrollar flexibilidad psicológica funcionó para alterar el control meramente aversivo del comportamiento, ya que la clarificación de valores estableció reforzadores positivos jerárquicos para ciertos patrones de comportamiento concretos, como el usar habilidades, “poner límites”, exponerse, o resolver problemas de la vida cotidiana, como expresar disconformidad en su grupo social, vender dulces, participar en clase, etcétera. En general, algunos procedimientos como los de aceptación, defusión y atención al presente implican procesos de extinción respondiente, contracondicionamiento y reforzamiento diferencial. El pilar del compromiso incluye el reforzamiento positivo social de comportamiento entendidos como “que acercan a valores”. Por otro lado, desde el punto de vista de RFT, entrenar aceptación, defusión y atención al presente por medio de metáforas, serviría ya que se enmarca la experiencia con otros estímulos, por ejemplo, pensamientos y emociones como pieza de ajedrez y el “yo” como el tablero, lo que, al enmarcarlo de esta manera, habría una transformación de funciones que luego por vinculación combinatoria derivaría a otros estímulos relacionados, lo que influiría en general sobre la función aversiva de ciertos estímulos y aumentaría la probabilidad de conductas valiosas o de una mayor variabilidad conductual. Por ejemplo, se enmarcaron a los pensamientos y emociones como piezas en un tablero de ajedrez, y al contexto como los jugadores de un juego de ajedrez, por medio de una metáfora física, y luego por moldeamiento verbal se reforzaron verbalizaciones hasta conseguir que la consultante dijera “yo soy el tablero de ajedrez”, que por enmarques décticos generó cierto distanciamiento y temporalidad al respecto de la experiencia privada aversiva, lo que haría más probable la conducta operante orientada a valores aún en presencia de esos pensamientos y emociones, lo que va de acuerdo con los objetivos planteados.

Entrenamiento en habilidades DBT: Aunque las habilidades que se revisaron en el entrenamiento son muchas y cada una con su respectiva explicación de cómo y por qué funciona, de manera general, las habilidades sirvieron como conductas alternativas, que permitieron, entre otras cosas, reforzamiento natural de conductas de aproximación a objetivos planteados (por ejemplo, usar mente sabia para tomar decisiones como si comenzar o no a discutir por mensaje, o si revisar redes sociales o no en clase, o tomar, en lugar de “hacer solo caso a la emoción de manera impulsiva”), además, se justifica el entrenamiento debido a que la historia de invalidación ambiental generó un déficit generalizado de habilidades, las cuales se enseñan en el entrenamiento.

Participante B *Desarrollar flexibilidad psicológica:* Como en el caso A, desarrollar flexibilidad psicológica en realidad tendría efectos similares por los mismos procesos pero aplicados de manera distinta, en particular, con el participante B, desarrollar flexibilidad psicológica ayudó a que estímulos como ciertos pensamientos relacionados a sí mismo como “soy un estúpido”, y emociones como miedo y enojo; enmarcar al miedo como un animal, y luego a ese animal como “de apoyo”, “es el jefe de la selva y protege” etc, haría que las funciones de esas palabras se transfieran a las emociones. Con los pensamientos, con ejercicios como los de defusión y aceptación se enmarcan esas tipografías específicas con verbalizaciones como “solo son pensamientos”, “fíjate como esos sonidos que salen de tu boca tienen tanto poder”, “tus pensamientos son como hoja en un arroyo”, ejercicio de “estoy pensando en”, al desnaturalizar el lenguaje y enmarcarlos con otros estímulos apetitivos o neutros por transformación de funciones, las funciones aversivas cambiaran, lo que haría más probable la emisión de ciertos comportamientos (acción comprometida con valores) en presencia de dichos pensamientos, que luego se reforzaron diferencialmente de manera natural por el contexto del consultante, lo que sometería a extinción operante conductas de evitación.

Materiales

Durante la intervención se utilizaron algunos recursos visuales, auditivos y audiovisuales que ayudaron con la generalización de las habilidades vistas en la sesión semanal. Se utilizaron audios con ejercicios de mindfulness, aceptación y defusión, creados a partir de distintos ejemplos en libros de terapias contextuales, páginas de internet con recursos gratuitos y de clases de formación en modelos conductuales-contextuales, y fueron adaptados al contexto requerido. Además de infografías con recordatorios de práctica de habilidades y guía de las mismas, las cuales fueron elaboradas a partir de la teoría sobre la habilidad y con el objetivo de generalizar las habilidades (conductas) en contextos naturales, y que estas puedan ser reforzadas por el ambiente “natural” de las personas.

Ambas intervenciones terminaron en la semana número 12, número de sesiones que sugiere la literatura de CAMS, y las propuestas para este estudio. En la sesión número 12 en ambos casos se realizó un encuadre de alcance de metas y se informó sobre el seguimiento que se realizaría durante un mes. Los resultados de la intervención serán descritos a continuación.

Resultados

Se decidió reportar tres tipos de resultados, en primer lugar y como más relevante se reportará el análisis visual de los datos al respecto de la conducta de ideación suicida en la línea base, a lo largo de la intervención y durante el seguimiento. En segundo lugar, se reporta mediante gráficas de líneas el avance semanal de las puntuaciones de cada apartado del SSF-4 (dolor psicológico, estrés, agitación, desesperanza, odio por sí mismo y riesgo general de suicidio), lo que corresponde a resultados de corte cualitativo. Finalmente se reporta el alcance de metas que se logró con la intervención, igualmente de corte cualitativo.

Análisis visual de datos

En la inspección visual se buscó juzgar la consistencia y confiabilidad de los efectos de la intervención por el análisis gráfico de los datos (Kazdin, 2011). Se inspeccionó el incremento o reducción del comportamiento durante la intervención y seguimiento, y se comparó con los datos durante la línea base, los datos fueron graficados en un programa Excel 2019 acorde a lo recomendado por Dixon et al. (2009). Para evitar que existieran errores en la apreciación de la información, se utilizó “el índice de la no superposición de todos los pares” (Non Overlap of All Pairs [NAP]) ya que ha mostrado ser muy útil para obtener el tamaño del efecto de la intervención (Parker, Vannest & Davis, 2011). El cálculo

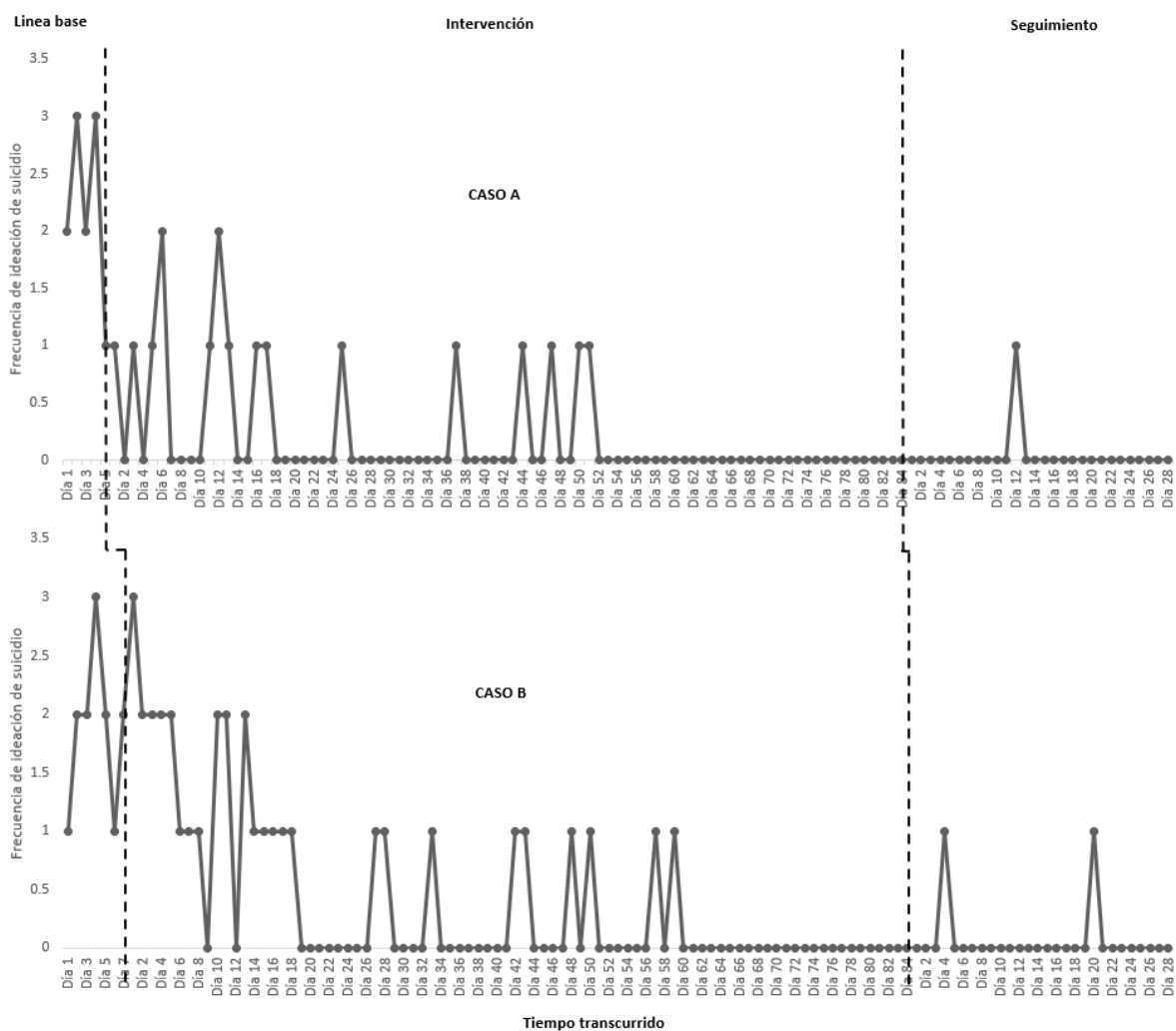
del NAP, se realizó utilizando la calculadora online disponible en la siguiente página web: <https://singlecaseresearch.org/calculators/nap>, y se consideraron los siguientes rangos para interpretar el tamaño del efecto obtenido: efecto débil: 0-.65; efecto medio: .66– .92; efecto fuerte: .93–1.0 (Parker & Vannest, 2009). El cálculo correspondió a comparar la línea base con la intervención, y debido a que la calculadora solo considera tendencias crecientes, se corrigió el índice restándolo a 1. En la Figura 1 se muestran los datos de los participantes al respecto de la frecuencia de conductas de ideación suicida en la línea base, durante la intervención y en el seguimiento. Ambos participantes terminaron la intervención de 12 sesiones y se mantuvieron en contacto para el registro durante el periodo de seguimiento.

El análisis visual de los datos muestra que durante la línea base, en ambos participantes la frecuencia de conductas de ideación de suicidio se encontraban entre una y tres veces al día, especialmente entre dos y tres veces por día. Durante las doce semanas de intervención se observa una disminución en la frecuencia diaria de conducta de ideación de suicidio, hasta llegar a cero, lo que ocurrió entre la semana ocho y nueve en ambos casos. Durante el seguimiento post intervención la participante A reportó solo una conducta de ideación de suicidio, mientras que el participante B reportó dos.

Para los datos del caso A, el valor NAP fue de 0.975, lo que se interpreta como un efecto fuerte. Mientras que para el caso B, el valor NAP fue de 0.9124, lo que se interpreta como un efecto medio.

Figura 1.

Datos de frecuencia de ideas suicidas



Indicadores CAMS

Al respecto de los indicadores CAMS, estos fueron medidos cada semana mediante el SSF4 (Anexo 3), se consideró como disminución significativa para cada indicador un reporte por el consultante menor a tres durante al menos dos sesiones consecutivas, ya que

es lo que los autores de CAMS consideran como disminución en los indicadores relacionados al riesgo que indicaría una mejora al respecto de dichos indicadores.

Al respecto del dolor psicológico, se observa que en el caso A y en el caso B (Figuras 2 y 3, respectivamente), no se alcanzó el criterio de disminución. Al respecto del estrés, se observa que tampoco se alcanzó el criterio de disminución (Figura 4 y 5, respectivamente). Al respecto de la agitación, se observa que la participante A alcanzó el criterio de disminución en la semana cuatro del seguimiento (Figura 6), mientras que el caso B no lo alcanzó (Figura 7). Al respecto de la desesperanza se observa que ambos participantes alcanzaron el criterio, la participante A puntuó 2 de la semana del seguimiento dos a la cuatro (Figura 8), mientras que el caso B puntuó de la semana once de intervención hasta la semana cuatro del seguimiento (Figura 9). Al respecto del odio por sí mismo, ambos participantes alcanzaron el criterio, la participante A puntuó en la semana dos, tres y cuatro del seguimiento (Figura 10), mientras que el participante B puntuó de la semana once de intervención hasta la semana cuatro del seguimiento (Figura 11). Finalmente, al respecto del riesgo general de suicidio, ambos participantes alcanzaron el criterio, la participante A reportó un riesgo de 1 de la semana cinco de intervención hasta la semana cuatro del seguimiento (Figura 12), mientras que el participante B reportó la puntuación de 1 de la semana once hasta la semana cuatro del seguimiento (Figura 13).

Las siguientes figuras corresponden a las puntuaciones de dolor psicológico:

Figura 2.

Dolor psicológico, caso A

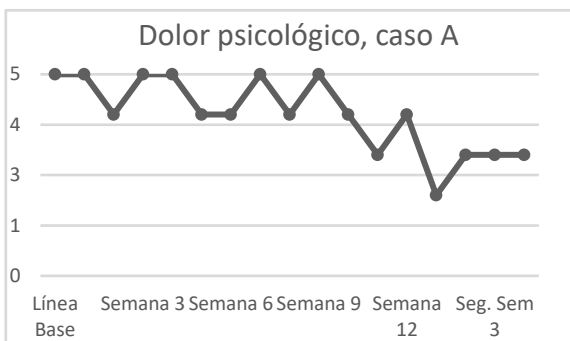
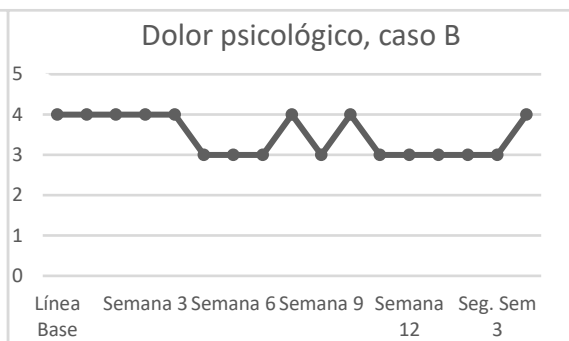


Figura 3.

Dolor psicológico, caso B



Las siguientes figuras corresponden a las puntuaciones de estrés:

Figura 4.

Estrés, caso A

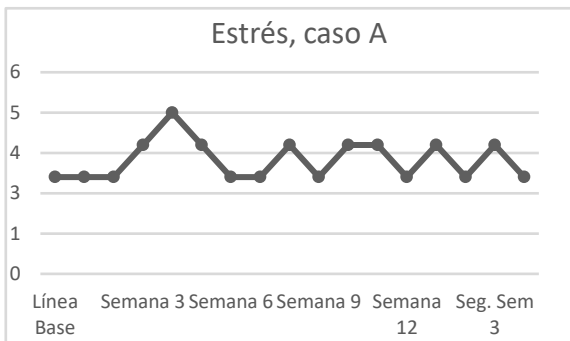
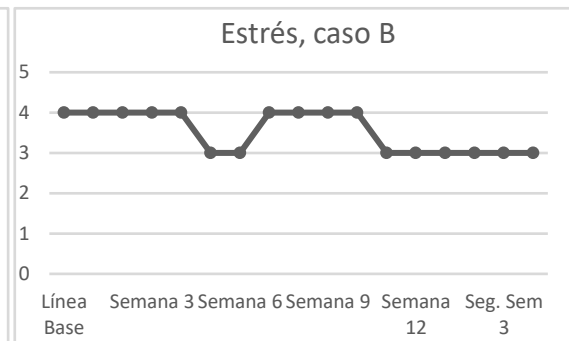


Figura 5.

Estrés, caso B



Las siguientes figuras corresponden a las puntuaciones de agitación:

Figura 6.

Agitación, caso A

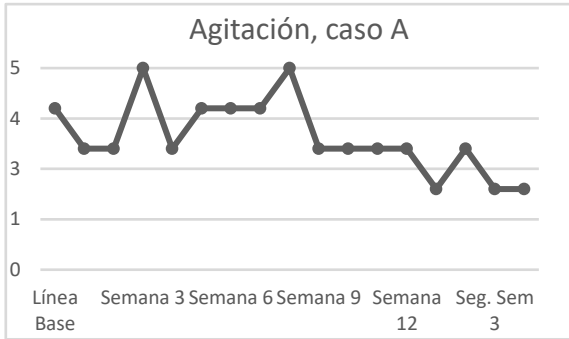
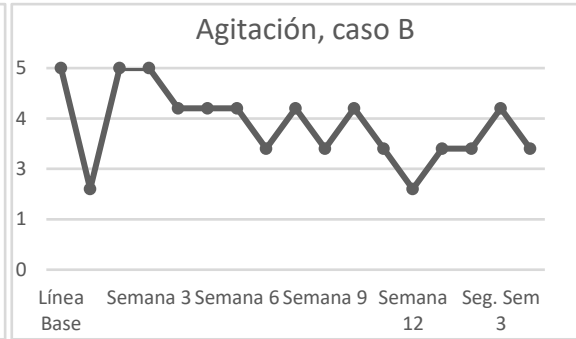


Figura 7.

Agitación, caso B



Las siguientes figuras corresponden a las puntuaciones de desesperanza:

Figura 8.

Desesperanza, caso A

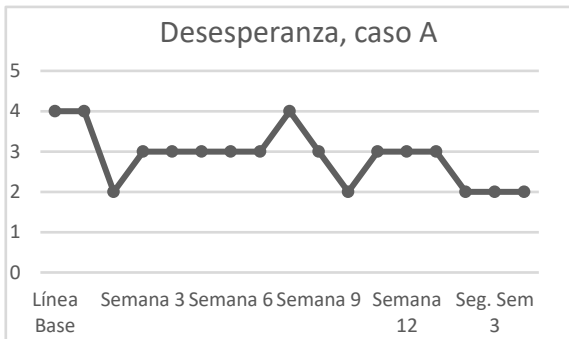
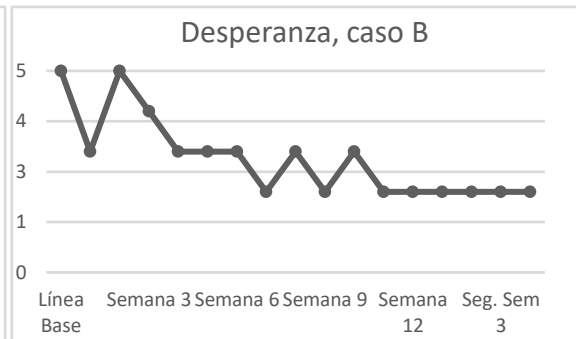


Figura 9.

Desesperanza, caso B



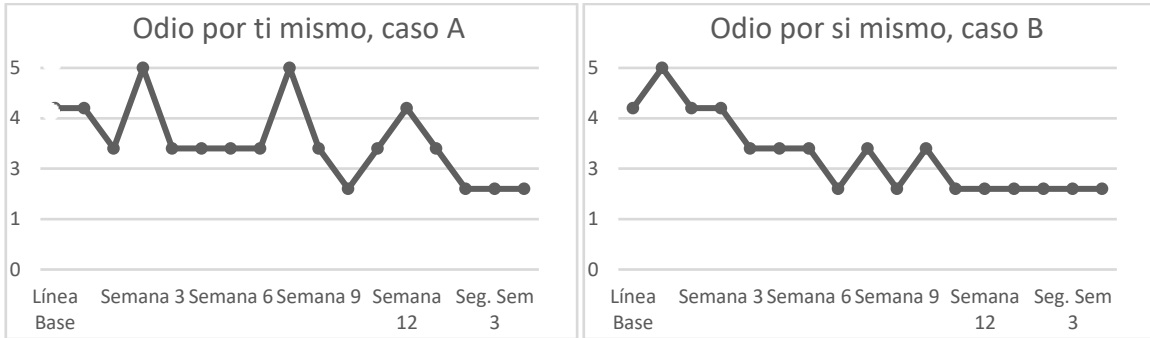
Las siguientes figuras corresponden a las puntuaciones de odio por ti mismo:

Figura 10.

Odio por ti mismo, caso A

Figura 11.

Odio por ti mismo, caso B



Las siguientes figuras corresponden a las puntuaciones del riesgo general de suicidio:

Figura 12.

Riesgo general de suicidio, caso A

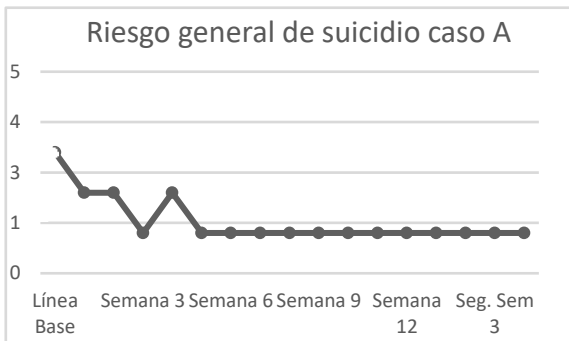
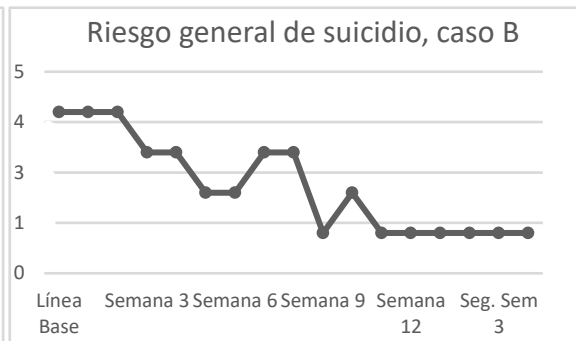


Figura 13.

Riesgo general de suicidio, caso B



Alcance de metas

Al respecto, durante la intervención, en ambos casos se observa un acercamiento a los objetivos y mejora considerable en las situaciones problema descritas anteriormente (Tabla 17). Adicionalmente se les preguntó a las personas participantes lo siguiente: “Durante esta intervención realizada ¿Cómo consideras que fue el alcance de los objetivos acordados durante las sesiones?”, y se reporta como “Alcance reportado por el consultante” (Tabla 18).

Tabla 17.*Alcance de metas observado*

Participantes	Objetivos establecidos	Alcance observado
Participante A	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar las actividades potencialmente reforzantes de manera natural - Desarrollar perspectiva ante pensamientos de autodescripción, de tal manera que dichas autodescripciones no limiten las acciones 	<p>La consultante dice que desde que tomó la perspectiva de que ella no es lo que piensa ni lo que siente, sino quién piensa y siente, le ha sido más fácil moverse en diferentes contextos sin pensar en que tiene mil personalidades o que solo actúa sin ser ella misma. Además de que se involucra en actividades potencialmente reforzantes usando sus habilidades, lo que aumenta la probabilidad de reforzamiento social.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Manejar pensamientos difíciles de tal manera que no imposibiliten la acción a objetivos personales - Manejar emociones de tal manera que permitan la resolución de problemas y no limiten la acción - Desarrollar habilidades que permiten mejores relaciones interpersonales y solución de problemas cotidianos - Dirigir las acciones a algo 	<p>La consultante se involucra activamente en situaciones de la vida cotidiana utilizando las habilidades aprendidas durante la intervención</p> <p>Los pensamientos de vergüenza, miedo a quedarse sola, etc, no presentan tanta dificultad para actual como al inicio, inclusive la consultante identifica y se expone por su cuenta ante pensamientos desagradables y recurrentes como “si participo se van a reír de mi voz”, y luego llega a conclusiones como “lo que me dijo mi mente no me limitó, de hecho, si ni quiera pasó y ya casi no pienso eso, solo cuando es como una situación nueva o con mucho estrés” (sic).</p> <p>La activación fisiológica es menor, y aunque reporta sentir las emociones como miedo y angustia, dice que esto no la limita, ya que no son tan intensas como antes ahora que las aceptó.</p>

Participante B	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir el impacto de los pensamientos sobre las acciones y decisiones - Desarrollar perspectiva al experimentar los pensamientos sobre sí mismo, de tal manera que no impiden involucrarse voluntariamente en hacer cosas importantes 	<p>El consultante reporta manejar mejor los pensamientos sobre sí mismo, se han reducido en intensidad, duración y frecuencia, además de que parece que la función de estos ha cambiado, donde ya no incitan directamente tanta activación y no son enmarcados como “su identidad”, sino como pensamientos. Ante pensamientos aversivos de sí mismo es capaz de involucrarse en actividades valiosas y resolver problemas de la vida cotidiana y aquellos en los que hay mucho estrés involucrado.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Que los pensamientos de la ex relación no detonen crisis de ansiedad incontrolables - Reducir la activación emocional intensa ante pensamientos sobre su ex relación 	<p>El consultante verbaliza que no tiene control sobre los estímulos que le incitan recuerdos de su ex, así como tampoco de lo que deriva mediante el lenguaje, sin embargo, la función de los pensamientos cambió, no incitan tanta activación y es capaz de interrumpir la rumia, notando que es rumia y las consecuencias que implica engancharse. Además, realiza actividades que le recuerdan a su ex enmarcadas en dirección a valores y no solo en “es lo que hacía mi ex”.</p>

En la siguiente tabla se reporta el alcance de los objetivos de acuerdo con lo que dijo el consultante al preguntarle sobre ello:

Tabla 18.

Alcance reportado por el consultante

Participantes	Objetivos establecidos	Alcance reportado
----------------------	-------------------------------	--------------------------

Participante A	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar las actividades potencialmente reforzantes de manera natural - Desarrollar perspectiva ante pensamientos de autodescripción, de tal manera que dichas autodescripciones no limiten las acciones 	<p>“La verdad es que ya he hecho más cosas por mí, que es lo que te decía que no podía hacer por mis emociones” (sic)</p> <p>“Y de hecho cuando mi mente me dice cosas feas de mí, con juicios, ya me doy cuenta y decido que eso no defina mi día, y luego de un rato a veces se me olvida” (sic)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Manejar pensamientos difíciles de tal manera que no imposibiliten la acción a objetivos personales - Manejar emociones de tal manera que permitan la resolución de problemas y no limiten la acción - Desarrollar habilidades que permiten mejores relaciones interpersonales y solución de problemas cotidianos 	<p>“Las habilidades del grupo me han servido muchísimo, uso mucho mente sabia para tomar decisiones, al inicio costaba, pero ahora ya sale mejor, y ya no siento que mis impulsos decidan por mí, lo hago yo con esas habilidades” (sic)</p> <p>“Hasta con mis amigas, con las de regulación emocional si me han servido en momentos de emociones fuertes, como que ya lo manejo mucho mejor que al inicio, aunque a veces mi mente me gana y pienso que no avanzo nada, pero justo luego veo que si he avanzado” (sic)</p>
Participante B	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir el impacto de los pensamientos sobre las acciones y decisiones - Desarrollar perspectiva al experimentar los pensamientos sobre sí mismo, de tal manera que no impiden involucrarse voluntariamente en hacer cosas importantes 	<p>“Sí he mejorado mucho en eso, ya van varias semanas en las que mi mente no me crítica y no están esos pensamientos, y cuando han estado es como si ya no tuvieran la fuerza para controlarme” (sic)</p> <p>“Me doy cuenta cuando voy a entrar en el bucle y elijo hacer algo diferente que me de paz” (sic)</p>

-
- Que los pensamientos de la ex relación no detonen crisis de ansiedad incontrolables
 - Reducir la activación emocional intensa ante pensamientos sobre su ex relación

“Esto ha sido más difícil porque hay cosas que no controlo que me lo recuerdan, pero aprendí eso también, que no es mi culpa cuando pienso en él porque pues me acuerdo, y algunas veces duele más que otras...lo que, si es que eso ya no me lleva a crisis, ya no me enredo en todo los malos pensamientos, o bueno, llegan, pero duran poco, no son tan difíciles, la verdad me dio paz saber que si pude hacer algo hasta cuando me mandó mensaje, no entré en crisis y lo manejé bien” (sic)

En conclusión, sobre los resultados del alcance de metas, se puede decir que lo observado por el terapeuta y lo reportado por los consultantes parece ir en la misma línea, ya que se notan cambios tanto en la intensidad, duración y frecuencia de las conductas clínicamente relevantes, así como también cambios en las funciones de dichas conductas, lo que permite atender a otros discriminativos que evoquen operantes orientadas a metas y valores.

Capítulo 6. Discusión

El objetivo del estudio fue determinar el efecto del abordaje colaborativo CAMS desde la perspectiva conductual-contextual sobre la ideación suicida en personas con riesgo de suicidio en la CDMX. De acuerdo con la información obtenida, es pertinente considerar que la intervención tuvo efectos positivos sobre la ideación suicida en casos de riesgo de suicidio con presencia de ideación suicida. Este dato indica que a lo largo de la intervención la ideación suicida redujo en frecuencia de ocurrencia. Lo anterior coincide con hallazgos previos donde se ha reportado una disminución de ideación suicida (Hanratty et al., 2019 y Swift et al., 2021).

Se observó que algunos de los indicadores CAMS del riesgo de suicidio, de acuerdo con lo que plantean los autores como indicio de que se resolvieron las tendencias suicidas, disminuyeron, mientras otros no. En particular, la intervención ayudó a que en ambos casos se redujera la desesperanza, el odio por sí mismo y el riesgo general de suicidio. Posterior a la intervención los participantes reportaron que los objetivos planteados fueron alcanzados, además se observaron comportamientos que denotan cierto trabajo y desarrollo de flexibilidad psicológica como tomar distancia de pensamientos, hacerles espacio a emociones displacenteras y actuar aun ante el malestar al servicio de los valores personales y lo que es importante.

El abordaje colaborativo CAMS es una intervención relativamente novedosa en el abordaje del riesgo de suicidio y no existe literatura previa sobre el uso del marco de trabajo CAMS en México, lo cual en un primer momento también motivó este estudio. Partiendo de hallazgos previos donde se ha demostrado que CAMS es una intervención efectiva para estabilizar el riesgo de suicidio (Hanratty et al., 2019 y Swift et al., 2021) y

con los resultados de este primer estudio realizado en México, podría resultar factible considerar que CAMS desde la perspectiva conductual contextual es una alternativa viable para intervenir en casos de riesgo de suicidio moderado con ideación suicida para la estabilización del riesgo y el trabajo con los detonadores.

Por la naturaleza de la intervención el trabajo principal sobre los detonadores es ambiguo y dependerá de la formación y disponibilidad de los recursos humanos de los espacios e instituciones donde se pretenda implementar como una vía de acción para tratar casos de riesgo desde una primera aproximación. Lo anterior puede resultar una ventaja y un inconveniente al mismo tiempo. Por un lado, plantear el trabajo sobre los detonadores desde cualquier marco teórico permitiría que, considerando la diversidad de propuestas existentes en la psicología clínica, especialmente en la psicoterapia, el marco de trabajo sea fácil de implementar y aprender, además aseguraría una intervención al menos orientada a la estabilización del riesgo de suicidio, en contextos principalmente comunitarios donde otras formaciones más especializadas que han demostrado influir y ser efectivas en casos de riesgo de suicidio no estén presentes, como Terapia Dialéctica Conductual (Linehan et al., 2015; McCauley et al., 2018; D'Anci et al., 2019 y Kothgassner et al., 2021), Terapia de Aceptación y Compromiso (Ducasse et al., 2018; Tighe et al., 2018), Activación Conductual (Hopko et al., 2003) o Terapia Cognitiva Conductual (D'Anci et al., 2019 y Wu et al., 2022). Además, dichas formaciones, en particular DBT, que es la propuesta que más ha demostrado efectividad, suelen ser costosas en formación e implementación, son propuestas largas y que implican un trabajo en equipo de al menos tres personas formadas en DBT, lo cual en contextos comunitarios es poco probable de encontrar.

A pesar de los esfuerzos realizados existen algunas limitaciones de la investigación que deben considerarse en la interpretación de la información aquí descrita. Por un lado, se encuentra el cambio realizado en la estrategia de medición de la variable dependiente, ya que eso pudo sesgar los datos recabados. Por otro lado, a lo largo del estudio se observó que resulta especialmente difícil medir objetivamente un comportamiento interno privado, como en este caso la ideación suicida.

Por otro lado, ya que el marco de trabajo CAMS no propone un cuerpo teórico claro, ya que no es su objetivo, resulta pertinente cuestionar si es el marco de trabajo CAMS y sus propuestas lo que hacen que la intervención sea efectiva, ya que es complicado delimitar los mecanismos de cambio específicos, cuestionamiento realizado desde los esfuerzos y propuestas de la investigación de procesos. En este estudio, por ejemplo, nos podemos cuestionar si el responsable del cambio es el marco de trabajo CAMS (intervención sobre detonadores) o las estrategias de intervención desde el modelo conductual contextual, surgirán preguntas como las siguientes: ¿Qué mecanismos en específico fueron los responsables del cambio, usar el marco de trabajo CAMS, desarrollar flexibilidad psicológica, entrenar habilidades DBT o desarrollar flexibilidad psicológica en conjunto con el entrenamiento en habilidades DBT? Por lo anterior, la interpretación de este estudio se puede limitar a sugerir que el abordaje colaborativo CAMS, desde la perspectiva conductual-contextual (es decir, que la intervención en los detonadores se basa en evaluaciones funcionales del comportamiento como la herramienta de evaluación y con premisas de las terapias conductuales-contextuales para la intervención) parece ser efectivo en la disminución de ideación suicida y del riesgo de suicidio reportado por las personas participantes.

A pesar de las limitaciones descritas, se resalta el hecho de que las conductas de ideación suicida decrementaron significativamente, aunque sin remitir del todo, y que el cambio se mantuvo durante el seguimiento, así como el riesgo de suicidio general reportado. Adicionalmente, las dos personas participantes reportaron una alta satisfacción con la intervención, así como reportes positivos de los participantes al respecto del alcance de los objetivos. Dichos objetivos fueron planteados además en términos de procesos, no de presencia o ausencia, por lo que el alcance de dichos objetivos va acorde a lo que se ha planteado al respecto de considerar los objetivos vitales y metas como principal indicador de cambio clínico en las terapias conductuales-contextuales (Pérez, 2014).

Futuras investigaciones se pueden derivar de los datos aquí presentados, por ejemplo, realizar esfuerzos orientados a mejorar las estrategias de medición de conducta interna privada. Por supuesto vale la pena continuar con la investigación de la efectividad de CAMS en población mexicana para llegar a conclusiones más sólidas sobre la pertinencia del uso del marco de trabajo CAMS. Finalmente, se podrían derivar investigaciones orientadas a pulir las lagunas teóricas y precisiones de la efectividad, por ejemplo, desarrollado estudios que comparen el uso de CAMS en combinación con diversos marcos teóricos, por ejemplo, CAMS+DBT vs CAMS+ACT vs CAMS+terapia psicodinámica vs CAMS+terapia cognitiva vs CAMS+terapia de conducta tradicional, o propuestas similares. Lo cual aportaría información sobre la efectividad del tratamiento en el sentido de, si lo que es efectivo es el marco de trabajo, o las estrategias implementadas desde un modelo teórico en particular.

Pasos institucionales y de los investigadores en un futuro, deberán considerar que atender y priorizar los casos de riesgo de suicidio con una atención oportuna y basada en la

evidencia es un paso más que necesario en cualquier contexto. Especialmente en México valdría la pena determinar la efectividad de CAMS, y sumado a la facilidad de aprender el marco de trabajo, lo anterior beneficiaría a la salud pública, a las instituciones y a las y los consultantes.

Referencias

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American psychologist*, 61(4), 271–285.

<https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>

Andreasson, K., Krogh, J., Wenneberg, C., Jessen, H. K. L., Krakauer, K., Gluud, C., Nordentoft, M. (2016). Effectiveness of dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality treatment for reduction of self-harm in adults with borderline personality traits and disorder-a randomized observer-blinded clinical trial. *Depression and Anxiety*, 33(6), 520–530.

<https://doi.org/10.1002/da.22472>

Albert, U., De Ronchi, D., Maina, G., & Pompili, M. (2019). Suicide Risk in Obsessive-Compulsive Disorder and Exploration of Risk Factors: A Systematic Review. *Current Neuropharmacology*, 17(8), 681–696.

<https://doi.org/10.2174/1570159X16666180620155941>

Arenas-Landgrave, P., Hermosillo-de-la-Torre, A. E., Vázquez-García, A., Reyes-Ortega, M. A., Arenas-Castañeda, P. E., Tejadilla-Orozco, D. I., Espinoza-Méndez, P., Molina-López, A., Molina-Pizarro, C. A. y Malo, H. M. (2023). Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio: articulando los servicios de salud en México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 5(2023), 1-12

<https://revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/296>

Bagge, C. L., Littlefield, A. K., Wiegand, T. J., Hawkins, E., Trim, R. S., Schumacher, J. A., Simons, K., & Conner, K. R. (2022). A controlled examination of acute warning

signs for suicide attempts among hospitalized patients. *Psychological medicine*, 1–9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004712>

Bahji, A., Pierce, M., Wong, J., Roberge, J. N., Ortega, I., & Patten, S. (2021). Comparative Efficacy and Acceptability of Psychotherapies for Self-harm and Suicidal Behavior Among Children and Adolescents: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *JAMA network open*, 4(4), <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.6614>

Borges, G., Garcia, J. A., Pirkis, J., Spittal, M. J., Gunnell, D., Sinyor, M., & John, A. (2022). A state level analyses of suicide and the COVID-19 pandemic in Mexico. *BMC Psychiatry*, 22(1), 460. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04095-8>

Brausch, A. M., & Gutierrez, P. M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 39(3), 233–242. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9482-0>

Brausch, A. M., O'Connor, S. S., Powers, J. T., McClay, M. M., Gregory, J. A., & Jobes, D. A. (2020). Validating the Suicide Status Form for the Collaborative Assessment and Management of Suicidality in a Psychiatric Adolescent Sample. *Suicide & life-threatening behavior*, 50(1), 263–276. <https://doi.org/10.1111/sltb.12587>

Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 9(2), e89944. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089944>

- Center for Mental Health Services (US), y Office of the Surgeon General (US). (2001). *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action*. US Public Health Service.
- Chávez-Hernández, A.-M., y Leenaars, A. A. (2010). *Edwin S Shneidman y la suicidología moderna*. 33(4), 355–360.
- Chehil, S., & Kutcher, S. P. (2012). *Suicide Risk Management: A Manual for Health Professionals* (2nd Edition). Wiley-Blackwell.
- Chiles, J.A., Strosahl, K.D. & Roberts, L.W. (2019). *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients* (2a edición). Washington DC: American psychiatric association publishing.
- Chiang, Y. H., Ma, Y. C., Lin, Y. C., Jiang, J. L., Wu, M. H., y Chiang, K. C. (2022). The Relationship between Depressive Symptoms, Rumination, and Suicide Ideation in Patients with Depression. *International journal of environmental research and public health*, 19(21), 14492. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114492>
- Chung, J., Yamp; Koerner, K. (2020). A novel engagement of suicidality in the emergency department: Virtual Collaborative Assessment and Management of Suicidality. *General hospital psychiatry*, 63, 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2018.05.005>
- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation. *Comprehensive psychiatry*, 48(2), 137–144. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.10.009>

- Crosby, A.E., Ortega, L. y Melanson, C. (2011). Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements: Centers for Disease Control and Prevention, and National Center for Injury Prevention and Control. [e](#)
- D'Anci, K. E., Uhl, S., Giradi, G., & Martin, C. (2019). Treatments for the Prevention and Management of Suicide: A Systematic Review. *Annals of internal medicine*, 171(5), 334–342. <https://doi.org/10.7326/M19-0869>
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J., Kerkhof, A. J. F. M., y Bille Brahe, U. (2004). Definitions of Suicidal Behaviour. En D. De Leo, U. Bille Brahe, A. J. F. M. Kerkhof, & A. Schmidtke (Eds.), *Suicidal Behaviour: Theories and Research Findings*. (pp. 17-39). Göttingen, Hogrefe and Huber.
- Dixon, M. R., Jackson, J. W., Small, S. L., Horner-King, M. J., Lik, N. M., Garcia, Y., & Rosales, R. (2009). Creating single-subject design graphs in Microsoft Excel 2007. *Journal of applied behavior analysis*, 42(2), 277–293. <https://doi.org/10.1901/jaba.2009.42-277>
- Ducasse, D., Jaussent, I., Arpon-Brand, V., Vienot, M., Laglaoui, C., Béziat, S., Calati, R., Carrière, I., Guillaume, S., Courtet, P., & Olié, E. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for the Management of Suicidal Patients: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(4), 211–222. <https://doi.org/10.1159/000488715>
- Durkheim, E. (1897). *Le Suicide: Étude de sociologie*. Félix Alcan.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*.

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

Feldner, M. T., Smith, R. C., Monson, C. M., & Zvolensky, M. J. (2013). Initial evaluation of an integrated treatment for comorbid PTSD and smoking using a nonconcurrent, multiple-baseline design. *Behavior therapy, 44*(3), 514–528.

<https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.003>

García-Dolores, F., Tendilla-Beltrán, H., Flores, F., Carbajal-Rimoldi, L. A., Mendoza-Morales, R. C., Gómez-Mendoza, L. E., Vázquez-Hernández, A. J., de la Cruz, F., Genis-Mendoza, A. D., Nicolini, H., & Flores, G. (2023). Increased suicide rates in Mexico City during the COVID-19 pandemic outbreak: An analysis spanning from 2016 to 2021. *Heliyon, 9*(6), e16420. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e16420>

Gillies, D., Christou, M. A., Dixon, A. C., Featherston, O. J., Rapti, I., Garcia-Anguita, A., Villasis-Keever, M., Reebye, P., Christou, E., Al Kabir, N., y Christou, P. A. (2018). Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990-2015. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 57*(10), 733–741.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.018>

Hamedi, A., Colborn, V. A., Bell, M., Chalker, S. A., & Jobes, D. A. (2019). Attentional bias and the Suicide Status Form: Behavioral perseveration of written responses. *Behaviour research and therapy, 120*, 103403.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.04.011>

- Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clinical psychology review*, 32(6), 482–495.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>
- Hanratty, D., Kilicaslan, J., Wilding, H., & Castle, D. (2019). A systematic review of efficacy of Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) in managing suicide risk and deliberate self-harm in adult populations. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 27(6), 559–564. <https://doi.org/10.1177/1039856219848832>
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (2015). Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd Edition). Nueva York: Guilford.
- Hernstein, R.J. (1961). Relative and absolute strength of response as a function of frequency of reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 4, 267– 272.
- Holman, M. S., & Williams, M. N. (2020). Suicide Risk and Protective Factors: A Network Approach. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 26(1), 137–154.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1774454>
- Hopko, D. R., Sanchez, L., Hopko, S. D., Dvir, S., & Lejuez, C. W. (2003). Behavioral activation and the prevention of suicidal behaviors in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 17(5), 460–478.
<https://doi.org/10.1521/pedi.17.5.460.22970>

- Khoso, A. B., Noureen, A., Un Nisa, Z., Hodkinson, A., Elahi, A., Arshad, U., Naz, A., Bhatti, M. M., Asif, M., Husain, M. O., Husain, M. I., Chaudhry, N., Husain, N., Chaudhry, I. B., & Panagioti, M. (2023). Prevalence of suicidal ideation and suicide attempts in individuals with psychosis and bipolar disorder in South Asia: Systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, *9*(6), e179. <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.570>
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *51*(7), 1057–1067. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>
- Jobes, D. A., Casey, J. O., Berman, A. L., & Wright, D. G. (1991). Empirical criteria for the determination of suicide manner of death. *Journal of Forensic Sciences*, *36*(1), 244–256.
- Jacobs, D. G., Baldessarini, R. J., Conwell, Y., Fawcett, J.A., Horton, L., Meltzer, H., Preffer, C., Simon, R. (2003). Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. American Psychiatric Association. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf
- Jobes, D. A. (2012). The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): An evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *42*(6), 640–653. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00119.x>

- Jobes A, D. (2016). *Managing Suicidal Risk: A Collaborative Approach* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Jobes, D. A., Comtois, K. A., Gutierrez, P. M., Brenner, L. A., Huh, D., Chalker, S. A., Ruhe, G., Kerbrat, A. H., Atkins, D. C., Jennings, K., Crumlish, J., Corona, C. D., Connor, S. O., Hendricks, K. E., Schembari, B., Singer, B., & Crow, B. (2017). A Randomized Controlled Trial of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality versus Enhanced Care as Usual With Suicidal Soldiers. *Psychiatry*, 80(4), 339–356. <https://doi.org/10.1080/00332747.2017.1354607>
- Kazdin, A.E. (2011). *Single-Case Research Designs: Methods for Clinical and Applied Settings*, 2nd Edition. Oxford University Press.
- Kazgan Kılıçaslan, A., Yıldız, S., Kurt, O., y Atmaca, M. (2022). Comparison of Non-suicidal Self-Injury and Suicide Attempts in Relation to Anger Rumination. *Alpha psychiatry*, 23(2), 82–88. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2022.21620>
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 51(7), 1057–1067. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>
- Kratochwill, T. R., Levin, J. R., Morin, K. L., & Lindström, E. R. (2022). Examining and Enhancing the Methodological Quality of Nonconcurrent Multiple-Baseline Designs. *Perspectives on behavior science*, 45(3), 651–660. <https://doi.org/10.1007/s40614-022-00341-2>

- Law, K. C., y Tucker, R. P. (2018). Repetitive negative thinking and suicide: a burgeoning literature with need for further exploration. *Current opinion in psychology*, 22, 68–72. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.027>
- Lin, Y., Wei, Q., Luo, S., Ye, X., Zheng, F., Zheng, L., Lu, X., Li, H., & Wu, S. (2023). The risk of suicidal intention in severe mental illness: An ecological perspective. *Psychology and Psychotherapy*, 96(4), 1044–1061. <https://doi.org/10.1111/papt.12495>
- Linehan, M.M. (1993). Cognitive behavioral therapy for borderline personality disorder. Nueva York: Guilford.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., McDavid, J., Comtois, K. A., & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: A randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475–482. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>
- Lumpkin, P. W., Silverman, W. K., Weems, C. F., Markham, M. R., & Kurtines, W. M. (2002). Treating a heterogeneous set of anxiety disorders in youths with group cognitive behavioral therapy: A partially nonconcurrent multiple-baseline evaluation. *Behavior Therapy*, 33(1), 163–177. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(02\)80011-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(02)80011-9)
- Lynch, T., Bathe, V. C., & Jobes, D. A. (2022). The Content of Patient-Identified Suicidal Detonadores within CAMS Treatment Planning. *Archives of suicide research*:

official journal of the International Academy for Suicide Research, 1–7. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/13811118.2022.2151958>

Martí, M. T. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Universidad Autónoma de Madrid.

Mayer-Villa, P. A., Morales-Gordillo, N., Victoria-Figueroa, G., y Ulloa-Flores, R. E. (2016). Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: Un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial. *Salud Pública de México*, 58(3), 335–336. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i3.7893>

McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, M., Gallop, R., & Linehan, M. M. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777–785. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109>

McMullen, L., Parghi, N., Rogers, M. L., Yao, H., Bloch-Elkouby, S., & Galynker, I. (2021). The role of suicide ideation in assessing near-term suicide risk: A machine learning approach. *Psychiatry Research*, 304, 114118. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114118>

Mirkovic, B., Delvenne, V., Robin, M., Pham-Scottet, A., Corcos, M., y Speranza, M. (2021). Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: the mediating role of emotional dysregulation. *BMC psychiatry*, 21(1), 393. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03377-x>

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *192*(2), 98–105.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>

Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: Nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, *40*(4), 357–367.

<https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.006>

Parker, R. I., Vannest, K. J., & Davis, J. L. (2011). Effect size in single-case research: a review of nine nonoverlap techniques. *Behavior modification*, *35*(4), 303–322.

<https://doi.org/10.1177/0145445511399147>

Pérez-Álvarez, M., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Rodríguez, C., & Amigo-Vázquez, I. (2013). El fin de la inocencia en los tratamientos psicológicos. Análisis de la situación actual. En *Guía de tratamientos psicológicos eficaces (I). Adultos* (2nd ed., pp. 17–34). Pirámide.

Pistorello, J., Jobes, D. A., Gallop, R., Compton, S. N., Locey, N. S., Au, J. S., Noose, S. K., Walloch, J. C., Johnson, J., Young, M., Dickens, Y., Chatham, P., yamp; Jeffcoat, T. (2021). A Randomized Controlled Trial of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) Versus Treatment as Usual (TAU) for Suicidal College Students. *Archives of suicide research: official journal*

of the *International Academy for Suicide Research*, 25(4), 765–789.

<https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1749742>

Poon, J., Galione, J. N., Grocott, L. R., Horowitz, K. J., Kudinova, A. Y., & Kim, K. L. (2022). Dialectical behavior therapy for adolescents (DBT-A): Outcomes among sexual minorities at high risk for suicide. *Suicide & life-threatening behavior*, 52(3), 383–391. <https://doi.org/10.1111/sltb.12828>

Ramchand, R., Franklin, E., Thornton, E., Deland, S., & Rouse, J. (2017). Opportunities to intervene? "Warning signs" for suicide in the days before dying. *Death studies*, 41(6), 368–375. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1284956>

Reyes, O. M. & Tena, S. A. (2016). *Regulación Emocional en la Práctica Clínica: Una Guía para Terapeutas*. Manual Moderno.

Reyes, O. M. A., y Strosahl, K. D. (2020). *Guía clínica de evaluación y tratamiento del comportamiento suicida*. Manual Moderno.

Rogers, M. L., y Joiner, T. E. (2017). Rumination, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts: A Meta-Analytic Review. *Review of General Psychology*, 21(2), 132–142. <https://doi.org/10.1037/gpr0000101>

Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner, T. E., Jr, Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., Van Orden, K., & Witte, T. (2006). Warning signs for suicide: theory, research, and clinical applications. *Suicide & life-threatening behavior*, 36(3), 255–262. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.3.255>

Ryberg, W., Diep, L. M., Landrø, N. I., y Fosse, R. (2020). Effects of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) Model: A Secondary Analysis

of Moderation and Influencing Factors. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 24(4), 589–608.

<https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1650143>

Secretaría de Salud. (2022). *Programa nacional para la prevención del suicidio*.

<https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-nacional-para-la-prevencion-de-suicidio>

Simon, O. R., Swann, A. C., Powell, K. E., Potter, L. B., Kresnow, M. J., & O'Carroll, P.

W. (2001). Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide & life-threatening behavior*, 32(1 Suppl), 49–59.

<https://doi.org/10.1521/suli.32.1.5.49.24212>

Stanley, I. H., Boffa, J. W., Rogers, M. L., Hom, M. A., Albanese, B. J., Chu, C., Capron,

D. W., Schmidt, N. B., y Joiner, T. E. (2018). Anxiety sensitivity and suicidal ideation/suicide risk: A meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(11), 946–960.

<https://doi.org/10.1037/ccp0000342>

Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T.,

Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K., & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline

personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>

Sveticic, J., & De Leo, D. (2012). The hypothesis of a continuum in suicidality: a

discussion on its validity and practical implications. *Mental illness*, 4(2), e15.

<https://doi.org/10.4081/mi.2012.e15>

- Swift, J. K., Trusty, W. T., & Penix, E. A. (2021). The effectiveness of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) compared to alternative treatment conditions: A meta-analysis. *Suicide & life-threatening behavior*, 51(5), 882–896. <https://doi.org/10.1111/sltb.12765>
- Teismann, T., Forkmann, T., Michalak, J., y Brailovskaia, J. (2021). Repetitive Negative Thinking About Suicide: Associations with Lifetime Suicide Attempts. *Clinical psychology in Europe*, 3(3), e5579. <https://doi.org/10.32872/cpe.5579>
- Thompson, A. H., Dewa, C. S., & Phare, S. (2012). The suicidal process: age of onset and severity of suicidal behaviour. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(8), 1263–1269. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0434-0>
- Tighe, J., Nicholas, J., Shand, F., & Christensen, H. (2018). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Suicidal Ideation and Deliberate Self-Harm: Systematic Review. *JMIR Mental Health*, 5(2), e10732. <https://doi.org/10.2196/10732>
- Valdez-Santiago, R., Villalobos Hernández, A., Arenas-Monreal, L., Benjet, C., & Vázquez García, A. (2023). Conducta suicida en México: Análisis comparativo entre población adolescente y adulta. *Salud Pública de México*, 65, s110–s116. <https://doi.org/10.21149/14815>
- Villarroel G, J., Jerez C, S., Montenegro M, M. A., Montes A, C., Igor M, M., y Silva I, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: Conceptualización y diagnóstico. Non suicidal self injuries in clinical practice.

Revista chilena de neuro-psiquiatría, 51(1), 38–45.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100006>

Wilson, A. N., Dzugan, E., & Hutchinson, V. D. (2021). Using a Nonconcurrent Multiple-Baseline Across-Participants Design to Examine the Effects of Individualized ACT at School. *Behavior analysis in practice*, 15(1), 141–154.

<https://doi.org/10.1007/s40617-021-00558-8>

Wingate, L. R., Joiner, T. E., Walker, R. L., Rudd, M. D., & Jobes, D. A. (2004).

Empirically informed approaches to topics in suicide risk assessment. *Behavioral Sciences & the Law*, 22(5), 651–665. <https://doi.org/10.1002/bsl.612>

Wen, X., Eiden, R. D., Justicia-Linde, F. E., Wang, Y., Higgins, S. T., Thor, N., Haghdel, A., Peters, A. R., & Epstein, L. H. (2019). A multicomponent behavioral intervention for smoking cessation during pregnancy: a nonconcurrent multiple-baseline design. *Translational behavioral medicine*, 9(2), 308–318.

<https://doi.org/10.1093/tbm/iby027>

Wolff, J. C., Thompson, E., Thomas, S. A., Nesi, J., Bettis, A. H., Ransford, B., Scopelliti, K., Frazier, E. A., y Liu, R. T. (2019). Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 59, 25–36.

<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.03.004>

World Health Organization and Panamerican Health Organization (1998). *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42043>

World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates.*

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

Wu, H., Lu, L., Qian, Y., Jin, X.-H., Yu, H.-R., Du, L., Fu, X.-L., Zhu, B., & Chen, H.-L.

(2022). The significance of cognitive-behavioral therapy on suicide: An umbrella review. *Journal of Affective Disorders*, 317, 142–148.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.067>

Wyder, M., & De Leo, D. (2007). Behind impulsive suicide attempts: indications from a community study. *Journal of affective disorders*, 104(1-3), 167–173.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.02.015>

Zaragozano, J.F. (2017). Autolesiones en la adolescencia: Una conducta emergente.

BOLETIN Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA, 47(2), 37–45.

<http://spars.es/wp-content/uploads/2018/04/Vol47-n2-1.pdf>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Consentimiento informado

Estimada participante, por favor lea atentamente el siguiente documento que tiene como finalidad explicar el uso y confidencialidad de sus datos, sus derechos, compromisos y características con respecto al proyecto: “Abordaje colaborativo CAMS desde la perspectiva conductual-contextual sobre ideación suicida en población clínica comunitaria en riesgo de suicidio”. Si tiene cualquier duda consulte con José Francisco Gómez Contreras al número celular 55-50-31-22-90 vía WhatsApp o mensaje de texto.

I. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

El psicólogo se apega a los lineamientos establecidos en el Código Ético del Psicólogo en México en el art. 61, el cual especifica que se mantiene la confidencialidad debida al crear, almacenar, recuperar, transferir y eliminar registros, y toda la información obtenida a partir de la relación profesional, sean estos escritos, automatizados o en cualquier otro formato. El psicólogo puede mostrar información confidencial siempre y cuando cuente con el consentimiento escrito de la persona atendida (o de otra persona legalmente autorizada en representación de esta), a menos que la ley lo prohíba, acorde con el art. 137 del Código Ético del Psicólogo en México. Por último, Entiendo que el terapeuta puede ser forzado para divulgar información sobre mi si hay una percepción de daño potencial para mi u otros, si hay un informe de abuso infantil o si existe un requisito legal para compartir información. De otra manera no se divulgarán datos sobre mi o el tratamiento sin mi declaración expresa y consentimiento informado.

II. CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO

El proyecto de investigación titulado “Abordaje colaborativo CAMS desde la perspectiva conductual-contextual sobre ideación suicida en población clínica comunitaria en riesgo de suicidio” se lleva a cabo con la finalidad de obtener evidencia con respecto al uso de CAMS en población mexicana, el cual se llevará a cabo por una persona certificada por CAMS-CARE en la implementación del abordaje colaborativo CAMS. El proyecto consiste en 12 sesiones mediante las cuales se elaboran y se trabajan los principales desencadenantes del comportamiento relacionado con el suicidio, y mediante la evaluación constante se observa el efecto del trabajo con los desencadenantes en constructos como desesperanza, dolor psicológico, estrés, entre otros. Durante la intervención se llevará a cabo el registro diario del comportamiento definido como “ideación suicida”, y se observará su frecuencia durante la intervención, la cual será mediada por CAMS desde la perspectiva conductual-contextual, la cual consiste en el análisis del comportamiento según los principios científicos de la psicología basada en la evidencia, que ayuda a entender la adquisición y el mantenimiento de la conducta. La participación en el proyecto otorga el beneficio de recibir atención psicológica gratuita y focalizada en deseos de quitarse la vida, desde una perspectiva basada en la evidencia que permitirá adquirir habilidades para afrontar situaciones difíciles.

III. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las actividades que involucran la participación en el proyecto son tomadas por los participantes y el abandono no tendrá ninguna repercusión de cualquier tipo hacia su persona ni atención recibida en el Centro Comunitario “Los Volcanes”. La participación en el proyecto requiere de su compromiso de asistencia, puntualidad e involucrarse de manera activa en las actividades, además de su colaboración en gestionar una serie de documentos y/o cuestionarios, con información personal que será utilizada por el terapeuta para evaluación, tratamiento y análisis de datos. El consentimiento con respecto al uso de datos y confidencialidad solo podrá ser roto por el terapeuta en caso de que la vida de los participantes o terceros peligre o una autoridad legal así lo solicite.

IV. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____, comprendo la información anterior y mis preguntas han sido contestadas de manera oportuna y satisfactoria. Asimismo, manifiesto:

1. Mi participación en el proyecto llamado “Abordaje colaborativo CAMS desde la perspectiva conductual-contextual sobre ideación suicida en población clínica comunitaria en riesgo de suicidio”, llevado a cabo por José Francisco Gómez Contreras, dirigido y supervisado por la Dra. Paulina Arenas Landgrave, profesora titular tipo A de tiempo completo de la Facultad de Psicología, con cédula profesional 08703020.
2. Que la información que le brinde al psicólogo es verdadera y corresponde con mi realidad, ya que sobre dicha información se plantean las propuestas de mi intervención.
3. Que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él deriven y accedo a lo anteriormente mencionado.
4. Que el trabajo será reportado en un documento recepcional de obtención de grado, con la posibilidad de ser publicado, manteniendo siempre la confidencialidad pertinente y cuidado con mis datos personales.
4. Y finalmente recibiré una copia firmada de esta forma de consentimiento.

Nombre y firma del participante

Nombre y forma del psicólogo

Fecha: _____, _____ de _____ de 2023, CDMX

Anexo 2.

Formato de registro conductual

	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5
F R E C U E N C I A					

	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
F R E C U E N C I A							

	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6
F R E C U E N C I A						

Anexo 3.

Formato de SSF4

CAMS Formulario de Categoría de Suicidio (SSF-4) Sesión Inicial

Paciente: _____ Terapeuta: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Sección A (Paciente):			
Califica y rellena cada artículo de acuerdo con cómo te sientes <u>en este momento</u> . Rango Luego coloca en orden de importancia del 1 al 5 (1 = más importante a 5 = menos importante).			
1) CALIFICA TU DOLOR PSICOLÓGICO (<i>dolor, angustia, o sufrimiento emocional <u>sin</u> calificar el estrés o el dolor físico</i>):	Dolor leve: 1 2 3 4 5 :Dolor fuerte		
Lo que más me duele es: _____			
2) CALIFICA TU ESTRÉS (<i>tu sentimiento general de sentirte presionado o de no soportar más</i>):	Estrés leve: 1 2 3 4 5 :Estrés fuerte		
Lo que más me estresa es: _____			
3) CALIFICA TU AGITACIÓN (<i>urgencia emocional; sentir que debes hacer algo; <u>sin</u> calificar la irritación o la molestia</i>):	Agitación leve: 1 2 3 4 5 :Agitación fuerte		
El momento en el que más siento que necesito hacer algo es cuando: _____			
4) CALIFICA LA DESESPERANZA (<i>tu expectativa de que las cosas no mejorarán no importa lo que hagas</i>):	Desesperanza leve: 1 2 3 4 5 :Desesperanza fuerte		
Me siento más desesperanzado/a respecto a: _____			
5) CALIFICA TU ODIOS POR TI MISMO (<i>tu sentimiento de molestia general por ti mismo; falta de autoestima; falta de respeto por ti mismo</i>):	Odio leve por ti mismo: 1 2 3 4 5 :Odio fuerte por ti mismo		
Lo que más odio de mí mismo es: _____			
N/D 6) CALIFICA EL RIESGO GENERAL DE SUICIDIO:	Riesgo extremadamente bajo: 1 2 3 4 5 :Riesgo extremadamente alto (te matarás)		
1) ¿Cuánto se relaciona el ser suicida con tus pensamientos y sentimientos hacia ti mismo? Nada: 1 2 3 4 5 :Completamente			
2) ¿Cuánto se relaciona el ser suicida con tus pensamientos y sentimientos hacia los demás? Nada: 1 2 3 4 5 :Completamente			
Por favor, enumera tus razones para querer vivir y tus razones para querer morir. Luego ponlas en orden de importancia del 1 al 5.			
Rango	RAZONES PARA VIVIR	Rango	RAZONES PARA MORIR
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
¿Cuánto deseas vivir?: Nada: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 : Mucho			
¿Cuánto deseas morir?: Nada: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 : Mucho			
Lo único que me ayudaría a no sentirme suicida sería: _____			

From Managing Suicidal Risk: A Collaborative Approach, Second Edition. David A. Jobs. Copyright © 2016 The Guilford Press.

CAMS Formulario de Categoría de Suicidio (SSF-4) Sesión Inicial

Sección B (Terapeuta):

S N Ideación suicida Describe: _____

Frecuencia _____ al día _____ a la semana _____ al mes
 Duración _____ segundos _____ minutos _____ horas

S N Plan de suicidio: Cuándo: _____

Dónde: _____

Cómo: _____ Acceso a medios S N

Cómo: _____ Acceso a medios S N

S N Preparación para suicidio Describe: _____

S N Ensayo (práctica) suicida Describe: _____

S N Historial de tendencias suicidas

- Un solo intento de suicidio Describe: _____
- Varios intentos Describe: _____

S N Impulsividad Describe: _____

S N Abuso de sustancias Describe: _____

S N Pérdida significativa Describe: _____

S N Problemas en la relación de pareja Describe: _____

S N Carga para los demás Describe: _____

S N Problemas de salud/dolor físico Describe: _____

S N Problemas de sueño Describe: _____

S N Problemas legales/financieros Describe: _____

S N Vergüenza Describe: _____

Sección C (Terapeuta):

PLAN DE TRATAMIENTO (Referirse a Secciones A y B)

Problema #	Descripción del problema	Metas y objetivos	Intervenciones	Duración
1	<i>Potencial de autolesión</i>	<i>Seguridad y estabilidad</i>	<i>Plan de estabilización</i> <i>rellenado</i> <input type="checkbox"/>	
2				
3				

SÍ NO ¿El paciente entiende y está de acuerdo con el plan de tratamiento?

SÍ NO ¿Existe peligro inminente de suicidio para el paciente (hospitalización recomendable)?

Firma del (de la) paciente Fecha Firma del (de la) terapeuta Fecha

From Managing Suicidal Risk: A Collaborative Approach, Second Edition. David A. Jobs. Copyright © 2016 The Guilford Press.

Sección D (Evaluación del (de la) terapeuta después de la sesión):

EXAMEN DE ESTADO MENTAL (Haga un círculo alrededor de las palabras apropiadas):

ESTADO DE ALERTA: ALERTA SOMNOLIENTO LETÁRGICO ESTADO DE ESTUPOR
OTRO: _____

ORIENTADO EN CUANTO A: PERSONA LUGAR TIEMPO MOTIVO DE EVALUACIÓN

ESTADO DE ÁNIMO: EUTÍMICO ELEVADO DISFÓRICO AGITADO ENOJADO (ENFADADO)

SENTIMIENTO EMOCIONAL: AFECTO INSULSO (APÁTICO) RESTRINGIDO APROPIADO LÁBIL (INESTABLE)

CONTINUIDAD DE PENSAMIENTO: CLARO Y COHERENTE DIRIGIDO AL OBJETIVO TANGENCIAL CIRCUNSTANCIAL
OTRO: _____

CONTENIDO DE PENSAMIENTO: DENTRO DE LO NORMAL OBSESIONES DELIRIOS IDEAS DE REFERENCIA EXTRAÑO
MORBOSIDAD OTRO: _____

ABSTRACCIÓN: DENTRO DE LO NORMAL MARCADAMENTE CONCRETA
OTRO: _____

FORMA DE HABLAR: DENTRO DE LO NORMAL RÁPIDA DESPACIO CON DIFICULTAD EMPOBRECIDA
INCOHERENTE
OTRO: _____

MEMORIA: GENERALMENTE INTACTA
OTRO: _____

PRUEBAS DE REALIDAD: DENTRO DE LO NORMAL
OTRO: _____

OBSERVACIONES DE COMPORTAMIENTO NOTABLE: _____

IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS/ DIAGNÓSTICO (DSM/ICD):

NIVEL GENERAL DE RIESGO SUICIDA DEL PACIENTE (marque uno y explique):

Leve Explicación: _____
 Moderado _____
 Alto _____

NOTAS DEL CASO:

Siguiente cita programada: _____ Modalidad de tratamiento: _____


Firma del (de la) terapeuta Fecha

From *Managing Suicidal Risk: A Collaborative Approach*, Second Edition. David A. Jobs. Copyright © 2016 The Guilford Press.

Nota. El uso del formato SSF4 en español es posible dada la colaboración de CAMS-care con la Facultad de Psicología de la UNAM en el año 2021, y su uso es exclusivo para fines de investigación.

Anexo 4.

Formato de plan de seguridad

Mi plan de seguridad	
1. Señales de advertencia.	
	
2. Hacer algo diferente	Otras alternativas
T → <u>T</u> emperatura _____	_____
I → ejercicio <u>I</u> ntenso _____	_____
P → respiración <u>P</u> ausada _____	_____
P → relajación <u>P</u> rogresiva _____	_____
3. Acercarme a alguien	4. Buscar a un profesional
Nombre	Número
_____	_____
_____	_____
_____	_____
	Línea de la vida → 800 911 2000
	SAPTEL → 55 52 59 81 21
	911 → 911
	Consejo ciudadano → 55 55 33 55 33
	Mi terapeuta →
Alejarme de lo que pueda hacerme daño ¡HACER AHORA!	

Anexo 5.

Formato de análisis de cadena

