



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Taller Cognitivo-Conductual para el abordaje del riesgo suicida
en Mujeres Privadas de la Libertad: estudio piloto.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Paulina Fernanda Martínez Mendoza

Director: Dr. Omar Moreno Almazán

Dictaminadores: Dra. Carolina Santillán Torres Torija

Lic. Josué Omar Suárez Ortiz

Se otorga el Visto Bueno Vo.Bo.
Diciembre 8 de 2023



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 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.

RESUMEN

El suicidio es considerado un problema mundial de salud pública que se incrementa cada año en México. Es una de las principales causas de muerte en diferentes grupos en condición de vulnerabilidad como las Personas Privadas de la Libertad (PPL); siendo las Mujeres Privadas de la Libertad (MPL) quienes corren más riesgo de generar ideación e intentos suicidas que los hombres, por lo que el estudio para prevenir el riesgo suicida basada en modelos psicológicos se vuelve uno de los ejes prioritarios para atender esta problemática. El objetivo de esta tesis fue determinar el efecto de una intervención grupal en modalidad taller desde el enfoque cognitivo-conductual en el riesgo suicida de MPL. En la presente investigación inicialmente se contó con una muestra de 25 MPL, que asistieron a un taller basado en técnicas cognitivo-conductuales a lo largo de 7 sesiones con duración máxima de una hora y media cada una, pero 7 fueron quienes concluyeron la intervención. El riesgo suicida se midió con la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik antes y después del taller. Los resultados arrojaron un cambio clínicamente significativo y una tendencia de mejora en la mayoría de las participantes, así como una disminución del riesgo suicida estadísticamente significativo, sobre todo, en la desesperanza y los factores sociales relacionados con el suicidio. En conclusión, un taller basado en el modelo cognitivo-conductual ayuda en la disminución del riesgo suicida en contextos carcelarios, sin embargo, aún deben considerarse varios aspectos para complementar estos resultados.

Palabras clave: Suicidio, riesgo suicida, mujeres privadas de la libertad, intervención cognitivo-conductual.

ABSTRACT

Suicide is considered a global public health problem that increases every year in Mexico. Is one of the main causes of death in different vulnerable groups such as People Deprived of Liberty (PDL); being Women Deprived of Liberty (WDL) those who are at greater risk of generating ideation and suicide attempts than men, so the study to prevent suicide risk based on psychological models becomes one of the priority axes to attend this problem.

The objective of this thesis was to determine the effect of group intervention in workshop modality from the cognitive-behavioural approach to the suicidal risk of WDL. The present research initially included a sample of 25 WDL, who attended a workshop based on cognitive-behavioural techniques over 7 sessions, with a maximum duration of one and a half hours each; however, 7 were those who concluded the intervention. Suicide risk was measured with the Plutchik Suicide Risk Scale before and after the workshop. The results show a significant clinical change and an improved trend of most participants, as well as a significant statistical decrease in suicide risk especially in hopelessness and social factors related to suicide. In conclusion, a workshop based on the cognitive-behavioural model helps in reducing suicide risk in prison contexts, however, several aspects can be considered to complement these results.

Key words: Suicide, suicide risk, Women Deprived of Liberty, cognitive-behavioural intervention.

Agradecimientos

Agradezco infinitamente a mi familia por todo su apoyo y cariño que me han brindado a lo largo de estos años. A mi mamá Regina que siempre me ha demostrado la fortaleza ante la vida y lo qué significa perseverar y amar. A mi hermano Víctor que con cariño me apoya en mis decisiones, animándome a ser mejor en cada etapa. A mi papá Román, quien me recordaba siempre lo valioso que hay en mí y aunque no pudo verme cumplir este logro, sé que aún me acompaña desde dónde esté y a quién amo más allá de esta vida terrenal. A mis michis que, a su modo, me acompañan y me dejan ampliar mi amor hacia diferentes formas de vida.

Le doy las gracias a mis amistades de vida Kiara, Karen, Javier, Tony, Armando, y Dani, ya que, a pesar de la distancia y tiempo, me apoyan, me quieren y me desean grandes cosas en la vida, así como yo a ellos. Asimismo, agradezco a Leo, que con sus conocimientos ha complementado mi salud mental integrando la actividad física en mi vida, lo cual me ha ayudado a mejorar mi disciplina y compromiso.

Agradezco a Alan, por acompañarme, apoyarme y amarme cómo lo hace. Espero que sigamos viéndonos crecer en nuestras diferentes etapas como individuos. Tienes todo mi cariño y respeto.

Agradezco la confianza de quienes conforman REVI, sé que podemos hacer grandes cosas como colegas, gracias por dejarme admirarles como personas y profesionistas.

Gracias a mis tutores que me guiaron con sus conocimientos a finalizar la presente tesis, agradezco el tiempo, la confianza y la paciencia. Me han motivo a seguir formándome en psicología basada en evidencia.

Finalmente, agradezco a la UNAM y en especial a la FES Iztacala, por ser una institución con gran nivel académico que me ha permitido tener una formación de calidad y que a la vez pude vivir experiencias inolvidables que siempre llevaré en mi corazón.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. ASPECTOS GENERALES DEL SUICIDIO	3
1.1. Conceptos	3
1.1.1. <i>Suicidio</i>	3
1.1.2. <i>Intento suicida</i>	4
1.1.3. <i>Autolesiones</i>	4
1.1.4. <i>Ideación suicida</i>	4
1.1.5. <i>Ideas de muerte</i>	5
1.1.6. <i>Conducta suicida</i>	5
1.1.7. <i>Riesgo suicida</i>	5
1.2. Factores relacionados al suicidio	5
1.2.1. <i>Factores de riesgo y protectores</i>	5
1.2.2. <i>Señales de alarma</i>	7
1.3. Epidemiología del suicidio global y nacional	7
2. MODELOS EXPLICATIVOS DEL SUICIDIO	9
2.1. Enfoque sociológico de Émile Durkheim	9
2.2. Enfoque psiquiátrico	9
2.3. Modelo diátesis-estrés de John Mann.....	10
2.4. Teoría Interpersonal del Suicidio de Thomas Joiner	10
2.5. Modelo integrado motivacional-volitivo de Rory O'Connor y Kirtley	10
2.6. Modelo de las fuerzas contrabalanceadas de Plutchik y Van Praag	11
2.7. Terapia Cognitiva de Aaron Beck.....	11

2.8. Modelo del Condicionamiento Operante	13
3. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA	14
3.1. Intervención en Crisis.....	14
3.1.1. <i>Definición y características de la crisis</i>	15
3.1.2. <i>Primeros Auxilios Psicológicos en la Conducta Suicida</i>	16
3.2. Regulación emocional	17
3.2.1. <i>Modelo procesual ampliado de regulación emocional de Gross</i>	18
3.2.2. <i>Desregulación emocional</i>	19
3.2.3. <i>MIRE como alternativa transdiagnóstica para la RE</i>	19
3.3. Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)	21
3.3.1. <i>Fundamentos teóricos de la TREC</i>	21
3.3.2. <i>Efectividad de la TREC en la Conducta Suicida</i>	23
3.4. Entrenamiento en Solución de Problemas	23
4. LA SALUD MENTAL EN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD	25
4.1. Conducta suicida en Mujeres Privadas de Libertad (MPL).....	26
4.2. Atención de la conducta suicida en Personas Privadas de su Libertad en México como parte de los Derechos Humanos	31
5. MÉTODO	33
5.1. Planteamiento del problema.....	33
5.2. Pregunta de investigación	35
5.3. Objetivo general	35
5.4. Objetivos específicos	35
5.5. Hipótesis	35

5.6. Variables	35
5.7. Diseño de investigación	36
5.8. Participantes.....	36
5.8.1. <i>Muestra</i>	36
5.8.2. <i>Criterios de inclusión</i>	37
5.8.3. <i>Criterios de exclusión</i>	37
5.9. Instrumentos.....	37
5.10. Procedimiento	38
5.11. Análisis de datos	39
6. RESULTADOS.....	41
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	49
7.1. Limitaciones	55
7.2. Perspectivas.....	56
7.3. Conclusiones.....	57
REFERENCIAS.....	59
ANEXOS	73

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un importante problema de salud pública a nivel internacional que, por su multicausalidad y diversos factores de riesgo involucrados en este fenómeno, se vuelve un problema complejo, por lo que, su prevención se ha vuelto una meta específica de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), para reducir un tercio, la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles para el 2030 (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2018).

Diferentes países al rededor del mundo se han comprometido con desarrollar estrategias de prevención del suicidio, sin embargo, en muchos lugares aún continúa siendo un tabú, pues al menos en 23 países está tipificado como un delito (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Aunque esto no sea el caso en México, la situación en el país empeora en temas de suicidio, reportándose hasta 22 casos de suicidio al día en 2022, representando un incremento del 50% en una década. El problema se presenta por diferentes obstáculos, siendo algunos de los principales: el difícil acceso a servicios de salud, la estigmatización de trastornos mentales y falta de medición de estos (García, 2023).

La prevención del suicidio es factible, pero requiere de una serie de actividades como proveer mejores condiciones en el sistema de salud, tratamientos efectivos y control ambiental de los factores de riesgo; sin embargo en grupos vulnerables como las personas en estado de reclusión, los esfuerzos de prevención son limitados, debido a las condiciones estresantes que propiamente envuelve la cárcel y que afectan a la salud mental (OMS, 2007), volviéndose incluso, una experiencia traumática para la personas recluida (Botero et al., 2019).

Al observar la privación de la libertad en mujeres desde una perspectiva de equidad, se vislumbran varias condiciones desventajosas que han sido poco estudiadas y, por lo tanto, quedan invisibilizadas, las cuales ponen en peligro no solo su salud mental, sino también su vida, pues la ideación suicida en mujeres privadas de la libertad (MPL) tienen un predominio en contextos carcelarios (Vargas et al., 2023). Por lo que este estudio piloto tiene por objetivo el

determinar el efecto de una intervención grupal en modalidad taller desde el enfoque cognitivo-conductual en el riesgo suicida de MPL.

Respecto al contenido de esta propuesta, en el primer capítulo se revisarán aspectos generales del suicidio, se definirá a este fenómeno y las conductas relacionadas con este, también se retomarán aquellos factores protectores y de riesgo que envuelven a la probabilidad de cometer suicidio, y se describe la frecuencia internacional y nacional de la conducta suicida consultando su epidemiología.

El segundo capítulo se centra en la comprensión del suicidio al abordar diferentes perspectivas explicativas de este. Se menciona un enfoque sociológico, psiquiátrico, y en mayor medida, enfoques psicológicos que ayudan a entender que, aunque se han hecho importantes descubrimientos desde las teorías del suicidio, aún queda mucho por estudiar. Por lo tanto, estas explicaciones están lejos de proveer causalidad.

En el capítulo tercero se muestran los aspectos relevantes para intervenir en la conducta suicida desde un enfoque cognitivo-conductual. Se explican brevemente los fundamentos teóricos de los componentes terapéuticos que han demostrado efectividad en el riesgo suicida y que fueron retomados para el contenido de esta propuesta.

En el cuarto capítulo se expone la salud mental como un asunto pendiente en las PPL, pues su complejidad se ve representada por diversos factores psicosociales que envuelven al contexto carcelario, lo cual ocasiona la presencia de altas tasas de conducta suicida en estos espacios; también se muestran los números del suicidio en cárceles mexicanas y se presenta una breve exploración de las intervenciones internacionales que han abordado conductas suicidas en reclusorios, lo cual permitió la contrastación con los esfuerzos realizados en las cárceles México.

En los capítulos siguientes, se presenta el contenido relacionado con la propuesta de intervención, describiendo la metodología empleada en el cinco; los resultados en el capítulo seis y conclusiones en el siete.

1. Aspectos generales del suicidio

El suicidio es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial que conlleva pérdidas de vida prematuras. Se reporta cerca de 703 000 suicidios cada año correspondiendo a una muerte por suicidio cada 40 segundos. El suicidio puede darse a cualquier edad, pero se ha registrado que es la tercera causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años en el mundo; asimismo, se reporta que las tasas se incrementan cuando se trata de grupos vulnerables como personas privadas de la libertad (OMS, 2021). Aunque las tasas de suicidio son mayores en hombres, las mujeres triplican el número de intentos suicidas (American Association of Suicidology, 2020). A continuación, se hará una revisión de los diferentes términos relacionados al suicidio.

1.1. Conceptos

1.1.1. Suicidio

La Organización Mundial de la Salud en 1986 (como se citó en García-Haro et al., 2019), conceptualizó al suicidio como el acto iniciado y realizado deliberadamente con pleno conocimiento o expectativa del resultado fatal. Sin embargo, en el informe de Prevención del Suicidio de la OMS en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014), la definición fue limitada a “el acto de matarse deliberadamente” (p.12).

En relación con el concepto de suicidio varios autores (García-Haro et al., 2019; Ortega, 2018; Rangel y Jurado, 2022), han señalado que existen elementos distintivos y esenciales que ayudan a identificarlo de otras muertes causadas por el propio individuo, como la *intencionalidad*, siendo esencial para discriminar entre suicidio y una muerte accidental, pues explicita la disposición para provocarse la muerte; el *resultado* que ha sido previamente conocido, es decir, el suicidio se realiza con conocimiento de causa, con conciencia de saber la consecuencia, es decir, la propia muerte y es una *conducta autoinfligida*.

1.1.2. Intento suicida

El intento suicida es considerado como un acto autoinfligido para quitarse la vida con un resultado no fatal que puede dar lugar a lesiones, pero no necesariamente, ya que este puede llegar a ser interrumpido por el propio individuo o por externos (Illana y Thomas, 2021; Moleón y Moleón, 2022; Moutier, 2021).

1.1.3. Autolesiones

Un comportamiento que puede tener relación o no con el suicidio es la autolesión, definida como la acción deliberada para provocarse daño sin que necesariamente se tenga la intención de causarse la muerte, aunque pueden tener un resultado mortal. Se caracterizan por considerarse pedidos de ayuda, producir cambios en el entorno, regular emociones, entre otros motivos (Martínez, 2017). Generalmente, se excluyen de las autolesiones a los comportamientos que no causen lesiones físicas directas, a pesar de que puedan ser peligrosos o dañinos, así como aquellos que son socialmente aceptables (International Society for the Study of Self-Injury, 2022); estas exclusiones deben mantenerse a reserva porque los auto envenenamientos pueden no causar lesiones visibles ni directas, pero pueden ocasionar algún tipo de daño en el funcionamiento del organismo (Grube et al., 2023).

1.1.4. Ideación suicida

La ideación suicida involucra la participación a nivel cognitivo de un individuo en comportamientos relacionados con el suicidio, esta forma de conducta suicida conlleva todos aquellos pensamientos, reflexiones, deseos o imágenes acerca de quitarse la propia vida. El individuo empieza a plantearse la idea de llegar a la muerte como solución a los problemas que percibe y puede acompañarse de la *planificación* o no, es decir la forma en cómo perseguirá el fin de su muerte (Graieb y Mella, 2019; Illana y Thomas, 2021; Levcovitz, 2016). El grado e intensidad de estos pensamientos de acuerdo con Moleón y Moleón (2022), son heterogéneos,

ya que van desde transitorios y poco elaborados hasta persistentes y muy planificados; suelen ser más frecuentes que los intentos de suicidio o el suicidio.

1.1.5. Ideas de muerte

Otra conducta manifestada a nivel cognitivo relacionada con el suicidio son los pensamientos sobre cómo sería la propia muerte y qué sucedería en el entorno si uno muriera. Generalmente, preceden a la ideación suicida (Navío y Pérez, 2020).

1.1.6. Conducta suicida

La conducta suicida abarca todo el espectro de comportamientos relacionados con el suicidio y es un proceso continuum autodestructivo que va gestando la persona (García-Haro et al., 2019; Graieb y Mella, 2019; Illana y Thomas, 2021; Levcovitz, 2016; Martínez, 2017). Para la OPS (2014) abarca desde la ideación suicida, planificación, intento suicida y suicidio, que otras autoras solo consideran a la ideación suicida, intento suicida y suicidio (Illana y Thomas, 2021).

1.1.7. Riesgo suicida

Una condición que nos permite conocer en qué grado de peligro se encuentra una persona de cometer suicidio es el riesgo suicida definido como la vulnerabilidad y probabilidad de cometer suicidio a causa de la suma de diferentes condicionantes individuales y del entorno (Navío y Pérez, 2020).

1.2. Factores relacionados al suicidio

1.2.1. Factores de riesgo y protectores

Las diferentes variables que interactúan para que se presente un elevado riesgo suicida hace que sea considerado un fenómeno complejo (Navío y Pérez, 2020). Para que una respuesta de prevención del suicidio sea eficaz, debe basarse en la identificación y mitigación de factores de riesgo suicida, así como del fortalecimiento de factores protectores siendo estos considerados como “atributos personales y cualidades del entorno que, ante situaciones

conflictivas, anulan o mitigan los diferentes factores de riesgo, haciendo posible una respuesta positiva” (Moleón y Moleón, 2022, p.75).

Se han encontrado diversos factores de riesgo tales como haber tenido algún intento suicida o antecedentes familiares de suicidio, tener problemas de salud mental, consumo problemático de sustancias psicoactivas, ser joven, en mujeres el cumplir demandantemente con un rol de cuidadora sumado con otras jornadas laborales, preocupación por la imagen corporal o sufrir violencia de género, ser viudo o soltero, falta de apoyo familiar o social, desempleo y pobreza, pertenecer a grupos vulnerables sometidos a discriminación sistemática, desastres, guerras, etc. Mientras que algunos de los principales factores protectores son tener un tratamiento oportuno y especializado de problemas de salud mental, estrategias para un afrontamiento positivo para resolver problemas, regulación emocional óptimo, habilidades sociales y autoeficacia adecuada, creencias religiosas o espirituales, fuentes de apoyo social, empleo estable y digno, espacios seguros con grados deseablemente mínimos en violencia y de acceso a armas o uso de drogas, acceso y promoción a la salud con personal capacitado, etc) (Barroso, 2019; Graieb y Mella, 2019; Guzmán y Núñez, 2022; OMS, 2021; Wang et al., 2020).

Sin embargo, en muchos de ellos es difícil incidir, por considerarse estáticos, p.ej., antecedentes de intentos suicidas, género o edad; así que se considera más oportuno centrar los métodos de prevención del suicidio en factores de riesgo dinámicos (Sinclair y Leach, 2017). Un estudio que buscó los factores de riesgo y protectores centrales del suicidio en una muestra mayoritaria de mujeres en Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda y Reino Unido, se obtuvo que los factores de riesgo con más conexiones son sentirse deprimida, desesperanza, percibirse como una carga y el abuso de sustancias, mientras que los factores protectores centrales hallados fueron la resiliencia, el apoyo social y autoestima. Esta información permite centrarse en la interacción de estos factores para disminuir el riesgo suicida (Holman y Williams, 2020).

1.2.2. Señales de alarma

Las señales de alarma pueden avisar que alguien está pensando en cometer suicidio y así prevenirlo, estas pueden revisarse junto con un profesional que dará su impresión acerca de la situación de vulnerabilidad del individuo con ayuda de una evaluación más exhaustiva. Estos signos pueden ser expresiones de deseos de morir (aunque sean disfrazadas como bromas), ideas de que los demás estarían mejor sin la persona; verbalizaciones de un dolor insoportable; adquirir objetos letales, delirios o alucinaciones que indican la muerte, regalar posesiones consideradas importantes o hacer testamentos de forma imprevista o realizar una nota de suicidio (O'Rourke et al., 2022; Robles et al., 2013).

1.3. Epidemiología del suicidio global y nacional

A nivel mundial se ha observado una tasa de suicidios de 15.0 en hombres y 8.0 en mujeres; el 77% de los suicidios ocurridos en 2019 tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medios, asimismo, se sabe que la ingesta de plaguicidas, ahorcamiento y disparo con armas de fuego son los métodos más comunes en el mundo (OMS, 2021). Los datos en el continente americano son muy similares al global, pues la OPS (2021) afirma que es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 20 a 24 años, pero las personas entre 45 a 59 años son el grupo con tasa de suicidio más alta. La tasa de suicidios fue de 11.3 en hombres y 2.8 en mujeres por cada 100 000 habitantes. Referente a los métodos en las Américas, parece ser que la asfixia (43,6%), el uso de armas de fuego (31,0%), intoxicación con drogas y alcohol (9,1%) y envenenamiento con plaguicidas o productos químicos (7.5%) son los más utilizados.

Si se sitúan las estadísticas específicamente en un panorama nacional, se reconoce que en México cada año hay más suicidios, siendo el riesgo suicida la principal urgencia psiquiátrica que afecta principalmente a jóvenes entre 15 y 29 años (Guzmán y Núñez, 2022). El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022) dio a conocer la cifra de 8, 239 suicidios en 2022, representando una tasa de 7.4 por cada 100, 000 habitantes. Al igual que los datos informados alrededor del mundo, la tasa de suicidios en hombres es mayor al de

mujeres, con 10.5 y 2.3 de cada 100 000 habitantes, respectivamente. El método más utilizado en hombres es el ahorcamiento, seguido del uso de armas de fuego y lanzamiento al vacío, mientras que las mujeres recurren a dosis altas de fármacos.

En concordancia con datos internacionales (Otten et al., 2022), también en México son las mujeres las que presentan mayor ideación suicida con una prevalencia del 10.2% contra el 7.9% de los hombres, así como en intento suicida observándose una prevalencia en mujeres de 4.5% contra el 2.4% en hombres (Valdez-Santiago et al., 2023). Asimismo, las tasas de mortalidad por suicidio en mujeres empiezan a incrementarse, observándose que el mayor crecimiento de suicidio de mujeres fue en jóvenes, específicamente entre niñas de 10 años a jóvenes de 19 años, convirtiéndose así en la primera causa de mortalidad de este grupo etario de mujeres (Dávila y Pardo, 2020).

2. Modelos explicativos del suicidio

Actualmente, la visión científica que se tiene de la etiología del suicidio es que es un fenómeno complejo que involucra factores ambientales y psicológicos de muy diversa índole, por lo que, no se puede reducir a una simple relación causa-efecto (Moutier, 2021; OPS, 2014). Sin embargo, históricamente, se ha intentado darle sentido a dicha complejidad del fenómeno desde diferentes perspectivas de abordaje con la intención de proponer intervenciones que contemplen la etiología. A continuación, se aborda un breve recorrido de los enfoques explicativos más destacados.

2.1. Enfoque sociológico de Émile Durkheim

En 1897, Émile Durkheim, publicó uno de los estudios más eminentes relacionados con el suicidio desde un abordaje sociológico en el que sostuvo que el suicidio depende de causas sociales, clasificándolo en: *suicidio egoísta*, dado por individualidad excesiva debido a grupos sociales con un grado de integración débil, ya que cuando la persona está fuertemente cohesionada con la sociedad se le da prioridad a su participación moral, de lo contrario, su vida no tiene objeto dentro de la sociedad; *suicidio altruista* ocasionado por una excesiva integración social donde el individuo cree que es su deber cometer suicidio por fines sociales; *suicidio anómico*, ocurre debido a crisis que genera desequilibrio social en el que son los propios individuos los que tienen que restringir sus necesidades, provocando intolerancia, insatisfacción y fatiga; *suicida fatalista* generado por un exceso de reglamentación que puede inclinarse al uso de violencia, p. ej., suicidios de individuos que han estado bajo despotismo con reglas inflexibles (Durkheim, 2012).

2.2. Enfoque psiquiátrico

La psiquiatría reconoce que las causas del suicidio son complejas e involucran factores ambientales, pero les da un mayor peso a los trastornos de salud mental como la depresión (50%-60%); el trastorno por uso/abuso de sustancias (25%), ya que aumentan la desinhibición, impulsividad y empeoran el estado de ánimo; la esquizofrenia (10%), sobre todo cuando se

observan episodios depresivos, alucinaciones, discapacidad y desesperanza; el trastorno bipolar (10%) y los trastornos de la personalidad (10%), en especial el trastorno límite de la personalidad (TLP) o antisocial, debido a problemas de intolerancia al estrés, agresividad e impulsividad (Moutier, 2021).

2.3. Modelo diátesis-estrés de John Mann

La diátesis es una predisposición que se presenta por la hiperactividad del sistema serotoninérgico, adrenérgico, noradrenérgico y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) ante eventos estresantes regulares o intensos, generando altos niveles de cortisol y menos transportadores presinápticos de serotonina en el tallo cerebral, hipotálamo, corteza occipital y prefrontal, fallando en la regulación del estrés propiciando el desarrollo de conductas suicidas (Dionisio, 2022; Moleón y Moleón, 2022; Sánchez, 2015).

2.4. Teoría Interpersonal del Suicidio de Thomas Joiner

Es una teoría basada en dos postulados fundamentales: (a) percepción errónea de ser una carga para los demás considerándose un obstáculo para el bienestar de los otros y que estarían mejor con su muerte; (b) pertenencia frustrada, es decir, el individuo vivencia el no ser parte de un grupo, experimentando desvinculación social. Además, se requiere que para que ocurra un intento suicida o suicidio, se debe adquirir una capacidad para hacerlo a través de una exposición continua a eventos dolorosos que generan habituación provocando mayor tolerancia al dolor (Castro-Osorio et al., 2022; García y Bahamon, 2017).

2.5. Modelo integrado motivacional-volitivo de Rory O'Connor y Kirtley

Este modelo explica las transiciones de la ideación suicida a los intentos, dejando claro que este ciclo es constante y suele repetirse. Las tres partes son: (a) fase premotivacional, retoma el modelo diátesis-estrés para considerar que es en determinado contexto biopsicosocial (ej., perfeccionismo socialmente prescrito, privación socioeconómica, etc) en el que puede ocurrir la conducta suicida al combinarse con estresores agudos o crónicos; (b) fase motivacional, en la que se da el desarrollo de ideación suicida por sentimientos de

atrapamiento o derrota, siendo la conducta suicida la solución de huida y (c) fase volitiva, en donde se encuentran los factores volitivos (acceso a medios para suicidarse; capacidad para hacerlo; exposición a la conducta suicida; planificación; impulsividad; imágenes mentales y conducta suicida pasada) que rigen la acción hacia los intentos suicidas o el suicidio (O' Connor y Kirtley, 2018).

2.6. Modelo de las fuerzas contrabalanceadas de Plutchik y Van Praag

Este modelo explica desde una perspectiva etológica evolutiva que existe un impulso agresivo subyacente del riesgo suicida y del riesgo de violencia. La etapa I determina si el impulso agresivo se activaría bajo desencadenantes como amenazas, desafíos o insultos, una vez activo, dependerá del balance de varias fuerzas que podrían amplificarlo o atenuarlo. Los factores amplificadores son: problemas escolares, acceso a armas o desconfianza; los factores atenuantes son: rasgos de personalidad tímida, lazos familiares estrechos o relaciones positivas con los iguales. En la etapa II, el umbral del impulso agresivo se ha sobrepasado, lo que ocasionaría su expresión a través de un comportamiento agresivo, este debe tener una dirección que puede ser hacia los otros o hacia sí mismo. Si el comportamiento agresivo se dirige hacia otros, se hablaría de un riesgo de violencia provocado por variables como historial de problemas con la ley o impulsividad. Pero, si el impulso agresivo se expresa hacia sí mismo, traducido como riesgo suicida, se estaría hablando de presencia de indicadores de depresión, desesperanza o problemas en diferentes esferas de la vida (Plutchik y Van Praag, 1989).

2.7. Terapia Cognitiva de Aaron Beck

En 1979 Aaron Beck desarrolla el modelo teórico de la Terapia Cognitiva, partiendo del supuesto de que las personas desarrollan psicopatologías por la forma en cómo interpretan la realidad. El modelo se compone de tres elementos: triada cognitiva, esquemas y errores en el procesamiento de la información. La *triada cognitiva*, que es un patrón de tres componentes cognitivos que hacen percibirse a sí mismo, al futuro y al mundo de determinada manera. Cuando la persona está deprimida, tiende a tener una imagen negativa de sí misma,

adjudicándose calificativos como ser desgraciado, inútil, torpe, con poco valor, carente de atributos para gozar de alegría y felicidad. Referente a la concepción que tiene del mundo, cree que las experiencias por las que pasa son negativas, demasiado demandantes e insoportables para alcanzar lo que desea. En cuanto al futuro, suele pensar que las dificultades continuarán, no espera más que fracasos, frustraciones y sufrimiento, generando desesperanza (Beck et al., 2010).

Cabe señalar que la desesperanza ocasiona que se dejen de buscar soluciones en la vida, pues de acuerdo con Miller y Seligman (1975) surge una indefensión aprendida derivada de una falta de contingencias entre la conducta emitida y los resultados esperados ocasionando que la persona crea no tener influencia sobre el medio por lo que genera un déficit motivacional para emitir respuestas que produzcan contingencias reforzantes referentes a solucionar problemas.

Retomando los elementos de la TC de Beck se encuentran a los *esquemas*, considerados como patrones que se mantienen relativamente estables y que contribuyen a generar interpretaciones. La depresión se mantiene cuando los esquemas producen distorsiones de la realidad consideradas como *errores en el procesamiento de la información*, los cuales predisponen a pensar en términos globales, extremos, negativos, generalizables, etc. Provocando una respuesta emocional negativa, por lo que, el modelo cognitivo defiende la hipótesis de una predisposición cognitiva de la depresión donde se tiene una visión negativa del mundo, futuro y de sí mismo; y parte de los esquemas inadecuados que son activados cuando se filtra información que se ajusta a estos esquemas sin considerar aquella que los desmienta, provocando distorsiones de la realidad. Si estas interpretaciones negativas prevalecen a lo largo del tiempo, los síntomas de la depresión pueden complicarse, dando lugar al suicidio (Beck et al., 2010).

La TC también considera a la conjunción entre trastornos psiquiátricos severos y altos factores de vulnerabilidad para explicar el incremento en la probabilidad de cometer conducta

suicida a comparación de individuos con algunos síntomas de trastornos psiquiátricos con bajos factores de vulnerabilidad, quienes necesitarían de una gran cantidad de estrés para activar los procesos cognitivos referentes a la conducta suicida. Entre algunos factores de vulnerabilidad se encuentran la impulsividad; déficit en solución de problemas; rasgos de personalidad como el perfeccionismo o estilos cognitivos tendientes a distorsiones que refuercen conductas desadaptativas (García y Bahamón, 2017).

2.8. Modelo del Condicionamiento Operante

El modelo del Condicionamiento Operante se retoma como base conductual etiológica para explicar el escape o evitación, ya que tal como lo menciona Skinner (1974/1994), bajo condiciones aversivas se emite una conducta operante que funciona como reforzador negativo el cual funciona para evitar o escapar del castigo. Gracias a este referente teórico, autores como Caricote y González (2021) explican que la conducta suicida representaría una respuesta de evitación o escape emitidos por una persona que ha estado sometida de manera repetitiva a antecedentes aversivos asociados a mucho sufrimiento.

Ahora bien, Pérez (2016) considera las bases del Condicionamiento Operante y la TC para describir que algunas contingencias pueden asociarse con las respuestas cognitivas para dar lugar al comportamiento suicida, (dejando claro que el análisis funcional de cada caso es único). De esta manera, es posible comprender que algunos estímulos externos (dificultades económicas, duelo, conflictos sociales, enfermedades y/o dolor crónico, etc.) son asociados por una historia de aprendizaje a pensamientos de ser situaciones amenazantes, irresolubles, carentes de alternativas y a su vez pueden reforzar positivamente (R+) la visión negativa de sí mismo. Así que, al no concebir alternativas de afrontamiento activo y pensar al mundo demasiado demandante, se considera al suicidio como una opción de solución, actuando como una operante capaz de evitar el sufrimiento, esta función aliviadora resultaría ser un refuerzo negativo (R-) de la aversión al dolor que se está viviendo.

3. Intervención psicológica de la conducta suicida

Parte importante del abordaje de la conducta suicida son los tratamientos psicoterapéuticos que deben estar sustentados empíricamente, tomando esto en consideración, se reconoce que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) puede reducir significativamente la conducta suicida en adultos y adolescentes con bajo riesgo para no escalar a un mayor riesgo y en personas que ya presentan un riesgo alto sirve para prevenir el suicidio (García-Haro y González, 2019).

La TCC es un modelo terapéutico que desde sus inicios mantiene las bases de la psicología del aprendizaje. Sus intervenciones están fundamentadas en la psicología científica para el tratamiento de la *conducta* en sus diferentes niveles (motora, cognitiva, fisiológica y emocional) mediante el aprendizaje de conductas más adaptativas (Ruiz et al., 2017). Así pues, el rol del *aprendizaje* es fundamental, entendido por Domjan (2016), como “un cambio duradero en los mecanismos de conducta que implica estímulos y/o respuestas específicas que resultan de la experiencia previa con esos o similares estímulos y respuestas” (p.14). Por lo tanto, la TCC busca el cambio conductual, cognitivo y emocional mediante la modificación de conductas desadaptadas al enseñar conductas más adaptativas, para esto utiliza diversas técnicas con suficiente evidencia empírica que han demostrado eficacia en diferentes problemáticas (Ruiz et al., 2017).

3.1. Intervención en Crisis

Algunos sucesos de índole inesperada como puede ser un intento suicida requieren un tipo de intervención breve e inmediata para evitar el desarrollo de severos impactos psicológicos en los sobrevivientes a una crisis. Por tal motivo, la intervención en crisis se considera el proceso ideal para aliviar el impacto de los eventos estresantes, ya que ayuda a activar los recursos que tiene la persona afectada para un afrontamiento adaptativo y mantener el grado mínimo de bienestar físico mediante la expresión de sentimientos y de su experiencia, asimismo, busca auxiliar en la definición y búsqueda de alternativas para resolver los conflictos

inmediatos derivados de la crisis. Este tipo de asistencia se divide en dos fases, la primera son los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) que buscan reestablecer el enfrentamiento inmediato y reducir la mortalidad, es otorgada en cualquier lugar sin tantos distractores y por personas capacitadas en minutos hasta horas; la segunda es la Terapia de crisis que busca integrar el evento a la trama del individuo y favorecer la disposición para afrontar el futuro, se da en espacios destinados a terapia y es ofrecida por psicoterapeutas con duración de semanas hasta meses (Slaikeu, 2000).

3.1.1. Definición y características de la crisis

La crisis se define como un “estado de trastorno y desorganización, caracterizado por una incapacidad de manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados de solución de problemas” (Slaikeu, 2000, p. 16). Las crisis suelen presentarse con la misma secuencia:

1. Conflicto, referido a la tensión entre diferentes aspectos.
2. Desorden, el cual provoca el sufrimiento de las personas manifestado por distintas reacciones (cansancio, taquicardia, sudoración, mareos, confusión, desorientación, problemas de memoria, falta de concentración, ideas intrusivas, pesadillas, culpa, miedo, desesperación, irritabilidad, aislamiento, evitación) que pueden considerarse normales y dependen de los recursos con los que dispone el individuo.
3. Adaptación, en donde se restaura el equilibrio, se tiene un dominio cognoscitivo de lo sucedido y se adquieren nuevas estrategias de afrontamiento. Al final de la crisis siempre se tendrá una modificación en la persona sea para mejorar o empeorar (Rocamora, 2013, Slaikeu, 2000).

Por tal motivo, la intervención en crisis durante los intentos suicidas se vuelve sumamente importante para reducir la mortalidad o daño físico del individuo o de terceros e intentar brindar una atención oportuna y eficaz para hacer desistir a la persona de provocarse

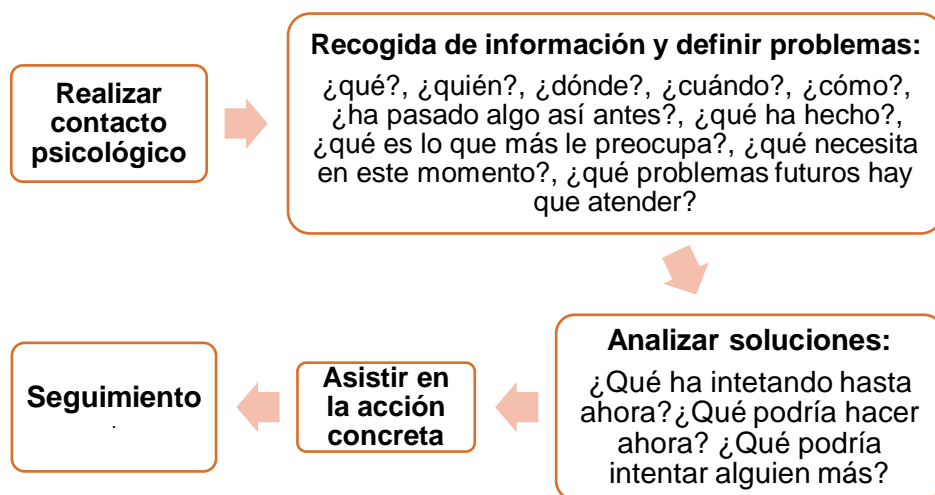
su propia muerte (Fernández, 2013). En el siguiente apartado se describirán las consideraciones para asistir esta situación altamente estresante.

3.1.2. Primeros Auxilios Psicológicos en la Conducta Suicida

Para llevar a cabo los PAP es necesario realizar el contacto psicológico que implica presentarse, invitar a la persona a expresarse, legitimar y normalizar las reacciones mientras se sintetiza lo expresado por la persona afectada y se respetan silencios, generar calma con un tono de voz suave sin juzgar o reprochar, recordando que cualquier contacto físico sea consensuado y dar información pertinente y verídica; luego se recogerá información para definir problemas prioritarios, así como los recursos externos o personales con los que se cuenta; se analizarán soluciones en donde se propondrán alternativas, evaluando sus pro y contras, algunas preguntas clave para esto se encuentran mostrados en la figura 1; se asistirá en las soluciones procurando fomentar la autonomía de la persona dejándola hacer lo que pueda, solo si es incapaz de hacerlo por afectación o riesgo de mortalidad alta, será de forma activa y directiva; finalmente se acordará un seguimiento y se brindará conexión con otros servicios si se requieren (Bodon, 2020 y Slaikeu, 2000).

Figura 1

Componentes básicos para ejecutar los Primeros Auxilios Psicológicos.



Aparte de realizar los pasos mostrados en el diagrama anterior, Rocamora (2013) y Fernández (2013) consideran que en las crisis suicidas se valore el riesgo suicida (plan, intencionalidad, disponibilidad de medios, intentos, recursos, manifestación de psicopatología); se acerque cautelosa y progresivamente, con la excusa de comodidad y privacidad; evitar la presencia de terceras personas para evitar presiones externas sobre la persona en crisis; no forzar hablar sobre el suicidio; evitar focalizarse en los motivos para vivir, pues esto puede percibirse como invalidar la vivencia que está experimentando al intentar convencer de desistir, por lo que, hay que procurar un ambiente de comprensión y tolerancia, apostando por buscar la ambivalencia e intentar aplazar su decisión invitando a seguir reflexionando o negociando algo significativo que considere los motivos que lo han llevado a la crisis suicida. En un seguimiento posterior es recomendable una intervención terapéutica en dónde se puedan abordar con más detenimiento la multicausalidad de la conducta suicida.

3.2. Regulación emocional

La emoción es una respuesta dada ante un estímulo próximo y generalmente es conocido, suele ser de alta intensidad al momento de presentarse, con una duración breve, ya que si se mantienen por mucho tiempo implicaría consumir una gran cantidad de energía, así que se regresa a la homeostasis mediante conductas de aproximación o alejamiento respecto al estímulo. Se considera un proceso adaptativo que funciona para ajustar al organismo ante las exigencias del estímulo y se manifiesta de manera cognitiva (pensamientos o percepciones); conductual (expresión facial, corporal, verbal) y respuestas fisiológicas, asimismo tiene bases evolutivas (se desarrollan y se complejizan conforme la persona crece) (Gómez y Calleja, 2016).

Para definir a la regulación emocional (RE), Gross y Thompson (2007) mencionaron que es un esfuerzo consciente o inconsciente para influir en la intensidad y duración de las emociones siendo entonces, una toma de decisión para implementar estrategias antes, durante o después de que aparezcan las emociones. Para comprender cómo se pone en marcha la RE,

a continuación, se expone uno de los modelos más extendidos y con mayor investigación relacionado con la generación de diferentes estrategias de RE.

3.2.1. Modelo procesual ampliado de regulación emocional de Gross

La RE se basa en corrientes contra hedónicas pues no solo busca disminuir los estados negativos y aumentar los positivos, sino que, los objetivos son instrumentales y dependen de la cultura para saber cuáles emociones deben expresarse o sentirse en determinados contextos (Gross, 2015). Es importante enfatizar que no existe una taxonomía consensuada de estrategias mejores que otras, ya que la regulación hábil implicaría combinaciones y ajustes dinámicos de las estrategias en diferentes situaciones (Ruiz et al., 2017).

El modelo procesual de la emoción de Gross (2015) considera a la valoración de primer nivel como una secuencia iniciada por una situación relevante del entorno externo o de representaciones internas como los pensamientos, la cual se atiende y enseguida se valora lo acontecido, esto genera una respuesta conductual o fisiológica que caracterizan a la emoción. En la fase de situación se puede implementar la estrategia de *seleccionar* situaciones que no generen malestar emocional y evitar las que sí, otra es el *modificar* la situación para cambiar el impacto emocional, aunque no todas las modificaciones son adaptativas (comportamientos de seguridad o control excesivo). En atención, una persona puede dirigirla a un punto en lugar de otros a esto se le conoce como *despliegue atencional*. En la valoración, si se realiza un *cambio cognitivo*, se pueden elegir diferentes significados que favorezcan el impacto emocional. En la última etapa se puede *modular la respuesta*, es decir, influir directamente en la expresión emocional.

Dentro de los sistemas de valoración de segundo nivel (identificación, percepción, selección y aplicación), es decir, aquellos que se dan durante el proceso de RE, Gross (2015) mencionó que se pueden observar dificultades para una regulación exitosa, p. ej., tener fallas en la conciencia emocional; valorar erróneamente la emoción, como ocurre en algunas personas con trastorno bipolar al darles un valor positivo a los estados maníacos; tener

dificultades al percibir pocas estrategias, subestimar o sobrevalorar determinada táctica como sucede con en el uso excesivo de la evitación, distracción o rumiación; y en la aplicación es posible fallar en la implementación.

3.2.2. Desregulación emocional

Cuando no se logra un proceso adaptativo emocional se dice que ocurre una *desregulación emocional*, este constructo involucra las formas desadaptadas de respuesta emocional (Sánchez et al., 2022). Esta se puede ver reflejada en una alta intensidad emocional; escasa comprensión de emociones; reacción negativa (rechazo, inhibición, evitación y aplanamiento) al estado emocional y/o respuestas de manejo emocional que a corto plazo pueden funcionar, pero a largo plazo resultan contraproducentes p. ej., autolesionarse; uso excesivo de la distracción, evitación y control que impiden la exposición a situaciones que generan malestar, entorpeciendo el funcionamiento o desarrollo de diferentes habilidades (de los Santos, 2022; Vargas y Muñoz-Martínez, 2013).

Para atender el problema de la desregulación emocional, tradicionalmente, las intervenciones cognitivo-conductuales han apostado por el control emocional; sin embargo, al destacar la relevancia de la aceptación y la conciencia emocional, las estrategias propuestas por las terapias contextuales parecen ser las más convenientes al promover la flexibilidad psicológica. De tal manera que, más que promover el control o cambio de las emociones, se buscaría gestionarlas (de los Santos, 2022; Sánchez et al., 2022). A continuación, se describe una propuesta de RE desarrollada en México basada en terapias contextuales en conjunto con la terapia cognitivo-conductual.

3.2.3. MIRE como alternativa transdiagnóstica para la RE

El Modelo Integrativo de Regulación Emocional (MIRE) propuesto por Reyes y Tena (2016) es un tratamiento conductual-contextual que tiene por objetivo desarrollar repertorios conductuales flexibles para mejorar la calidad de vida de personas con problemas emocionales.

Está basado en una visión transdiagnóstica, es decir, se asume que los trastornos comparten características de tal forma que, los trastornos emocionales comparten un síndrome generalizado relacionado con un déficit de habilidades para gestionar las emociones, manifestándose en no comprender, no saber expresar, no aceptar y no afrontar de manera adaptativa las emociones.

Ahora bien, el tratamiento del MIRE analiza las experiencias de aprendizaje que pueden haber contribuido a la experiencia emocional actual y las estrategias improductivas; considerando los antecedentes psicosociales de la persona. También, se identifica el valor evolutivo de las emociones y su funcionalidad para empezar a conocerlas y comprenderlas, con el fin de validar la experiencia emocional para reconocer el derecho de sentir, señalando la normalidad y las posibles ventajas que pudiera tener la expresión emocional que se ha venido desarrollando. Luego, se identifican las estrategias de control que a largo plazo generan frustración, desesperanza e intolerancia, explicándolo como una inadaptación al caos y se presenta a la aceptación como solución que permite convivir con el desorden de manera flexible para satisfacer objetivos y valores, y así optar por alternativas que fortalezcan el compromiso de vivir significativamente, replanteándose direcciones de vida que han sido desatendidos por apearse al control emocional (de los Santos, 2022; Reyes, 2015; Reyes y Tena, 2016).

Las evidencias del MIRE son preliminares, se ha observado que clínicamente contribuye con la aceptación emocional; el conocimiento emocional y al desarrollo de habilidades de regulación emocional efectivas (Reyes y Tena, 2016). Este modelo al basarse en un enfoque transdiagnóstico, puede considerarse una opción prometedora, pues tal como lo mencionan Cremades et al. (2019), aunque estos modelos son muy nuevos, los resultados que se han obtenido son alentadores, no solo por obtener efectos positivos en diferentes trastornos; sino también por la posibilidad de intervenir en grupos con población heterogénea, lo cual

ayudaría a minimizar recursos asistenciales y representaría la oportunidad de reducir cantidades de protocolos para la RE.

3.3. Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

La TREC es un modelo de intervención psicoterapéutica creada por Albert Ellis en 1957, inicialmente fue llamada Terapia Racional enfatizando los aspectos cognitivos, posteriormente en 1961 destacó la parte emotiva que experimentaban las personas y en 1993 volvió a sustituir el nombre ahora agregando la conducta como objetivo a modificar en el tratamiento (Ruiz et al., 2017).

Entre algunas influencias filosóficas de la TREC se encuentra el estoicismo al señalar que la perturbación del hombre es dada por la percepción que tiene de las cosas; también, se retoma la mayéutica, método utilizado en el debate para que surjan ideas más racionales mientras se evidencia la forma de pensar menos adaptativa. Algunas otras bases que contribuyeron al desarrollo de la TREC se encuentran las psicoanalíticas al considerar el concepto de la *tiranía de los debería* como perturbador emocional; del modelo conductista se contemplaron las técnicas de exposición para superar temores personales (Dryden y Ellis, 1989; Ellis y Grieger, 1990; Lega et al., 2017; Ríos, 2018; Ruiz et al., 2017).

3.3.1. Fundamentos teóricos de la TREC

En 1984 Ellis propone el modelo teórico ABC, en donde A son los acontecimientos; B son las creencias que se tengan ante estos sucesos e incluyen pensamientos, recuerdos, normas, filosofía de vida o ideas racionales e irracionales. Este sistema de creencias depende de las predisposiciones biológicas, la historia evolutiva, el aprendizaje social e interpersonal, así como de patrones de conducta; C son las consecuencias emocionales, conductuales o cognitivas derivadas de B. Cabe señalar que el sistema de creencia rara vez es evaluado o cuestionado y en muchas ocasiones es defendido de manera radical ya que se ha acumulado a lo largo de la historia del sujeto de manera doctrinante; esta rigidez puede resultar perjudicial (Lega et al., 2017; Ríos, 2018; Ruiz et al., 2017).

Cuando las evaluaciones resultan ser preferenciales sean positivas o negativas, se les considera *creencias racionales (CR)*, ya que expresan deseo, gusto y desagrado, aceptación, tolerancia, son flexibles, lógicas, y ayudan a experimentar sentimientos de placer y satisfacción cuando las metas son alcanzadas; cuando no lo son, se experimentan sentimientos como tristeza, preocupación, dolor, sin interferir en la persecución de nuevas metas. Por otro lado, las *creencias irracionales (CI)* son cogniciones absolutistas, generalizadas, rígidas, dogmáticas expresadas como *debería* o *tendría* y generan emociones perturbadoras que interfieren en la consecución de metas. Estas no responden a los principios de la lógica por ser incorrectas interpretaciones que no concuerdan con la evidencia del suceso (Dryden y Ellis, 1989). A continuación, se exponen las CI más reconocidas en la actualidad de acuerdo con Lega et al., (2017) y Ruiz et al., (2017):

- *Condenación o evaluación global*: Tendencia a calificar a uno mismo, los demás y la vida como bueno o malo, basándose solo en algunos rasgos, comportamientos o hechos.
- *Catastrofismo o tremendismo*: Ver la situación como 100% mala o lo peor que puede suceder, resaltando lo negativo de forma excesiva.
- *Baja Tolerancia a la Frustración (BFT) o no soportantitis*: Tendencia a exagerar la incomodidad; se evalúa a la frustración como algo imposible de sobrellevar.

Se espera que las personas se den cuenta que ellas crean sus propias perturbaciones psicológicas, pero que se tiene la capacidad de cambiar sus perturbaciones emocionales y conductuales al darse cuenta de que estas provienen de CI las cuales serán detectadas y diferenciadas de alternativas racionales, posteriormente, serán refutadas usando métodos lógicos y empíricos (Dryden y Ellis, 1989; Ruiz et al., 2017).

3.3.2.Efectividad de la TREC en la Conducta Suicida

En el metaanálisis de David et al. (2018), identificaron 84 artículos desde los inicios de la TREC en la década de los 50's hasta enero de 2015 para resumir su eficacia. De manera general, concluyeron que las intervenciones basadas en este modelo han tenido un tamaño del efecto medio y significativo para diferentes problemáticas, entre ellas se encuentra la depresión, ansiedad, rendimiento escolar, ira, calidad de vida y habilidades sociales. Mientras que, en estudios de caso único, como el realizado por Cerca (2017) en una adolescente que presentaba conductas autolesivas, al igual que el de Montero (2020) con un adolescente con la misma problemática se logró modificar las CI relacionadas con las autolesiones y con la forma de expresión de sus emociones, provocando una disminución en las autolesiones y un manejo de emociones más funcional.

3.4. Entrenamiento en Solución de Problemas

El déficit en resolución de problemas se vuelve un factor importante del riesgo suicida ya que, como refiere Ruiz et al. (2017) limita el repertorio conductual para afrontar exitosamente una problemática, lo cual abarca una mejora en la situación reduciendo el impacto emocional que esta genera. Por lo que, el Entrenamiento en Solución de Problemas (ESP) se vuelve una alternativa para afrontar las situaciones estresantes de la vida, mejorando el estado anímico, autocontrol y autoeficacia.

Este entrenamiento es sistemático, pues se compone de cinco pasos que de acuerdo con Nezu et al. (2007) abarcan la *orientación hacia el problema*, la cual puede ser positiva (percibir a los problemas como retos de los cuales se puede obtener aprendizajes y beneficios; verlos como situaciones normales de la vida que requieren tiempo y compromiso), o negativa (creer que los problemas son dañinos e irresolubles; considerar que no se tiene la capacidad de resolverlos y que no deberían existir). Esta parte se refiere a la dirección que se tomará para solucionar las problemáticas, por lo que es preferible apostar por una orientación positiva. El siguiente paso es la *definición y formulación del problema* en términos concretos y realistas,

para tal acción se debe recoger toda la información relevante a partir de hechos y así, comprender la naturaleza del problema y su relevancia. Posteriormente, se busca *generar alternativas*, lo cual consiste en explorar una gran cantidad de opciones sin juzgarlas, para esto se considera pertinente el uso de lluvia de ideas para permitir la creatividad y diversidad de estas. Luego, se realiza una *toma de decisiones*, en donde se valoran las consecuencias de cada opción para quedarse con las más convenientes y viables; se pueden elegir y combinar cuantas se crean pertinentes. Finalmente, en la *implementación y verificación* se establece qué recursos son necesarios para formular un plan y llevarlo a cabo; estas acciones deben ser evaluadas comparando el resultado real con lo esperado.

En cuanto a la efectividad del ESP, Black et al. (2013) reportaron reducciones significativas en las conductas suicidas de MPL con TLP tras aplicar la terapia en Solución de Problemas durante 20 sesiones con duración de dos horas. Por otro lado, Johnson et al. (2019) observaron mejoría en la sintomatología depresiva de hombres privados de libertad (HPL) con ideación suicida, aunque esta última variable no reportó mejoría significativa.

4. La salud mental en personas privadas de libertad

El concepto de *salud mental* de acuerdo con la OMS (2022), es un “estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad”; y está determinada por una interacción bastante compleja entre factores de estrés, sociales, individuales y estructurales que propician una mayor vulnerabilidad en unas personas más que en otras.

En algunos grupos de individuos es complejo mantener un estado de salud mental óptimo y más aparte, brindar atención de calidad, por lo que se les consideran grupos en situación de vulnerabilidad; dentro de estos se encuentran las PPL. Si bien, la conducta delictiva no forzosamente conlleva la existencia de algún trastorno mental que explique de manera determinante este tipo de comportamiento, sí involucra una relación con dificultades psicológicas. Entendiendo esto, existe la posibilidad de que, en cierta medida las PPL presenten algún tipo de deterioro en su salud mental al ingresar a los centros de reclusión (Álvarez-Correa y Cadena, 2019).

No solo es en el ingreso que se detectan deterioros en la salud mental de las PPL, sino también en el arresto, proceso legal, adaptación carcelaria y el egreso, debido a que este curso institucional influye en desarrollar o agravar los problemas de salud mental (Jiménez-Piug et al., 2021); de tal modo que, el Sistema Penitenciario Nacional en México registró un total de 4, 476 personas con padecimientos en salud mental, de estos 1, 054 fueron declarados inimputables (personas que al momento de cometer el delito no comprendía lo ilícito del acto) y 3, 422 con discapacidad psicosocial esto es tener un diagnóstico de trastorno mental y efectos derivados del estigma, la discriminación y exclusión (Documenta A.C., 2013; Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2016)

4.1. Conducta suicida en Mujeres Privadas de Libertad (MPL)

En el sistema carcelario se ha reportado una elevada tasa de suicidios, pues estar privado de libertad conlleva tener un riesgo de 11 a 14 veces más alto que la población general (Subsecretaría de Sistema Penitenciario y Secretaría de Salud de la Ciudad de México [SEDESA], 2018). A su vez, las mujeres después de haber estado privadas de su libertad corren un riesgo 15 veces más alto que la población general de realizar suicidio (Janca et al., 2023). El riesgo suicida en estos espacios se eleva por una combinación entre factores de riesgo que cualquier persona puede presentar con factores de riesgo propios de la cárcel, los cuales han sido mencionados por Baltodano-Chacón y Márquez-Cueva (2014); Cañón et al. (2016); Illana y Thomas (2021); Levcovitz (2016); Urueña (2021) y Vázquez (2015):

- Impacto psicológico del arresto y encarcelamiento (miedo a lo desconocido o de sufrir violencia física o sexual, culpabilidad, entre otros).
- Primeras semanas después del ingreso.
- Síntomas de abstinencia de sustancias psicoactivas.
- Sentencias largas o situación legal no definida.
- Monitoreo nulo o deficiente de conductas suicidas u otra afección psicológica.
- Sobrecarga de trabajo del personal de atención médica y de salud mental y/o capacitación deficiente.
- Falta de protocolos específicos para identificar y atender a las PPL con riesgo suicida.
- Escaso apoyo social en las visitas, llamadas, compañía o aislamiento.
- Decepción por una lenta o escasa resolución de procesos legales.
- Negación de beneficios preliberaciones.
- Ser testigo del suicidio de otro compañero.
- Precariedad de condiciones de vida en la prisión (hacinamiento, higiene, alimento, vestimenta, descanso, escasos espacios recreativos).

- Egreso del sistema carcelario, sobre todo, durante el primer año de salida.

En el sistema penitenciario mexicano existen 12.5 mil MPL, de las cuales el 53.5% se encuentran en penales femeniles, el 45.8% en mixtos y el 0.6% en varoniles (ENPOL, 2021). En las MPL se observan intersecciones específicas que las vuelven más vulnerables, algunos ejemplos son que la mayoría tienen entre 25 a 35 años, factor importante porque implica que en esas edades puede predominar necesidades de reproducción y sexualidad (ej., muchas ya tienen hijos y son separados al momento de ingresar), asimismo el 5% se reconocen como indígena, no se les suele otorgar un traductor en su juicio, provocando que comprendan poco o nada de su proceso legal así como del destino de sus hijos, a su vez hace que se aislen de sus pares que no hablan el mismo dialecto o son víctimas de acoso por no hablar español. Y han reportado haber vivido algún tipo de violencia de género antes o durante su proceso, pues se han reportado abusos sexuales en el arresto; estar en prisión debido a la defensa propia ejercida a sus agresores, así como reconocer que algunas están en la cárcel por haber cometido un delito por su pareja bajo una dinámica de control por parte de él (CNDH, 2021b).

El análisis interseccional permite vislumbrar aquellos factores que vulneran a una MPL los cuales son aquellos que a cualquier persona en estado de libertad le pueden afectar, sumados con los del encarcelamiento y los relacionados con el género; esto ha ocasionado que sean los centros femeniles los que presentan mayor registro de autolesiones e ideación suicida, y que muchas de ellas requieren atención psicológica y psiquiátrica, sin embargo, las autoridades reconocen que no hay un lugar especializado para ellas, pues el único centro especializado para PPL con trastornos mentales es varonil (CNDH, 2021b).

El hecho de que las MPL, presenten tasas más elevadas de ideación suicida o autolesiones en reclusorios mexicanos concuerda con los datos internacionales, como en Irlanda, que se reportan una tasa seis veces mayor de mujeres en autolesiones que en HPL (McTernan., 2023) o con el metaanálisis de intentos suicidas en PPL alrededor del mundo,

donde se observó una prevalencia del 12, 2% en mujeres contra 8,6% en hombres (Favril et al., 2022).

En cuanto a cifras del suicidio en el sistema penitenciario en México, el Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria realizado por la CNDH (2022) registró un total de 100 suicidios durante el año pasado, de estos se informaron que algunas posibles causas tenían que ver con problemas psicológicos como depresión (10%), problemas familiares o sentimentales (3%), problemas psicológicos por el encarcelamiento (2%); algunos no especificaron la razón (entre ellas la Ciudad de México) (2%) y desconocimiento (67%). Asimismo, se tiene como referencia el reporte de la CNDH (2021b) para visualizar que ocurrieron 54 autolesiones, 32 intentos de suicidio y 17 suicidios de MPL. Estos datos son similares a los de otros países como Paraguay en donde se encontró que el riesgo suicida se presentó en el 36,1% de una muestra de mujeres en prisión (Vargas et al., 2023).

Una vez reconocido el problema de las elevadas tasas de suicidio al estar en un estado de reclusión, es importante reconocer que las intervenciones psicológicas pueden contribuir a mitigar la problemática. Lamentablemente, las investigaciones sobre este abordaje resultan ser escasas, por no decir nulas en México; por lo que, en la tabla 1 se muestra una recopilación del estado de arte de intervenciones psicológicas en conducta suicida en PPL internacionales que han resultado tener evidencia científica las cuáles resultan basarse en técnicas cognitivas y conductuales, estos precedentes sirven de referentes para el abordaje de la conducta suicida en el país.

Tabla 1

Intervenciones psicológicas utilizadas para la prevención del suicidio en entornos de reclusión.

Autores	Lugar	Muestra	Medidas	Técnicas	Descripción de la investigación	Resultados
Pratt et al. (2015)	Reino Unido	62 adultos privados de libertad, entre 21 a 60 años.	Conductas suicidas y autolesivas	Reestructuración cognitiva Gestión del estado de ánimo. Activación conductual ESP.	Piloto controlado aleatorizado que comparaba al grupo control TAU (n = 31), quién recibió monitoreo y fármacos en algunos casos, sin intervención psicoterapéutica, contra el grupo de intervención a quién se le entregó la TCC (n = 31) durante 20 sesiones, dos veces por semana.	Se reportó una mejora con significancia clínica en el 56% de los participantes en el grupo de intervención en comparación con el 23% del TAU durante 6 meses; esto no se mantuvo en el seguimiento.
Gee y Reed (2013)	Reino Unido	62 mujeres privadas	Ideación suicida y autolesiones	TDC enfocada en regulación	Piloto de 8 semanas sin grupo control. Se recabaron datos de una evaluación rutinaria en la	Resultados no estadísticamente significativos, pero sí clínicamente significativos

		de libertad s. con TLP y autolesion es.		emocional Mindfulness Tolerancia a la angustia	línea base, a las cuatro semanas del programa y en la octava semana.	representados de manera global con el 68% de mejora en ideación suicida y autolesión. Solo 29 concluyeron el tratamiento.
Riaz y Agha (2012)	Pakistán	9 mujeres privadas de libertad, con TLP y autolesion es.	Conducta autolesiva y conductas de afrentamien to.	Reestructuraci ón cognitiva. ESP. Técnicas de relajación.	Intervención grupal de 12 sesiones por cuatro meses. Uso del Inventario de Autolesiones Deliberadas y el inventario multidimensional para evaluar las respuestas ante el estrés.	Hubo mejoras en las medias de métodos de afrontamiento. Aunque no existió un impacto estadísticamente significativo, los episodios de autolesión lograron disminuir.

Fuente: creación propia.

4.2. Atención de la conducta suicida en Personas Privadas de su Libertad en México como parte de los Derechos Humanos

Los derechos humanos se basan en la protección de la dignidad humana y son inherentes a todos los seres humanos sin distinción de cualquier condición, por ende, las PPL tienen los mismos derechos que cualquier otra persona, pues los únicos que se limitan son los referentes a su internamiento que les priva de su libertad (Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México [CDHCM], 2021).

El estado es el garante de propiciar las condiciones para vivir con dignidad y sin discriminación haciendo valer los derechos humanos, como el acceso y protección a la salud. Este derecho se encuentra garantizado por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en los artículos 1° párrafo quinto y 4° párrafo cuarto, donde se menciona el derecho de tener acceso a los servicios de prevención, curación y rehabilitación. También, en su artículo 18 párrafo segundo, se habla específicamente del derecho a la salud como uno de los ejes para lograr la reinserción social (CNDH, 2016).

Existen mecanismos internacionales que establecen las Reglas Mínimas para el Tratamiento en reclusorios, uno de estos son las Reglas Mandela las cuales son recomendaciones para promover las condiciones de encarcelamiento dignas en el mundo y tienen como principios fundamentales la dignidad, igualdad, respeto y no discriminación (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2015); por lo tanto, basado en mecanismos internacionales como las Reglas Mandela y apegados a los principios de la Constitución Mexicana, se ha creado la Ley Nacional de Ejecución Penal (LNEP, 2016) en donde se establecen procedimientos y normas para el internamiento, avalando los derechos para las PPL en los centros de reclusión del país, ejemplo de ello es la protección a la Salud, siendo uno de los derechos fundamentales en el sistema Penitenciario que garantizan la integridad física y psicológica.

De tal forma, diferentes organismos son los encargados de ofrecer atención a la salud en PPL en la Ciudad de México, como lo es la SEDESA, quienes reconocen que conlleva un gran reto garantizar la salud mental en contextos penitenciarios y que, una de tantas problemáticas es la atención al riesgo suicida. En consecuencia, uno de los intentos para atender la problemática de la conducta suicida, fue el trabajo realizado en conjunto con la Subsecretaría de Sistema Penitenciario al implementar el *Mecanismo de Prevención, Detección y Atención de Conductas Autolesivas de Personas Privadas de la Libertad* (CDHCM, 2021; Subsecretaría de Sistema Penitenciario y SEDESA, 2018).

Este mecanismo incluye Campañas de Salud Mental, en donde se evalúa el riesgo suicida en PPL; también las visitas o los mismos pares del reclusorio pueden reportar estas conductas si las identifican con el área de Medicina o de Seguridad, posteriormente, notificar al área de psicología para recibir el plan de tratamiento y seguimiento. Ante una urgencia es necesario el traslado a la Unidad Médica responsable y notificar al director del Centro las recomendaciones para salvaguardar la vida de la PPL. Si la Unidad Médica no puede responder ante la emergencia, se traslada al Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial; Torre Médica Tepepan u otro Hospital de la red (Subsecretaría de Sistema Penitenciario y SEDESA, 2018).

5. Método

5.1. Planteamiento del problema

El suicidio se considera un problema social y de salud pública que merece consideración prioritaria, ya que la atención es compleja por estar rodeado de diferentes factores de riesgo personales, familiares, sociales, culturales e institucionales, así como el hecho de ser un acto estigmatizado, rodeado de mitos que limitan la búsqueda de ayuda profesional por parte de las personas con conductas suicidas (Graieb y Mella, 2019; Guzmán y Núñez, 2022; Moleón y Moleón, 2022; OMS, 2021; OPS, 2014; Robles, et al., 2013).

A su vez, el estigma y el desinterés por el tema del suicidio, hace que los registros de estos hechos sean solo una aproximación de la gravedad del problema (OMS, 2021), sin embargo, de las cifras conocidas se sabe que, las tasas de mortalidad por suicidio siguen siendo preocupantes, y aunque se ha visto un decremento en algunos países, en México no sucede así, pues a pesar de que el país es considerado por tener una de las tasas más bajas de mortalidad por suicidio en Latinoamérica, estas se incrementan cada año (INEGI, 2022).

Asimismo, es relevante considerar a poblaciones que por su condición presentan más riesgo suicida. De acuerdo con la Subsecretaría de Sistema Penitenciario y SEDESA (2018), las PPL son uno de tantos grupos vulnerables en los que se eleva el riesgo suicida a comparación de la población general. De acuerdo con la ENPOL (2021), se sabe que la población se expone a condiciones de estigma y rechazo social; aislamiento; diferentes tipos de violencia por sus pares, así como por la autoridad y violación de derechos humanos que no les permite vivir con dignidad su proceso de encarcelamiento, y según menciona Jiménez-Puig (2021) estos factores facilitan la aparición o mantenimiento de enfermedades mentales y/o conductas suicidas que, sin una atención adecuada puede terminar en suicidio.

Además, las cifras de suicidio en reclusorios en México muestran que son cometidos más por hombres, sin embargo, la ideación e intento suicida se observa en mayor medida en mujeres, quienes enfrentan condiciones de vulnerabilidad relacionadas con el género más las

que cualquier persona puede presentar. Se debe empezar a considerar el riesgo suicida en MPL, pues el suicidio no es masculinizante, y el visibilizarlo ayudaría a orientar esfuerzos para su prevención con perspectiva de género, tarea pendiente ejemplificada porque el único lugar que existe para brindar tratamientos específicos en salud mental en el sistema penitenciario está dirigido a la población masculina (CNDH, 2021b).

A pesar de los esfuerzos que las instituciones penitenciarias en la Ciudad de México han propuesto para atender las conductas suicidas en privados de libertad, parece no ser suficiente, ya que, aunque no se tengan cifras actualizadas del comportamiento del fenómeno en estos espacios, el Observatorio de Prisiones (2020) ha reportado de manera general que los suicidios siguen aumentando cada año. Por consiguiente, parece ser que en temas de salud mental y específicamente en casos de suicidio, sigue persistiendo cierta indiferencia en las cárceles de México y que las soluciones distan mucho de poder ser aplicadas a todas las PPL, condenando no solo a la privación de libertad, sino también los derechos humanos (CDHCM, 2021; CNDH, 2021a).

En la Ciudad de México, la Subsecretaría de Sistema Penitenciario y SEDESA (2018) ha intentado atender esta problemática incluyendo el *Mecanismo de Prevención, Detección y Atención de Conductas Autolesivas de Personas Privadas de la Libertad* el cual es un protocolo que intenta delimitar las pautas a seguir ante estos casos, sin embargo, al ser muy general, no muestra recomendaciones de la calidad y tipo de servicios o enfoques psicológicos que han de ser brindados, por lo que, no se reconoce cuáles intervenciones serán más efectivas para el tratamiento de conductas autolesivas en el contexto carcelario.

Debido a que el crecimiento de las tasas de suicidio en México se vuelve preocupante y que en espacios de reclusión este fenómeno se exagera y a su vez se ha invisibilizado al riesgo suicida en población femenil a pesar de que la ideación e intentos suicidas pueden verse triplicados en comparación con la población varonil, el propósito de esta investigación es

determinar el efecto de un taller basado en el enfoque cognitivo-conductual sobre el riesgo suicida en MPL de un reclusorio de la Ciudad de México.

5.2. Pregunta de investigación

¿Cuál es el efecto de herramientas psicológicas cognitivo-conductuales implementadas por medio de una intervención grupal en MPL con riesgo suicida en un reclusorio de la Ciudad de México?

5.3. Objetivo general

Determinar el efecto de una intervención grupal en modalidad taller desde el enfoque cognitivo-conductual en el riesgo suicida de MPL.

5.4. Objetivos específicos

1. Diseñar un taller basado en técnicas psicológicas cognitivo-conductuales dirigido al abordaje del riesgo suicida en PPL.
2. Implementar un taller basado en técnicas psicológicas cognitivo-conductuales dirigido al abordaje del riesgo suicida en PPL.
3. Evaluar la efectividad de un taller basado en técnicas psicológicas cognitivo-conductuales dirigido al abordaje del riesgo suicida en PPL.

5.5. Hipótesis

Hi: El taller basado en el enfoque cognitivo-conductual disminuirá el riesgo suicida en un grupo de PPL.

Ho: El taller basado en el enfoque cognitivo-conductual no disminuirá el riesgo suicida en un grupo de PPL.

5.6. Variables

Variable independiente: Taller Cognitivo-Conductual.

Definición conceptual

El enfoque cognitivo-conductual es un modelo terapéutico que desde sus inicios mantiene las bases de la psicología del aprendizaje. Sus intervenciones están fundamentadas

en la psicología científica para el tratamiento de la *conducta* en sus diferentes niveles (motora, cognitiva, fisiológica y emocional) mediante el aprendizaje de conductas más adaptativas (Ruiz et al., 2017).

Definición operacional

Aplicación de una intervención grupal en modalidad de taller, teniendo como finalidad abordar el riesgo suicida, mediante técnicas de intervención en crisis; regulación emocional; reestructuración cognitiva y ESP.

Variable dependiente: Riesgo suicida

Definición conceptual

Se considera al riesgo suicida como múltiples condicionantes individuales y del entorno, que interactúan y se acumulan aumentando la vulnerabilidad y probabilidad de cometer suicidio; las diferentes variables que interactúan para que se presente un elevado riesgo suicida hace que sea considerado un fenómeno complejo (Navío y Pérez, 2020).

Definición operacional.

El riesgo suicida será medido con la puntuación obtenida en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik versión española donde el punto de corte es de 6 para considerar que una persona presenta riesgo suicida.

5.7. Diseño de investigación

Se realizará una investigación cuantitativa a nivel descriptiva y comparativa con un diseño preexperimental de tipo pretest – posttest con un solo grupo (Hernández et al., 2014), es decir, se evaluará antes y después de la intervención el riesgo suicida de PPL en el Centro Femenil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla.

5.8. Participantes

5.8.1. Muestra

La muestra fue no probabilística por conveniencia, pues tiene la ventaja de seleccionar intencionalmente a los participantes que cumplan ciertas características importantes para la

investigación (Hernández et al., 2014), en este caso, se trabajó con un grupo que inicialmente fue enviado por el personal penitenciario por considerar que presentaban algún tipo de riesgo suicida. Todas fueron voluntarias, es decir, se presentaron al taller aquellas que aceptaron la invitación por medio de un consentimiento informado. Inicialmente, se contó con la presencia de 25 MPL, pero por cuestiones ajenas al estudio, se terminó con 7 participantes.

5.8.2. Criterios de inclusión

Mujeres privadas de su libertad.

Ser mayor de 18 años.

Ser consideradas por personal penitenciario con riesgo suicida.

Habilidades básicas de lectura y escritura.

5.8.3. Criterios de exclusión

No hablar español.

Ser incapaces de dar su consentimiento.

Presentar desorientación de tiempo y espacio.

Estar recibiendo algún otro tratamiento psicológico para la conducta suicida.

5.9. Instrumentos

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

Creada en 1989 por Plutchik y Van Praag con la intención de identificar intentos de suicidio, impulsividad, sentimientos de desesperanza, depresión, uso de pastillas para dormir o medicamentos de otro tipo, obteniendo una fiabilidad interna = 0.84. Para fines de esta investigación se ocupará la versión española de Rubio et al. Validada en 1998. De dicha versión, Santana-Campas y Santoyo (2018) reportaron las propiedades psicométricas en jóvenes mexicanos privados de la libertad, en la cual obtuvo un alfa de Cronbach =0.74. Asimismo, se ubican cuatro dimensiones principales, la dimensión I se denomina sentimiento de inutilidad y está conformada por los reactivos 3, 6, 8 y 12; la dimensión II se refiere a la

ideación suicida compuesta por los ítems 2, 13 y 14; la dimensión III corresponde a la desesperanza integrada por los reactivos 5, 7 y 9; y la dimensión IV son factores sociales medida en los ítems 1, 4, 10, 11 y 15.

Es un instrumento autoadministrado de 15 ítems donde sus respuestas son SI o NO, cada afirmación suma un punto; a mayor puntaje, mayor riesgo suicida. El punto de corte es igual o mayor a 6 puntos.

5.10. Procedimiento

Invitación, presentación y pretest.

En un espacio otorgado por la institución, se recibieron a MPL que ya habían sido identificadas con antecedentes de riesgo suicida por parte de los profesionales de salud mental del reclusorio. Conforme iban llegando, el equipo fue presentado para proceder con la explicación del objetivo del taller y el tiempo requerido de su parte; a las personas que desearon participar se les pidió leer y firmar el Consentimiento Informado, para proseguir con recabar sus datos sociodemográficos con la Cédula de Identificación (anexo 2) y la aplicación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (anexo 3).

Aplicación del taller.

El taller tuvo se basó en el contenido del *Curso de Especialización en Intervención en Autolesión y Riesgo Suicida en Personas Privadas de la Libertad* impartido por la FES Iztacala en el período de septiembre a octubre 2022. Por lo tanto, el taller requirió de: 1) Intervención en crisis; 2) Regulación de emociones; 3) Reestructuración cognitiva y 5) Entrenamiento en Solución de Problemas y 6) Prevención de recaídas. Este paquete de herramientas se aplicó a lo largo de 7 sesiones con duración máxima de una hora y media cada una.

Durante cada sesión se llevó un control de asistencia en donde las participantes anotaban su nombre y estancia a la que pertenecían, esto sirvió como referente para otorgar una constancia de participación para la cual requerían tener un mínimo del 80% de asistencia.

Es importante señalar que a largo del taller las participantes llegaban con diferentes situaciones que representaban un impacto emocional relevante, por lo que, la intervención en crisis fue una herramienta que se utilizó constantemente para ofrecer contención emocional y movilización de recursos para analizar posibles soluciones ante cada caso.

Postest

En la última sesión se volvió a aplicar la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

5.11. Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo comparativo para conocer en qué dimensiones hubo diferencias antes de la intervención y después de esta. Las dimensiones de riesgo suicida que se compararon fueron sentimientos de inutilidad; ideación suicida; desesperanza y factores sociales que aumentan el riesgo, por lo tanto, se retomaron los puntajes de cada ítem de acuerdo con la dimensión que corresponda y se señalaron si hubo patrones entre dimensiones dados por la intervención. Para esto, se realizó una prueba de normalidad de datos para confirmar un análisis no paramétrico con la prueba de rangos de Wilcoxon, ambas pruebas se realizaron en el programa IBM SPSS Statistics 25.

También, se calculará el Cambio Clínicamente Significativo propuesto por Jacobson y Truax (1991), entendido de manera conceptual como la medida en que la intervención mueve a una persona fuera del rango de la población disfuncional o dentro del rango de la población funcional, esta medida demuestra la eficacia del tratamiento sobre los individuos, es decir los beneficios o impactos que tuvo en la vida de las personas.

Para este análisis, se debe establecer el punto de corte para considerar un nivel funcional, el cual se establece por tres criterios dependiendo el tipo de población. Para la población de la presente investigación, se empleará el criterio "a" propuesta por Jacobson y Truax (1991) siendo el recomendado para cuando no se disponen de datos normativos de las variables, versa de la siguiente manera:

(a) El nivel de funcionamiento posterior a la terapia debe quedar fuera del rango de la población disfuncional, donde el rango se define como la extensión de dos desviaciones estándar más allá (en la dirección de la funcionalidad) de la media de esa población. (p. 13).

En caso de que, la variable sea valorada como negativa, como lo es en este caso al medir la conducta suicida, (a mayor puntuación del instrumento, menor mejoría y viceversa), la funcionalidad estaría expresada por puntajes bajos y, por lo tanto, el punto de corte se hallaría dos desviaciones estándar por debajo de la media, expresado por la formula:

$$a = MD - 2DED$$

MD= Media de grupo disfuncional del pretest

DED= Desviación Estándar del grupo disfuncional del pretest

Después de obtener el punto de corte, se evaluará el grado de confiabilidad del cambio logrado si es que lo hubo, para esto se evaluará el Índice del Cambio Fiable (ICF) con la formula modificada por Christensen y Mendoza en 1986, avalada por Jacobson y Truax (1991):

$$ICF = \frac{x_{post} - x_{pre}}{S_{diff}}$$

X pre = puntaje del participante en el pretest

X post = puntaje del participante en el post test

Sdiff = error estándar de la diferencia entre las dos puntuaciones de la prueba

El cálculo de Sdiff es:

$$S_{diff} = \sqrt{2[DPRE\sqrt{1 - r_{xx}}]^2}$$

DPRE = Desviación estándar de la muestra previo al tratamiento

Rxx = Confiabilidad test – retest del instrumento utilizado.

6. Resultados

El reporte de datos sociodemográficos presentado en la tabla 2, considera la información de siete participantes privadas de su libertad. Todas son mujeres con una edad entre 23 y 52 años (media de 38.16), aunque una no reportó su edad. En relación con su estado civil, dos participantes son viudas, dos solteras y tres en unión libre. Por otro lado, seis reportan tener hijos. Asimismo, tres cuentan con un nivel de escolaridad medio superior y cuatro con un nivel básico, específicamente con secundaria.

En cuanto a las ocupaciones de las participantes antes de su ingreso al reclusorio, se encontraron el ser comerciante, empleada o trabajar en el hogar. Por otro lado, todas reportaron ser creyente o practicante de alguna religión, sobre todo la cristiana y católica. En relación con su situación legal, los delitos por los que son acusadas son homicidio, complicidad de homicidio, robo calificado o agravado, privación ilegal de la libertad y delitos contra la salud; solo dos cuentan con sentencia de 5 años y 9 meses, las otras se encuentran en prisión preventiva con tiempos variable de ingreso que van desde el mes hasta los tres años; ninguna cuenta con antecedentes penales (ver tabla 2).

Siguiendo con un reporte descriptivo la tabla 4 muestra todos los puntajes de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, en el pretest y post test de las participantes. Para una apreciación general de estos, se realizaron gráficos antes y después del total del riesgo suicida, así como de sus subescalas. Se logra observar que, principalmente, hubo una reducción en el total del riesgo suicida (figura 2), así como en las subescalas de desesperanza (figura 3) y factores sociales (figura 4), mientras que en ideación suicida (figura 5) y sentimientos de inutilidad (figura 6) se observa que algunas participantes disminuyeron su puntaje, pero otras lo mantuvieron e incluso dos participantes en cada una de estas subescalas aumentó el puntaje.

Tabla 2*Características sociodemográficas de las participantes.*

P	Edad	Edo. Civil	No. Hijos	Escolaridad	Ocupación	Religión	Delito	Sentencia	Tiempo de sentencia	Tiempo desde el ingreso	Antecedentes penales
1	37	Viuda	4	Secundaria	Comerciante	Católica	Homicidio	No	N/A	N/E	No
2	N/E	Unión libre	1	Media superior	Hogar	Cristiana	Complicidad de homicidio	No	N/A	4 meses	No
3	35	Soltera	0	Media superior	Empleada	Creyente	Robo calificado	No	N/A	1 mes	No
4	52	Viuda	2	Secundaria	Comerciante	Católica	Privación ilegal de la libertad	No	N/A	3 años	No
5	33	Unión libre	2	Media superior	Comerciante	Católica	Robo agravado	Sí	5 años	5 meses	No
6	23	Soltera	2	Secundaria	Empleada	Creyente	Delitos contra la salud	Sí	9 meses	6 meses	No
7	49	Unión libre	4	Secundaria	Comerciante	Católica	Robo agravado	N/E	N/E	N/E	No

Nota. P = Participantes; N/E = No especificado; N/A = No aplica.

En la tabla 3 se observa que al ejecutar la prueba de normalidad Shapiro-Wilk, los datos no siguen una distribución normal ($p = 0.005$), por lo tanto, se aplicó el estadístico no paramétrico de Wilcoxon para la comparación de los grupos, en estos resultados se muestra una disminución estadísticamente significativa en el riesgo suicida de MPL después del taller cognitivo-conductual ($Z = -2.37$, $p = .009$), teniendo efectos más notables en las subescalas de desesperanza ($Z = -2.06$, $p = .02$) y factores sociales ($Z = -2.41$, $p = .008$).

Tabla 3

Resultados de la Prueba de normalidad Shapiro-Wilk y Prueba de Wilcoxon para las Puntuaciones de la Escala de Riesgo Suicida.

Prueba de normalidad					
Sw	0.005				
Prueba de rangos con signo de Wilcoxon					
	Total pre - post	Inutilidad pre – post	IS pre - post	Desesperanza pre – post	FS pre - post
Z	-2.375	-1.289	-1.518	-2.06	-2.414
p	0.009	0.098	0.064	0.02	0.008

Nota: Sw = Shapiro-Wilk; IS pre – post = Ideación suicida pre – post, FS pre – post = Factores sociales pre-post; * $p < .05$

Tabla 4

Resultados de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

P	Total		Sentimiento de inutilidad		Ideación suicida		Desesperanza		Factores sociales		ICF
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	
1	9	6	2	1	3	2	0	0	4	3	-1.83
2	14	1	4	0	3	1	3	0	4	0	-7.95
3	3	1	1	1	0	0	1	0	1	0	-1.22
4	11	7	3	1	3	3	2	1	3	2	-2.44
5	11	6	3	3	3	1	2	1	3	1	-3.05
6	7	5	1	2	0	1	1	1	5	1	-1.22
7	9	5	2	2	2	1	2	0	3	2	-2.44

Nota: P= participantes; n = 7, *p<.05

Figura 2

Pretest y post test del total del riesgo suicida de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

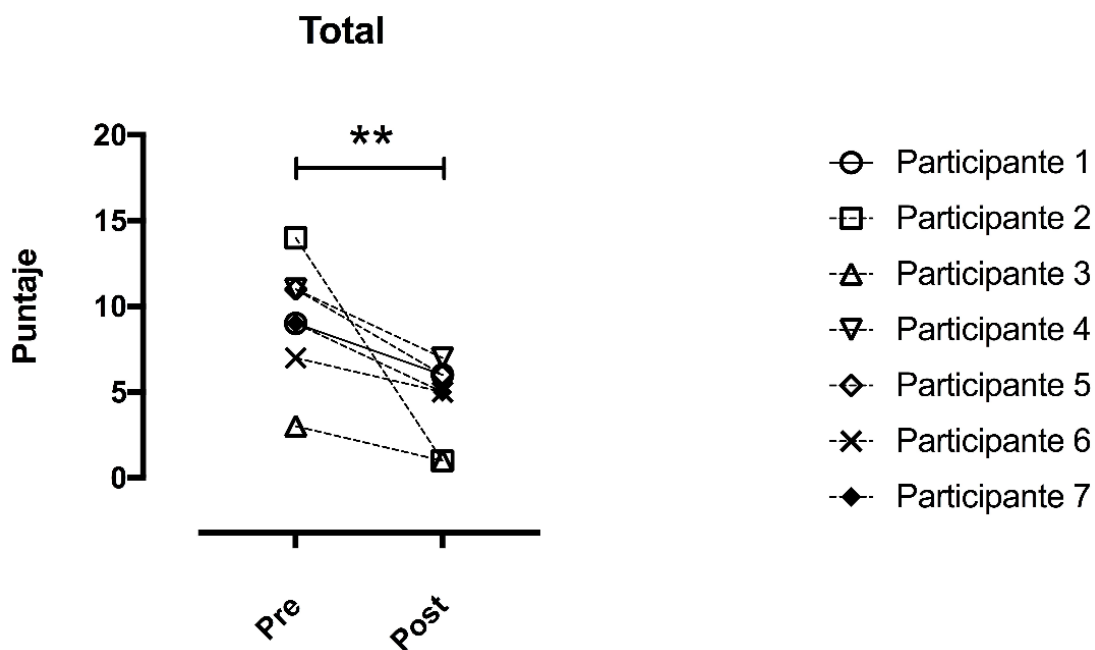


Figura 3

Pretest y post test de la subescala de Desesperanza en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

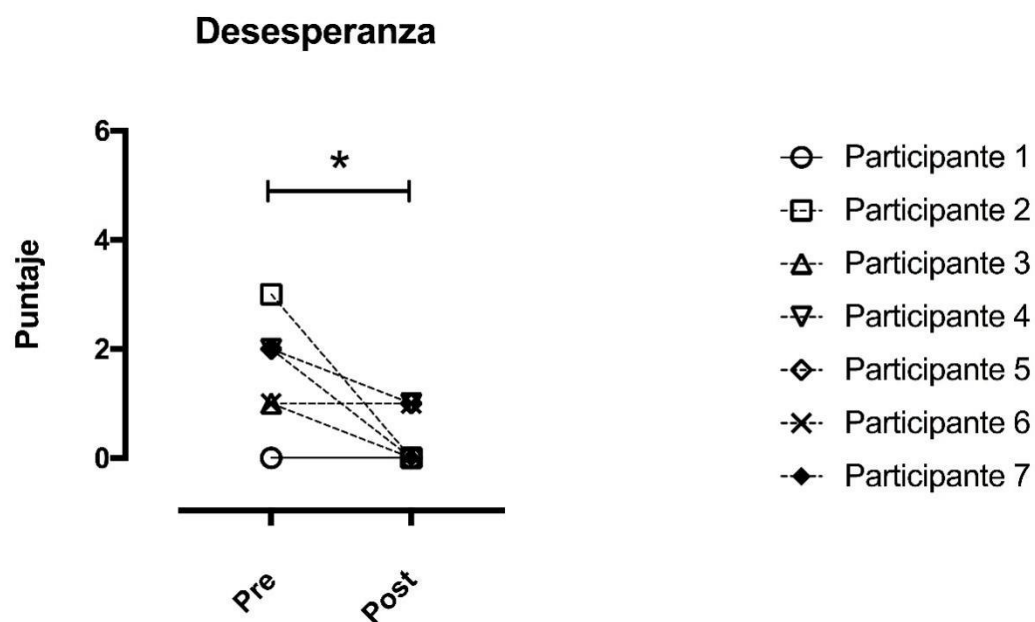


Figura 4

Pretest y post test de la subescala de Factores Sociales en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

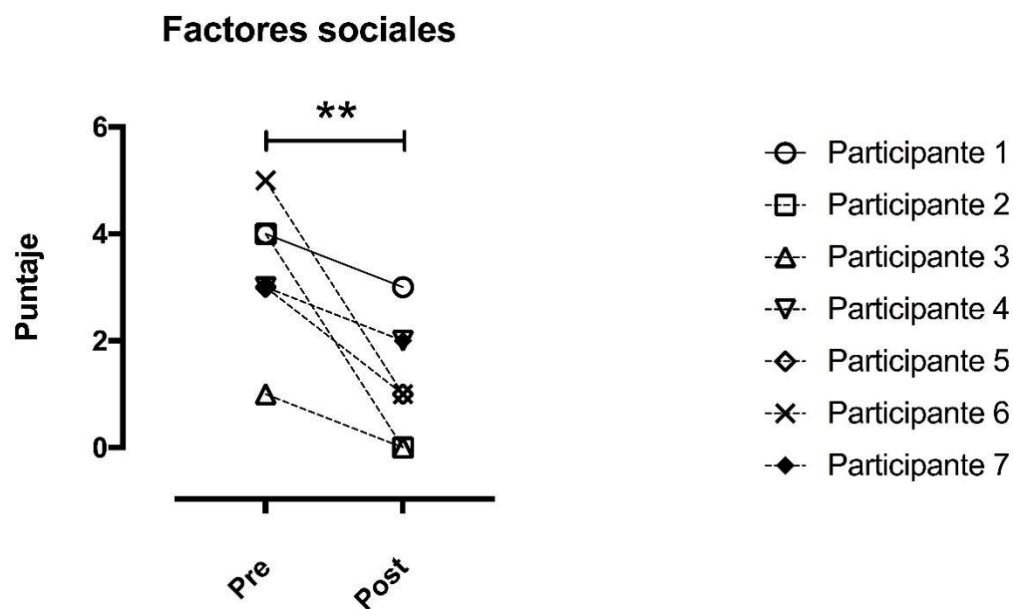


Figura 5

Pretest y post test de la subescala de Ideación Suicida en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

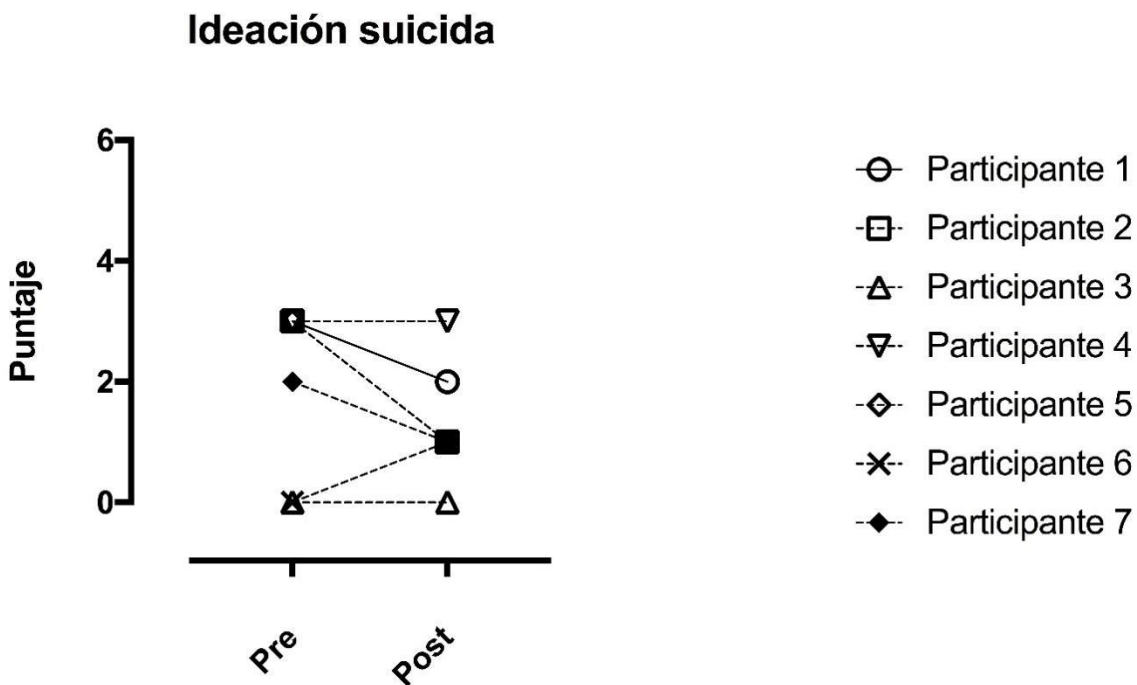
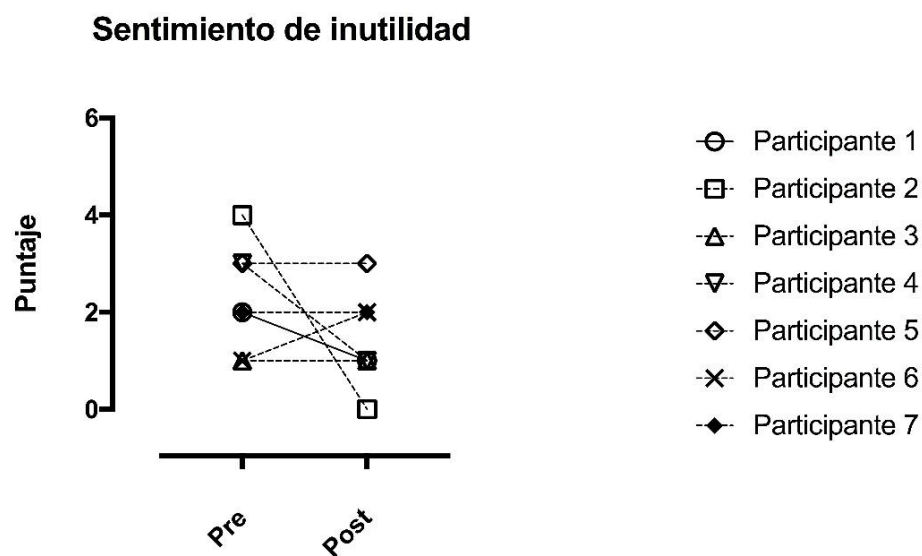


Figura 6

Pretest y post test de la subescala de Sentimientos de Inutilidad en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.



Asimismo, se obtuvieron los estadísticos para averiguar si existió cambios clínicamente significativos en las participantes, para llevar a cabo los procedimientos se necesitó calcular los siguientes datos mostrados en la tabla 4.

Tabla 4

Datos utilizados para calcular los parámetros del cambio clínicamente significativo.

Media del pretest o media de la muestra disfuncional (Mpre): 9.14

Desvío estándar del pretest o desvío estándar de la muestra disfuncional (DPRE): 3.48

Confiabilidad test – retest del instrumento utilizado (rxx) = 0.89

Error estándar de la diferencia entre las dos puntuaciones de la prueba (Sdiff): 1.63

Puntaje de cada participante en el pretest (X pre): 9; 14; 3, 11, 11, 7 y 9.

Puntaje de cada participante en el post test (X post): 6; 1; 1, 7, 6, 5 y 5.

Posteriormente, se obtuvo un punto de corte en el que, a partir de este dato, las personas pueden acercarse a la población funcional, en este caso el punto de corte fue $a = 2.17$; dos participantes se acercan a este indicador con un post test de 1, mientras que dos más obtienen 5, otras dos se colocan con seis y la última con siete puntos de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, aunque el resto de las participantes no se acercan tanto a la población funcional, se observa la mejoría al no estar por encima de la media de la muestra disfuncional (9.14). Por tal motivo, todas las participantes en el post test logran acercarse a la población funcional y alejarse de la media disfuncional.

El siguiente criterio para determinar un cambio clínicamente significativo, es el Índice de Cambio Fiable (ICF) para cada participante, el cual debe ser inferior o igual a -1.96 para considerar que el cambio es real y muy improbable que se deba al azar ya que se estaría ocupando un nivel de significancia de $p < 0,05$. En la tabla 3 se muestra el ICF de tres participantes (1, 3 y 6) superiores a -1.96 , mientras que el resto obtuvieron un ICF debajo del intervalo de confianza requerido para afirmar que los cambios resultantes son confiables.

En relación con los resultados obtenidos, se resalta que todas las participantes disminuyeron su puntaje de riesgo suicida después de la intervención, sin embargo, este decremento no representa cambios clínicamente significativos más que en la participante dos que cumplió los criterios necesarios (puntaje post test igual a uno, acercándose al punto de corte de 2.17 de la población funcional y un ICF de -7.95 que es menor al intervalo de confianza de -1.96). Asimismo, aunque el resto se alejaba de la media disfuncional acercándose al punto de corte, algunas participantes (1, 3 y 6) no obtuvieron un ICF para asegurar que esos cambios son confiables, sin embargo, las participantes 4, 5 y 7 sí mostraron una mejoría confiable sin ser significativa. Por lo tanto, aunque en general el grupo disminuyó el riesgo suicida después del taller con enfoque cognitivo-conductual, no se afirma significancia homogénea de estos cambios.

7. Discusión y conclusiones

El objetivo de esta investigación fue determinar el efecto de una intervención grupal en modalidad taller desde el enfoque cognitivo-conductual en el riesgo suicida de MPL, de acuerdo con los análisis presentados, el taller tuvo un efecto positivo al lograr disminuir significativamente el riesgo suicida en la población, esto se destaca más en las subescalas de desesperanza y factores sociales que involucran al riesgo suicida. Como complemento de los resultados, se lograron observar mejorías en el riesgo suicida en cada participante y únicamente una participante logró obtener cambios clínicamente significativos.

En los factores de riesgo suicida encontrados en la población y recopilados mediante sus datos socio demográficos, se observa que el estado civil de la mayoría es que son solteras o viudas, cuentan con más de un hijo y con un nivel de escolaridad básico, esto es importante considerar ya que, el apoyo familiar muchas veces se ve limitado sobre todo en las mujeres que han cometido un delito por estigmas sociales; se llega a perder contacto con la pareja ya sea porque también ha sido encarcelada o por separación; hay dificultades para recibir visitas de familiares por falta de dinero para el traslado o por condiciones inadecuadas para las visitas de las infancias, provocando un debilitamiento en el vínculo familiar (Añaños-Bedriñana y Jiménez-Bautista, 2016) Factor importante ya que se ha encontrado que la falta de apoyo externa es uno de los principales relacionados con la ideación suicida en MPL (Galindo et al., 2019).

No solo el apoyo externo se limita, pues también se genera una constante insatisfacción en las MPL por no considerar que cumplen con lo que tendrían que hacer según los roles de género impuestos por la sociedad, pues el hecho de que la mayoría tengan hijos y sean solteras, las convierte en cuidadoras principales de sus hijos o de otros familiares, es decir, tienen más presencia económica, física y emocional que la figura paterna, lo cual es cesado cuando ingresan al reclusorio, sumado con la precariedad laboral relacionada muchas veces con una escasa formación educativa, se vuelven factores estresantes continuos por tener la

necesidad de seguir cumpliendo con estos roles aun en condiciones de encierro, al ver limitado el cumplimiento de esto, se ha demostrado que las MPL ponen en consideración al suicidio como opción de resolución (Moore et al., 2021; Mauersberger, 2016). Cabe señalar que el reclusorio donde se llevó a cabo el estudio no cuenta con suficientes espacios de trabajo y educación para las MPL que habitan este espacio, reforzando los estresores de no poder contribuir económicamente a su hogar o poder continuar con sus estudios que a largo plazo pueden contribuir en mejores oportunidades laborales (CNDH, 2015).

Otro aspecto recopilado en el estudio fue que la mayoría se encontraban en prisión preventiva, algunas participantes con varios años sin que su situación jurídica tuviera alguna resolución desde su ingreso, el riesgo suicida por la situación legal ya se ha manifestado en otros estudios como en Chile que se encontró que el 97.73% de la población que se había suicidado en un periodo de 9 años, no había sido sentenciada (Ceballos-Espinoza et al., 2016), en Alemania se observó una constante en un período de 11 años de tasas de suicidio más elevadas en hombres y mujeres en prisión preventiva que en personas sentenciadas (Opitz-Welke et al., 2013), esto fue similar en 17 años registrados en las prisiones de Noruega (Bukten y Riksheim, 2021), esto es probable que ocurra debido a la dificultad para ajustarse al contexto carcelario.

Lamentablemente, son más las mujeres que se encuentran en prisión preventiva, sobre todo en países de América Latina, como en México que se ha reportado que más de la mitad de MPL están en esta situación legal (Oficina en Washintong para asuntos Latinoamericanos, 2019). Y como se ha señalado esto provoca un aumento en el riesgo suicida debido al cúmulo de efectos psicológicos que consigo trae la prisión preventiva, como los períodos de incertidumbre que escalan a síntomas de ansiedad por la espera de su sentencia así como por pensamientos de inseguridad hacia sus pares; frustración por haber sido capturada, o peor aún si hubo algún error del sistema judicial; sentimientos de soledad; sentimientos de culpabilidad que puede también desarrollarse en las personas inocentes y estigma, muchas veces agravada

por medios de comunicación (Rodríguez, 2019). Asimismo, ninguna participante reportó tener antecedentes penales, lo cual representa otro factor de riesgo ya que se ha identificado un “choque del encarcelamiento en los detenidos por primera vez, pues se manifiesta una ruptura con el medio de vida habitual, se genera una percepción distorsionada del tiempo, en donde pareciera inmóvil e interminable en la prisión, la soledad, la violación de la intimidad, el aislamiento afectivo, la ausencia de comunicación positiva y de relaciones sexuales, entre otros” (Urueña et al., 2021, p.6).

En relación con los resultados obtenidos, se muestran mejoras confiables en la mayoría de las participantes, y solo se mostraron cambios clínicamente significativos en una persona, sin embargo, la intervención generó una reducción general en el riesgo suicida, específicamente en las dimensiones de desesperanza y factores sociales que se relacionan con las conductas suicidas, por lo que demuestra que la intervención en modalidad taller con enfoque cognitivo-conductual, puede favorecer a disminuir el riesgo suicida en entornos penitenciarios. Los resultados en esta investigación son concordantes con estudios internacionales, como en Reino Unido en el que se implementaron 20 sesiones grupales cognitivo-conductuales en HPL con riesgo suicida, logrando cambios clínicamente significativos en más de la mitad de los participantes, así como una mejora en riesgo suicida, desesperanza, síntomas de depresión y ansiedad, aunque estos últimos sin significancia estadística (Pratt et al., 2015). Posiblemente, hubo un mayor número de personas que lograron un cambio clínicamente significativo por haber otorgado un número mayor de sesiones, esto pudo tener relación con una mejor comprensión y práctica de los contenidos, así como un mejor desarrollo del vínculo de apoyo entre pares. Aunque se ha observado que la TCC breve y estándar en conducta suicida tiene un resultado similar, el promedio de intervención breve son de 12 sesiones (Mora, 2020), mientras que en esta investigación solo se lograron ofertar 6 sesiones.

También, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en los factores sociales relacionados con el suicidio, esto resultó ser semejante al mejoramiento de métodos

de afrontamiento en MPL de Pakistan con historial de autolesiones, pasando de un afrontamiento centrado en el problema al afrontamiento centrado en emociones, lo cual ayuda a una mejora en relaciones interpersonales conflictivas (Riaz et al., 2012) así como el decremento de autolesiones en HPL de Reino Unido después de la implementación de Solución de Problemas breve (Perry et al., 2019), esto resulta conveniente debido a que los problemas interpersonales suelen complicarse en entornos carcelarios, en mujeres se presenta más la falta de apoyo externo, la separación de los hijos y el conflicto contradictorio entre evitar circunstancias de violencia y la obligación de afrontamiento agresivo como medio de supervivencia, creando un estado constante de alerta y contribuyendo al mantenimiento de niveles altos de estrés (Galán y Moraleda, 2018), además de que se ha reportado que las PPL con ideación suicida y conductas disruptivas se valen de afrontamientos evitativos de manera preferencial o de la ayuda de factores externos como el apoyo de otros o de la religión, por lo que, la autonomía se encuentra afectada, lo cual hace que encuentren dificultades en asumir responsabilidades de toma de decisiones lo que genera a largo plazo malestar, inconformidad e incluso, agresión (Arias, et al., 2022), por lo tanto, promover sesiones de Solución se vuelve esencial para intervenir en el riesgo suicida en espacios carcelarios.

Por otro lado, también se lograron reducciones significativas del nivel de desesperanza, esto es consistente con los hallazgos obtenidos en hombres y mujeres privados de su libertad con conductas autolesivas y diagnóstico de TLP, en donde se obtuvo mejoras significativas en los estados afectivos incluyendo la desesperanza y conductas suicidas después de una intervención enfocada principalmente en la regulación emocional (Black et al., 2013). Lo cual se vuelve un resultado favorable, pues se sabe que la desesperanza es un importante factor para el riesgo suicida (Niu et al., 2020); en MPL ha sido correlacionado positivamente con depresión (Quintela et al., 2023) y en México se ha encontrado que, en mujeres jóvenes privadas de su libertad, la desesperanza junto con la impulsividad hace que el riesgo suicida sea mayor que en hombres jóvenes en condiciones de encierro (Santana-Campas et al., 2019). En entornos

penitenciarios, la desesperanza se ve promovida por la pérdida de apoyo social y familiar (Vargas et al., 2023). Por lo que posiblemente, en este estudio tiene relación la disminución de la desesperanza por la mejora encontrada en factores sociales, así que se recomienda ahondar en la relación de estos factores en conjunto en contextos penitenciarios.

Por otro lado, aunque no se lograron cambios clínicamente significativos en la dimensión de ideación suicida ni en los sentimientos de inutilidad, hubo una tendencia de mejora en ambas dimensiones en 3 de las 7 participantes (figura 5 y 6), mientras que en otros hallazgos sí han logrado cambios clínicamente significativos en ideación suicida y autolesiones en MPL como el de Geed y Reed (2013), posiblemente porque la entrega de aquel tratamiento incluyó psicoterapia individualizada además de la grupal, lo cual permite complementar los recursos obtenidos en los grupos para aterrizarlos a preocupaciones específicas de cada persona permitiendo un mayor enfoque reflexivo, además de que se ofrecieron herramientas contextuales, esta diferencia resulta muy importante considerarse, pues se ha encontrado que intervenciones cognitivas basadas en el Mindfulness reducen la ideación suicida en personas con historial de depresión, independientemente de la mejora de los síntomas depresivos, puesto que se encontró que la reducción de ideación suicida se puede deber principalmente a mejoras en la preocupación (Forkmann et al., 2014). En este estudio no se contemplaron esos factores metodológicos, pero pueden ser considerados para aplicarse en más estudios de contextos carcelarios al imperar la preocupación en personas con ideación suicida, y de esta manera complementar a la terapia cognitiva basada en reestructuración cognitiva.

Aunque puede considerarse que los resultados de este estudio son favorables para disminuir el riesgo suicida en MPL, es de suma importancia atender varios pendientes restantes, ya que, las intervenciones para abordar el riesgo suicida en contextos carcelarios suelen ser escasos, pues de manera interna solo se tiene el *Mecanismo de Prevención, Detección y Atención de Conductas Autolesivas de Personas Privadas de la Libertad* previamente descrito, sin embargo parece no abarcar factores que complementarían dicha

prevención, por ejemplo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad (ENPOL, 2021) las afectaciones a la salud mental pueden ocurrir desde la detención y durante la vida intracarcelaria, al estar expuestos a actos violentos por parte de pares, custodios y personal técnico, por ejemplo, las mujeres han reportado sufrir violación o agresiones sexuales, así como amenazas de hacerles daños a sus familiares después de la detención. También, se ha reportado corrupción al momento de pagar por acceder a servicios médicos, psicológicos o escolares. Asimismo, el Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria realizado por la CNDH (2021a), ha reportado sobrepoblación; condiciones de auto gobernabilidad; deficiencia en servicios de salud e insuficiencia en programas para prevención de adicciones y en garantizar una estancia digna.

Lo anterior son solo algunos ejemplos de las tantas irregularidades del sistema penitenciario en México, lo cual confirma que la perpetuación de violaciones a los derechos humanos es alta, perdiendo así las condiciones necesarias para una vida digna y que, en conjunto, ponen en riesgo la vida de las personas. Demostrando, incumplimiento con la promoción y protección del derecho a la salud física y mental (CDHCM, 2021). Tal como lo menciona la CNDH (2021a), las condiciones de centros penitenciarios por años no se habían supervisado, es decir, había un abandono institucional, traducido como omisión y/o desinterés por identificar las necesidades de la población, provocando que el fin de la reinserción social se vuelva utópico, y como refiere Documenta A.C. (2013), la pérdida de libertad no puede representar la pérdida de salud, por ende, no es tolerable que el encarcelamiento agregue o empeore los padecimientos físicos y mentales.

Mientras tanto, las cifras siguen avanzando, de tal manera que en tres años se pasó de 40 suicidios al año a 100 en los reclusorios del país (CNDH, 2022; Observatorio de Prisiones, 2020), por lo que, los esfuerzos para atender la salud mental, específicamente la conducta suicida, se vuelven insuficientes pues aunque se tenga el Mecanismo de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario y se realicen campañas de salud mental o intervención más específicas

como la presentada en esta investigación, hasta el momento son esfuerzos que están desarrollándose aisladamente, cuando la recomendación siempre es un trabajo multidisciplinario. Además, cuando se trata del trabajo en contextos penitenciarios para prevenir el suicidio en mujeres se recomienda llevarlo bajo un enfoque de género, considerado como un camino común que se tiene que seguir para tratar las diferentes desventajas desproporcionales que enfrentan las mujeres a lo largo de su vida fuera y dentro de un reclusorio y que a pesar de contrastar con enfoques epistemológicos convencionales, están en línea con las recomendaciones de género de las Naciones Unidas para el trato de mujeres en estado de reclusión (Bartlett y Hollins, 2018).

7.1. Limitaciones

El estudio presenta una serie de limitaciones que son necesarias superar para una evaluación más sustancial. Aunque el tamaño de la muestra fue suficiente para llevar a cabo una prueba piloto, es necesario un ensayo a mayor escala que permita obtener resultados más concluyentes, pues tampoco se pudo incorporar un grupo control. Asimismo, no se contó con una muestra heterogénea de MPL, ya que no fue posible ofrecer el taller a mujeres con hijos dentro del reclusorio; mujeres en gestación; mujeres indígenas; mujeres pertenecientes a la comunidad LGBTIQ+ y mujeres que desempeñan el trabajo sexual dentro de los reclusorios, esto resulta relevante al ser factores interseccionales que agravan el riesgo suicida por cuestiones de género (Mauersberger, 2016).

Asimismo, la deserción que se tuvo fue una cantidad importante (72%), esto debido a decisiones personales como quienes lograron reconocer tener problemas de adicciones optaron por integrarse al Programa de Atención Integral a las Adicciones (PAIA) que ofrece el reclusorio, el cual no permite salidas de esa área hasta meses después; en otros momentos no les entregaban los pases de salida para poder trasladarse de su estancia al taller, también los egresos y traslados afectaron, así que, para futuras investigaciones se recomienda mayor

comunicación entre los investigadores y el personal técnico y así evitar inasistencias innecesarias.

Otra limitación de este estudio fue obtener información de un único instrumento de medición que evalúa solo el riesgo suicida, pero no las conductas suicidas presentadas en la muestra, por lo que se recomienda que para una representación de resultados más completa y una comparación más exhausta con otros estudios, se sugiere recurrir a una gama más amplia de pruebas incluyendo el uso de autoinformes de conducta suicidas, métodos que otras investigaciones han utilizado (Johnson et al., 2019; Pratt et al., 2015), pues estos ofrecen información precisa de los incidentes que pueden tratarse durante la intervención, aunque se deben tener mayor cuidado al momento de instruir sobre este método para evitar tener sesgos de los participantes.

Finalmente, el período del proyecto fue muy corto como para dar algún tipo de seguimiento, por lo que se recomienda evaluar después de la intervención en un período no tan corto para evitar sesgos, así como tratar especificidades que podrían contribuir a mejores resultados, pues no se abordaron las autolesiones de forma detallada, estas resultan relevantes ya que la función de estas son variadas y no necesariamente tienen una intención suicida pero sí llegan a estar relacionadas con el suicidio, por lo que podrían tratarse de manera diferente (Winicov, 2019).

7.2.Perspectivas

Esta investigación puede ser de utilidad como base para futuros estudios que busquen contribuir a la prevención del suicidio en entornos carcelarios.

En primera instancia, se recomiendan futuros estudios descriptivos de la conducta suicida en personas privadas de la libertad en México, pues solo se encontraron datos esporádicos reportados por las instituciones sin ofrecer un perfil psicológico que permita diseñar intervenciones que abarquen las necesidades de la población nacional.

También, se sugiere evaluar con mayor detalle las conductas suicidas, considerando un tiempo para llevar a cabo un seguimiento. Se recomienda tomar en cuenta que se suelen tener tiempos limitados de ingreso a estos espacios, por lo que se podría optar por varias intervenciones divididas por módulo.

Asimismo, se recomienda que en futuras investigaciones se ofrezca información sobre los costos de las intervenciones efectuadas para la conducta suicida en PPL. Ya que los recursos suelen ser limitados en estos espacios, por lo que, se requieren comparaciones de costos para facilitar la replicabilidad en otros reclusorios.

Finalmente, se esperaría que futuros trabajos consideren un enfoque de género que permita mayor sensibilidad a diferentes grupos de mujeres que se encuentran en los reclusorios, así como considerar que la conducta suicida puede desarrollarse a la par de otras problemáticas psicológicas que también merecen su atención con herramientas basadas en evidencia.

7.3. Conclusiones

El efecto que tuvo una intervención grupal en modalidad taller desde el enfoque cognitivo-conductual en el riesgo suicida fue positivo, al lograr una disminución general de este en MPL. Este impacto se vio más reflejado en los factores sociales relacionados con el suicidio y en la desesperanza, mientras que en la ideación suicida y sentimientos de inutilidad hubo una tendencia de reducción en algunas participantes. De manera específica, la mayoría de las participantes no lograron obtener un cambio clínicamente significativo; continuar con más investigaciones permitiría identificar componentes terapéuticos que complementen los resultados obtenidos. Finalmente, es importante recordar que cualquier intervención psicológica dirigida a prevenir el suicidio se vuelve un gran esfuerzo necesario para tratar de contrarrestar esta problemática de salud pública, la cual debe ser complementada con diferentes acciones enfocadas en fortalecer diversos factores protectores a nivel individual y social; y toda lucha para prevenir el suicidio en grupos vulnerables como lo son las PPL, deben basarse en

enfoques que resguarden los derechos humanos y de ser necesario, considerar un enfoque de género.

REFERENCIAS

- Álvarez-Correa, M. y Cadena, G. (2019). Del timbo al tambo. Salud mental en el sistema carcelario colombiano y política pública. *Revista salud bosque*, 9(1), 63-83.
<https://doi.org/10.18270/rsb.v9i1.2644>
- American Association of Suicidology (2020). *U.S.A Suicide: 2020 Official Final Data*.
<https://save.org/wp-content/uploads/2022/01/2020datapgsv1a-3.pdf>
- Añaños-Bedriñana, F. y Jiménez-Bautista, F. (2016). Población y contextos sociales vulnerables: la prisión y el género al descubierto. *Papeles de población*, 87, 63-101.
https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/44797/AnanosBedrinana_PrisionGenero.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Arias, P., Almeida, O. y Sánchez, F. (2022). Salud mental, afrontamiento y habilidades sociales para personas privadas de la libertad. *International Humanities Review*, 2-15.
<https://doi.org/10.37467/revhuman.v11.4097>
- Baltodano-Chacón, M. y Márquez-Cueva, M. (2014). Ideación suicida en privados de libertad: Una propuesta para su atención. *InterSedes: Revista de las Sedes Regionales*, 15(32), 223-248. <https://xdoc.mx/documents/spanish-5c020cf0e2b24>
- Bartlett, A., & Hollins, S. (2018). Challenges and mental health needs of women in prison. *The British Journal of Psychiatry*, 212(03), 134–136. <https://doi:10.1192/bjp.2017.42>
- Barroso, A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsicología*, 39(135), 51-66. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352019000100004>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (2010). *Cognitive Therapy of Depression*. (S. del Viso, Trad., 19^a ed.). EDITORIAL DESCLÉE DE BROWER, S.A. (Trabajo original publicado en 1979).
- Black, DW., Blum, N., McCormick B. & Allen, J. (2013). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) group treatment for offenders with

- borderline personality disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 201(2):124–129.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827f6435>
- Bodon, M. (2020). Intervenciones de primera respuesta en situaciones de emergencias y catastrofes: “primeros auxilios psicológicos / emocionales” [congreso]. *XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI*. Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-007/8.pdf>
- Botero, L., Arboleda, G., Gómez, A., García, M. y Agudelo, A. (2019). Depresión en personas recluidas en centros penitenciarios: revisión narrativa. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca*. 21, (1), 23-33.
<https://doi.org/10.47373/rfcs.2019.v21.1259>
- Bukten, A y Riksheim, M. (2021). Suicide in prison and after release: a 17-year national cohort study. *European Journal of Epidemiology*, 36(10). <https://doi.org/10.1007/s10654-021-00782-0>
- Cañón, S., Castaño, J., Muriel, D., Pérez, C. y Ramírez, S. (2016). Factor de riesgo suicida y factores asociados en reclusas de un centro penitenciario de Caldas (Colombia), 2015: Estudio de corte transversal. *Archivos de Medicina*, 16(1), 61-73.
<https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/1558/1778>
- Caricote, E. y González, J. (2021). Conducta suicida en la adolescencia desde la perspectiva de las teorías psicoeducativas. *Revista Ciencias de la Educación*, 31(57), 218-239.
<https://revistascientificasuc.org/index.php/face/article/view/106/107>
- Castro-Osorio, R., Maldonado-Avenidaño, N. y Cardona-Gómez, P. (2022). Propuesta de un modelo de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Colombia: un estudio de simulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 51(1), 17-24.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.09.001>

- Ceballos-Espinoza, F., Chávez-Hernández, A. M., Padilla-Gallegos, G.M. y Leenaars, A. (2016). Suicidio en las cárceles de Chile durante la década de 2006 – 2015. *Revista Criminalidad*, 58(3), 101-118. <https://www.aacademica.org/fceballose/11>
- Cerca, R. (2017). Terapia racional emotiva conductual y autolesión: una propuesta de intervención con una adolescente. *Revista de Estudios Clínico e Investigación Psicológica*, 7(14), 5-16. https://issuu.com/revistacecip/docs/vol.7_no.14_julio-diciembre_2017
- Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México [CDHCM]. (2021). Personas privadas de la libertad: derechos humanos y reinserción social. *Ciudad Defensora*, 12(1), 1-38. <https://piensadh.cd hdf.org.mx/index.php/ciudaddefensora/2021-12-personasprivadasdelalibertad>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH]. (2021a). *Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria*. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2022-04/DNSP_2021.pdf
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH]. (2015). Informe especial de la comisión nacional de los derechos humanos sobre las mujeres internas en los centros de reclusión de la república mexicana. https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Informes/Especiales/2015_IE_MujeresInternas.pdf
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH]. (2021b). Informe diagnóstico sobre las condiciones de vida de las mujeres privadas de la libertad desde un enfoque interseccional. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2022-04/Informe_Diagnostico_Mujeres_Privadas_Libertad.pdf
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH]. (2016). *Situación de las Personas con Discapacidad Psicosocial e Inimputables en Centros Penitenciarios de la República Mexicana*. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/OtrosDocumentos/Doc_2016_010.pdf

- Cremades, C., Garay, C. y Etchevers, M. (2019). Revisión sistemática de estudios de resultados sobre el tratamiento de la desregulación emocional desde un paradigma transdiagnóstico. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 65(2), 99-115.
- David, D., Cotet, C., Matu, S., Mogoase, C. & Stefan, S. (2018). 50 years of rational-emotive and cognitive-behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 304-318. <http://doi.org/10.1002/jclp.22514>
- Dávila, C. y Pardo, A. (2020). Estudio de la carga de la mortalidad por suicidio en México 1990-2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23, 1-14. <http://doi.org/10.1590/1980-549720200069>
- de los Santos, D.A. (2022). Regulación emocional y terapias psicológicas empíricamente apoyadas: Confluencias, complementariedades y divergencias. *Análisis Y Modificación De Conducta*, 48(177), 35-72. <https://doi.org/10.33776/amc.v48i177.5467>
- Dionisio, D. (2022). *Evaluación de niveles de cortisol en plasma en pacientes con intento suicida* [Tesis de posgrado, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco]. Archivo digital. [http://148.236.18.55/bitstream/20.500.12107/3815/1/Evaluaci%
c3%
b3n%
20de%
20nivele
s%
20de%
20cortisol%
20en%
20plasma%
20en%
20pacientes%
20con%
20intento%
20de%
20suicidio.pdf](http://148.236.18.55/bitstream/20.500.12107/3815/1/Evaluaci%c3%b3n%20de%20niveles%20de%20cortisol%20en%20plasma%20en%20pacientes%20con%20intento%20de%20suicidio.pdf)
- Documenta, A.C. (2013). Los olvidados de los olvidados: personas con discapacidad psicosocial en el sistema penitenciario de D.F. *Revista de derechos humanos*, (8), 22-27. <https://observatorio-de-prisiones.documenta.org.mx/archivos/333>
- Domjan, M. (2016). *Principios de Aprendizaje y Conducta* (J. Fernández, Trad., 7ª ed.). Cengage Learning Editores, S.A. de C.V.
- Dryden, W. y Ellis, A. (1989). *Practica de la Terapia Racional Emotiva*. Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Durkheim, E. (2012). *El suicidio* (S. Chaparro, Trad.; 2ª ed.). Ediciones Akal, S.A. (Trabajo original publicado en 1982).

- Ellis, A. y Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional-Emotiva. Volumen 2*. Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad [ENPOL]. (2021). *Principales resultados*. INEGI.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/enpol/Enpol2021_12.pdf
- Fernández, M. (2013). *Gestión e intervención psicológica en emergencias y catástrofes*. Ediciones Pirámide.
- Forkmann, T., Wichers, M., Geschwind, N., Peeters, F., van Os, J., Mainz, V., & Collip, D. (2014). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on self-reported suicidal ideation: results from a randomised controlled trial in patients with residual depressive symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1883–1890. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.047>
- Galán, D., y Moraleda, A. (2018). Reflexiones sobre el impacto de la privación de libertad en la dimensión emocional de los internos reclusos en los centros penitenciarios españoles. La educación emocional como complemento a la reinserción y reeducación. *EDETANIA* 53, 225-240. <https://revistas.ucv.es/edetania/index.php/Edetania/article/view/60/362>
- Galindo, M., Muñoz, S., Ocampo, A. y Rojas, A. (2019). *Ideación suicida en las internas del complejo carcelario y penitenciario coiba picaleñade la ciudad de ibagué, 2018*. [Tesis de grado]. Universidad del Tolima. <https://repository.ut.edu.co/handle/001/2960>
- García, A. (2023, Septiembre 8). *La salud mental es salud pública: en México hubo 22 suicidios por día en 2022*. El economista. <https://www.eleconomista.com.mx/arteseideas/La-salud-mental-es-salud-publica-en-Mexico-hubo-22-suicidios-por-dia-en-2022-20230908-0055.html>
- García, C. y Bahamón, M. (2017). *Teoría cognitiva y teoría interpersonal psicológica del comportamiento suicida*.

- García-Haro, J., García-Pascual, H., González, M., Barrio-Martínez, S. y García-Pascual, R. (2019). ¿Qué es suicidio? Problemas clínicos y conceptuales. *Apuntes de psicología*, 37(2), 91-100.
- García-Haro, J. y González, M. (2019). Dos enfoques de ayuda psicológica para personas en situación de riesgo de suicidio. *Apuntes de psicología*, 37(2), 109-115.
- Gee, J. & Reed, S. (2013) The HoST programme: A pilot evaluation of modified dialectical behaviour therapy with female offenders diagnosed with borderline personality disorder, *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 15(3), 233-252.
<https://doi.org/10.1080/13642537.2013.810659>
- Gómez, O. y Calleja, N. (2016). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(1), 96-117.
<https://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/index.php/RMIP/article/view/215>
- Graieb, F. y Mella, V. (2019). *Procedimiento Prevención del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil*. <https://www.sename.cl/wsename/ot-justicia-juvenil/Prevencion-del-Suicidio-para-Medidas-Sanciones.pdf>
- Gross, J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gross, J., & Thompson, R. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). The Guilford Press.
- Grub, S., Nielsen, T., Petrea, C., Tanggaard. P., Lauristen, J., Stenager, E. & Christiansen, E. (2023). Definitions and incidence rates of self-harm and suicide attempts in Europe: A scoping review. *Journal of Psychiatric Research*, 164, 28-36.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.05.066>
- Guzmán, F. y Núñez, M. (2022, 9 de junio). *Aumentan suicidios en México*. UNAMglobal.
<https://unamglobal.unam.mx/aumentan-suicidios-en-mexico/>

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*.
McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Holman, M. S., & Williams, M. N. (2020). Suicide Risk and Protective Factors: A Network Approach. *Archives of Suicide Research*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1774454>
- Illana, I. y Thomas, H. (2021). Propuesta de un Programa de prevención del suicidio en la cárcel. *Behavior & Law Journal*, 7(1), 23-34. <https://doi.org/10.47442/blj.v7.i1.85>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2022). *Día mundial para la prevención del suicidio (Datos nacionales)*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_Suicidio23.pdf
- International Society for the Study of Self-Injury, (2022). *Whats is self-injury?*
- Janca, E., Keen, C., Willoughby, M., Borschmann, R., Sutherland, G., Kwon, S. & Kinner, S. (2023). Sex differences in suicide, suicidal ideation, and self-harm after release from incarceration: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 58(3), 355-271. <https://doi.org/10.1007%2Fs00127-022-02390-z>
- Johnson, J., Stout, R., Miller, T., Zlotnick, C., Cerbo, L., Andrade, J., Nargiso, J., Bonner, J. & Wiltsey-Stirman, S. (2019). Randomized Cost-Effectiveness Trial of Group Interpersonal Psychotherapy (IPT) for Prisoners with Major Depression. *J Consult Clin Psychol*, 87(4), 392-406. <https://doi.org/10.1037/ccp0000379>
- Jacobson, N. & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Jiménez-Puig, E., Martínez, L. y Alzola, C. (2021). Ansiedad, depresión, bienestar subjetivo y salud mental general en reclusos. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(3).
<http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1292/953>

- Lega, L., Sorribes, F. y Calvo, M. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual. Una versión teórico-práctica actualizada*. Espasa Libros, S. L. U.
- Levcovitz, E., Fernández Galeano, M., Rodríguez Buño, R. y Benia, W. (2016). *Protocolo de Atención a la conducta suicida y al riesgo de autoeliminación en centros de privación de libertad*. Organización Panamericana de la Salud.
- Ley Nacional de Ejecución Penal. (2016, 16 de junio). Diario Oficial de la Federación [D.O.F.].
- Martínez, C. (2017). *Suicidología comunitaria para América Latina. Teoría y experiencias*. ALFEPSI.
- Mauersberger, M. (2016). El dilema de la madre entre rejas: delincuente y una mala madre, una doble culpa. *Trabajo Social*, 18, 113-125.
- Miller, W. & Seligman, M. (1975). Depression and Learned Helplessness in Man. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(3), 228-238. <https://doi/10.1037/h0076720>
- Moleón, A. y Moleón, M. (2022). *Suicidio: una cuestión multidisciplinar*. Editorial Médica Panamericana.
- Montero, M. (2020). *Ideas irracionales y su influencia en el cutting*. [Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Babahoyo]. Archivo digital. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/7716/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000281.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Moore, K., Siebert, S., Brown, G., Felton, J. & Johnson, J. (2021). Stressful life events among incarcerated woman and men: Association with depression, loneliness, hopelessness, and suicidality. *Health and Justice*, 9, (22), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s40352-021-00140-y>
- Mora, J. (2020). *Revisión sistemática sobre intervenciones eficaces en adultos con conducta suicida*. [Tesis de grado]. Universidad Católica de Valencia.

- Moutier, C. (2021). *Manual MSD versión para profesionales*. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/conducta-suicida-y-autoagresi%C3%B3n/conducta-suicida>
- Navío, M. y Pérez, V. (2020). *Depresión y Suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental*. Wecare-u.
- Nezu, A. M., Nezu, C. & D´Zurilla, T. (2007). *Solving Life´s Problems. A 5-step Guide to Enhanced Well-Being*. Springer Publishing Company, LLC.
- Niu, L. Jia, C., Ma, Z., Wang, G., Sun, B., Zhang, D. y Zhou, L. (2020). Loneliness, hopelessness and suicide in later life: a case–control psychological autopsy study in rural China. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29(119), 1-7. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000335>
- Observatorio de Prisiones. (2020). *Violencia en prisiones*. <https://observatorio-de-prisiones.documenta.org.mx/archivos/1472>
- O'Connor, R. & Kirtley, O. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 1-10. <https://doi:10.1098/rstb.2017.0268>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2015). *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos*.
- Oficina en Washintong para asuntos Latinoamericanos. (2019). *Prisión Preventiva en América Latina: El impacto desproporcionado en mujeres privadas de la libertad por delitos de drogas*.
- Opitz-Welke, A., Bennefeld-Kersten, K., Konrad, N., Welke, J. (2013). Prison suicides in Germany from 2000 to 2011. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(5-6), 386-389. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.06.018>
- O'Rourke, M., Jamil, R. y Siddiqui, W. (2022). *Washington State Suicide Prevention and Awareness*. StatPearls. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33232071/>

Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2018). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*.

<https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023, Septiembre). *La OMS lanzó nuevos recursos sobre la prevención y despenalización del suicidio*. <https://www.paho.org/es/noticias/12-9-2023-oms-lanzo-nuevos-recursos-sobre-prevencion-despenalizacion-suicidio>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022, Junio). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021, Junio). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide#:~:text=Datos%20y%20cifras,de%2015%20a%2019%20a%C3%B1os>.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2021). *Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2010-2014*. <https://doi.org/10.37774/9789275323304>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. OMS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54141/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ortega, M. (2018). *Comportamiento Suicida. Reflexiones críticas para su estudio desde un sistema psicológico*. Qartuppi, S. de R.L. de C.V. <http://www.qartuppi.com/2018/SUICIDA.pdf>

Otten, D., Ernst M., Tibubos, A.N., Brähler, E., Fleischer, T., Schomerus, G., Wild, P.S., Zöller, D., Binder, H., Kruse, J., Johar, H., Atasoy, S., Grabe, H.J., Ladwig, K.H., Münzel, T., Völzke, H., König, J. & Beutel, M.E. (2022). Does social support prevent suicidal ideation in women and men? Gender-sensitive analyses of an important protective factor within

- prospective community cohorts. *J Affect Disord*, 1, 157-166.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.031>
- Pérez, V. (2016). Conducta suicida. Protocolo de intervención. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 233-250.
- Perry, A., Waterman, MG., House A., Wright-Hughes, A., Greenhalgh, J., Farrin, A., Richardson, G., Hopton, A. y Wright, N. (2019). Problem-solving training: assessing the feasibility and acceptability of delivering and evaluating a problem-solving training model for front-line prison staff and prisoners who self-harm. *BMJ Open*, 9, 1-9.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026095>
- Plutchik, R. & Van Praag, H. M. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress In Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 13, 23-24.
[https://doi.org/10.1016/0278-5846\(89\)90107-3](https://doi.org/10.1016/0278-5846(89)90107-3)
- Pratt, D., Tarrier, N., Dunn, G., Awenat, Y., Shaw, J., Ulph, F. & Gooding, P. (2015). Cognitive-behavioural suicide prevention for male prisoners: a pilot randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 45, 3441-3451. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001348>
- Quintela, T., Aurelio, G., Sousa, K. y Bezerra, G. (2023). Desesperanza en mujeres privadas de libertad y su correlación con síntomas de depresión y ansiedad. *Enfermería Global*, 22(70). 23-36 <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.538551>
- Rangel, J. y Jurado, S. (2022). Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y Salud*, 32(1), 39-48.
<https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2709>
- Reyes, M. (2015). Regulación emocional en usuarios con trastornos de ansiedad generalizada. Reporte de la efectividad del modelo integrativo para la regulación emocional grupal (MIRE-G). [Tesis de doctorado, Universidad Iberoamericana].
<http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/016015/016015.pdf>

- Reyes, M. y Tena, E. (2016). *Regulación emocional en la práctica clínica. Una guía para terapeutas*. Manual Moderno S.A. de C.V.
- Riaz, R. & Agha, S. (2012). Efficacy of Cognitive Behavior Therapy with Deliberate Self-harm in Incarcerated Women. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 27(1), 21-35.
- Rodríguez, L. (2019). Prisión Preventiva: Aspectos Criminológicos. *Revista Mexicana de Ciencias Penales*, (9), 192-209.
- Robles, J., Acinas, M. y Pérez-Íñigo, J. (2013). *Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida*. Síntesis S.A.
- Rocamora, A. (2013). *Intervención en crisis en las Conductas Suicidas*. Desclée de Brouwer, S.A.
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2017). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer, S.A.
- Sánchez, L. (2015). La conducta suicida y psicoterapia dialéctica comportamental: un acercamiento interdisciplinario. En T. Zohn., E. Gómez. Y R. Enríquez. (Ed.), *La psicoterapia frente al bienestar y malestar* (pp. 265-296). ITESO.
https://www.researchgate.net/publication/301968214_La_conducta_suicida_y_psicoterapia_dialectica_comportamental_un_acercamiento_interdisciplinario
- Sánchez, M., Elizalde, M. y Salcido, L. (2022). Regulación emocional como factor protector de conductas suicidas. *Psicología y Salud*, 32(1), 49-56.
<https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2710>
- Santana-Campas, M., Hidalgo-Rasmussen, C., Alcázar-Córcoles, M. (2019). La impulsividad y desesperanza, como factores del riesgo de suicidio en jóvenes mexicanos privados de la libertad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(4), 544-553.
<https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1132>
- Santana-Campas, M. y Santoyo, F. (2018). Propiedades Psicométricas De La Escala Riesgo Suicida De Plutchik En Una Muestra De Jóvenes Mexicanos Privados De La Libertad.

Avances en Psicología, 26(1), 57-64.

<https://doi.org/10.33539/avpsicol.28018.v26n2.1127>

Sinclair, L., & Leach, R. (2017). *Exploring thoughts of suicide*. *BMJ*,

j1128. <https://doi.org/10.1136/bmj.j1128>

Skinner, B.F. (1994). *Sobre el Conductismo*. (F. Barrera, Trad.). Editorial Planeta-De Agostini, S.A. (Trabajo original publicado en 1974).

Slaikew, K. (2000). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. (M. Chávez, Trad.; 2.^a ed.). Manual Moderno. (Trabajo original publicado en 1944).

Subsecretaría de Sistema Penitenciario y Secretaría de Salud de la Ciudad de México [SEDESA]. (2018). *Mecanismo de prevención, detección y atención de conductas autolesivas de personas privadas de libertad*.

Urueña, A., Martínez, A., Cárdenas, A., Ramírez, I., García, J., Silva, M. y González, J. (2021).

Estado del arte de los estudios sobre conducta suicida en población privada de la libertad. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 17(1).

<https://doi.org/10.15332/22563067.6628>

Valdez-Santiago R., Villalobos-Hernández A., Arenas-Monreal L., Benjet C. y Vázquez-García A.

(2023). Conducta suicida en México: análisis comparativo entre población adolescente y adulta. *Salud Pública de México*, 65(1), S110-S116. <https://doi.org/10.21149/14815>

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

Vargas, V., Arrom Suhurt, C.M., Arrom Suhurt, M.A. (2023). Privación de libertad, riesgo suicida y depresión en mujeres de una penitenciaria.. *Rev. cient. cienc. Salud*, 5, 1-7.

<https://doi.org/10.53732/rccsalud/2023.e5104>

- Vázquez, P. (2015). *Programa de Prevención del Suicidio en Instituciones Penitenciarias Españolas* [Tesis de pregrado, Universidad Miguel Hernández]. Archivo digital. http://dspace.umh.es/bitstream/11000/2619/1/V%C3%A1zquez%20Ceresola_Paula.pdf
- Wang, M-C., Feng-Li, L., Hsiu-Hui, S. y Lan, P. (2020). Revisiting the Relationship Between Suicide and Unemployment in Mexico: Evidence From Linear and Non-linear Co-integration. *Front. Public Health*, 8(60). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00060>
- Winicov, N. (2019). A systematic review of behavioral health interventions for suicidal and self-harming individuals in prisons and jails. *Heliyon*, 5(9). <https://doi:10.1016/j.heliyon.2019.e02379>

ANEXOS

Anexo 1

Cartas descriptivas

Sesión 1. Presentación e introducción/Intervención en crisis y Regulación de emociones		Tiempo: 90 min – 180 min		
Temática	Objetivo	Desarrollo de las actividades.	Materiales	Tiempo
Introducción	I.Presentar el objetivo, duración, y contenidos generales del taller.	<ul style="list-style-type: none"> •Se empezará agradeciendo su presencia y tiempo. Se hará la presentación de la moderadora, mencionando la institución de procedencia. •Posteriormente, se les dará una explicación general del taller, abarcando el objetivo general, la duración total y los puntos clave de lo que pueden aprender en él. 		5 min
Consentimiento informado y reglamento.	II.Entregar el consentimiento informado a cada participante. III.Conocer las normas de convivencia del taller.	<ul style="list-style-type: none"> •Se les hará saber que su participación a lo largo del taller es voluntaria y confidencial, y si aceptan permanecer a lo largo de las sesiones, se les pedirá firmar el consentimiento informado. •Se mencionarán las normas de convivencia para permanecer en el taller. 	Consentimiento informado Plumas.	5 min
Evaluación Intervención en	IV.Evaluar el riesgo suicida.	•Se aplicará la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.	Escala de Riesgo Suicida	20 min

crisis y Plan de seguridad.	V.Brindar intervención en crisis de ser necesario.	<ul style="list-style-type: none"> •Si el riesgo suicida es considerado moderado/alto se realizará un plan de seguridad para ofrecer estrategias concretas que puedan ayudar a disminuir el riesgo hasta la próxima visita. 	de Plutchik Formato de plan de seguridad Lápices	
Presentación del grupo	VI.Establecer vínculos de interacción con las integrantes del grupo.	<ul style="list-style-type: none"> •Al terminar cada evaluación, se les entregará una etiqueta en blanco en la que se les escribirá su nombre, el cual debe ser visible en alguna parte de su ropa. Después, todas las integrantes del grupo nos sentaremos en círculo y se darán las indicaciones para las siguientes actividades de integración: <i>2 verdades 1 mentira</i> En esta actividad, todas dirán su nombre y tendrán que decir dos hechos que sean verdad relacionados con sus gustos o alguna anécdota graciosa que quieran contar, junto con una mentira; el grupo adivinará cuál es la mentira. Si nadie adivina, la persona revelará cuál es la mentira. 	Etiquetas en blanco. Plumones. Cinta adhesiva.	10 min
Psicoeducación de emociones e identificación de	VII.Conocer qué son las emociones.	<p><i>Psicoeducación de emociones</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Se empezará explicando qué son las emociones, y cuáles son, mientras se les 	Circulo de emociones (Apéndice F)	1 hora

<p>su experiencia emocional.</p>	<p>VIII. Identificar la experiencia emocional que sienten ante determinada situación.</p> <p>IX. Comprender las funciones de algunas emociones.</p>	<p>muestra que pueden recurrir al “círculo de las emociones”, el cual muestra una gama amplia para expresar lo que estamos sintiendo.</p> <p><i>Actuando las emociones</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se pedirá la participación de 5 voluntarias quienes sacarán un papelito al azar en donde estarán escritas las 5 emociones básicas. Se les pedirá que actúen la emoción que les tocó y el resto del grupo tendrá que decir de qué emoción se trata. Después, quién así lo desee, compartirá una situación que la haga sentir de tal forma. Al finalizar, se les preguntará: ¿cómo se dan cuenta que están experimentando esa emoción? ¿sienten algo en su cuerpo? y ¿cuáles emociones creen que experimenta una persona que piensa en el suicidio? • Retomando las respuestas anteriores, se validarán sus emociones mencionando que es normal y esperable que presenten diferentes emociones dependiendo sus circunstancias e historia de vida, y que es 		
----------------------------------	---	--	--	--

		<p>importante comprender que las emociones se expresan de diferente forma pero que todas cumplen con alguna función.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se les preguntará: “¿cuál creen que es la función de la tristeza/enojo/miedo?” y se complementará su respuesta. • Para finalizar la sesión se hará una reflexión sobre la importancia de conocer nuestras emociones, nombrarlas e identificar cómo las expresamos y cómo las manejamos, para saber cómo podemos aprender mejores estrategias que traigan más beneficios. 		
Sesión 2. Regulación de emociones.			Tiempo: 90 min – 180 min	
Temática	Objetivo	Desarrollo de las actividades.	Materiales	Tiempo
Aceptación de mis emociones.	<p>I. Desarrollar una actitud flexible ante las emociones mediante la aceptación.</p> <p>II. Incitar a comprometerse con aquello que es valioso para las participantes.</p>	<p><i>Lo que es valioso para mí...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se les pedirá que dibujen algo que responda la pregunta: ¿por qué vale la pena seguir aquí? ¿Qué te importa de la vida, por mínimo que lo consideres? ¿por qué vale la pena esperar? • De manera voluntaria, compartirán lo que dibujaron y se hará la reflexión de que a pesar de lo que no les agrada, pueden aceptarlo y dirigir su comportamiento hacia lo que sí 	<p>Hojas blancas</p> <p>Colores</p> <p>Plumones</p>	20 min

		<p>valoran y comprometerse a actuar con aquello que es importante, aunque las emociones no les sean agradables.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Se enfatizará que la aceptación emocional puede ser una alternativa para ayudar con la regulación de emociones y que la diferencia con resignarse es que pueden decidir hacer cosas diferentes, aunque el malestar esté ahí. 		
Activación conductual	III. Reconocer su papel activo para realizar actividades que les produzcan mayor bienestar.	<p><i>Relevos (20 min)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Se dividirá al grupo en dos equipos procurando tener la misma cantidad de participantes en cada uno. •Se dividirá el espacio de trabajo en estaciones, en la primera, una participante tendrá que llevar en el pecho una hoja de papel lo más rápido posible a la siguiente estación sin que se caiga, si se le cae, tendrá que regresarse y volver a intentarlo. •Otra participante esperará a que le de la mano para que pueda continuar con el siguiente juego, en el cual tendrá que demostrar agilidad al lanzar un globo inflado y mientras está en el aire, recoger bolitas de papel que tendrá que meter en un vaso sin que el globo 	<p>Globos Hojas de papel Bolas de papel Vasos Lápices Gomas Sacapuntas Papel bond Plumones</p>	1 hora

	<p>IV. Planificar en conjunto actividades que se pueden realizar gradualmente en el reclusorio.</p>	<p>llegue al piso. Gana el equipo que acabe primero.</p> <p><i>Activación conductual (AC) (30 min)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Después de acabar los juegos, se les preguntará ¿cómo se sintieron jugando? Las respuestas relacionadas a la diversión o entretenimiento se retomarán para explicar las bases de la AC. • Enseñar que comprometerse con realizar actividades graduales pueden aumentar el sentir mayor bienestar, poniendo de ejemplo que cuando estaban jugando, seguro se les olvidaron sus preocupaciones y pensamientos que les provocan tristeza, miedo, etc, por un momento. Y de eso se trata intentar activarse. • Posteriormente, nos sentaremos en media luna para que en conjunto creemos una lista de cosas que hacen frecuentemente, pero les trae consecuencias negativas vs cosas que quisieran hacer más. Estas últimas actividades deben ser por sí solas gratificantes, las participantes darán varias ideas de lo que les hace sentir mejor 		
--	---	---	--	--

	V.Considerar el autocuidado como hábito para regular emociones.	<p>estando en el reclusorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Aparte de inducir actividades de distracción, se enseñará el acrónimo “CUIDA” para recordar que el autocuidado también contribuye a sentirnos bien. Los componentes del acrónimo serán explicados procurando que hagan lo que puedan según sus condiciones. 		
Respiración diafragmática	VI.Practicar la respiración diafragmática como estrategia para regular niveles de activación.	<p><i>Respiración diafragmática.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Se explicará la importancia de la respiración controlada para regular los niveles de activación fisiológica característica de emociones como la ansiedad, así como el volverla un hábito más allá de una técnica a la cual recurrir solamente cuando los niveles de respuesta física sean intensos. •Se enseñará que este tipo de respiración implica menor energía de los músculos del pecho y, por ende, menor tensión. A su vez, proporciona mayor oxigenación al cerebro percibiendo mayor control en sí mismo para poder actuar sobre la situación que ocasiona las emociones que no les agradan. •Se modelará la técnica apoyando una mano 		20 – 25 min

		<p>por debajo de las costillas, y otra en el pecho, inspirando en una cuenta de 5 seg, sosteniendo 3 seg, exhalando en 5 segundos y esperando 3 seg, para una nueva respiración. Se enfatizará que es el estómago el que debe inflarse como si se tuviera un globo adentro, y ni el pecho ni hombros se tienen que mover.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Procederán a practicar la técnica durante 5 minutos con los ojos cerrados, mientras logran imaginarse un lugar tranquilo. Después, compartirán cómo es que se sienten. 		
Sesión 3. Reestructuración cognitiva			Tiempo: 90 min – 180 min	
Temática	Objetivo	Desarrollo de las actividades.	Materiales	Tiempo
ABC de la Terapia Racional Emotiva Conductual	I.Reconocer la importancia de las interpretaciones sobre las emociones y conducta.	<p><i>Mi mayor secreto.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Para introducir el tema del modelo ABC se les pedirá que se sienten en círculo y presten atención a las siguientes instrucciones: <p>“Piensen en algún secreto, puede ser tu mayor secreto, ese que normalmente no le contarías a cualquier persona o a nadie. Puede ser algo que hiciste en el pasado o algo que estás haciendo en</p>	<p>Ejemplo del ABC</p> <p>Hojas blancas</p> <p>Lápices</p> <p>Sacapuntas</p> <p>Gomas</p>	<p>Mi mayor secreto: 5 min</p> <p>Psicoeducación del ABC: 15 min.</p> <p>Cuéntame un ABC: 50 min</p>

	<p>II. Explicar los componentes del modelo ABC.</p> <p>III. Ejemplificar el</p>	<p>el presente. ¿Ya lo están pensando? Bien, manténganlo un momento, elabórenlo, imagínenlo, (en lo que elaboran el secreto, se colocará una silla vacía en el centro del círculo). Ahora, seleccionaré a alguien para que pase al centro y cuente lo que pensó, antes de pasar a alguno de ustedes, díganme ¿qué sienten de que nos van a revelar ese gran secreto?”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una vez que expresen lo que sintieron, se les preguntará la razón y se les dirá que no se les hará revelar nada que no quieran, pero que ese ejercicio ayuda a demostrar cómo las evaluaciones de las situaciones hacen tener ciertas reacciones. <p><i>Psicoeducación del ABC</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se relacionará la actividad anterior, con el modelo A-B-C. Para esto, se les entregará una fotocopia con algunos ejemplos. Se explicará qué significa cada letra y cómo interactúan, haciendo énfasis en cómo B puede modular las respuestas que tenemos ante determinada situación. <p><i>Cuéntame un ABC</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Después de explicar el modelo, se le dirá a 		
--	---	---	--	--

	<p>modelo ABC retomando las experiencias relacionadas con las conductas suicidas.</p>	<p>cada participante que piense en al menos un problema que la haga pensar en suicidarse o cuando buscan autolesionarse o simplemente las haga sentir tristes, con esos ejemplos se armará el ABC. Primero, se realizarán dos modelados de cómo averiguar cada letra, y poco a poco, las integrantes del taller ayudarán a otras compañeras a descifrar sus letras, la participación de la moderadora empezará a ser limitada procurando auxiliar cuando se les dificulte continuar la actividad.</p> <p>•Preguntas para obtener “A”</p> <p>¿Qué situación te hace sentir así?</p> <p>¿Qué es lo que más le afecta de...?</p> <p>¿En dónde ocurre esto?</p> <p>¿Cuándo ocurre?</p> <p>¿Con quién ocurre?</p> <p>•Preguntas para obtener “B”</p> <p>¿Qué pensabas mientras ocurría “A”?</p> <p>¿Qué pasaba por tu cabeza cuando estabas sintiendo eso?</p> <p>¿Qué significa esa situación para ti?</p> <p>¿Qué te dices a ti mismo cuando eso no se</p>		
--	---	---	--	--

		<p>cumple? ¿cómo crees que debería ser?</p> <ul style="list-style-type: none"> •Preguntas para obtener “C”: <p>¿Cómo te sientes cuando...?</p> <p>¿A qué te refieres con sentirte mal?</p> <p>¿Qué haces cuando te sientes así?</p> <p>Si se le dificulta identificar qué emoción siente, se le mostrará el círculo de emociones.</p> <p>Al finalizar con cada ABC de cada participante, se les preguntará si piensan que A es la que ocasiona C. Y se reflexionará de que B es realmente lo que nos hace sentir de tal forma.</p>		
Distorsiones cognitivas	I.Ejemplificar las distorsiones cognitivas.	Se mencionarán que no todo lo que pensamos nos es útil y muchas veces son distorsiones de la realidad, se mencionarán algunas de las más importantes y se les preguntará de qué creen que se trata y que ejemplifiquen.	Copias de distorsiones cognitivas.	15 min
Sesión 4. Reestructuración cognitiva			Tiempo: 90 min-180 min	
Temática	Objetivo	Desarrollo de las actividades.	Materiales	Tiempo
Debate socrático	I.Debatir las creencias irracionales mediante preguntas empíricas, lógicas y/o pragmáticas.	<p><i>Debate socrático</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Con algunas participantes, se modelará el debate buscando las distorsiones y cuestionándolas, tratando de emplear preguntas empíricas, lógicas y/o pragmáticas: 	<p>Hojas divididas</p> <p>la sesión anterior</p> <p>Lápices</p> <p>Gomas</p> <p>Sacapuntas</p>	2 horas

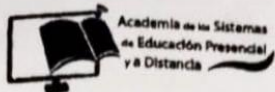
	<p>II. Explicar la forma en cómo pueden formular un pensamiento alternativo.</p>	<p>¿Existe evidencias de que esto deba ocurrir así? ¿Hay alguna ley universal que afirme que...? ¿Por qué tendría que ser así? ¿Si tú eres/haces entonces...? ¿Cómo te sientes cuando piensas así? ¿Qué consigues creyendo que...? ¿Qué le dirías a un amigo que pensará igual que tú? ¿Crees que haya una forma diferente de pensar las cosas? ¿Qué tal si formulas otro pensamiento utilizando palabras de preferencia en lugar de exigencia? Por ejemplo... Después del primer ejemplo, se le mencionará al grupo que pueden empezar a formular pensamientos alternativos utilizando términos como preferiría, me gustaría, desearía, lo puedo tolerar, estoy haciendo lo que puedo, etc. Se realizará lo mismo con las demás integrantes del grupo intentando abarcar la mayoría de ellos en el tiempo restante, para quienes no alcance el tiempo, se les invitará a realizarlo en sus estancias ayudándose entre ellas.</p>		
Sesión 5. Solución de problemas.		Tiempo: 90 min		

Temática	Objetivo	Desarrollo de las actividades.	Materiales	Tiempo
ESP	<p>I. Aprender a definir en términos concretos.</p> <p>II. Generar el mayor número de alternativas posibles.</p> <p>III. Decidir la solución o combinación de soluciones eficaces.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se les pedirá que piensen en un problema que les haga pensar que la solución es el suicidio o alguno que les esté mortificando mucho, y que lo tengan presente, ya que el siguiente paso es definir el problema en términos reales. Se les pedirá que escriban su problema centrándose en hechos y de manera voluntaria, algunas dirán su problema. • Seguido, se generarán muchas y diferentes alternativas, dejando de lado críticas. Para cada problema, se le preguntará a la persona qué ideas se le ocurren para resolverlo, el grupo también podrá comentar sus alternativas en una lluvia de ideas. • Hacer planes en conjunto con el grupo para la decisión que se tome, y recordar que siempre se pueden buscar alternativas de los problemas que creemos no tienen solución. • Se fomentará la unión entre ellas al sugerirles que ese grupo puede ser un antecedente para recordarles que pueden escucharse entre ellas y ofrecerse apoyo mutuo como en 	<p>Hojas blancas</p> <p>Lápices</p> <p>Gomas</p> <p>Sacapuntas</p>	1:30 min

		la sesión, para aminorar el sentimiento de soledad.		
Sesión 6. Prevención de recaídas.			Tiempo: 90 min	
Temática	Objetivo	Desarrollo de las actividades.	Materiales	Tiempo
Plan de seguridad	I.Realizar un plan de seguridad incluyendo las habilidades adquiridas.	<ul style="list-style-type: none"> •Se les entregará un plan de seguridad y se irá llenando en conjunto con las participantes, cubriendo los rubros que solicita el formato, si las moderadoras creen que les falta algo más, al final complementarán. 	Formato de plan de seguridad. Hojas blancas Plumas.	1 hora y media
Sesión 7. Post evaluación y cierre.			Tiempo: 90 min 180 min	
Temática	Objetivo	Desarrollo de las actividades.	Materiales	Tiempo
Evaluación	I.Evaluar el post test de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik	<ul style="list-style-type: none"> •A cada participante se le entregará la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, la cual contestarán de forma individual. 	Escala de Riesgo Suicida de Plutchik	10 min
Cierre	I.Repasar los contenidos abordados de manera general a lo largo del taller. II.Conocer la experiencia de las participantes por	<ul style="list-style-type: none"> • De forma general, se mencionarán los contenidos vistos durante el taller con la intención de reconocer el haberse dado la oportunidad de ampliar sus recursos de afrontamiento. •Todas las integrantes del grupo compartirán el significado de haber participado en el taller, qué es lo que se llevan, lo que no les 		20 min

	haber finalizado el taller.	gustó. •Se les reconocerá su esfuerzo y agradecerá su participación entregando una constancia de participación.		
--	-----------------------------	--	--	--

Anexo 2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
 ACADEMIA DE LOS SISTEMAS DE EDUCACIÓN PRESENCIAL Y A DISTANCIA

CEDULA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del Evaluado		Fecha de evaluación
[Redacted] as		07 Noviembre 22
Hora de evaluación	Lugar	Folio
1:00	Centro Santa Ana Acapulco	

DATOS GENERALES

Entidad de origen	Edad	Orientación sexual
CDMX	52	Hombre
Estado civil	Hijos	Nivel de estudios
Viuda	2	Secundaria
Ocupación (antes de Ingresar)	Religión	Nacionalidad
Comerciante	Católica Cultural	Mexicana Indígena



SITUACIÓN DE RECLUSIÓN

Delito	¿Sentenciado?
Robo calificado ()	SI () No (X)
Homicidio ()	Tiempo de sentencia
Privación ilegal de la libertad ()	Tiempo desde el ingreso
Delitos sexuales ()	21 Sep 2019
Contra la salud ()	Servicios básicos en reclusión
Armas de fuego y explosivos ()	() Lugar para aseo personal
Lesiones ()	(X) Energía eléctrica
Feminicidio ()	() Agua potable
Extorsión ()	(X) Drenaje
Robo simple ()	(X) Programas educativos
Delincuencia organizada ()	(X) Cursos o talleres
Otro ()	() Actividades ocupacionales
Especificar <u>Secuestro Aggravado</u>	

¿Es la primera vez que se encuentra en un Centro? SI (X) No _____ ¿Cuántas veces? _____

Evaluador: _____

Anexo 3

de Educación Presencial
y a Distancia

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
ACADEMIA DE LOS SISTEMAS DE EDUCACIÓN PRESENCIAL Y A DISTANCIA

ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK

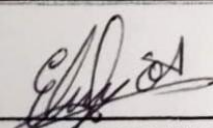
Fecha de Elaboración: 11 Noviembre 22

Nombre (s): [Redacted] C 001

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas tratan sobre las cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor conteste simplemente con un sí o no.

1	¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
2	¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
3	¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
4	¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
5	¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
6	¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
7	¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
8	¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
9	¿Está deprimido ahora?	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
10	¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
11	¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
12	¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
13	¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
14	¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
15	¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	<input checked="" type="radio"/> SI	NO

Puntaje total:


 FIRMA DEL(A) PPL

Observaciones u otros datos significativos:

APLICADOR:

NOMBRE Y APELLIDO