



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

División de Estudios Profesionales

**Intervención Piloto del abordaje de Evaluación y Manejo Colaborativos para la
Suicidalidad en adolescentes**

Tesis

Que para obtener el título de Licenciado en Psicología

PRESENTA

Ecker Abraham Hernández Cristóbal

Directora: Dra. Paulina Arenas Landgrave

Revisora: Dra. Angélica Juárez Loya

Sinodales: Esp. Lic. Sofía Cristina Martínez Luna

Mtro. Gabriel Soto Cristóbal

Dra. Claudia Margarita Rafful Loera

Ciudad Universitaria, CDMX, 2025



Universidad Nacional
Autónoma de México

Biblioteca Central

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM



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.

La última frontera

No puedo decirte cuánto queda por andar,
no puedo decirte cuánto tienes que esperar.
No puedo contarte cuántos astros quedan por pasar,
ni cuántas lunas vas a atravesar.

No eres el único que soñó con esto:
con un viaje a descubrir lo que encandilan las estrellas.
No eres el único que sueña con nuestro encuentro
y explorar juntos una galaxia entera.

Sé que la impaciencia afecta todos tus sentidos,
pero en la distancia tu esperanza brilla más que el sol.

Fueron tantas lágrimas en el camino,
pero, aun así, de cada paso tuyo orgulloso estoy.

Y aunque lejos esté, un millón de años luz no son suficientes
para separar tanto amor y estar aquí por siempre,
cueste lo que cueste, cueste lo que cueste.

Sullivan

Agradecimientos

A la Dra. Paulina por ser uno de los apoyos más importantes durante todo este proceso. Por permitirme formar parte de su equipo de trabajo y brindarme los recursos, herramientas y conocimientos para seguir formándome como psicólogo y crecer profesionalmente. Por darme la confianza en mí mismo y animarme a intentar cosas nuevas y de las que no me creía capaz. Por ser un ejemplo constante de profesionalismo y de calidez, así como de cariño y de compañía.

A la Dra. Angélica por el apoyo que me brindó durante todo el tiempo que tomó elaborar este trabajo, al asesorarme una y otra vez para la planeación de esta intervención y por la disponibilidad para resolver las dudas que surgían de último momento, así como por todas las ocasiones en que me recibió en su cubículo para escuchar paciente y empática cada una de las cosas que me generaban estrés, ansiedad o preocupación y darme ánimos y tranquilidad cuando las cosas parecían ser más difíciles e inciertas.

A la Dra. Claudia por el tiempo y compromiso invertidos en la revisión de este trabajo, así como la amabilidad y calidez que siempre me ha mostrado, tanto en mi formación académica como en el proceso de elaboración de esta tesis.

A Sofi por la supervisión tan cuidadosa durante todo este trabajo, por la orientación en cada una de las decisiones que se tomaron para los casos y por todo el tiempo que destinó para estas actividades. Por permitirme aprender de ella, como persona y como psicóloga, por estar pendiente de mí y de cada situación que se presentó y por ser ese espacio de escucha y de validación.

A mi familia, que en su forma y lenguaje (y también con su fe y convicciones), supieron acompañarme, apoyarme y guiarme durante todo este periodo de tiempo, enseñándome la importancia del esfuerzo, dedicación y compromiso en cada una de las cosas que realizo, por lo que sin ellos no habría llegado tan lejos.

A Angie por todo el apoyo que me brindó durante este periodo, por ser mi compañía en las noches y madrugadas que parecían interminables, por permitirme aprender de ella y de su experiencia y por ser el espacio donde sentirme vulnerable, triste, molesto, alegre, emocionado u orgulloso. Por ayudarme a reconocer cada uno de los pequeños y grandes logros, por todo el cariño que pudo darme en los momentos que fueron más difíciles y por la paciencia y empatía que tuvo cuando más estresado y frustrado pude sentirme. Ese apoyo incondicional hizo que todo pudiera ser más llevadero.

Al programa PADyRS y a Volcanes por permitirme crecer y desarrollarme como psicólogo y como humano, por darme la oportunidad de convivir con personas increíbles, caracterizadas por su calidez y profesionalismo. A Lili y Gabo por la supervisión en cada uno de los casos y por la compañía, dirección y amistad que me brindaron durante estos años, gran parte del psicólogo que hoy soy se las deberé a ellos. A Meli por la compañía, cariño y cuidado que siempre mostró conmigo durante todo el tiempo de elaboración de este trabajo.

Al proyecto PAPIME “Formación de competencias para el abordaje colaborativo del riesgo suicida en adolescentes mediante recursos digitales” con clave PE308024, mediante el cual fue posible realizar este trabajo.

Índice

Abstract	8
Introducción	9
Capítulo 1. Adolescencia	10
Eventos normativos y no normativos en la adolescencia	11
Conductas de riesgo en la adolescencia	14
Relación entre padres, madres y adolescentes	15
Capítulo 2. Suicidio en la adolescencia	17
Suicidalidad	17
Comportamiento autolesivo	18
Comportamiento suicida	19
Modelos de aprendizaje relacionados con el suicidio	19
Dimensiones del comportamiento suicida	21
Ideación.	21
Planeación	21
Ensayo	21
Intento	22
Epidemiología a nivel mundial del suicidio	22
Epidemiología nacional del suicidio	23
Factores de riesgo para el suicidio	23

Sucesos de vida altamente estresantes	24
Otras condiciones en salud mental	26
Ansiedad	26
Sintomatología depresiva.....	27
Otros trastornos.....	28
Capítulo 3. Modelos y abordajes del comportamiento suicida.....	30
Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio (MODORIS)	30
Evaluación y Manejo Colaborativo del Riesgo Suicida (CAMS).....	31
Plan de seguridad y estabilización.....	34
Evaluación y Manejo Colaborativo del Riesgo Suicida para adolescentes (CAMS-4Teens)...	35
Terapia Dialéctico Comportamental en Adolescentes (DBT-A)	36
Entrenamiento en habilidades de la Terapia Dialéctico Comportamental con adolescentes	37
Capítulo 4. Método	38
Planteamiento del problema y justificación	38
Pregunta de investigación.....	40
Objetivo general	40
Objetivos específicos.....	40
Variables.....	40
Diseño.....	42
Tipo de investigación	42

Hipótesis de trabajo	43
Hipótesis nulas	43
Participantes	43
Tipo de muestreo	44
Aspectos éticos.....	44
Criterios de selección	45
Criterios de inclusión.....	45
Criterios de exclusión	45
Criterios de eliminación.....	46
Instrumentos	46
Suicide Status Form-5 (SSF-5).....	46
Self-Harm Questionnaire (SHQ)	46
Ask Suicide-Screening Questions (ASQ).....	47
Procedimiento.....	47
Análisis de datos.....	50
Resultados	51
Discusión.....	98
Limitaciones y conclusión	104
Referencias.....	106
Anexos	120

Resumen

El suicidio es un fenómeno multifactorial relacionado con un comportamiento que busca, mediante la muerte, aliviar un dolor emocional ante eventos de vida altamente estresantes que la persona experimenta de manera desbordante. En algunos adolescentes estas situaciones limitan el uso efectivo de habilidades para resolver problemas, tomar decisiones y manejar la frustración que les genera, por lo que el suicidio se presenta como un medio de escape o evitación ante el sufrimiento emocional. CAMS-4Teens es un marco diseñado para el abordaje del comportamiento suicida en adolescentes, orientado al trabajo específico con los detonadores. En este trabajo se presenta una propuesta de intervención con el marco CAMS-4Teens dentro de un contexto escolar para evaluar su impacto en la suicidalidad. Se empleó un diseño no experimental, con una muestra por conveniencia, con evaluación pretest, posttest y un seguimiento a dos meses del cierre de tratamiento. Se seleccionaron seis participantes, cuatro cumplieron los criterios para recibir el tratamiento y con los dos casos restantes se realizó un proceso de consejería breve. Se brindaron en promedio 13 sesiones bajo este marco. Se empleó un índice para evaluar el cambio clínico (Nonoverlap of All Pairs, NAP) en el que los índices se mantuvieron dentro de los rangos de .9 y 1 para la medición pretest y posttest, y .4 y .5 para el seguimiento, lo que indica una buena efectividad del marco para la disminución del comportamiento suicida y un efecto sostenido en el seguimiento. Los hallazgos sugieren que CAMS-4Teens es útil para reducir la suicidalidad en adolescentes, al mantenerse enfocado totalmente en el comportamiento suicida, generar un abordaje colaborativo, promover una evaluación constante del riesgo de suicidio e incluir a los padres como apoyo para el tratamiento.

Palabras clave: CAMS-4Teens, CAMS, adolescencia, suicidio, suicidalidad.

Abstract

Suicide is a multifactorial phenomenon related to a behavior that seeks, through death, to alleviate emotional pain in the face of highly stressful life events that the person is experiencing overwhelmingly. Among some adolescents these situations limit the effective use of problem solving skills, decision making and frustration management, as such suicide is presented as a means of escape or avoidance from emotional distress. CAMS-4Teens is a framework designed to address suicidal behavior among adolescents, oriented to work specifically with triggers. This thesis presents an intervention proposal with the CAMS-4Teens framework in a school context to evaluate its impact on suicidality. A non-experimental design was used, with a convenience sample, pretest, posttest evaluation and a follow-up two months after the end of the treatment. Six participants were selected, four met the criteria for treatment and the remaining two underwent a brief counseling process. An average of 13 sessions were provided under this framework. An index was used to assess clinical change (Nonoverlap of All Pairs, NAP) in which the indices remained within the ranges of .9 and 1 for pretest and posttest assessment, and .4 and .5 for follow-up, indicating good effectiveness of the framework in decreasing suicidal behavior and a sustained effect at follow-up. The findings suggest that CAMS-4Teens may be useful in reducing suicidality in adolescents by remaining fully focused on suicidal behavior, generating a collaborative approach, promoting ongoing assessment of suicide risk, and including parents as a support for treatment.

Keywords: CAMS-4Teens, CAMS, adolescence, suicide, suicidality.

Introducción

La muerte por suicidio es una problemática de salud pública a nivel mundial, que ha incrementado en los últimos años. En el mundo, cada año se suicidan cerca de 720 mil personas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024). En nuestro país, durante el 2023, la tasa de muertes por suicidio fue de 6.8 por cada 100 mil habitantes, siendo la quinta causa de muerte entre adolescentes de 10 a 14 años (Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI], 2024a; INEGI, 2024b). El aumento en la prevalencia de este comportamiento en la adolescencia se debe en gran medida a vulnerabilidades biológicas y psicosociales, entre las cuales se incluyen exposición a altos niveles de estrés, ansiedad, violencia, déficit en habilidades para la regulación emocional y participación en conductas de riesgo (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2017; Rathus y Miller, 2015).

La importancia del abordaje del comportamiento suicida en la adolescencia radica en que una muerte por suicidio o intento de suicidio tiene un impacto en el contexto familiar y social (UNICEF, 2021a); por lo que se requiere la implementación de intervenciones basadas en evidencia, en las cuales estén presentes las siguientes características: evaluación exhaustiva, la elaboración de un plan de seguridad y la disminución o eliminación de medios letales (Jobes y Chalker, 2019; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2020).

El presente trabajo describe la implementación de un tratamiento breve desde el abordaje CAMS-4Teens (Adrian et al., 2021), en cuatro adolescentes, tres mujeres y un hombre, de edades entre 12 y 15 años, de una escuela secundaria al sur de la Ciudad de México, con riesgo de suicidio y autolesiones.

Capítulo 1. Adolescencia

Cada una de las etapas de vida que conforman el desarrollo de una persona vienen acompañadas por una variedad de cambios biológicos, fisiológicos y psicológicos, que estructuran aspectos como la identidad, la personalidad y la forma en que afrontan las situaciones que ocurren en su vida; una de estas etapas es la adolescencia (Santrock, 2019). Además de ser un periodo necesario y vital en el desarrollo humano, pues es un paso para que las personas se conviertan en adultos, implica un momento de gran valor dado que es una transición de pasar de ser niños y depender de los padres, a comenzar a hacerse responsables de sí mismos. La búsqueda de aceptación de otros, la maduración de funciones cognitivas y de regulación emocional, el aumento de la curiosidad y el interés en sí mismos son algunas de las características que destacan en esta parte tan importante del desarrollo (UNICEF, s.f.b).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.) define a la adolescencia como la etapa de crecimiento que se da después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años; en la que se observa un crecimiento físico, cognitivo y psicosocial, que influye en cómo se sienten, cómo se perciben y la forma en que toman decisiones e interactúan con el mundo que los rodea.

La adolescencia se divide en tres etapas (UNICEF, s.f.a):

- a) Adolescencia temprana (10 a 13 años): se comienzan a presentar hormonas sexuales que propician los cambios físicos, como el aumento de altura, el cambio en la voz y aumento de sudoración. En esta etapa se ha observado una mayor búsqueda por los amigos.
- b) Adolescencia media (14 a 16 años): hay un cambio importante a nivel psicológico y se empieza a construir una identidad, es decir, cómo se perciben a sí mismos y

cómo quieren que los perciban los otros. Hay una alta independencia de los padres y es la etapa en la que se pueden presentar situaciones de riesgo.

- c) Adolescencia tardía (17 hasta 21 años): la comodidad con el cuerpo es mayor y se busca la aceptación para terminar de definir la identidad. Aumenta la preocupación por su futuro y las decisiones que toman son acordes a esto. Las relaciones individuales o grupos pequeños tienen más peso para ellos.

Generalmente, se suele otorgar un mayor peso a los cambios biológicos y fisiológicos, pero solo son una parte del desarrollo que se da en esta etapa de la vida. Dentro de los cambios psicológicos se observa una iniciación del pensamiento formal, vinculado a la búsqueda de una justificación para sus opiniones, ampliación de los intereses propios, importancia de identificación con pares, redefinición de la imagen corporal, elaboración de una escala de valores y una sensación de invulnerabilidad, vinculada a las conductas impulsivas y de riesgo (Méndez, 2009).

Eventos normativos y no normativos en la adolescencia

Además de los cambios, biológicos y psicológicos, que ocurren de manera interna en el adolescente, se pueden presentar una serie de eventos normativos y no normativos, que influyen en las respuestas que tienen los adolescentes y en cómo se enfrentan a los cambios.

Los eventos normativos incluyen aspectos como cambios de escuela, cambios en la relación con los padres y cambios corporales, estos se presentan al mismo tiempo entre adolescentes, con edades y características de desarrollo similares; generalmente este tipo de eventos son predecibles y recurrentes, siendo medianamente estresantes y tolerables. Por su parte, los eventos no normativos son sucesos significativos y críticos, que ocurren de forma inesperada e impredecible (muerte de algún familiar, enfermedad, asaltos, violencia, desastres naturales), no

siguiendo el desarrollo normal y que aumentan la probabilidad de generar un desajuste en la vida del adolescente. Son poco frecuentes y difíciles de predecir, al ser poco controlables tienen un efecto abrumador en los adolescentes, afectando de forma considerable su desarrollo (Gómez y Durán, 2003; Koulenti y Anastassiou, 2011).

Es importante considerar que lo que es típico para cada edad depende de aspectos importantes vinculados con el contexto de cada individuo (cultura, tradiciones, creencias), así como, su historia individual, sus vulnerabilidades y factores de riesgo (Rathus y Miller, 2015). En la Tabla 1, se presenta una descripción de comportamientos típicos y no típicos que pueden ocurrir durante la adolescencia.

Tabla 1

Comportamientos típicos y no típicos en la adolescencia

Comportamientos típicos	Comportamientos no típicos
Incremento del mal humor.	Depresión, ataques de pánico, autolesiones, ideación suicida, comportamientos de riesgo.
Incremento de la autoconciencia, aumento de la atención en la imagen corporal.	Fobia social, perfeccionismo y estándares no reales, atracones, vómitos o restricción de alimentos.
Aumento de la inactividad (ocio).	Múltiples distracciones, al punto de no ser capaz de completar una tarea o proyectos, falta de atención que interfiere con las actividades cotidianas.
Aumento de las problemáticas padres-adolescentes.	Agresiones verbales o físicas, huir.

Comportamientos típicos	Comportamientos no típicos
Experimentar con drogas, alcohol o cigarrillos.	Abuso de sustancias, vender drogas, uso de sustancias en grupo.
Incremento en la sensación de invulnerabilidad.	Accidentes múltiples, uso de armas de fuego, incremento en comportamientos de riesgo (conducir en estado de intoxicación, atender el teléfono mientras conduce, ser arrestado).
Transiciones estresantes en grados escolares.	Inasistencia a la escuela, intimidar o ser intimidado (bullying), rechazo escolar, abandono escolar.
Aumento de la argumentación, crítica y opinión.	Cuestionamiento de las reglas y normas sociales, causando problemas con los miembros de la familia, profesores u otros que intenten demostrar autoridad sobre el adolescente.
Aumento de la maduración sexual, interés sexual y experimentación.	Promiscuidad sexual, parejas múltiples, prácticas inseguras, embarazos.
Sentirse estresado por las decisiones diarias.	Estar paralizado ante una decisión.
Incremento en el deseo de privacidad.	Aislamiento de la familia, ruptura de la comunicación, mentir continuamente, ocultar cosas.
Fuerte interés en la tecnología o redes sociales.	Pasar varias horas al día en el teléfono o computadora, entrar a sitios peligrosos.
Desfase en el ciclo de sueño (dormir hasta tarde)	Quedarse despierto casi toda la noche, dormir todo el día, no realizar actividades o llegar tarde por el horario de sueño.

Nota. Tomada de Rathus y Miller, 2015.

Los cambios en los comportamientos, pensamientos y relaciones interpersonales son típicos de esta etapa, sin embargo, las dificultades alrededor de ellos pueden interferir en la posibilidad de tener un desarrollo adecuado. La capacidad de los adolescentes y su familia para anteponerse a estos acontecimientos adversos será de vital importancia, ya que, de no ser así, puede aumentar la vulnerabilidad para que surjan situaciones o conductas de riesgo (Pérez et al., 2022).

Conductas de riesgo en la adolescencia

Las conductas de riesgo son aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo, que pueden llevar a consecuencias perjudiciales en el desarrollo biológico, psicológico y social de la persona. Estas conductas se han mostrado particularmente intensas en la adolescencia, producto de diferentes características propias de la edad, como una sensación de invulnerabilidad o subestimar los riesgos, una alta necesidad de experimentación, la susceptibilidad a la influencia y presión de los pares (Celis y Vargas, 2004; Corona y Peralta, 2011).

Estas conductas son un factor clave, pues son responsables de muchas problemáticas que se presentan entre adolescentes, entre ellas se encuentran: el consumo de sustancias, el embarazo adolescente, las enfermedades de transmisión sexual, la inactividad física, la mala alimentación y dieta; estas conductas afectan de forma considerable su salud, la calidad de vida y su desarrollo (OMS, s.f.; Valenzuela et al., 2013). Los factores antes mencionados tienen un efecto en la expectativa de vida que tienen los adolescentes, por lo que podrían pensar en preferir el suicidio como una forma de evitar el malestar que viven en ese momento y en el futuro (National Institutes of Health [NIH], 2019).

Durante la adolescencia se puede observar una importante presencia de conductas de riesgo, por lo que resulta fundamental desarrollar factores protectores, es decir, acciones, voluntarias e involuntarias, que beneficien la salud del adolescente, al reducir la probabilidad de que se presenten conductas de riesgo. Estos factores son clave para el desarrollo integral de la persona, contribuyendo en el bienestar psicológico, físico y social. Por esto, la relación familiar desempeña un factor importante (Corona y Peralta, 2011).

Relación entre padres, madres y adolescentes

Como se mencionó anteriormente, la adolescencia es una etapa clave del desarrollo de una persona, que viene acompañada de una serie de cambios y experiencias importantes y significativas. Debido a esto, resulta fundamental que el adolescente reciba un acompañamiento familiar y parental continuo durante su desarrollo en las diferentes áreas físicas, sociales, sexuales y psicológicas (UNICEF, 2021b).

A medida que los adolescentes maduran, se puede observar una reorganización en las relaciones parentales y familiares, la cual surge de la necesidad de adaptarse a las demandas y necesidades específicas de esta etapa de vida. Así, es esencial establecer pautas de comunicación y crianza efectivas, con el propósito de desarrollar un repertorio conductual efectivo en los adolescentes e incrementar su resiliencia ante las adversidades, reduciendo así las conductas de riesgo. Por otro lado, cuando se identifican conductas de riesgo asociadas al comportamiento suicida en adolescentes, el papel de la familia en la detección, manejo y tratamiento se vuelve especialmente importantes (UNICEF, 2021b).

En ese sentido, los factores familiares son clave al momento de la evaluación del riesgo de suicidio, puesto que la familia puede ser tanto un factor de protección como un factor de riesgo.

Se ha encontrado que el apoyo familiar y emocional, la calidez y aceptación de los padres, así como las relaciones cercanas entre padres e hijos y otros miembros de la familia son un factor de protección significativo en el manejo y tratamiento del comportamiento suicida. Por otro lado, la falta de acceso a una red de apoyo familiar y altos niveles de supervisión parental están relacionadas con mayores probabilidades de desarrollar ideación suicida (Boyd et al., 2022).

Ante esto, es importante evaluar el apoyo parental con el que cuentan los adolescentes y cuál es la calidad de estas relaciones, puesto que de igual forma se encuentran estrechamente relacionadas con el comportamiento suicida e intentos de suicidio; otro aspecto importante a considerar será la presencia de un ambiente invalidante dentro de la familia, esto hace referencia a aquel en el que la expresión de las experiencias emocionales son castigadas o minimizadas, aumentando la probabilidad de que se presenten comportamientos relacionados con el suicidio u otras conductas problema (Boyd et al., 2022; Puddington et al., 2017).

Capítulo 2. Suicidio en la adolescencia

El suicidio es una respuesta a múltiples factores psicosociales, biológicos, económicos y culturales, los cuales desempeñan un papel importante en el desarrollo de este comportamiento (OMS, 2024). Durante la adolescencia se pueden experimentar eventos de vida altamente estresantes, además de cambios significativos en diferentes áreas. Todos estos cambios generan una gran variedad de emociones y sentimientos que pueden influir en la habilidad para resolver problemas y tomar decisiones, además disminuyen la capacidad de manejar y tolerar la tensión o frustración. Es importante mencionar que estos eventos complejos aumentan la vulnerabilidad para presentar comportamientos relacionados con el suicidio. Muchas veces, las problemáticas que enfrentan los adolescentes resultan tan abrumadoras que el suicidio se presenta como una solución a las circunstancias que viven, como una forma de evitar el malestar (Cervantes y Hernández, 2008; Gómez et al., 2018).

Suicidalidad

El término suicidalidad se utiliza para describir una amplia variedad de pensamientos y comportamientos relacionados con el suicidio, con el objetivo de simplificar la terminología. Esta constituye un espectro en el que se pueden encontrar elementos como ideación, intentos y muerte por suicidio. La suicidalidad cubre una variedad de rangos de nivel de riesgo, sufrimiento emocional e intención de morir. Para términos del presente trabajo se utilizará la siguiente nomenclatura: comportamiento autolesivo, comportamiento suicida y dimensiones del comportamiento suicida: ideación, planeación, ensayo e intento (Keefner y Stenvig, 2020).

Comportamiento autolesivo

El comportamiento autolesivo puede definirse como la destrucción directa y deliberada del cuerpo o del tejido corporal, sin la intención de quitarse la vida (Klonsky, 2006; Nock, 2010). Las investigaciones sugieren que las autolesiones cumplen una función intrapersonal, al disminuir los estados afectivos y cognitivos desagradables para la persona, aumentando los estados deseados; e interpersonal, al aumentar el apoyo social y eliminar demandas sociales no deseadas (Nock, 2010). Otras de sus funciones se encuentran descritas en la Tabla 2.

Tabla 2

Funciones de las autolesiones

Función	Descripción
Regulación emocional	Alivio del malestar o agitación emocional y emociones desagradables.
Antidisociación	Finalizar la experiencia de despersonalización (desvinculación con el entorno, percibiéndolo como irreal) o disociación (episodios en los que se alteran procesos como la memoria, identidad, percepción del ambiente y entorno).
Antisuicidio	Disminuir o evitar el impulso de querer terminar con su vida.
Límites interpersonales	Afirmar la autonomía o crear una distinción entre una persona y otras.
Influencia interpersonal	Buscar ayuda en otras personas o manipularlas.
Autocastigo	Expresar sentimientos de ira o enojo hacia uno mismo.
Búsqueda de sensaciones	Generar excitación o regocijo.

Nota: Tomado de Klonsky, 2006.

Las autolesiones incluyen comportamientos como cortarse (principalmente en el abdomen y en las extremidades), morderse, quemarse, arañarse, golpearse o golpear partes del cuerpo y evitar la cicatrización de heridas, aunque existen diversas modalidades, el objetivo se centra en causarse un daño físico sin la intención de morir. Su prevalencia es mayor durante la adolescencia,

en un rango de edad de entre 11 y 15 años, siendo su principal función la regulación emocional (Klonsky, 2006; Ospina et al., 2019). Aunque no existe un sistema formal para la clasificación de estos comportamientos, Nock (2010) indica que suele variar en una escala que va de leve (baja frecuencia y gravedad), a moderado (mayor frecuencia y lesiones que posiblemente requieran atención médica) y a grave (alta frecuencia, lesiones graves y deterioro resultante).

Comportamiento suicida

Si bien, el suicidio puede definirse como la muerte causada por un comportamiento autolesivo intencional (NIMH, s.f.), el comportamiento suicida incluye una variedad de elementos, siendo un proceso que puede abarcar desde el deseo de morir, la planificación de la muerte, el intento o intentos de suicidio y la muerte por suicidio, cabe mencionar que no necesariamente es un proceso secuencial. El comportamiento suicida es un intento por solucionar problemas, orientado al escape del malestar emocional que la persona vive como insoportable, inescapable e interminable, como resultado de circunstancias desafiantes (Reyes y Strosahl, 2020; Reyes et al., 2021). Hay quienes señalan que el comportamiento suicida incluye cualquier acción en la que una persona se cause una lesión, sin importar la letalidad del método utilizado o si se tiene conocimiento de la intención, ya sea que la muerte ocurra o no (Arlaes et al., 1998).

Modelos de aprendizaje relacionados con el suicidio

Reyes y Strosahl (2020) plantean que el comportamiento suicida es un grupo de respuestas que la persona ha aprendido ante el dolor emocional. Este modelo contempla tres componentes que predisponen a una persona al comportamiento suicida:

1. Presencia de estados emocionales displacenteros que para la persona son inaceptables.

Estos estados son generados por problemas internos o externos.

2. Un estilo pasivo de resolución de problemas, en el que se tiende a evitar el dolor psicológico. Este estilo es aprendido y reforzado por las consecuencias, lo que promueve una generalización como estrategia de afrontamiento.
3. Escalamiento de la suicidalidad a largo plazo, debido a que las estrategias para suprimir y controlar las emociones generan un incremento del malestar emocional a mediano plazo, lo que resulta en intentos más intensos y frecuentes para reducir o eliminar el malestar emocional.

Este modelo establece que el desarrollo del comportamiento suicida se da a partir de situaciones estresantes que generan una gran cantidad de emociones desagradables, por lo que se ve el suicidio como una alternativa de escape. Este comportamiento se desarrolla por el reforzamiento de la conducta suicida y el castigo (por falta de refuerzo) de otras alternativas de respuestas, por lo que se vuelve un estilo de afrontamiento automático que dificulta el desarrollo de habilidades más efectivas, ya que requiere un menor esfuerzo que otros comportamientos. En el comportamiento suicida, los reforzadores pueden ser internos o externos, principalmente al ser una forma de distraerse de sensaciones, pensamientos y emociones dolorosas y al obtener cuidado y ayuda de personas cercanas. Esto convierte al comportamiento suicida en una estrategia de evitación efectiva a corto plazo, útil para disminuir el malestar y resolver problemas o comunicar el dolor y la desesperación que la persona experimenta.

Generalmente estos intentos por disminuir y eliminar las emociones displacenteras generan un efecto de rebote, haciendo que el malestar emocional se haga más fuerte, por lo que cuando las emociones regresan, el suicidio se observa como una solución cada vez más necesaria, siempre que la meta sea eliminar el sufrimiento (Reyes y Strosahl, 2020).

Dimensiones del comportamiento suicida

Ideación. Hace referencia a pensamientos, ideas e intenciones relacionados con el suicidio, con o sin planificación o método establecido. En la ideación los pensamientos pueden tener diversos grados de intensidad y elaboración, además, la frecuencia de los pensamientos es variable, ya que pueden presentarse continuamente o en episodios breves o fugaces; la duración puede ir desde algunos segundos hasta mantenerse por minutos u horas. Se clasifica como severos a los episodios que tiendan a durar una hora o más y que se presentan varias veces al día. La ideación puede dividirse en ideas activas, cuando la persona reporta que es ella quien directamente desea terminar con su propia vida, e ideas pasivas, en las que la muerte la causa algo o alguien, no la persona (Gagliesi y Rodante, 2024; Gómez, 2012; Jobes, 2023; Programa Nacional para la Prevención del Suicidio [PRONAPS], 2023).

Planeación. La planeación se refiere a la elaboración sistemática de acciones y la identificación de un método que tenga un potencial autolesivo, con la intención de quitarse la vida. La persona puede tener un plan inespecífico, en el que ha considerado algún método, pero no ha establecido cuándo lo hará o cómo, o un plan específico, en el que ya se ha decidido el método y ha establecido el cuándo y cómo. En muchas ocasiones las personas tienen planes adicionales para quitarse la vida (Gagliesi y Rodante, 2024; Jobes, 2023; Rangel y Jurado, 2022; Singh et al., 2021).

Ensayo. Es una representación conductual de algún método de suicidio, que generalmente es parte del plan, pueden ser acciones como colgar una cuerda o colocarla alrededor del cuello. El ensayo aumenta la determinación de la persona, la probabilidad del intento y el riesgo de suicidio, además puede "perfeccionar" el método elegido. Se ha observado también que genera una disminución en el miedo al dolor o a la muerte. La multiplicidad de ensayos puede generar una disminución en la ambivalencia y ansiedad (Gagliesi y Rodante, 2024; Jobes, 2023).

Intento. El intento de suicidio es un comportamiento potencialmente autolesivo en el que la persona sobrevive, para el cual hay evidencia de que la persona tenía la intención de terminar con su vida. En muchos de los casos la intencionalidad no es del 100%, puesto que hay una presencia considerable de ambivalencia, cuando existe un cierto nivel de intención o deseo de morir asociado con el comportamiento puede considerarse como un intento. Hay ocasiones excepcionales en las que las personas llegan a negar la intencionalidad o deseo; sin embargo, se puede inferir por el contexto en general, por ejemplo, en una conducta de alta letalidad, como un disparo en la cabeza o lanzarse al vacío (Gagliesi y Rodante, 2024; Rangel y Jurado, 2022).

Epidemiología a nivel mundial del suicidio

De acuerdo con la OMS (2024), el suicidio es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Aproximadamente 720 mil personas se suicidan cada año, siendo la cuarta causa de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años. Durante el año 2019 fue la cuarta causa de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años. En América, los métodos más utilizados son la asfixia, las armas de fuego, la intoxicación con sustancias y el envenenamiento con plaguicidas y productos químicos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f.)

La tasa mundial de suicidios ha disminuido entre los años 2000 y 2019 en un 36%, sin embargo, en la región de las Américas la tasa ha incrementado 17% durante ese mismo periodo. En el 2019, más de 97,000 personas murieron por suicidio, siendo una tasa de 9 personas por cada 100 mil habitantes (14.2 hombres por cada 100 mil y 4.1 mujeres por cada 100 mil). La región con mayor tasa de mortalidad fue América del Norte con 14.1 por cada 100 mil habitantes. Del porcentaje total de suicidios, el grupo de 40 a 69 años de edad tiene la mayor proporción (38%) y

en el grupo de edad de 10 a 19 años (niños y adolescentes) es donde se presentó la menor proporción (4.6%) (OPS, 2022).

Epidemiología nacional del suicidio

En México, según datos el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2024a), en el 2023 la tasa de muertes por suicidio fue de 6.8 por cada 100 mil habitantes. La tasa de suicidios en hombres fue de 11.4 por cada 100 mil y en mujeres de 2.5 por cada 100 mil. De las muertes por suicidio registradas durante ese año (n=8837), el 81% correspondió a hombres y el 18.9% a mujeres. En el caso de los hombres, el 1.5% pertenecía al rango de edad de 10 a 14 años, y el 8.6% al rango de 15 a 19 años. En cuanto a las mujeres, el 5.8% se encontraba en el grupo de 10 a 14 años, y el 18.8% en el de 15 a 19 años.

Es importante mencionar una posible subestimación de los datos registrados. Este hecho puede variar entre diferentes regiones, pero generalmente se asocia a causas como el estigma, factores sociales o políticos, actitudes o creencias culturales o religiosas y diferencias al registrar o clasificar las muertes, por lo que pueden reportarse como accidentes. Aunado a esto, hay limitaciones relacionadas a la complejidad del fenómeno del suicidio, por ejemplo, en la identificación y clasificación de autolesiones para establecer una diferencia clara entre autolesiones que impliquen o no un intento de suicidio. (Caycho, 2023; UNICEF, 2021a)

Factores de riesgo para el suicidio

El suicidio es un fenómeno multifactorial, en el que convergen un gran número de factores que aumenta la probabilidad de que una persona desarrolle algún tipo de comportamiento relacionado con el suicidio. Los factores de riesgo del suicidio pueden responder a aspectos

personales y contextuales, que lleven a la persona a ver el suicidio como una forma de aliviar su malestar. En población adolescente se ha observado que los intentos previos de suicidio, el uso indebido de sustancias, haber sido víctima de violencia o abuso sexual, haber tenido una pérdida importante, abandonar o ausentarse de la escuela o vivir eventos estresantes son factores de riesgo importantes. La importancia de observar e identificar estos factores radica en la posibilidad de realizar evaluaciones del nivel de riesgo más precisas y tratamientos más eficaces (Castellvi y Piqueras, 2019; Franklin et al., 2017).

Otros autores clasifican los factores de riesgo en los adolescentes de acuerdo a diferentes niveles: nivel individual: carencia de habilidades de afrontamiento y de comunicación, crisis emocionales, déficit en capacidades cognitivas y predisposición genética; nivel familiar: violencia, negligencia parental, falta de cohesión familiar y de valores familiares; nivel comunitario: bullying, violencia sexual, falta o nulo apoyo social y exposición a violencia; y nivel sociedad: violencia institucional, falta de acceso a servicios de salud y de educación, pobreza y desigualdad (Casas et al., 2024).

Sucesos de vida altamente estresantes

El estrés es una respuesta natural del cuerpo, en la que hay respuestas fisiológicas que preparan al organismo para actuar ante una demanda del ambiente. Cuando hay situaciones difíciles o cambios importantes en la vida de las personas se genera estrés, que es un sistema de alerta necesario para sobrevivir. Un nivel de estrés adecuado es útil, ya que permite a las personas actuar de forma efectiva ante las demandas del ambiente (Torres, 2007).

La forma en que se responde al estrés es particular para cada persona. Generalmente hay dificultades para relajarse o concentrarse, además de una sensación de irritabilidad. Otros síntomas

pueden ser dolor de cabeza o en algunas otras partes del cuerpo, dificultades para dormir o alteraciones en la alimentación (OMS, 2023a). Cuando el estrés es excesivo y persistente puede tener consecuencias físicas y psicológicas que, en algunos casos, se configuran en problemáticas de salud mental más severas, entre ellas el trauma complejo. De acuerdo con la Clasificación internacional de enfermedades, 11ª revisión (CIE-11, por sus siglas en inglés) (OMS, 2022), el trauma complejo es un trastorno que se desarrolla ante la exposición a una situación de naturaleza extremadamente amenazadora o eventos como tortura, esclavitud, violencia, o que sean prolongados o repetitivos, de los que es imposible escapar.

En un estudio realizado por Stewart et al. (2019), con adolescentes de entre 13 y 19 años, se abordaron 3 grupos distintos en las siguientes categorías: sin antecedentes de ideación o intentos de suicidios, con ideación sin intentos de suicidio y con intentos de suicidio. El objetivo fue investigar la relación entre estrés y riesgo de suicidio; se encontró que experimentar más eventos de pérdida interpersonales (muertes de seres queridos o terminar relaciones de amistad) se asoció con mayores probabilidades de realizar un intento de suicidio. De igual forma, en lo reportado por Yildiz (2020), se señala que los acontecimientos vitales estresantes pueden interactuar con rasgos como la impulsividad, lo que podría llevar a un comportamiento suicida. Se sugiere también que el estrés vital, al estar implicado con la aparición y cronicidad de la depresión, puede relacionarse con la ideación, solo en la medida en que se correlaciona con síntomas psiquiátricos, principalmente con depresión (Stewart et al, 2019).

Arenas (2020) menciona algunos eventos familiares y personales que están estrechamente relacionados con el suicidio en esta población:

- Conflictos activos entre padres e hijos: adolescentes que viven abuso físico, verbal o sexual, o familias en las que se reportan peleas cotidianamente.

- Características sociales: familias que se encuentran socialmente aisladas y que cambian de vivienda constantemente.
- Ambiente familiar: divorcio, abandono o separación de los padres, progenitores emocional y físicamente distantes que son demandantes en la interacción con los hijos, uso indebido de sustancias en uno o ambos padres y estresores económicos.
- Predisposición a dificultades emocionales: niñez caracterizada por inseguridad, ansiedad, aislamiento social y familiares con trastornos de salud mental.
- Comunicación: ambiente invalidante y un déficit en las habilidades de negociación y de resolución de problemas.

Otro suceso de vida estresantes es el abuso sexual infantil es un problema grave que tiene repercusiones físicas, mentales y sociales que pueden permanecer en la edad adulta. En un estudio realizado por Soyly et al. (2022), en adolescentes de aproximadamente 14 años se encontró que, en víctimas de abuso sexual, el riesgo de ideación suicida e intentos de suicidio es mayor; además, es probable que este riesgo se mantenga a lo largo de su vida. Se ha observado también que en esta población hay un aumento de la impulsividad, desesperanza y hostilidad.

Otras condiciones en salud mental

Ansiedad. La ansiedad es una respuesta normal del cuerpo humano ante el peligro, es una sensación provocada por una situación percibida como amenaza futura o porvenir para la persona. Aunque los síntomas de ansiedad son particulares para cada una de las personas que la experimentan, pueden presentarse cansancio, preocupación, irritabilidad, sudoración, tensión muscular, entre otros. La ansiedad no es patológica por sí misma, ya que es adaptativa en muchos casos, sin embargo, cuando los síntomas son persistentes pueden provocar malestar significativo

y deterioro en el funcionamiento personal, familiar, social, escolar, etcétera, dando lugar a un trastorno de ansiedad (Dean, 2016; OMS, 2022).

Aunque el papel de la ansiedad en el comportamiento suicida no es claro, las investigaciones refieren que un porcentaje del total de las muertes por suicidio se deben a los síntomas de ansiedad. Los estudios realizados respecto a la correlación entre estos dos elementos sugieren que la ansiedad juega un papel importante en el desarrollo del comportamiento suicida; además de presentarse como un síntoma comórbido (Baca y Aroca, 2014; Bentley et al., 2016).

Sintomatología depresiva. Hace referencia a sentimientos de inutilidad, de tristeza persistentes o de vacío, falta de esperanza en el futuro, pérdida del interés o placer por actividades que antes eran placenteras, durante un determinado periodo de tiempo. Es distinta a los cambios habituales del estado de ánimo y a las emociones que se presentan a lo largo de un día. Interfiere con la vida cotidiana de una persona generando un malestar significativo, además de ocasionar un deterioro social, laboral, escolar o en otras áreas importantes del funcionamiento (Baena et al., 2005; Maero y Quintero, 2016; OMS, 2023b).

De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición, texto revisado (DSM-5-TR, por sus siglas en inglés) (American Psychiatric Association [APA], 2022), los criterios para diagnósticos son cinco (o más) de los síntomas que han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; para considerarse depresión al menos uno de los primeros dos síntomas debe estar presente:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

La depresión se ha asociado significativamente con el comportamiento suicida (Cubillas et al., 2012), además, en la adolescencia, se considera un importante factor de riesgo, principalmente por el desarrollo de pensamientos relacionados con la muerte y comportamiento suicida. Otros elementos como la desesperanza y el estado de ánimo negativo también se han visto como factores importantes en el desarrollo de la ideación suicida (Amaral et al., 2020; Grossberg y Rice, 2023).

Otros trastornos. Otros trastornos vinculados con el riesgo de suicidio es el trastorno bipolar, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el trastorno límite de la personalidad (TLP). El Trastorno Bipolar, al igual que otras condiciones psiquiátricas, constituyen un factor de riesgo significativo para el comportamiento suicida, principalmente por los episodios depresivos que se presentan (López et al., 2009), las dificultades para controlar los impulsos y la agresividad (Pabón, 2021). Por su parte, en el TDAH se encontró una relación significativa con el comportamiento suicida, principalmente por el aumento de la gravedad de las condiciones comórbidas, como los trastornos de la conducta, el uso de sustancias y la depresión (Garas y

Balazs, 2020). La asociación entre el TLP y el suicidio se debe principalmente a la desregulación emocional presentada, las conductas impulsivas, en el ambiente invalidante y condiciones comórbidas como el abuso en el uso indebido de sustancias (Paris, 2019).

Capítulo 3. Modelos y abordajes del comportamiento suicida

El suicidio, al ser un comportamiento multifactorial, que se puede presentar en diferentes tipos de población con características particulares, surge la necesidad de tener pautas que permitan una evaluación, abordaje y manejo efectivo del riesgo del suicidio. En México, como respuesta a esta necesidad, surgió el Modelo dinámico de ordenes de riesgo de suicidio (MODORIS), desarrollado por Arenas et al. (2023).

Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio (MODORIS)

El propósito del MODORIS consiste en la estructuración, organización y coordinación de la atención para personas con riesgo de suicidio, tomando en consideración la identificación de factores de riesgo y de protección y la implementación de intervenciones adecuadas al nivel de riesgo, creando un abordaje integral para el manejo del riesgo de suicidio. Estructura cuatro órdenes de riesgo de suicidio, de acuerdo con los indicadores identificados, el contexto de la persona y las acciones para su intervención efectiva. En la Tabla 3 se hace una descripción de estos órdenes.

Tabla 3

Descripción de los órdenes de riesgo de acuerdo con el MODORIS

Orden	Descripción
Primer orden de riesgo de suicidio (riesgo leve).	Presencia de sentimientos de tristeza profunda y pensamientos relacionados con la muerte. Autolesiones leves en el último año o anteriores. No hay planeación, preparativos o intentos de suicidio previos.
Segundo orden de riesgo de suicidio (riesgo moderado).	Presencia de sentimientos intensos de malestar emocional y desesperanza. Ideación suicida en los últimos seis meses, sin preparativos o planeación estructurada.

Orden	Descripción
	Autolesiones leves a moderadas en los últimos seis meses. Puede haber algún intento de suicidio a lo largo de la vida.
Tercer orden de riesgo de suicidio (riesgo alto).	Presencia de altos niveles de estrés, sentimientos de desesperanza crónica y dolor emocional intenso. Ideación suicida con preparativos y planeación estructurada. Autolesiones de moderadas a severas.
Cuarto orden de riesgo de suicidio (riesgo inminente).	Presencia de algún intento de suicidio en el último año. Presencia de altos niveles de malestar emocional y de agitación con intención de quitarse la vida. Ideación con preparativos y planeación estructurada.

Nota: Tomado de Arenas et al., 2023.

MODORIS aborda diversas propuestas para la atención del comportamiento suicida, entre ellas se encuentran las guías de intervención mhGAP (OPS, 2017), el marco terapéutico para la Evaluación y Manejo Colaborativo del Riesgo Suicida (CAMS, por sus siglas en inglés) (Jobes, 2023), la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT, por sus siglas en inglés) (Linehan, 1993) y la Terapia Cognitiva para prevención del suicidio (D'Anci et al., 2019). A partir de lo recomendado por MODORIS se definirán algunos de estos abordajes para el tratamiento del comportamiento suicida.

Los modelos para el abordaje del suicidio y sus componentes deben cumplir con diversas características, entre ellas, estar basado en evidencia científica. Otros autores resaltan la importancia de contar con elementos para la identificación y evaluación del riesgo, la elaboración de un plan de seguridad, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y la disminución o eliminación del acceso a medios letales (Jobes y Chalker, 2019; SAMHSA, 2020).

Evaluación y Manejo Colaborativo del Riesgo Suicida (CAMS)

CAMS es un marco terapéutico enfocado en el comportamiento suicida y en su reducción o eliminación como medio de afrontamiento. Se caracteriza por generar una alianza terapéutica en

la que consultante y terapeuta trabajan juntos en la evaluación y comprensión del comportamiento suicida del consultante, así como en el proceso de planificación del tratamiento. Está diseñado para centrarse en los detonadores del comportamiento suicida o variables específicas de cada persona, que la llevan a ver el suicidio como una solución (Jobes, 2012; 2023). Aunado a lo anterior se trabaja con los problemas de los consultantes, mismos que pueden abordarse a través de diversas orientaciones teóricas, ya que está diseñado para ser flexible y adaptable a diversos tratamientos y modelos de intervención clínica, por lo que se ajusta a las habilidades particulares de cada terapeuta, así como a su juicio clínico y las herramientas con las que cuente (Jobes, 2023).

Otra de las características de CAMS es su filosofía, la cual hace énfasis en la empatía, el abordaje colaborativo, la honestidad en la relación terapéutica y en el enfoque en el abordaje del suicidio. De esta forma, se plantea que en el uso de CAMS se deben contar con características vinculadas con el respeto al consultante y un interés genuino en él, evitando realizar juicios de valor y generar culpa o vergüenza. La colaboración entre ambas partes es uno de los componentes más importantes para un desarrollo exitoso del tratamiento, por lo que se incluye al consultante en cada uno de los elementos (evaluación, planificación, etc.), así como la retroalimentación que pueda brindar sobre lo que está o no funcionando dentro de las sesiones, realizándose todo este proceso centrado en el suicidio (Jobes, 2023).

El elemento central del marco terapéutico CAMS es el Formulario de Estado de Suicidio, 5ª versión (SSF-5, por sus siglas en inglés). Este formulario sirve como guía para la construcción del plan de tratamiento, el seguimiento del nivel de riesgo y los resultados clínicos, proveyendo resultados cuantitativos y cualitativos (Jobes, 2023).

Elementos principales del SSF-5 (Jobes, 2023):

- Sección A. Evaluación de seis variables: dolor psicológico, estrés, agitación, desesperanza, odio por sí mismo y riesgo general. Cada variable se evalúa cualitativa y cuantitativamente. Incluye una escala de 5 puntos relacionada con la percepción del consultante sobre si el riesgo de suicidio está relacionado consigo mismo o con otros. Profundizar sobre razones para vivir/morir, deseo de vivir/morir y lo que ayudaría a la persona a dejar de ver el suicidio como un medio de afrontamiento.
- Sección B. Evaluación topográfica de la ideación suicida (intencionalidad, frecuencia, duración), planes de suicidio (cuándo, dónde, cómo), preparación (organización del intento, medios letales, señales de alerta), ensayos, historia de comportamiento suicida (intentos previos) y factores de riesgo distales (estos están alejados en tiempo, pero no tiene una relación inmediata con el comportamiento suicida) y proximales (están más cercanos en el tiempo y tienen una relación directa con el comportamiento suicida).
- Sección C. Elaboración del plan de tratamiento y construcción colaborativa del plan de estabilización. Generación de compromiso con el tratamiento y comunicación de aspectos legales y riesgo inminente.
- Sección D. Evaluación clínica del examen mental, impresión diagnóstica y nivel de riesgo.

Plan de seguridad y estabilización

El plan de seguridad es una intervención breve diseñada para ayudar a las personas a sobrevivir una crisis suicida. Este plan tiene el objetivo de que la persona recuerde y desarrolle una serie de pasos y de estrategias de afrontamiento que le puedan ser de utilidad para disminuir la probabilidad de realizar alguna acción que atente contra su vida. Generalmente es un documento escrito colaborativamente, entre el consultante y el terapeuta, basado en las estrategias y recursos de la persona atendida (Marshall et al., 2022; Moscardini et al., 2020).

La literatura revisada especifica ciertos elementos a considerar, incluyendo la identificación de señales de advertencia, estrategias de afrontamiento, recursos ante emergencias y activación de la red de apoyo (Moscardini et al., 2020). Por su parte, Stanley y Brown (2012) proponen seis elementos básicos que debe incluir un plan de seguridad: 1) reconocimiento de señales de alerta o advertencia ante una crisis de suicidio, 2) implementación de estrategias internas de afrontamiento, 3) utilizar contactos sociales para apoyo y distracción 4) ponerse en contacto con los apoyos sociales, 5) ponerse en contacto con profesionales y agencias para apoyo y 6) restricción o reducción de medios letales, que consiste en disminuir el alcance que tiene la persona a las formas o medios con los que podría terminar con su vida (por ejemplo, deshacerse de los objetos punzocortantes con los que planea cortarse las venas).

En CAMS se realiza un plan de estabilización, que se utiliza para facilitar la estabilidad del consultante entre sesiones. El plan de estabilización es similar al plan de seguridad, pues de igual forma cumple con la función de aumentar la capacidad del consultante para hacer frente a las crisis de suicidio. La versión del plan de estabilización de CAMS contempla elementos como reducción de acceso a medios letales, estrategias para manejar las crisis, números de emergencia, activación de red de apoyo y barreras para utilizar el plan (Jobes, 2023).

Evaluación y Manejo Colaborativo del Riesgo Suicida para adolescentes (CAMS-4Teens)

La adaptación del marco terapéutico CAMS para adolescentes responde a la necesidad de desarrollar estrategias, basadas en evidencia, para el abordaje del comportamiento suicida en adolescentes. Además, la literatura menciona que la validez y confiabilidad reportada por CAMS en población adulta es replicable en adolescentes, sin necesidad de modificar el lenguaje que tiene este formato. Se ha comprobado que CAMS es aceptable con adolescentes, teniendo un efecto significativo en la reducción de la ideación suicida (Adrian et al., 2021; Jobes, 2023).

CAMS-4Teens cuenta con adecuaciones específicas para ser utilizado en esta población, incluyendo al padre, a la madre o el tutor en el tratamiento, ofreciéndoles una breve explicación sobre el tratamiento, estableciendo expectativas y resolviendo sus dudas o preocupaciones. Otro aspecto importante es la implementación del Plan de Apoyo a la Estabilización (SSP, por sus siglas en inglés), que está dirigido a hacer el hogar más seguro, disminuyendo el acceso a medios letales y en cómo los padres pueden apoyar a su hija o hijo si está en crisis. En este protocolo los padres pueden unirse al final de las sesiones intermedias para abordar sus dudas (Jobes, 2023).

CAMS y CAMS-4Teens proporcionan un marco fuerte para la identificación, gestión y manejo de la suicidalidad, sin embargo, no son un modelo psicológico por sí mismos, por lo que, para un abordaje integral del suicidio, además de utilizar estos marcos, se requiere la implementación de modelos que ofrezcan intervenciones basadas en evidencia científica. Por ello, en este trabajo se utiliza la Terapia Dialéctica Comportamental para adolescentes (Rathus y Miller, 2015), en conjunto con el marco CAMS-4Teens, como modelo para la terapia individual, al proporcionar estrategias de regulación emocional y manejo de las crisis de suicidio, así como la implementación de habilidades útiles para el trabajo con adolescentes.

Terapia Dialéctica Comportamental en Adolescentes (DBT-A)

La Terapia Dialéctica Comportamental fue desarrollada por Linehan (1993) a finales de la década de los años 80. Este modelo está diseñado para trabajar principalmente con pacientes con TLP y comportamiento suicida y autolesivo (Boggiano & Gagliesi, 2018). En años posteriores Rathus y Miller (2015), adaptaron este modelo a población adolescente, desarrollando la Terapia Dialéctica Comportamental para Adolescentes (DBT-A, por sus siglas en inglés). Esta adaptación, además de considerar los elementos de la terapia original, incluye aspectos como la inclusión de miembros de la familia en el tratamiento a través de la enseñanza de habilidades, sesiones familiares y de orientación con los padres para manejar de una forma diferente el entorno de los adolescentes.

Mediante ensayos controlados aleatorizados y otros estudios se ha demostrado la efectividad de DBT-A en la disminución y prevención de los intentos de suicidio y autolesiones, (se ha observado una remisión de los síntomas de TLP y comportamiento suicida), hospitalizaciones por ideación suicida y consecuencias médicas por conductas autolesivas, además de ser un tratamiento con una buena aceptación por parte de los consultantes y sus familiares (Fleischhaker et al., 2011; Mann et al., 2021; McCauley et al., 2018).

En DBT estándar, los elementos que constituyen el modelo son la terapia individual, el coaching telefónico, el equipo de consultoría y el entrenamiento en habilidades (Boggiano & Gagliesi, 2018).

Entrenamiento en habilidades de la Terapia Dialéctico Comportamental con adolescentes

El objetivo del entrenamiento es mejorar las capacidades de la persona, por lo que se presenta en un formato psicoeducativo, estructurado para que sea un ambiente donde se pueda aprender y ensayar nuevas habilidades que no se encuentran en el repertorio conductual del consultante. Se compone de cuatro módulos de habilidades específicas, que incluyen habilidades básicas de conciencia plena, de regulación emocional, de efectividad interpersonal y de tolerancia al malestar (Ramírez y Vargas, 2012).

Las habilidades DBT tienen una adaptación en población adolescente realizada por Rathus y Miller (2015). En esta versión se mantienen todas las habilidades que se enseñan en población adulta, realizando modificaciones que toman en cuenta las características del nivel de desarrollo cognitivo y emocional de los adolescentes, además de incluir el contexto (escuela y familia), buscando que la intervención y materiales utilizados se adecúen a las necesidades de esta población. En este grupo de entrenamiento se añadió el módulo extra de habilidades del camino del medio, dirigido a abordar problemas, desde una postura dialéctica (referente a integrar aspectos que pueden parecer opuestos), que surgieron al trabajar con adolescentes, como conflictos, conductas de riesgo, invalidación y estrategias eficaces de cambio; además se incluye la participación activa de los padres en el entrenamiento de habilidades y sesiones familiares o de crianza.

Capítulo 4. Método

Planteamiento del problema y justificación

El suicidio es la quinta causa de muerte en México en adolescentes entre 10 y 14 años; del 2017 al 2022 la tasa de suicidios aumentó de forma considerable dentro de esta población (de una tasa de 3.4 a 4, respectivamente). El aumento de los comportamientos relacionados con el suicidio en la adolescencia podría estar relacionado con factores como conductas de riesgo y problemáticas en salud mental (INEGI, 2024b; Walsh et al., 2023), y aunque existen intervenciones escolares (universales, selectivas e indicadas) su efectividad es limitada, debido a dificultades en la identificación de la población en riesgo y su integración a la intervención, la falta de instrumentos de valoración adecuados y la poca integración del contexto (Walsh et al., 2023).

Mazza et al. (2016) mencionan que el entorno educativo es uno de los lugares óptimos para que los estudiantes reciban atención psicológica, al tener a la población cautiva, ser el entorno donde los adolescentes experimentan factores de estrés importantes y a la par pueden poner en práctica las estrategias o habilidades aprendidas, favoreciendo la adherencia al tratamiento ya que no se depende de que el padre lleve al adolescente a un consultorio o institución para ser atendido. Por otro lado, se ha observado que integrar a los padres en el tratamiento puede ser un reto, debido a sus dificultades personales y estresores, por lo cual resulta importante promover su integración en la atención.

Ahora bien, en México, existen aproximaciones a la población adolescente con riesgo de suicidio en contextos escolares. Una de ellas es la desarrollada por Hernández y Lucio (2006), en la cual se realizó la validación de un tamizaje en adolescentes a nivel secundaria y bachillerato. Otra es la realizada por Arenas (2012), en la que se identificó la prevalencia del riesgo de suicidio

en población de bachillerato y se desarrollaron intervenciones preventivas. De esta forma se observa que las investigaciones realizadas han estado orientadas a la evaluación y prevención del comportamiento suicida, por lo que surge la necesidad de realizar intervenciones indicadas en nuestro país, para el abordaje y manejo del riesgo del suicidio en contextos escolares desde una atención especializada.

Ligado a lo ya mencionado, se ha señalado que los tratamientos especializados para el riesgo de suicidio en adolescentes deben cumplir con características como una evaluación e identificación del riesgo, elaboración de un plan de seguridad y disminución o eliminación de medios letales (SAMHSA, 2020). Además, es importante que las intervenciones tengan un fuerte componente familiar y sesiones periódicas, ya que esto ha mostrado una reducción significativa en los intentos de suicidio de adolescentes (Adrian et al., 2021) y que disminuyan las barreras en la atención, como el costo elevado de los servicios, la escasez de proveedores y el estigma (Suárez y Kazdin, 2023).

En ese sentido el marco CAMS-4Teens cumple con las características previamente descritas, permitiendo disminuir las brechas metodológicas y en la atención, ya que cuenta con un buen alcance, escalabilidad, asequibilidad y viabilidad, siendo una alternativa efectiva para el manejo del riesgo de suicidio en distintos contextos (Adrian et al., 2021). Por ello, este trabajo evaluó el impacto de una intervención desde el marco CAMS-4Teens para adolescentes con riesgo de suicidio o factores asociados. La intervención se llevó a cabo en una escuela secundaria con la intención de probar su viabilidad y alcance, buscando también involucrar a los padres o cuidadores y al personal docente.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el impacto de una intervención desde el abordaje CAMS-4Teens en el manejo de la suicidalidad en adolescentes escolarizados de nivel secundaria?

Objetivo general

Evaluar el impacto sobre el nivel de riesgo de suicidio, de autolesiones y de suicidalidad de una intervención desde el abordaje CAMS-4Teens en adolescentes de una secundaria al sur de la Ciudad de México.

Objetivos específicos

1. Conocer las características del contexto familiar de los adolescentes y de la relación con sus padres.
2. Identificar los eventos detonadores asociados a la suicidalidad de los adolescentes.
3. Establecer un plan de tratamiento para cada caso con base en los detonadores y variables asociadas a la suicidalidad de los adolescentes, así como un plan de apoyo para la estabilización con sus padres.

Variables

Variables dependientes: nivel de riesgo de suicidio, autolesiones y suicidalidad.

1. Nivel de riesgo de suicidio. factores relacionados con el suicidio, tales como, autolesiones, pensamientos de muerte, ideación, planeación, intentos y una elevada intencionalidad (Arenas et al., 2023).

Definición operacional: el nivel de riesgo se evaluó a través de la escala Ask Suicide-Screening Questions (ASQ, por sus siglas en inglés) (Horowitz et al., 2012) cuyas preguntas permiten clasificar de acuerdo con el MODORIS (Arenas et al., 2023), el nivel de riesgo y tipo de atención recomendada (Vázquez, 2022).

2. Autolesiones. daño autoinfligido deliberadamente en el cuerpo, sin intención de terminar con la vida y sin importar el tipo de lesión realizada o el motivo (García et al., 2015; Wasserman, 2021).

Definición operacional: las autolesiones fueron evaluadas con la escala Self Harm Questionnaire (SHQ, por sus siglas en inglés) (Ougrin y Boege, 2013).

3. La suicidalidad hace referencia a una variedad de comportamientos relacionados con el suicidio, tales como pensamientos o ideas de muerte, ideación suicida, actos preparativos, comportamiento autolesivo, ensayos, intentos de suicidio y suicidio (Reyes y Stroshal, 2020; Sánchez et al., 2017). En este trabajo se consideraron específicamente las siguientes variables para integrar lo que se comprende como suicidalidad:

- a. Ideación suicida. pensamientos relacionados con quitarse la vida, en diferentes grados de intensidad y elaboración (PRONAPS, 2023).
- b. Planeación. elaboración sistemática de acciones e identificación de un método autolesivo con la intención de terminar con la propia vida (Rangel y Jurado, 2022).
- c. Ensayos. representación literal del plan de suicidio, sin que se llegue a un intento real (Jobes, 2023).
- d. Intento de suicidio. conducta lesiva autoinfligida, con un resultado no mortal, donde hay pruebas, explícitas o no, de intención de morir (Wasserman, 2021).

Definición operacional. La ideación suicida, la planeación, los ensayos y los intentos de suicidio serán evaluados con el SSF-5 (Jobes, 2023) del marco CAMS-4Teens.

Variable independiente: marco terapéutico CAMS-4Teens.

4. Marco terapéutico CAMS-4Teens: este procedimiento terapéutico está enfocado en el comportamiento suicida y en su reducción o eliminación como medio de afrontamiento. Un aspecto central es la evaluación de 6 variables (dolor psicológico, estrés, agitación, desesperanza, odio por sí mismo y riesgo general) por medio del SSF-5 y los detonadores del comportamiento suicida (Jobes, 2023).

Definición operacional. el marco terapéutico CAMS-4Teens plantea sesiones periódicas semanales con una duración aproximada de 50 minutos cada una, centradas en los detonadores del comportamiento suicida del adolescente y se evalúan 6 variables a través del SSF-5 (dolor psicológico, estrés, agitación, desesperanza, odio por sí mismo y riesgo general), en una escala de 5 puntos, donde 1 es bajo y 5 es alto, para cada una. El abordaje de los detonadores se realizó informado en el tratamiento clínico DBT-A (Rathus y Miller, 2015), diseñado para tratar la desregulación emocional mediante el entrenamiento en habilidades para adolescentes. Se adecuó el uso de las habilidades con base en las necesidades específicas de cada adolescente.

Diseño

Tipo de investigación

No experimental con evaluación pretest, postest y seguimiento, de alcance descriptivo (Hernández-Samipieri y Mendoza, 2018).

En este estudio se analizaron fenómenos ya existentes, sin intervenir sobre las variables, permitiendo estudiar la suicidalidad tal y como se presenta en los adolescentes. El diseño incluyó una medición pretest previa al tratamiento, seguida de la administración del tratamiento y, posteriormente, una medición posttest tras esta aplicación; además de una evaluación de seguimiento (Hernández-Samipieri y Mendoza, 2018). Respecto al alcance se realizó una descripción de las características de los adolescentes, así como de las variables y de los resultados.

Hipótesis de trabajo

Hi. Al término del tratamiento habrá una disminución o eliminación del riesgo de suicidio en el adolescente.

Hi. Al término del tratamiento habrá una disminución del puntaje de las seis variables: dolor psicológico, estrés, agitación, desesperanza, autodesprecio y riesgo general de suicidio.

Hipótesis nulas

H0. Al término del tratamiento no habrá una disminución o eliminación del riesgo de suicidio en el adolescente.

H0. Al término del tratamiento no habrá una disminución del puntaje de las seis variables: dolor psicológico, estrés, agitación, desesperanza, autodesprecio y riesgo general de suicidio.

Participantes

Población: adolescentes.

Muestra: adolescentes de entre 12 y 15 años, inscritos en una secundaria pública del sur de la Ciudad de México, que, al momento de la invitación para participar dentro de la intervención, sus docentes o familiares hayan solicitado apoyo porque son casos de riesgo de suicidio.

Tipo de muestreo

No probabilístico, por conveniencia.

Aspectos éticos

Esta intervención se basa en los principios éticos de justicia, autonomía, respeto por los derechos humanos y la dignidad de las personas, tomando en cuenta el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología [SMP], 2009) y los Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta (American Psychological Association [APA], 2017).

De esta forma se elaboraron una serie de documentos, tales como el consentimiento informado (anexo 1) para los padres, madres o tutores, con el objetivo de informar sobre las características de la evaluación e intervención que se realizará, el alcance y el apoyo que se requiere de ellos para sesiones específicas, acorde al marco terapéutico CAMS-4Teens. En este documento también plantea la posibilidad de realizar alguna referencia institucional, en dado caso de que la problemática referida por el o la adolescente requiriera una atención más amplia posterior a la estabilización o disminución del riesgo de suicidio. En caso de que los padres no consientan en que el adolescente reciba la atención se brinda sensibilización sobre la importancia del bienestar y la salud de su hijo/a, teniendo como principales acciones proporcionales números de contacto para recibir atención en otra institución o para atender situaciones de emergencia.

Para los adolescentes, se elaboró un asentimiento informado (anexo 2) en el que de igual forma se describen aspectos como las características de la evaluación e intervención, sus derechos y la decisión de no participar o concluir la intervención, si es que así lo desean, sin que esto represente alguna consecuencia para ellos, su familia o la escuela y sin necesidad de brindar explicaciones por su decisión. Tanto en el consentimiento como en el asentimiento, se especifica que los datos obtenidos en la evaluación e intervención pueden ser usados en investigaciones, manteniendo confidencial la información personal o que pueda hacer referencia a la identidad del adolescente.

Finalmente, con el fin de mantener un estándar en la calidad de la intervención, se recibió una supervisión individual indirecta (Feixas y Miró, 1993), con psicólogos expertos en el abordaje y manejo del riesgo de suicidio; ya que para una correcta aplicación y utilización del marco terapéutico y los formatos de CAMS y CAMS-4Teens, se requiere una formación, entrenamiento y certificación, misma que es proporcionada por la institución CAMS-Care.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Ser adolescente de edades de entre 12 y 15 años.
- Haber sido identificado con riesgo de suicidio o autolesiones por los padres, docentes o el mismo adolescente.

Criterios de exclusión

- Encontrarse en un tratamiento de atención psicológica al momento del primer contacto.

Criterios de eliminación

- No identificar un nivel de riesgo de suicidio, comportamiento suicida o autolesivo en la evaluación.

Instrumentos

Suicide Status Form-5 (SSF-5)

Es una herramienta clínica multipropósito utilizada dentro del marco terapéutico CAMS (Jobes, 2023). Este instrumento se encuentra respaldado por diferentes investigaciones clínicas mediante ensayos correlacionales, estudios cuasiexperimentales y ensayos controlados aleatorizados, donde demuestran que la atención guiada con CAMS es superior en la reducción de la ideación suicida en entornos ambulatorios, hospitalarios, estudiantes universitarios (Tyndal et al., 2021) y adolescentes (Adrian et al., 2021). Su traducción al español fue realizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en conjunto con la Facultad de Psicología de la UNAM.

Self-Harm Questionnaire (SHQ)

Es un cuestionario dirigido a identificar autolesiones en adolescentes, fue desarrollado por Ougrin y Boege (2013). Consta de 15 preguntas, las tres primeras sirven para detectar cualquier incidente relacionado con comportamiento autolesivo, si el adolescente responde estas tres preguntas afirmativamente se continúan con las siguientes 12 que evalúan a profundidad sobre la historia de autolesión, su gravedad, función y consecuencias. Esta escala tiene una versión adaptada al español y validada en población adolescente mexicana, cuenta con un α de Cronbach de .96 y con una sensibilidad de 97% (García et al., 2015).

Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)

Es un instrumento de evaluación breve y de aplicación rápida para la evaluación del riesgo suicida, desarrollado por Horowitz et al. (2012), con pacientes de urgencias de entre 10 y 21 años. Consta de cuatro preguntas de sí y no, tres de ellas dirigidas a evaluar la ideación suicida y la cuarta a evaluar intentos de quitarse la vida. De acuerdo con los autores, este instrumento cuenta con una buena validez de contenido y una alta especificidad para detectar a población en riesgo de suicidio. En México, Bravo (2018) realizó una adaptación de esta escala con población adolescente, con un promedio de edad de 12.6 años, donde obtuvo un α de Cronbach de .90 para toda la escala y mayor a .80 para cada reactivo.

Procedimiento

Previo al desarrollo de este trabajo, uno de los programas de la Facultad de Psicología, enfocado en el trabajo con comportamiento suicida realizó un tamizaje sobre conductas de riesgo en toda la población estudiantil, a partir del cual se identificaron algunos jóvenes con diversos niveles de riesgo suicida. Con base en los resultados, se realizaron algunas intervenciones de tipo universal, selectivo e indicado. Las intervenciones universales tuvieron como objetivo sensibilizar a los estudiantes, académicos y padres de familia sobre esta problemática. A partir de ello es que los directivos solicitaron el apoyo para trabajar con los casos que detectaron con un mayor nivel de riesgo, malestar emocional y señales de alerta (intervención indicada). A los jóvenes seleccionados se les hizo una evaluación específica para determinar si eran candidatos para participar en un tratamiento breve, centrado en el comportamiento suicida y autolesivo, con base en los criterios de inclusión y exclusión. Posterior a esto, la secundaria contactó vía telefónica a la

madre, padre o tutor del adolescente, con el fin de tener una reunión informativa con ellos y con el adolescente.

En la reunión informativa, el psicólogo se presentó y habló de forma individual con los padres sobre las problemáticas de salud mental observadas por los directivos en su hija o hijo, con el objetivo de sensibilizar sobre esta situación y ofrecer el tratamiento psicológico dentro del plantel. Se presentó el consentimiento informado (Anexo 1) en el que se describen las características de la intervención, así como la opción de que su hija o hijo recibiera el tratamiento. A los padres que no consintieron el tratamiento se les ofreció una breve orientación sobre la importancia del bienestar y la salud de su hija o hijo, además se les entregó un folleto con información sobre instituciones que brindan acompañamiento psicológico a adolescentes, además de líneas telefónicas de instituciones que atienden situaciones de emergencia; por el contrario, con los padres que consintieron el tratamiento se les comentó que lo siguiente a realizar sería hablar con su hija o hijo para informar sobre el tratamiento y presentar el asentimiento informado al adolescente (Anexo 2), en el que tiene la opción de aceptar o no el tratamiento.

Con los adolescentes que no consintieron el tratamiento se les sensibilizó sobre la importancia de recibir atención psicológica, se les comentó la decisión a sus padres y se les brindó el folleto (Anexo 3) con información sobre líneas telefónicas. Con los adolescentes que consintieron el tratamiento se aplicaron los cuestionarios ASQ y SHQ, se agendó la primera sesión CAMS-4Teens, en la que también se solicitó la asistencia de uno o ambos padres.

En dos de los seis casos que se presentaron no se identificó comportamiento suicida o autolesivo, sin embargo, se observaron dificultades importantes en la regulación emocional y relaciones interpersonales, por lo que se llevó a cabo un proceso de consejería breve con ellos; el desglose de las sesiones se presenta en el Anexo 4.

Se obtuvo la autorización y apoyo de los directivos escolares para trabajar dentro del plantel, en un espacio seguro y de fácil acceso, con condiciones adecuadas para realizar las sesiones. En la primera sesión de CAMS-4Teens se habló con los padres para brindar información sobre el marco terapéutico y establecer expectativas de tratamiento y sensibilizar sobre la importancia de su participación durante el proceso. Posteriormente, se continuó la sesión con el adolescente para iniciar la evaluación con la sección A del SSF-5 y la elaboración del plan de seguridad. En la segunda sesión se continuó la evaluación completando la sección B y C del SSF y se actualizó el plan de seguridad. La tercera sesión se llevó a cabo con los padres del adolescente, para comunicar los resultados de evaluación, compartir el plan de seguridad del adolescente y elaborar el documento de plan de apoyo a la estabilización.

Durante las sesiones intermedias se trabajó siguiendo los objetivos descritos en el plan de tratamiento y adaptando las habilidades de la Terapia Dialéctico Comportamental a sus necesidades. En estas sesiones se realizó un seguimiento del nivel de riesgo, mediante la evaluación de las variables descritas en la sección A del SSF, además de actualizar las estrategias del plan de seguridad y los objetivos del plan de tratamiento si era necesario. Se permitió que los padres que lo desearan se unieran al final de las sesiones para brindarles actualizaciones sobre el tratamiento o resolver sus dudas y se ofrecieron sesiones de orientación a la mitad del tratamiento.

El tratamiento finalizó cuando los adolescentes reportaron tres sesiones consecutivas con un riesgo general bajo, puntuando en 2 o 1 de 5 en las variables de la sección A del SSF y un manejo exitoso de los pensamientos, sentimientos y comportamiento suicida. En las sesiones de cierre se realizó una devolución de resultados, se fortaleció el uso de las habilidades aprendidas, se elaboró un plan de prevención de recaídas y aplicaron los cuestionarios ASQ y SHQ.

Se realizó un seguimiento a dos meses del cierre de tratamiento para monitorear el nivel de riesgo, el comportamiento suicida y autolesivo, las variables de la sección A de del SSF y la utilización de las habilidades aprendidas y del plan de recaídas, además se aplicaron nuevamente los cuestionarios ASQ y SHQ.

Análisis de datos

Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de las variables sociodemográficas; para describir los cambios caso a caso, se utilizará estadística no paramétrica para comparar los puntajes del pretratamiento, postratamiento y seguimiento y para observar el tamaño del efecto clínico se utilizó el Índice NAP (Nonoverlap of All Pairs). Este índice es una aplicación para medir el tamaño del efecto de una intervención. La proporción de datos que no se solapan entre las fases de referencia (A) y de intervención (B) se usa como indicador del cambio en el rendimiento, es decir, entre menor es el solapamiento de los datos, mayor es el cambio observado debido a la intervención (Parker y Vannest, 2009).

Resultados

En este apartado se describirán los resultados obtenidos caso por caso, en relación con los casos clínicos evaluados, contemplando aspectos cualitativos y cuantitativos. Se describirán las características generales de cada caso, la topografía del comportamiento suicida y autolesivo, así como el nivel de riesgo en los tres momentos de la evaluación (pretest, posttest y seguimiento). Posteriormente se presentarán la distribución de las variables de CAMS mediante gráficas y se analizará la efectividad del tratamiento utilizando el análisis estadístico

Durante los primeros contactos con padres, madres y adolescentes se presentaron dos casos específicos a los que no se brindó la atención. En el primero, al informar a una madre sobre las características de la intervención, mencionó que su hija ya se encontraba recibiendo atención psicológica en un centro de salud. Dado que esto constituye un criterio de exclusión, no se ofreció el tratamiento y se le recomendó continuar con su tratamiento de atención psicológica.

En el segundo caso, un adolescente decidió no participar en la intervención, por lo que se respetó su decisión de acuerdo con el asentimiento informado y posteriormente se notificó a la madre la decisión de su hijo, a quien se le proporcionó un folleto con opciones para recibir atención psicológica vía telefónica. Cabe destacar que no se presentaron casos en los que los padres o madres rechazaran el tratamiento para sus hijos.

Resultados clínicos

Atendiendo a los principios del Código Ético del Psicólogo (SMP, 2009) se omitirá el nombre de los participantes, así como cualquier dato que pueda servir como identificador, por lo que se hará el uso de seudónimos.

Formulación de Caso (CAMS) de Dalia

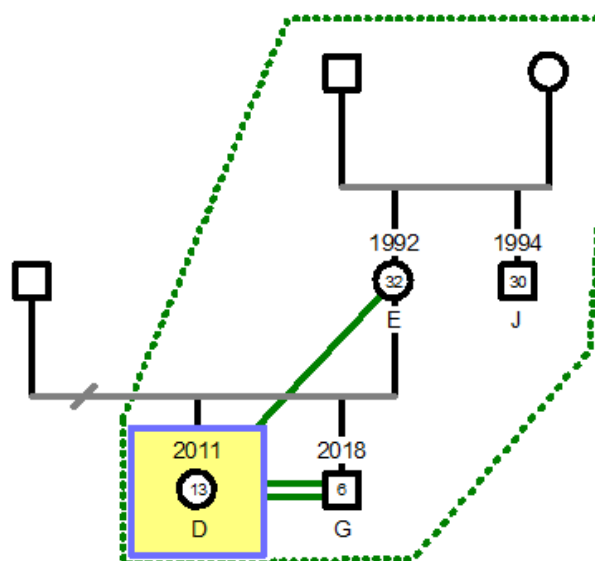
Datos sociodemográficos. Dalia es una mujer soltera de 13 años, que se encuentra estudiando el segundo año de secundaria.

Se describe a sí misma como “una niña con corazón de pollo” (sic). y que cuando está muy frustrada “se vuelve el mismísimo demonio” (sic). Es alguien a quien no le gusta que la excluyan y que no le salgan las cosas a la primera. Le gusta pasar tiempo con sus amigas, ver doramas y anime (animaciones japonesas).

Familiograma. En la Figura 1 se observa la distribución familiar de Dalia. Ella vive con sus dos abuelos maternos, su tío materno, su mamá y su hermano. La relación con su mamá es buena, realizan varias actividades juntas, principalmente los fines de semana, como salir a fiestas o ir a la plaza del lugar en el que viven; la relación con su hermano es muy cercana, conviven diariamente y pasan la mayor parte del día juntos, además juegan los fines de semana.

Figura 1

Configuración familiar de Dalia



Motivo de consulta. La mamá describe a Dalia como alguien que es muy “enojona e irritable” (sic). Últimamente la percibe más triste de lo normal y eso le preocupa, pues no sabe qué hacer o qué decir para poder ayudarle. Ha observado que tiene problemas con sus amigas, pues en ocasiones la ha visto llorar al salir de clases o en el día, cuando se mensajea con ellas. Describe que “le gana la ansiedad” (sic), ante esto le dice que se calme y que haga otra cosa para que “se le pase” (sic). La mamá de Dalia trabaja, “por lo que no siempre puede estar al pendiente de ella y de sus necesidades” (sic), aunque generalmente trata de preguntarle cómo se encuentra y “apapacharla” (sic) cuando la ve desanimada.

Dalia menciona que en ocasiones se siente triste y que “no le gusta verse así” (sic). Describe que tiene muchos problemas con algunas de sus amigas, principalmente porque le dicen que “no las pone primero” (sic) o que “no las entiende” (sic). Dalia describe que esta situación lleva presentándose mucho tiempo, aproximadamente cuatro meses, por lo que no sabe qué hacer para mejorar la relación con ellas ni para que no se enojen. Tiene miedo de que la excluyan y dejen de ser sus amigas, pues vivió una situación similar en la primaria y no quiere que se vuelva a repetir. Dalia refiere que no le gusta su cuerpo, en particular su rostro, por lo que la pandemia fue de ayuda para ella, principalmente por el cubrebocas, ya que así nadie veía su boca y parte de su rostro, no le gusta cómo se le ve la ropa cuando se observa frente al espejo y percibe que se ve “gorda” (sic).

Detonadores del comportamiento suicida.

- 1) Dificultades en la interacción social: Dalia percibe “no ser suficiente cosa” (sic), además de pensar que “sus palabras no le importan a nadie” (sic). Describe que en ocasiones se siente triste cuando sus amigas la desplazan. Hay ocasiones en las que ellas le dejan de hablar, lo que hace sentir a Dalia triste y desconcertada al no saber si es su culpa que ellas

se comporten de esa forma. Tiene discusiones constantes con sus amigas, estas le reclaman que nunca está presente y que no está atenta a las cosas que les pasan para apoyarlas.

- 2) Percepción corporal: Dalia menciona que no le gusta su cuerpo, por lo que trata de cubrir las partes que le desagradan. Se cubre parte de su rostro y su boca con el cubrebocas y se mantiene con el suéter puesto para ocultar sus brazos, aunque haga calor. No puede usar la ropa que le gusta porque no le agrada cómo se ve, además tiene la percepción de que se ve “gorda” (sic), por lo que en ocasiones ha tenido ayunos prolongados u omite realizar alguna comida del día.

Topografía del Comportamiento Suicida, Comportamiento Autolesivo y Nivel de Riesgo. En la Tabla 4 se detalla la topografía del comportamiento suicida y autolesivo, antes del inicio del tratamiento, durante el tratamiento, al momento de finalizar las sesiones y en la sesión de seguimiento, con base en la nomenclatura descrita en el marco teórico (ideación, planeación, ensayo e intento), así como mediante la clasificación del nivel de riesgo de acuerdo al Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio (MODORIS), al Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) y al Self Harm Questionnaire (SHQ).

Tabla 4

Descripción de topografía del comportamiento suicida, autolesiones y nivel de riesgo en el caso Dalia

Topografía del comportamiento suicida					
Nomenclatura	Descripción al inicio del tratamiento	Descripción durante el tratamiento	Descripción al final del tratamiento	Descripción en el seguimiento	
Ideación	a) Dalia menciona tener pensamientos vinculados con quitarse la vida. Estos pensamientos se presentan una vez al día y duran unos cuantos minutos, se han presentado desde hace un año aproximadamente. El contenido de los pensamientos está relacionado con que “sería una forma de ya no sentirme tan mal” (sic), para “dejar de estar triste y estresada” (sic), y para “no tener discusiones con sus amigas” (sic).	a) La frecuencia e intensidad de los pensamientos vinculados con quitarse la vida disminuyeron considerablemente, al presentarse menos de una vez a la semana y de forma fugaz.	No hay ideación.	No hay ideación.	No hay ideación.
Planeación	No hay planeación.	No hay planeación.	No hay planeación.	No hay planeación.	No hay planeación.
Ensayos	No hay ensayos.	No hay ensayos.	No hay ensayos.	No hay ensayos.	No hay ensayos.
Intentos	a) En enero del año pasado Dalia intentó quitarse la vida realizándose cortes en los brazos con una navaja. No recuerda cómo fueron los cortes ni el detonante.	No hay intentos.	No hay intentos.	No hay intentos.	No hay intentos.

Topografía del comportamiento suicida

Nomenclatura	Descripción al inicio del tratamiento	Descripción durante el tratamiento	Descripción al final del tratamiento	Descripción en el seguimiento
	No requirió atención médica. Nadie se enteró de este comportamiento.			
Autolesiones	a) Una semana antes de que se contactara a Dalia para iniciar el tratamiento se realizó cortes superficiales en los antebrazos con un seguro para ropa. No requirió atención médica. Nadie se enteró de este comportamiento. El detonante de la autolesión fueron problemas familiares y escolares, el objetivo fue “dejar de sentirse mal” (sic).	a) Un mes después de que iniciara el tratamiento psicológico Dalia se realizó rasguños en los antebrazos con el seguro de uno de los pines de su estuchera. No requirió atención médica. Nadie se enteró de este comportamiento. El detonante de la autolesión fue una discusión con una de sus amigas a la hora de entrada, el objetivo fue dejar de sentirse triste. b) Aproximadamente a la mitad del tratamiento Dalia se realizó rasguños en los antebrazos con sus uñas. No requirió atención médica. La mamá se percató de la autolesión, la regañó por haberse lastimado. El detonante de la autolesión fue una discusión con una de sus amigas, el objetivo fue dejar de sentirse mal. c) Aproximadamente a la mitad del tratamiento Dalia se realizó cortes en	No hay autolesiones.	No hay autolesiones.

Topografía del comportamiento suicida				
Nomenclatura	Descripción al inicio del tratamiento	Descripción durante el tratamiento	Descripción al final del tratamiento	Descripción en el seguimiento
		los brazos con una navaja para cortar ropa. No requirió atención médica. La mamá se percató de la autolesión, le gritó y le preguntó si no le estaba sirviendo el tratamiento psicológico. El detonante de la autolesión fue un malentendido con una de sus amigas, el objetivo fue dejar de sentirse triste y frustrada.		
Nivel de riesgo	De acuerdo con la información obtenida en la evaluación inicial y a lo reportado en los cuestionarios (ASQ y SHQ), se identifica a Dalia en un nivel de riesgo de suicidio moderado (segundo orden de riesgo), de acuerdo con el MODORIS (Arenas et al., 2023; Vázquez, 2022).	Durante gran parte del tratamiento se observó a Dalia en un nivel moderado de riesgo de suicidio, con el transcurso de las sesiones se observó un cambio hacia un nivel leve.	No hay riesgo.	No hay riesgo.

Objetivos de tratamiento.

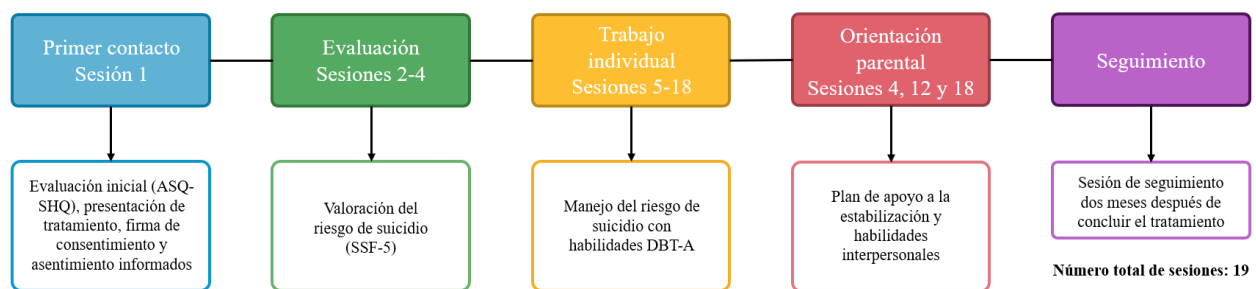
- 1) Generar seguridad y estabilidad entre sesiones: Elaborar un plan de estabilización para disminuir el potencial de autolesión y fomentar habilidades para el manejo de crisis suicidas. Para el abordaje del comportamiento suicida se utilizaron análisis de cadena (estrategia de intervención para evaluar e identificar comportamientos o variables que contribuyen en la presencia de conductas problema); análisis de eslabones perdidos (estrategia de intervención que permite identificar y trabajar elementos faltantes que permitan la solución de conductas problema o la adquisición e implementación de habilidades) y habilidades de anticipación.
- 2) Disminuir el sentimiento de culpabilidad y disminuir la percepción de sentirse como una carga: Dalia describe que el sentirse como una carga para sus amigas es algo frecuente, pues observa que hay ocasiones en las que no quieren estar cerca de ella, por lo que quiere disminuir estos sentimientos y si es el caso, encontrar nuevas amigas que la apoyen. Quiere disminuir el sentimiento de culpabilidad que se presenta cuando no puede ayudar a sus amigas con algo que ellas necesitan o le piden.
- 3) Aceptarse a mí misma, su físico y sus pensamientos: Dalia menciona que hay partes en particular que no le agradan de su cuerpo, como su boca y sus brazos, por lo que le gustaría poder sentir más cómoda consigo misma, dejar de utilizar el cubrebocas y ponerse otro tipo de ropa, como faldas o blusas sin mangas. Quiere aceptar la forma en la que piensa, sus gustos y sus opiniones.

Estructura del tratamiento. En la Figura 2 se hace un resumen de la estructura del tratamiento del caso de Dalia, así como el número total de sesiones. En el Anexo 5 se hace un desglose en extenso de las sesiones de primer contacto, evaluación, intervención, cierre y seguimiento

realizadas, así como de los objetivos de sesión y habilidades trabajadas; de la misma manera, se hace una descripción de la sesión de primer contacto con su mamá y las tres sesiones de orientación realizadas: 1) devolución de resultados y plan de apoyo a la estabilización; 2) habilidades de efectividad interpersonal; y 3) cierre de tratamiento.

Figura 2

Estructura del tratamiento del caso de Dalia



Resultados cuantitativos

En la Figura 3 se observa la distribución de las cinco variables de CAMS y del Riesgo general durante el tratamiento CAMS de Dalia (sesión 1 a 16) y el seguimiento. Dentro de las mediciones se observan cambios variables entre una sesión a otra, particularmente por las dificultades que se presentaron para que Dalia lograra utilizar, de forma efectiva, su plan de seguridad para sobrevivir a las crisis.

En particular, se observan cambios significativos en las sesiones 7, 10 y 12, respecto al riesgo general, que contrastan con las ocasiones en las que Dalia se autolesionó. Posterior a esto, se observa una estabilización y disminución importante del riesgo, al hacer uso de una analogía con los colores del semáforo para que Dalia identificara las señales que indican un aumento en la intensidad de sus emociones y que, por consiguiente, lograra anticiparse a las crisis utilizando las diferentes estrategias de su plan de seguridad.

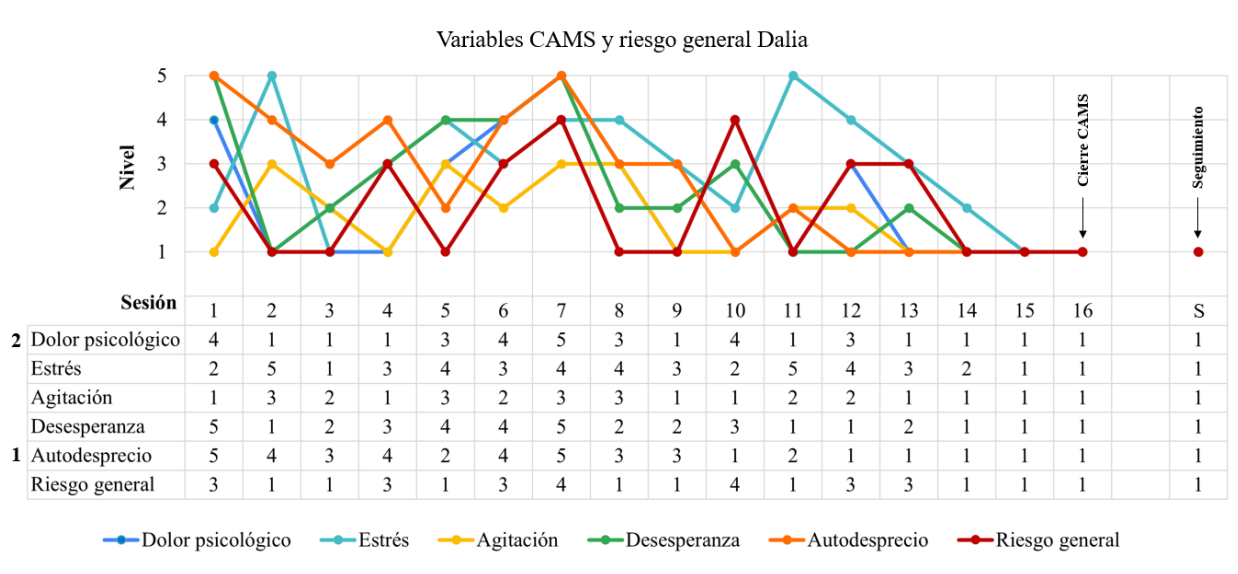
Respecto al autodesprecio, dolor psicológico (que son las variables que están directamente relacionadas con los detonadores del comportamiento suicida) y desesperanza, se observa el mayor aumento en la sesión 7, que coincide con un comportamiento autolesivo detonado por una discusión con su amiga de la que recibió comentarios hirientes por parte de ella, a partir del trabajo con el autoconcepto, dialéctica en las relaciones y efectividad interpersonal se logró una disminución y estabilidad de estas variables, que son las que más se relacionan con los detonadores del comportamiento suicida.

La variable del estrés también presentó variaciones importantes en la segunda y onceava sesión, que contrastan con dificultades en algunas materias de la escuela y con una sesión informativa con su mamá. Las puntuaciones intermedias se vinculan a lo descrito anteriormente y

dificultades en la materia de música. La agitación es la variable que mantuvo calificaciones más estables durante el tratamiento, aunque también se observan algunos aumentos, congruente con las principales dificultades que se presentaron a lo largo de las sesiones. Al cierre del tratamiento con CAMS y en el seguimiento todas las variables se reportan en nivel 1.

Figura 3

Distribución de variables CAMS y riesgo general a lo largo de las sesiones en el caso Dalia



En la Tabla 5 se hace el cálculo del índice NAP tomando las calificaciones de las variables de CAMS en el inicio del tratamiento (pretest), al finalizar (posttest) y en el seguimiento, otorgando un índice de 0.916 en la medición pretest-posttest, lo que indica una efectividad del 100% en el tratamiento del abordaje CAMS más el entrenamiento en habilidades; se observa que la variable de agitación se mantiene con la misma calificación, siendo la variable que tuvo mayor estabilidad durante el tratamiento. En la medición posttest-seguimiento se observa un índice de 0.5, lo que indica una efectividad del 50%, esto se puede interpretar como un mantenimiento de la eficacia

del tratamiento entre estas dos mediciones, al no haber cambios en la medición de las variables CAMS y el riesgo general.

Tabla 5

Medidas pretest, posttest y seguimiento de variables CAMS y calificación NAP en el caso Dalia

Variable	Pretest	Posttest	Seguimiento	Índice NAP Pretest- Posttest	Índice NAP Posttest- Seguimiento
Dolor psicológico	4	1	1	0.916	0.5
Estrés	2	1	1		
Agitación	1	1	1		
Desesperanza	5	1	1		
Autodesprecio	5	1	1		
Riesgo general	3	1	1		

Nota: En el índice NAP, 1 indica total efectividad, entre 0.50 y 0.90 mejoría significativa, 0.50 ninguna mejoría y menos de 0.50 retroceso.

Resultados clínicos

Formulación de caso (CAMS) de Gerbera

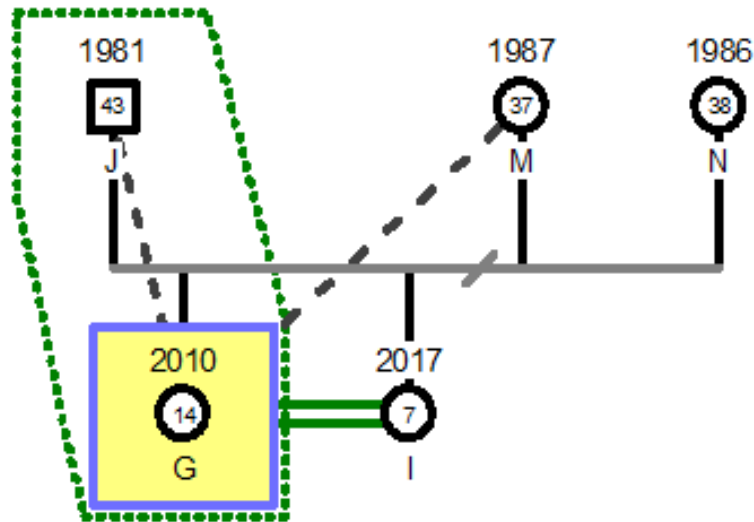
Datos sociodemográficos. Gerbera es una mujer soltera de 14 años, que se encuentra estudiando el segundo año de secundaria.

Se describe a sí misma como “una niña alta y gordita” (sic), además de ser “una niña que tiene sentimientos muy frágiles, que cualquier cosa le afecta y que cuando se enoja, se enoja feo” (sic). Es alguien a quien le gusta dibujar, escuchar rap y comer chilaquiles.

Familiograma. En la Figura 4 se observa la distribución familiar de Gerbera. Ella vive con su papá, debido a que sus papás se encuentran separados. La relación con su papá es distante, al día solo conviven unas cuantas horas, debido al trabajo de su papá, Gerbera menciona que tienen dificultades constantemente, vinculadas con el aspecto académico y las actividades que tiene que realizar dentro de su hogar. La relación con su mamá de igual forma es distante, la ve algunas veces a la semana y la acompaña a algunas actividades que realiza, como ir a la iglesia o a su trabajo. La relación con su hermana es muy cercana, la ve los mismos días que ve a su mamá y en algunas ocasiones cuando la dejan encargada con su papá, están juntas todo el día, juegan y se maquillan la una a la otra.

Figura 4

Configuración familiar de Gerbera



Motivo de consulta. El padre menciona que Gerbera se ha llegado a cortar los brazos cuando “se siente muy mal” (sic), también relaciona este comportamiento con la separación que tuvo de su esposa, pues ahora ellos dos (Gerbera y su papá) viven solos, menciona que su mamá la llegó a golpear y vivió violencia por parte de ella. Refiere que Gerbera se ha intentado quitar la vida tomando pastillas. Gerbera ha platicado con su papá sobre insultos y comentarios que ha recibido por parte de sus compañeros, vinculados a su peso, él trata de ayudarla diciéndole que es una “niña anormal” (sic), haciendo referencia a que tiene características diferentes que la hacen especial. Menciona que, al trabajar gran parte del día (de 10 pm a 11 am, aproximadamente), casi no pasa tiempo con Gerbera y no sabe cómo ayudarle con sus problemas y necesidades.

Gerbera menciona que antes era una niña que siempre se reía y que se quería a sí misma, que obedecía a sus papás y que no faltaba a la escuela, además de sentirse bonita. Actualmente “ya no es así” (sic), pues ya no va bien en la escuela, hace lo que quiere y no obedece. Gerbera cree que todos los cambios se deben a todos los problemas y peleas de sus papás, además de tener que

irse a vivir a otra parte con su papá y ya no estar cerca de su hermana. No le gusta cómo se ve y aunque su papá le ha dicho que no se tiene que comparar con las demás chicas no es algo que le sea de apoyo. Describe tener problemas con su papá y que le cuesta mucho poder hablar con él porque “no la entiende” (sic).

Detonadores del comportamiento suicida.

- 1) Percepción corporal: Gerbera menciona que generalmente recibe burlas y comentarios de sus compañeros sobre su peso, haciendo referencia a que “está gorda” (sic) y a “que no tiene cuerpo” (sic), en ocasiones la han comparado con animales. Toda esta situación la hace sentirse triste y enojada, además de que ha influido en la forma en que se percibe, pues describe que le han hecho pensar que “está gorda y fea” (sic). En algunas ocasiones se ha peleado con los compañeros que la molestan. Aunado a esto, se han presentado problemáticas en la conducta alimentaria, pues hay ocasiones en las que Gerbera realiza ayunos prolongados o tiene atracones.
- 2) Dificultades familiares: Gerbera tiene “muchos problemas y discusiones con su papá” (sic). Estas dificultades están relacionadas con las obligaciones que tiene Gerbera en su hogar, pues al encontrarse sola en su casa gran parte del día tiene que hacerse cargo de casi todas las labores, por lo que en ocasiones no las hace. Han citado a su papá en la escuela varias veces, por las peleas que tiene con sus compañeros, menciona que su papá “se la vive en la escuela” (sic). Gerbera se percibe como una carga para su papá, ya que “no sabe hacer nada bien” (sic), refiere pensar que su papá está decepcionado de ella.

Topografía del comportamiento suicida, comportamiento autolesivo y nivel de riesgo. En la Tabla 6 se detalla la topografía del comportamiento suicida y autolesivo, antes del inicio del tratamiento, durante el tratamiento, al momento de finalizar las sesiones y en la sesión de

seguimiento, con base en la nomenclatura descrita en el marco teórico (ideación, planeación, ensayo e intento), así como mediante la clasificación del nivel de riesgo de acuerdo al Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio (MODORIS), al Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) y al Self Harm Questionnaire (SHQ).

Tabla 6

Descripción de topografía del comportamiento suicida, autolesiones y nivel de riesgo en el caso Gerbera.

Topografía del comportamiento suicida				
Nomenclatura	Descripción al inicio del tratamiento	Descripción durante el tratamiento	Descripción al final del tratamiento	Descripción en el seguimiento
Ideación	Gerbera refiere tener pensamientos relacionados con ya no querer vivir. Estos pensamientos se presentan una vez al día y tienen una duración de 2 horas, aproximadamente. El contenido de los pensamientos está relacionado con su percepción corporal y problemas en la interacción con su papá.	La frecuencia y la intensidad de los pensamientos disminuyó de forma considerable, llegando a presentarse esporádicamente durante el mes y siendo muy fugaces.	No hay ideación.	No hay ideación.
Planeación	No hay planeación.	No hay planeación.	No hay planeación.	No hay planeación.
Ensayos	No hay ensayos.	No hay ensayos.	No hay ensayos.	No hay ensayos.
Intentos	a) Cuatro semanas antes de que se realizara el primer contacto Gerbera realizó cortes en las piernas con una navaja de rasurar. No requirió atención médica. Nadie se enteró de este comportamiento. El detonante del comportamiento fue una discusión con	a) Aproximadamente a la mitad del tratamiento Gerbera se realizó cortes en los brazos con un perfilador y tomó algunas pastillas de paracetamol que encontró en su casa. No requirió atención médica. Nadie se enteró de este comportamiento. El detonante	No hay intentos.	No hay intentos.

Topografía del comportamiento suicida

Nomenclatura	Descripción al inicio del tratamiento	Descripción durante el tratamiento	Descripción al final del tratamiento	Descripción en el seguimiento
	su papá sobre los citatorios que tenía en la escuela. b) Una semana antes de que se realizara el primer contacto Gerbera tomó cuatro pastillas, dos de paracetamol y dos de ampicilina; además se realizó cortes en las piernas con una navaja de rasurar. No requirió atención médica. Su hermana la observa llorando y le dice que tiene que comentarle la situación a su papá o si no ella lo hará; cuando el papá se enteró de la situación la regañó y le dijo que notara “qué es lo que le estaba enseñando a su hermana” (sic). El detonante del comportamiento fueron comentarios que recibió de sus compañeros respecto a su apariencia física.	fue una discusión que tuvo con su papá por no haber realizado las tareas del hogar que le había asignado.		
Autolesiones	a) Un día antes de que se realizara el primer contacto Gerbera se realizó cortes en las piernas y brazos con una navaja de rasurar. No requirió atención médica. Nadie se enteró de este comportamiento. El detonante de este	a) Tres semanas después de que se realizará el primer contacto Gerbera se realizó cortes en los antebrazos con una navaja de rasurar. No requirió atención médica. Nadie se enteró de este comportamiento. El detonante de	No hay autolesiones.	No hay autolesiones.

Topografía del comportamiento suicida

Nomenclatura	Descripción al inicio del tratamiento	Descripción durante el tratamiento	Descripción al final del tratamiento	Descripción en el seguimiento
	comportamiento fueron las este comportamiento fue recordar suspensiones que había tenido en la “todos los problemas que tenía” (sic), escuela y los regaños de su papá, el y un sueño que tuvo en el que su objetivo fue dejar de sentirse mal.	hermana se ahogaba, el objetivo fue distraerse del malestar y dejar de sentirse mal. b) Aproximadamente a la mitad del tratamiento Gerbera tomó siete pastillas para dormir. No requirió atención médica. Su mamá se dio cuenta cuando notó que no despertaba, pero no realizó alguna acción ante ello. El detonante fue recordar los problemas que había tenido con su papá las semanas previas, el objetivo fue evitar el malestar emocional.		
Nivel de riesgo	De acuerdo con la información obtenida en la evaluación inicial y a lo reportado en los cuestionarios (ASQ y SHQ), se identifica a Gerbera en un nivel de riesgo de suicidio alto (tercer orden de riesgo), de acuerdo con el MODORIS (Arenas et al., 2023; Vázquez, 2022).	Durante el transcurso del tratamiento se observó en Gerbera un cambio en el nivel de riesgo a pasar de alto a leve rápidamente y lograr una estabilidad importante.	No hay riesgo.	No hay riesgo.

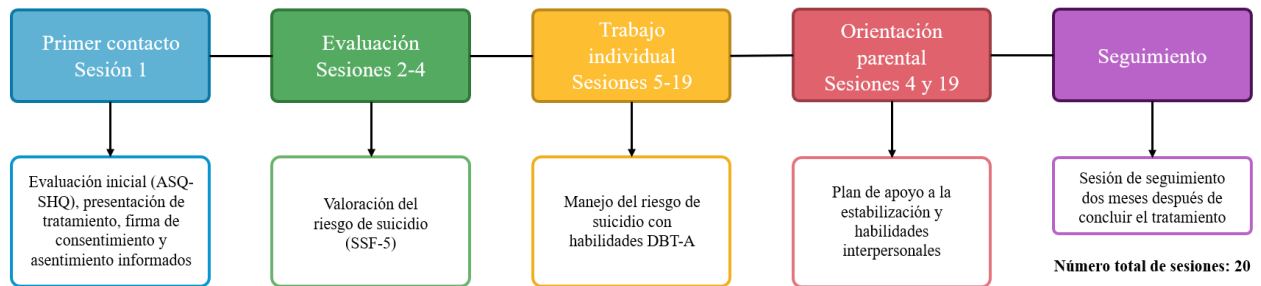
Objetivos del tratamiento.

- 1) Generar seguridad y estabilidad entre sesiones: Elaborar un plan de estabilización para disminuir el potencial de autolesión y fomentar habilidades para el manejo de crisis suicidas. Para el abordaje del comportamiento suicida se utilizaron análisis de cadena y análisis de eslabones perdidos.
- 2) Aceptar su cuerpo y su forma de ser, comenzar a cuidarse mejor haciendo ejercicio: Gerbera menciona que ha realizado algunas actividades para cuidarse a sí misma, como ir al gimnasio con su mamá. Quiere relacionarse de una forma más amable con ella y que los comentarios que recibe de otras personas no tengan tanto peso en cómo se percibe.
- 3) Comprender mejor a su papá y que él la comprenda a ella y reducir la cantidad de peleas entre ambos: Gerbera menciona que las peleas o malentendidos con su papá son frecuentes, por lo que le gustaría que se presentaran menos, además quiere entenderse a sí misma, comprender cómo se siente y por qué, para poder explicarle mejor a su papá qué es lo que le pasa, además piensa que para entender a su papá tiene que hacerlo primero con ella misma.

Estructura del tratamiento. En la Figura 5 se hace un resumen de la estructura del tratamiento del caso de Gerbera, así como el número total de sesiones. En el Anexo 6 se hace un desglose en extenso de las sesiones de primer contacto, evaluación, intervención, cierre y seguimiento realizadas, así como de los objetivos de sesión y habilidades trabajadas; de la misma manera, se hace una descripción de la sesión de primer contacto con su papá y las tres sesiones de orientación realizadas: 1) devolución de resultados y plan de apoyo a la estabilización; 2) habilidades de efectividad interpersonal; y 3) cierre de tratamiento.

Figura 5

Estructura del tratamiento del caso de Gerbera



Resultados cuantitativos

En la Figura 6 se observa la distribución de las cinco variables de CAMS y del Riesgo general durante el tratamiento CAMS de Gerbera (sesión 1 a 7 y 12 a 14) y el seguimiento. En Gerbera se observa que las variables de dolor psicológico y autodesprecio están mayormente relacionadas con los detonadores del comportamiento suicida, por lo que durante la primera etapa del tratamiento se trabajaron habilidades de regulación emocional, tolerancia al malestar y análisis de cadena, herramientas que fueron de utilidad para que rápidamente Gerbera alcanzara la estabilidad en el riesgo de suicidio, así como un manejo efectivo de pensamientos y comportamientos.

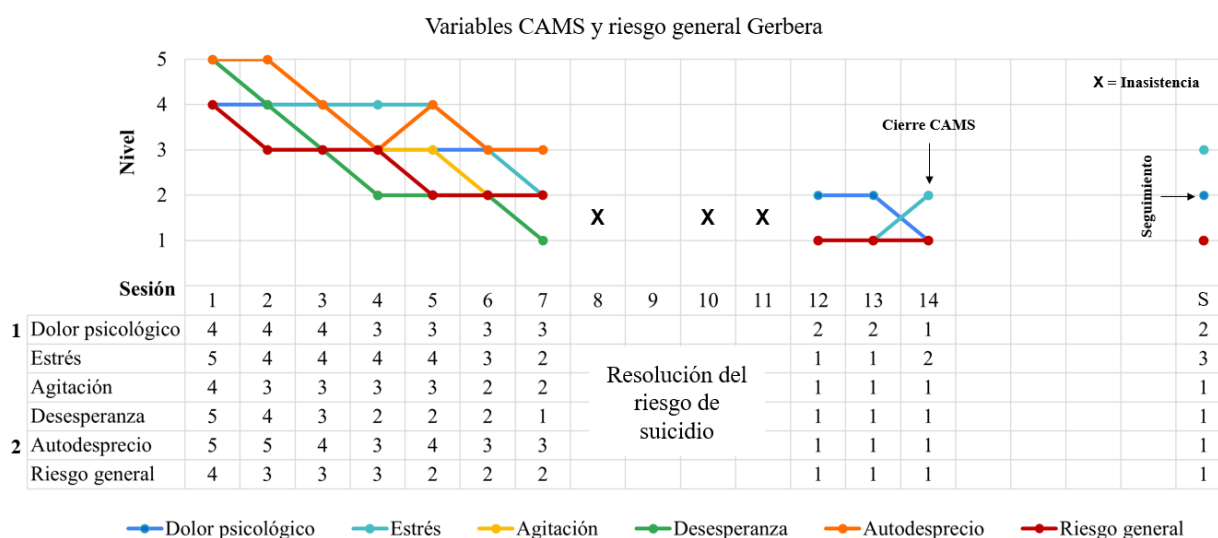
Inmediatamente de que se alcanzó la estabilidad, Gerbera se ausentó en dos sesiones al tratamiento y posterior a esto se presentó un paro de actividades en la secundaria, por lo que el tratamiento se pausó por dos semanas, obstaculizando el seguimiento de su caso y el trabajo con los detonadores del comportamiento suicida. Durante este periodo se presentaron autolesiones y un intento de suicidio, relacionados a dificultades en la interacción con su papá.

Posteriormente Gerbera refiere que, en este periodo, decidió volver a leer todos los materiales que se le habían proporcionado hasta ese momento y tener a la mano su plan de seguridad, estas acciones le fueron de utilidad para poder regularse emocionalmente y contactar con sus razones para vivir. Al presentarse esta situación se volvió a realizar el monitoreo CAMS para observar el avance de las variables y del riesgo general, sin embargo, Gerbera calificó durante tres sesiones su riesgo general en 1 lo que contrastaba con su manejo efectivo de pensamientos y acciones relacionados con el suicidio, además se le observó con una mayor regulación emocional y una utilización efectiva de las habilidades.

En el seguimiento se observa que el riesgo general se mantiene en 1, calificación que también se obtuvo al momento de concluir el tratamiento con CAMS. Se observa también un aumento en la variable de estrés, que está relacionada con el inicio del ciclo escolar y las dificultades para adaptarse al nuevo grado académico.

Figura 6

Distribución de variables CAMS y Riesgo general a lo largo de las sesiones en el caso Gerbera.



Nota: En la sesión 7 se realizó la resolución del riesgo de suicidio, de acuerdo a CAMS, puntuando 2 en tres sesiones consecutivas en el riesgo general, por lo que en las sesiones posteriores no se hace el monitoreo de las variables. Sin embargo, al haber una recaída durante este periodo es que se retoman el tratamiento con CAMS.

En la Tabla 7 se hace el cálculo del índice NAP tomando las calificaciones de las variables de CAMS en el inicio del tratamiento (pretest), al finalizar (posttest) y en el seguimiento, arrojando un índice de 1 en la medición pretest-posttest, lo que indica una efectividad del 100% en el tratamiento de del abordaje CAMS más el entrenamiento en habilidades. En la medición posttest-seguimiento se observa un índice de 0.402, lo que indica una efectividad del 42% del tratamiento, esto significa que la eficacia del tratamiento ha disminuido su efectividad, lo que está relacionado con el aumento en la calificación de las variables de dolor psicológico y estrés, vinculado al avance

del grado escolar y a las dificultades que se reportaron en el seguimiento para adaptarse a este hecho.

Tabla 7

Medidas pretest, posttest y seguimiento de variables CAMS y calificación NAP en el caso

Gerbera

Variable	Pretest	Posttest	Seguimiento	Índice NAP Pretest- Posttest	Índice NAP Posttest- Seguimiento
Dolor psicológico	4	1	2	1	0.402
Estrés	5	2	3		
Agitación	4	1	1		
Desesperanza	5	1	1		
Autodesprecio	5	1	1		
Riesgo general	4	1	1		

Nota: En el índice NAP, 1 indica total efectividad, entre 0.50 y 0.90 mejoría significativa, 0.50 ninguna mejoría y menos de 0.50 retroceso.

Resultados clínicos

Formulación de caso (CAMS) de Azalea

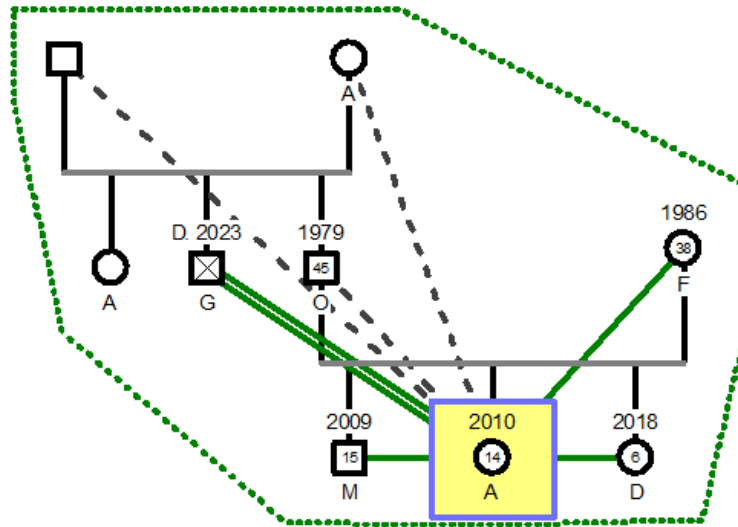
Datos sociodemográficos. Azalea es una mujer soltera de 14 años, que se encuentra estudiando el segundo año de secundaria.

Se describe como una chica “normal” (sic), que le gusta pasar tiempo con su perro “Aloe” y platicar con sus amigas en el receso. Le gusta leer mucho sobre mitología griega, ver animes como One Punch Man y escuchar música con su papá, particularmente los corridos alterados.

Familiograma. En la Figura 7 se observa la distribución familiar de Azalea. Actualmente vive en el hogar de su abuela paterna. Ella vive con sus papás y sus dos hermanos, sus abuelos paternos y su tía materna. La relación con sus dos abuelos es distante, ya que Azalea percibe que son “malos” (sic) con su papá y mamá, ella trata de no convivir con ellos o hacerlo lo menos posible. La relación con su papá también es distante, ya que ella percibe que no es alguien que se preocupe por ella, comparten algunos gustos por la música y el anime, que generalmente ven juntos. Con su mamá, la relación es buena, pasan gran parte del día juntas y Azalea describe que le tiene mucha confianza para platicar con ella. La relación con sus hermanos es buena, con su hermano mayor en ocasiones pasan tiempo juntos dentro de la escuela, ya que, él cursa el tercer año de la secundaria; con su hermana convive algunas horas al día y juegan juntas con su perro. Granada es su tío paterno, con él la relación era muy cercana, ya que le tenía mucha confianza y le contaba sus problemas, él en muchas ocasiones le apoyó cuando tenía problemas con sus amigas y la llevaba al cine o a la feria, cabe señalar que el falleció hace un año, siendo una pérdida importante para Azalea.

Figura 7

Configuración familiar de Azalea



Motivo de consulta. La mamá refiere que Azalea tiene dificultades para expresar cómo se siente y para regular su enojo, menciona que “cualquier cosa la hace enojar” (sic) y no sabe cómo poder ayudarle a que no lo haga. Hay ocasiones en las que la ve triste o desanimada y trata de preguntarle cómo está o qué es lo que está pasando, sin embargo, Azalea no responde, lo que la hace implementar otras acciones como intentar abrazarla o hacerle cosquillas hasta que se ría, consiguiendo que Azalea cambie su estado de ánimo y se vea más relajada. Para la mamá es difícil estar al pendiente de Azalea como ella quisiera, pues tiene que trabajar haciendo pan y también tiene que atender a sus otros dos hijos. Azalea se ha dado cuenta que las peleas que tienen ella y su pareja con sus suegros es algo que a Azalea no le agrada.

Azalea menciona que los problemas que hay en su hogar es algo que no le gusta, pues muchas veces sus abuelos insultan a su papá y le dicen que no hace nada en la casa, cuando ella observa que siempre ha trabajado mucho. Actualmente, ella y su familia nuclear viven en la casa de sus abuelos, puesto que están arreglando su casa, por lo que presencia estas peleas diariamente,

que generalmente son a la hora de la comida. Hay ocasiones en las que, cuando se presentan estas discusiones, Azalea les grita a sus abuelos que dejen a su papá, lo que origina que también la regañen a ella por “meterse” (sic) en la discusión. Azalea refiere que extraña mucho a su tío paterno, es alguien quien le hace falta y que le gustaría que regresara a la vida, ya que de esa forma le ayudaría mucho a no sentirse mal y triste.

Detonadores del comportamiento suicida.

- 1) Percepción corporal: Azalea describe que no le gusta su cuerpo y que algunas veces ha recibido comentarios en su hogar, particularmente de su abuela paterna, sobre que se ve “gorda” (sic). Esto ha hecho que no le guste la forma en que se ve, utilizando otras prendas de ropa para cubrirse los brazos. Describe que en ocasiones no desea comer, por lo que realiza ayunos prolongados o toma mucha agua hasta que se sienta llena, también ha evitado comer yéndose a dormir para no sentir hambre.
- 2) Dificultades familiares: En el hogar de Azalea se presentan discusiones constantemente, siendo principalmente entre sus padres y sus abuelos, pues estos últimos mencionan que su papá no trabaja lo suficiente y no se preocupa por su familia; ella percibe que sus abuelos quieren más a otros miembros de su familia, dándoles un lugar que no se merecen, particularmente con la expareja de su tío. Estas acciones y comentarios hacen que Azalea se enoje y llegue a enfrentar a sus abuelos, lo que ocasiona que tanto ellos como sus papás la regañen.

Topografía del comportamiento suicida, comportamiento autolesivo y nivel de riesgo. En la Tabla 8 se detalla la topografía del comportamiento suicida y autolesivo, antes del inicio del tratamiento, durante el tratamiento, al momento de finalizar las sesiones y en la sesión de seguimiento, con base en la nomenclatura descrita en el marco teórico (ideación, planeación,

ensayo e intento), así como mediante la clasificación del nivel de riesgo de acuerdo al Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio (MODORIS), al Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) y al Self Harm Questionnaire (SHQ).

Tabla 8

Descripción de topografía del comportamiento suicida, autolesiones y nivel de riesgo en el caso Azalea

Topografía del comportamiento suicida				
Nomenclatura	Descripción al inicio del tratamiento	Descripción durante el tratamiento	Descripción al final del tratamiento	Descripción en el seguimiento
Ideación	Azalea menciona tener pensamientos relacionados con quitarse la vida aproximadamente dos veces al día que duran alrededor de cinco minutos. Describe el contenido de los pensamientos vinculado a “ya no querer ver a sus abuelos decirle cosas a su papa” (sic), además de saber que su tío “ya no regresará” (sic).	Durante el tratamiento se pudo observar que los pensamientos relacionados a quitarse la vida se mantuvieron frecuentes, sin embargo, hubo una disminución importante al presentarse semanalmente y con una duración de unos cuantos segundos.	No hay ideación.	NA
Planeación	a) Refiere que ha pensado en quitarse la vida con medicamentos que se encuentran en su casa, aún no ha establecido qué medicamentos serían. Describe que lo haría en su casa, en un fin de semana en el que su familia no se encuentre.	No hay planeación.	No hay planeación.	NA
Ensayos	a) Cuando se encontraba en la primaria Azalea colgó una cuerda en uno de los árboles del patio de su casa y se la	No hay ensayos	No hay ensayos	NA

Topografía del comportamiento suicida

Nomenclatura	Descripción al inicio del tratamiento	Descripción durante el tratamiento	Descripción al final del tratamiento	Descripción en el seguimiento
Intentos	colocó en el cuello, posteriormente se la quitó y guardó la cuerda. a) Cuando se encontraba en la primaria Azalea se realizó cortes en las piernas con un cutter. No requirió atención médica. Nadie se enteró de este comportamiento. No recuerda el detonante del comportamiento.	No hay intentos.	No hay intentos.	NA
Autolesiones	a) Un mes antes de realizar el primer contacto Azalea se realizó cortes en las piernas con un cutter. No requirió atención médica. Nadie se enteró de este comportamiento. El detonante de este fueron discusiones de sus abuelos con sus papás, el objetivo fue dejar de sentirse mal.	a) Aproximadamente a la mitad del tratamiento se realizó cortes en las piernas con un cutter. No requirió atención médica. Nadie se enteró de este comportamiento. El detonante del comportamiento fue una pelea que tuvo con su mamá, el objetivo fue distraerse del malestar emocional.	No hay autolesiones	NA
Nivel de riesgo	De acuerdo con la información obtenida en la evaluación inicial y a lo reportado en los cuestionarios (ASQ y SHQ), se identifica a Azalea en un nivel de riesgo de suicidio alto (tercer orden de riesgo), de acuerdo con el MODORIS (Arenas et al., 2023; Vázquez, 2022).	Durante el tratamiento se observó que el riesgo de Azalea se mantuvo elevado durante gran parte del tratamiento; a partir de la mitad del tratamiento comienza a disminuir para clasificarse en leve.	No hay riesgo.	NA

Objetivos de tratamiento.

- 1) Generar seguridad y estabilidad entre sesiones: Elaborar un plan de estabilización para disminuir el potencial de autolesión y fomentar habilidades para el manejo de crisis suicidas. Para el abordaje del comportamiento suicida se utilizaron análisis de cadena y análisis de eslabones perdidos y habilidades de anticipación.
- 2) Cambiar la relación que tiene con su cuerpo: Azalea mencionó querer cambiar la forma en que se siente consigo misma, aceptándose y también generando un cuidado de su cuerpo, quiere darles menos importancia a los comentarios que hace su abuela y que en algunas ocasiones han hecho sus amigas de la escuela.
- 3) Cambiar la forma en que se siente cuando hay problemas: Azalea quiere que sus abuelos cambien la forma en que se relacionan con su papá, ya que es algo que le ayudaría a sentirse más tranquila, ella describe que esto es algo que puede “no pasar” (sic), por lo que le gustaría sentirse de una forma diferente cuando ocurren estas discusiones y ayudar a su papá, a su mamá y a su hermano.

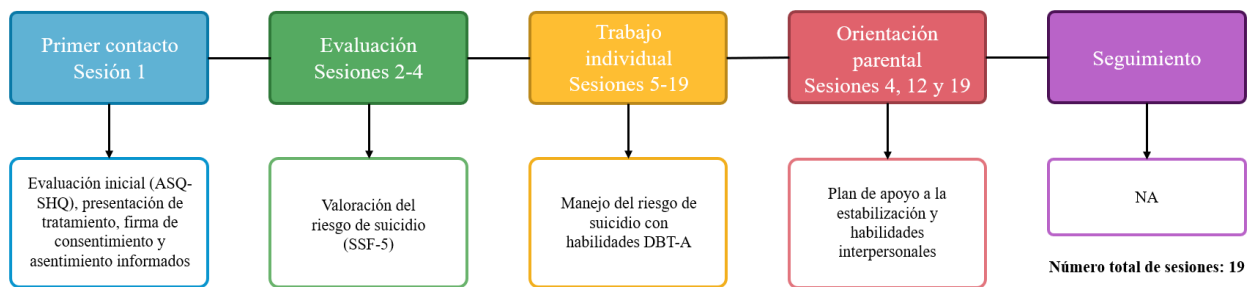
Durante el tratamiento Azalea quiso realizar una modificación al plan de tratamiento, por lo que el primer objetivo fue cambiado a hablar sobre el fallecimiento de su tío: para Azalea la muerte de su tío fue algo muy impactante, pues él en muchas ocasiones tomaba el rol de padre con ella, apoyándola y ayudándola, además él conocía sobre las autolesiones, por lo que le ayudaba a regularse, Azalea desea poder hablar de cómo falleció, ya que las circunstancias en las que sucedió es algo que la hacen sentir enojada y frustrada.

Estructura del tratamiento. En la Figura 8 se hace un resumen de la estructura del tratamiento del caso de Azalea, así como el número total de sesiones. En el Anexo 7 se hace un desglose en extenso de las sesiones de primer contacto, evaluación, intervención y finalización del

tratamiento realizadas, así como de los objetivos de sesión y habilidades trabajadas; de la misma manera, se hace una descripción de la sesión de primer contacto con su mamá y las tres sesiones de orientación realizadas: 1) devolución de resultados y plan de apoyo a la estabilización; 2) habilidades de efectividad interpersonal; y 3) cierre de tratamiento.

Figura 8

Estructura del tratamiento del caso de Azalea



Resultados cuantitativos

En la Figura 9 se observa la distribución de las cinco variables de CAMS y del Riesgo general durante el tratamiento de CAMS Azalea (sesión 1 a 18). La variable del riesgo general se mantiene alta durante gran parte del tratamiento, principalmente por las dificultades de Azalea para utilizar las estrategias de su plan de seguridad, por lo que en la sesión 11 se presentó un comportamiento autolesivo, a partir de esta sesión se implementaron estrategias de identificación de señales que indican una crisis para que Azalea lograra anticiparse efectivamente a las mismas, lo que influyó en que el riesgo general disminuyera gradualmente.

Las variables de desesperanza y autodesprecio son las que al principio del tratamiento se asociaron más con los detonadores, sin embargo, con el transcurso de las sesiones y la reformulación del plan de tratamiento se observó que la desesperanza y el dolor psicológico estaban mayormente relacionadas con los detonadores del comportamiento suicida. El trabajo con los detonadores, a través de las habilidades, fue complejo, ya que no se observaba que Azalea no utilizaba las estrategias de forma intencional, por lo que en la sesión 7 se hizo una valoración del estado del tratamiento y de la relación terapéutica. Azalea refirió que no se sentía cómoda en el espacio terapéutico ni con la suficiente confianza, por lo que, a raíz de su petición, la sesión 8 se centró en fortalecer la relación terapéutica. Esta sesión fue de utilidad para que se lograra establecer un plan de seguridad más sólido, se fortaleciera el uso de las habilidades de regulación emocional y supervivencia a las crisis anteriormente enseñadas, se actualizara el plan de tratamiento para abordar el duelo y que Azalea tuviera mayor disposición para participar activamente en el tratamiento.

Estas acciones influyeron en que, a partir de la sesión 12, se observara una disminución de las puntuaciones en todas las variables, principalmente en el autodesprecio, la desesperanza y el

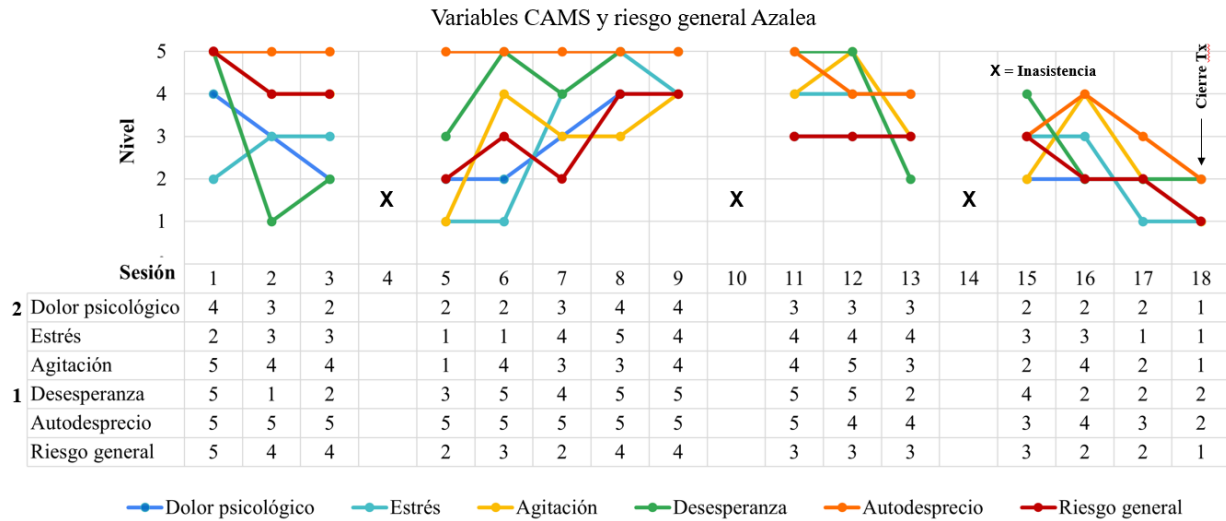
dolor psicológico, a través del trabajo con el duelo, habilidades de resolución de problemas y manteniendo un ambiente más validante.

Las variables de estrés, agitación y dolor psicológico están más relacionadas a las dificultades en la interacción con sus compañeras, la disminución en las puntuaciones también se asocia al uso efectivo de su plan de seguridad. El trabajo con estas variables se vio obstaculizado por el periodo de vacaciones académicas que se presentó entre la sesión 17 y 18. Durante este periodo se tenía planeado retomar las sesiones vía online, sin embargo, por dificultades en la comunicación, la disposición de sus padres y de Azalea, no se pudieron realizar, por lo que, a petición de la mamá de Azalea, se retomó el tratamiento hasta que finalizara el periodo de asueto.

En la sesión 18, Azalea decidió abandonar el tratamiento, ya que percibía una mayor estabilidad y una gestión diferente de sus emociones al presentarse las discusiones en su familia, congruente con lo reportado en las variables de CAMS en esta sesión; esto se hizo respetando la decisión de terminar el tratamiento si lo deseaban, que se presentó en el asentimiento, por lo que además se le brindaron líneas telefónicas que atienden emergencias y un directorio con instituciones que trabajan con salud mental.

Figura 9

Distribución de variables CAMS y Riesgo general a lo largo de las sesiones en el caso Azalea



En la Tabla 9 se hace el cálculo del índice NAP tomando las calificaciones de las variables de CAMS en el inicio del tratamiento (pretest) y al finalizar (postest), otorgando un índice de 0.972 en la medición pretest-postest, lo que indica una efectividad del 97% en el tratamiento del abordaje CAMS más el entrenamiento en habilidades. No se tienen medición en el seguimiento ya que Azalea decidió abandonar el tratamiento.

Tabla 9

Medidas pretest, posttest y seguimiento de variables CAMS y calificación NAP en el caso Azalea

Variable	Pretest	Posttest	Seguimiento	Índice NAP Pretest- Posttest	Índice NAP Posttest- Seguimiento
Dolor psicológico	4	1	NA	0.972	NA
Estrés	2	1			
Agitación	5	1			
Desesperanza	5	2			
Autodesprecio	5	2			
Riesgo general	5	1			

Nota: En el índice NAP, 1 indica total efectividad, entre 0.50 y 0.90 mejoría significativa, 0.50 ninguna mejoría y menos de 0.50 retroceso.

Resultados clínicos

Formulación de caso (CAMS) de Cosmos

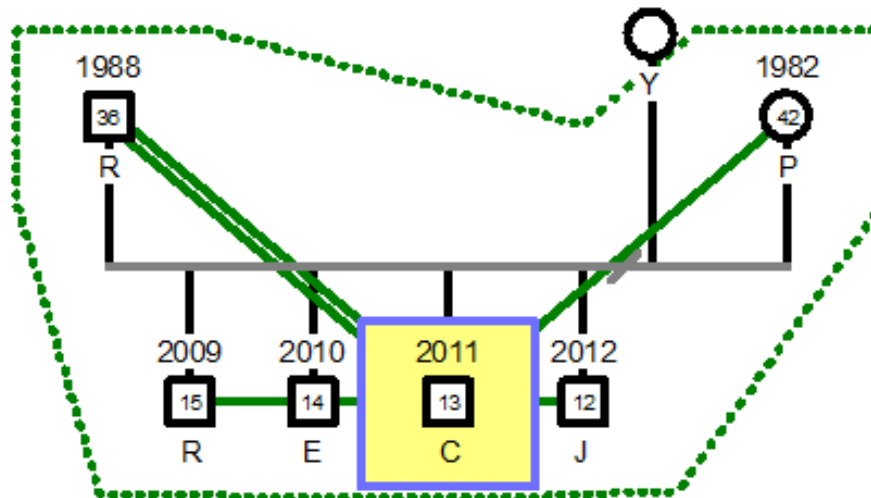
Datos sociodemográficos. Cosmos es un hombre soltero de 13 años, que se encuentra estudiando el segundo año de secundaria.

Se describe a sí mismo como “alguien que va a la secundaria y que le gusta jugar con su perra” (sic), además de “ser alguien enojón y que, a veces, jugando con sus hermanos se dan golpes fuertes, aunque ya se acostumbró” (sic).

Familiograma. En la Figura 10 se observa la distribución familiar de Cosmos. Él vive con su papá, su madrastra y sus tres hermanos. Cosmos menciona que la relación con su papá es cercana, ya que los lleva a comer y a hacer actividades al aire libre, es a quien más confianza le tiene; cuando por motivos laborales tiene que salir de la ciudad lo extraña mucho y trata de hablar por videollamada con él todos los días. Con su madrastra la relación es buena, conviven gran parte del día y él le ayuda con las actividades del hogar, percibe que ella lo cuida mucho. La relación con sus hermanos es buena, aunque a veces tienen peleas por las actividades que tienen que realizar en su casa, normalmente se acompañan y apoyan, algunos van con él en la secundaria, por lo que pasan tiempo juntos en la escuela.

Figura 10

Configuración familiar de Cosmos.



Motivo de consulta. Los padres refieren que Cosmos presenta consumo de sustancias, describen que tiene una “adicción” (sic), al alcohol y un consumo de otras “drogas” (sic). Recientemente tuvieron dificultades relacionadas con esto, pues su familia menciona que un día llegó temblando a su casa, ante esto uno de sus hermanos mayores les dijo que “había consumido algo” (sic), su familia infiere que fue cocaína. Mencionan tener dificultades en la crianza y en el establecimiento de límites, debido a que la mamá biológica de Cosmos los abandonó cuando él tenía 6 años, por lo que su madrastra es quien se ha hecho cargo de ellos desde hace 2 años aproximadamente, ya que el papá se ausenta algunos meses al año por motivos laborales. El padre refiere que Cosmos se intentó quitar la vida hace unos meses.

Cosmos describe que a veces se siente triste y enojado, porque en familia no lo trata bien. Extraña mucho a su papá cuando está lejos de su casa, haciéndolo sentir solo. Al quedarse a cargo de su madrastra le tiene que ayudar con las labores de su casa. Sin embargo, Cosmos no siempre obedece, lo que posteriormente le genera culpa al verla realizando las tareas que tenía que realizar.

Cosmos tiene que trabajar para ayudar a su madrastra económicamente, por lo que en ocasiones se levanta muy temprano o duerme muy tarde, lo que lo hace sentir cansado cuando está en la escuela; al llegar tarde de su casa no siempre le da tiempo de comer bien.

Detonadores del comportamiento suicida.

- 1) Dificultades familiares: Cosmos refiere tener problemas con sus papás, principalmente porque no se percibe como un “buen hijo” (sic), no obedece a su madrastra y no le ayuda con las labores de la casa, ocasionando que ella tenga que realizar más actividades, su papá le dice que le ayude a su madrastra mientras él no se encuentra en casa, ya que tiene que aprender “a trabajar y a hacer las cosas bien” (sic). Cosmos menciona que no le gusta la forma en que lo ven sus papás: “desobediente, irresponsable y que hace las cosas sin pensar” (sic).
- 2) Dificultades en la interacción social: Cosmos ha tenido dificultades para establecer relaciones efectivas con sus compañeros de clase y algunos amigos, pues percibe que se “aprovechan” (sic) de él cuando lleva dinero para comprar cosas de la cooperativa y no siente que lo apoyen cuando él lo necesita; aunado a esto, tiene dificultades para comunicar con ellos cómo se siente.

Topografía del comportamiento suicida, comportamiento autolesivo y nivel de riesgo. En la Tabla 10 se detalla la topografía del comportamiento suicida y autolesivo, antes del inicio del tratamiento, durante el tratamiento, al momento de finalizar las sesiones y en la sesión de seguimiento, con base en la nomenclatura descrita en el marco teórico (ideación, planeación, ensayo e intento), así como mediante la clasificación del nivel de riesgo de acuerdo al Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio (MODORIS), al Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) y al Self Harm Questionnaire (SHQ).

Tabla 10

Descripción de topografía del comportamiento suicida, autolesiones y nivel de riesgo en el caso Cosmos

Topografía del comportamiento suicida				
Nomenclatura	Descripción al inicio del tratamiento	Descripción durante el tratamiento	Descripción al final del tratamiento	Descripción en el seguimiento
Ideación	Cosmos menciona tener pensamientos relacionados con quitarse la vida aproximadamente 2 veces a la semana que duran alrededor de una hora o más. Describe el contenido de los pensamientos como “ya no quiero estar, porque no soy parte de la familia, me siento aparte” (sic).	Los pensamientos relacionados con quitarse la vida disminuyeron rápidamente en frecuencia e intensidad, llegando a presentarse esporádicamente durante el mes y durando unos cuantos segundos.	No hay ideación.	No hay ideación.
Planeación	a) Ha pensado en arrojarde de un puente peatonal que está cerca de su vivienda, no tiene establecida una fecha para realizarlo. b) Ha pensado en arrojarde del techo de su casa, no tiene establecida una fecha para realizarlo.	No hay planeación.	No hay planeación.	No hay planeación.
Ensayos	No hay ensayos.	a) Aproximadamente dos semanas después de que se inició el tratamiento Cosmos subió al puente peatonal y se quedó algunos minutos parado a la mitad	No hay ensayos.	No hay ensayos.

Topografía del comportamiento suicida

Nomenclatura	Descripción al inicio del tratamiento	Descripción durante el tratamiento	Descripción al final del tratamiento	Descripción en el seguimiento
		del mismo, posteriormente bajó del puente.		
Intentos	a) Una semana antes del primer contacto Cosmos subió al techo de su casa con la intención de arrojar al vacío, caminó algunos minutos cerca del borde y decidió no hacerlo, ya que recordó una promesa que le hizo a uno de sus primos. Nadie se enteró de este comportamiento. El detonante fue percibirse como una carga para su papá. b) Un mes antes del primer contacto Cosmos intentó quitarse la vida cortándose los antebrazos con un cuchillo. No requirió atención médica. Su papá se percató de este comportamiento al observar sus brazos, él solo lo regañó, pero no realizó ninguna otra acción. El detonante fue una discusión que tuvo con uno de sus amigos de la escuela.	No hay intentos.	No hay intentos.	No hay intentos.
Autolesiones	No hay autolesiones.	No hay autolesiones.	No hay autolesiones.	No hay autolesiones.
Nivel de riesgo	De acuerdo con la información obtenida	Durante el tratamiento se observó que el	No hay	No hay riesgo.

Topografía del comportamiento suicida

Nomenclatura	Descripción al inicio del tratamiento	Descripción durante el tratamiento	Descripción al final del tratamiento	Descripción en el seguimiento
	en la evaluación inicial y a lo reportado riesgo de Cosmos disminuyó riesgo. en los cuestionarios (ASQ y SHQ), se rápidamente a leve, logrando una identifica a Cosmos en un nivel de estabilización efectiva. riesgo de suicidio alto (tercer orden de riesgo), de acuerdo con el MODORIS (Arenas et al., 2023; Vázquez, 2022).			

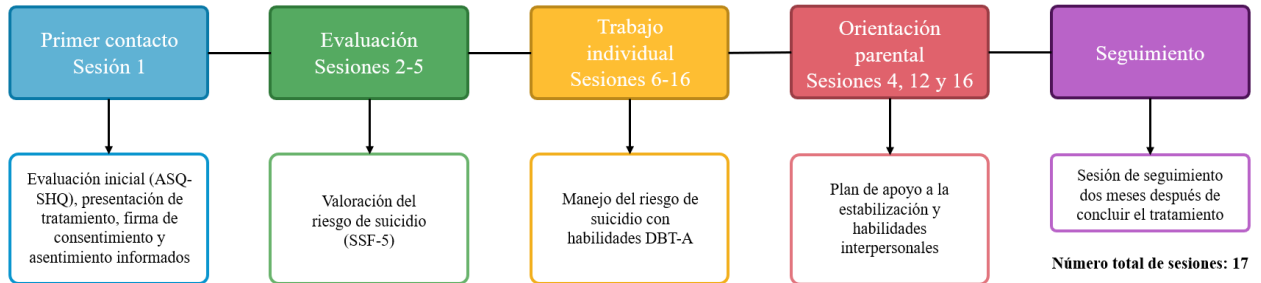
Objetivos de tratamiento.

- 1) Generar seguridad y estabilidad entre sesiones: Elaborar un plan de estabilización para disminuir el potencial de autolesión y fomentar habilidades para el manejo de crisis suicidas. Para el manejo del comportamiento suicida se utilizaron habilidades de anticipación.
- 2) Ser más obediente y responsable con lo que hace: Cosmos desea cambiar la forma en la que sus padres lo ven, realizando acciones que demuestren que es un hijo obediente y que se preocupa por su mamá y sus hermanos, además de que piensa en las consecuencias de lo que hace para evitar problemas con ellos o en la escuela.
- 3) Mejorar las relaciones con sus amigos: Cosmos describe que sus amigos no siempre lo apoyan, por lo que desea poder tener relaciones diferentes con ellos, expresando lo que quiere y necesita, también desea hacer esto con sus hermanos, pues en ocasiones pelean y no son muy unidos.

Estructura del tratamiento. En la Figura 11 se hace un resumen de la estructura del tratamiento del caso de Cosmos, así como el número total de sesiones. En el Anexo 8 se hace un desglose en extenso de las sesiones de primer contacto, evaluación, intervención, cierre y seguimiento realizadas, así como de los objetivos de sesión y habilidades trabajadas; de la misma manera, se hace una descripción de la sesión de primer contacto con su madrastra y las tres sesiones de orientación realizadas: 1) devolución de resultados y plan de apoyo a la estabilización; 2) habilidades de efectividad interpersonal; y 3) cierre de tratamiento.

Figura 11

Estructura del tratamiento del caso de Cosmos



Resultados cuantitativos

En la Figura 12 se observa la distribución de las cinco variables de CAMS y del Riesgo general durante el tratamiento CAMS de Cosmos (sesión 1 a 10) y el seguimiento. Durante esta etapa del tratamiento se trabajó principalmente con habilidades de regulación emocional, tolerancia al malestar y efectividad interpersonal, lo que influyó en que Cosmos pudiera alcanzar una estabilidad en el riesgo general y posteriormente una disminución del mismo, que se mantuvo durante el resto del tratamiento y en el seguimiento.

Se observa también una disminución importante en el nivel de dolor psicológico y autodesprecio, congruente con el trabajo realizado dentro del tratamiento. Estas dos variables estaban directamente relacionadas con el primer detonador del comportamiento suicida (dificultades familiares), por lo que una acción decisiva en el tratamiento fue otorgarle más peso a la creación de un ambiente de escucha y validación, mediante la creación de una estrecha relación terapéutica, por lo que el tratamiento se orientó en las primeras sesiones a brindar esta validación y con el avance de las sesiones se fue equilibrando con el moldeamiento y modelamiento del uso de las habilidades enseñadas.

Respecto a las variables de agitación y estrés se observan aumentos en la sesión 5 y 9, que concuerdan con la sesión de devolución de resultados con la madrastra y la sesión en la que se comenzaron a trabajar aspectos relacionados con la efectividad interpersonal y clarificación de objetivos en la interacción, particularmente con su madrastra y papá.

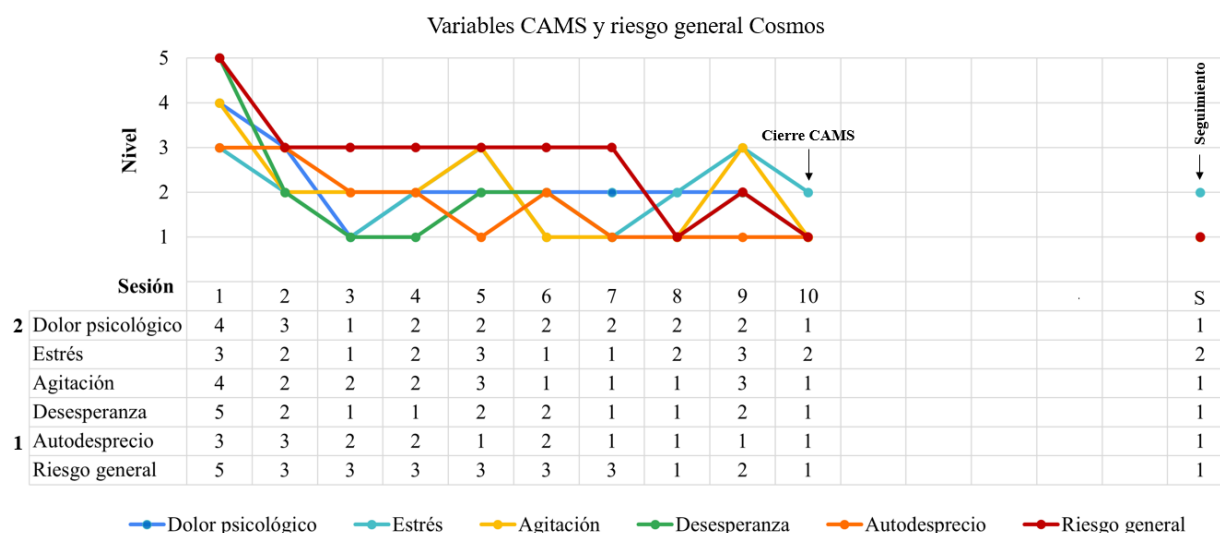
Es importante mencionar que la problemática vinculada al uso de sustancias también se abordó desde un aspecto psicoeducativo adaptando materiales sobre los efectos del consumo de alcohol, además, se orientó desde las habilidades de efectividad interpersonal, debido a que el

consumo estaba influido por personas con las que Cosmos se relacionada, permitiendo así que evitara interactuar con ellos y pudiera decir que no a la invitación del consumo de una forma efectiva.

En el seguimiento se observa un mantenimiento de las mismas calificaciones que se obtuvieron en el cierre del tratamiento CAMS, para todas las variables. Durante este periodo Cosmos continuó utilizando sus habilidades para cambiar la relación con sus papás, por lo que hubo cambios en su hogar que mejoraron esta interacción; es importante destacar que esto influyó en el mantenimiento de estas calificaciones y la estabilidad en el nivel de riesgo.

Figura 12

Distribución de variables CAMS y Riesgo general a lo largo de las sesiones en el caso Cosmos



En la Tabla 11 se hace el cálculo del índice NAP tomando las calificaciones de las variables de CAMS en el inicio del tratamiento (pretest), al finalizar (postest) y en el seguimiento, arrojando un índice de 1 en la medición pretest-postest, lo que indica una efectividad del 100% en el tratamiento de del abordaje CAMS más el entrenamiento en habilidades. En la medición postest-

seguimiento se observa un índice de 0.5, lo que indica una efectividad del 50%, esto se puede interpretar como un mantenimiento de la eficacia del tratamiento entre estas dos mediciones al no haber cambios en la medición de las variables CAMS y el riesgo general.

Tabla 11

Medidas pretest, posttest y seguimiento de variables CAMS y calificación NAP en el caso Cosmos

Variable	Pretest	Posttest	Seguimiento	Índice NAP Pretest- Posttest	Índice NAP Posttest- Seguimiento
Dolor psicológico	4	1	1	1	0.5
Estrés	3	2	2		
Agitación	4	1	1		
Desesperanza	5	1	1		
Autodesprecio	3	1	1		
Riesgo general	5	1	1		

Nota: En el índice NAP, 1 indica total efectividad, entre 0.50 y 0.90 mejoría significativa, 0.50 ninguna mejoría y menos de 0.50 retroceso.

Discusión

Los resultados de la intervención CAMS-4Teens en este trabajo muestran una reducción significativa del nivel de riesgo de suicidio de los adolescentes, así como de otros componentes de la suicidalidad. En este sentido, CAMS resultó una guía útil para el desarrollo del tratamiento, permitiendo que la intervención se enfocara en abordar de forma efectiva los detonadores asociados al comportamiento suicida, tomando en cuenta sus necesidades, su contexto social y familiar, sus valores, es decir, lo que es importante para ellos y sus objetivos de tratamiento. De esta forma, se puede destacar que el manejo efectivo y la resolución del riesgo de suicidio se puede atribuir a diversos elementos que se discuten a continuación.

En primer lugar, es importante resaltar que adoptar una postura orientada a los componentes centrales de CAMS (empatía, honestidad y un enfoque centrado en el suicidio) (Jobes, 2023), fue de utilidad para sentar las bases del tratamiento y de la relación terapéutica, lo que favoreció el mantener un interés genuino en las y los adolescentes atendidos, en sus dificultades, características y recursos personales.

De la misma forma, es importante señalar que el abordaje con CAMS, hace hincapié en mantener el respeto hacia las y los consultantes, evitando caer en emitir juicios, minimizar o descalificar el sufrimiento que se experimenta, elemento que se puede subestimar en los adolescentes, lo que puede tener un efecto negativo en la calidad de la intervención y en el interés por abordar lo que para los adolescentes es importante. Por otro lado, Reyes y Strosahl (2020) señalan que el comportamiento suicida se gesta a partir de emociones abrumadoras, lo que refuerza la idea de un ambiente validante, que le da lugar a las emociones y experiencias de los adolescentes.

Se identificó que mostrar respeto a las personas en el espacio terapéutico favoreció a que tuvieran una mayor apertura para compartir aquello que se vinculaba con su malestar emocional y que adoptaran una postura activa en su propio proceso desde la colaboración. Implementar herramientas adecuadas al contexto de los adolescentes, como lo es el plan de apoyo a la estabilización, la estructura que propone para la implementación del marco y el trabajo con padres promueve un abordaje integral, ya que se fortalece al propio adolescente y el apoyo familiar (Jobes, 2023)

Ahora bien, es importante señalar la relevancia del contexto escolar para proporcionar una atención oportuna ante el comportamiento suicida y autolesivo. Se observó que implementar el tratamiento en este contexto puede ayudar a disminuir las inasistencias, generando un mayor apego al tratamiento y una estabilización del riesgo de suicidio en un promedio de trece sesiones, además se redujo la dependencia del apoyo logístico de los padres. Asimismo, al ser un espacio en el que los factores de estrés y los contextos en los que se presentan convergen (Mazza et al., 2016) permitió que los adolescentes utilizaran sus habilidades en situaciones más específicas y con una retroalimentación acorde, enfocada en sus objetivos de tratamiento y sus necesidades.

A la par, la comunicación con directivos fue un factor importante para monitorear los avances del tratamiento, ya que pueden mantener un contacto con el adolescente entre las sesiones, permitiendo observar las dificultades desde un aspecto externo y también los logros en la interacción, en la regulación o en la tolerancia al malestar. Por ello, como señalan Arenas et al. (2023) es importante articular la atención entre las diferentes personas que son respondientes dentro del contexto del adolescente, siendo este trabajo un ejemplo de cómo el coordinar las formas de apoyo entre personal no especializado y profesionales de la salud mental es una alternativa para trabajar con casos de riesgo de suicidio de forma oportuna y con un mayor alcance.

Las variables que comprenden CAMS y CAMS-4Teens se ajustan de una forma adecuada al marco conceptual de cada adolescente, que concuerda por lo reportado en los estudios hechos por Adrian et al. (2021). Particularmente, en este trabajo, las variables dolor psicológico, desesperanza y autodesprecio se ajustaron a los principales detonadores del comportamiento suicida (autoconcepto, dificultades en las relaciones interpersonales o familiares y duelo por pérdida de un familiar) y a las verbalizaciones hechas, esto fue útil para monitorear el cambio semanal en las variables y realizar ajustes al plan de tratamiento, aspecto que menciona Jobes (2023) como central dentro de las sesiones intermedias.

Respecto a las características vinculadas con el comportamiento suicida, en la literatura se encontró información importante relacionada a eventos que influyen en el desarrollo normativo, generando desajustes importantes en la vida del adolescente, además de dificultades en la capacidad para resolver problemas y gestionar el malestar emocional (Cervantes y Hernández, 2008; Gómez et al. 2018; Gómez y Durán, 2003; Koulenti y Anastassiou, 2011); lo cual es congruente con lo evaluado en cada adolescente, pues se observó una cantidad considerable de eventos no normativos y de factores de riesgo, tales como pérdidas importantes, falta o abandono de uno de los padres, distanciamiento emocional de los cuidadores, aislamiento social, peleas cotidianas dentro de la familia y uso indebido de sustancias. Todos estos eventos y situaciones generaron un nivel de vulnerabilidad sustancial en cada adolescente, lo que dio lugar a que el suicidio y las autolesiones se consideraran como una estrategia dentro del repertorio conductual, para evitar el malestar, gestionar sus emociones o escapar de las situaciones que viven.

En lo mencionado anteriormente se observa la necesidad de incluir el componente familiar dentro del tratamiento, ya que de esa manera se aborda de una forma más efectiva el comportamiento suicida y autolesivo, ayudando en la estabilización del riesgo y como una forma

de fortalecer el trabajo con adolescentes y la generalización de habilidades (Jobes, 2023; Rathus y Miller, 2015). Es por esto que, esta intervención incluyó a los padres dentro de las sesiones, escuchando sus necesidades y dificultades para el apoyo emocional a sus hijas e hijos, brindando estrategias útiles, como el plan de apoyo a la estabilización (Jobes, 2023), para la gestión de las crisis suicidas y enseñando habilidades de efectividad interpersonal. Como resultado de esta inclusión se pudo observar un fortalecimiento del vínculo familiar, una gestión efectiva de las crisis, un aumento en la comunicación padre-adolescente y una disminución de los conflictos familiares, permitiendo que los padres funjan como un factor de protección para sus hijas e hijos.

La adolescencia, al ser un periodo de importantes cambios y de reorganización en muchas áreas de vida, puede beneficiarse de una participación activa de los padres dentro de la atención psicológica. A través de la literatura y de los resultados obtenidos podemos observar como el trabajo colaborativo entre madres, padres y adolescentes un eje esencial, ya que este es un elemento clave para lograr un manejo más efectivo del comportamiento suicida y como un factor protector para esta problemática (Adrian et al., 2021; Boyd et al., 2022; Rathus y Miller, 2015).

Además de tener sesiones periódicas de orientación para padres, incluir sesiones familiares dentro de la atención puede ser útil para abordar de una forma más integral aspectos vinculados con la comunicación, relaciones interpersonales y conflictos dentro de la familia, además de incrementar la resiliencia y cohesión familiar ante problemáticas importantes, como lo es el riesgo de suicidio, por lo que es importante que, para futuras intervenciones y adecuaciones a este marco terapéutico, se puedan incluir estrategias más robustas enfocadas en fortalecer la dinámica y comunicación familiar.

En el desarrollo e implementación de CAMS-4Teens hecha por Adrian et al. (2021) se menciona que la intervención con este marco tuvo una buena viabilidad y aceptación por parte de

los adolescentes, demostrando un buen manejo de impulsos y una disminución efectiva del riesgo. Lo reportado en este estudio es congruente con los hallazgos de la presente intervención, ya que el marco es aceptado por los adolescentes y por los padres, adaptándose de forma efectiva a sus necesidades y a los detonadores del comportamiento suicida, lo que permitió que en todos los casos reportados no se volvieran a presentar intentos de suicidio y se redujera de forma significativa la ideación suicida.

Dentro de este trabajo un 75% de la muestra de participantes estuvo compuesta por mujeres. Las investigaciones han arrojado información importante sobre diferencias entre hombres y mujeres respecto al fenómeno del suicidio, en las que los hombres presentan tasas más elevadas de suicidio, mientras que las mujeres suelen realizar más intentos y son quienes con una mayor frecuencia buscan ayuda o apoyo psicológico frente a esta problemática (Barroso, 2019; INEGI, 2024a).

Este hecho resalta la necesidad de diseñar intervenciones con una perspectiva de género que contemplen las diferencias culturales y sociales que tanto hombres como mujeres enfrentan y que influyen en la disposición para buscar apoyo ante una crisis emocional. Aspectos como el abordaje de estereotipos de la imagen corporal, roles de género, sensibilización sobre salud mental y expresión emocional que se trabajaron con cada uno de los casos pueden ser propuestas útiles para disminuir estas brechas en la atención.

Finalmente, es importante mencionar que, al ser un marco teórico, CAMS-4Teens requiere de un modelo que brinde estrategias para el trabajo con los detonantes del comportamiento suicida (Jobes, 2023), siendo la Terapia Dialéctica Comportamental un complemento útil para la gestión de este comportamiento al brindar estrategias para la disregulación emocional y manejo de crisis. De esta forma, los elementos de esta terapia, particularmente la enseñanza de habilidades

fue útil para trabajar los detonadores, mientras que el marco CAMS-4Teens proporcionó la estructura del tratamiento, lo cual otorgó la posibilidad de que los adolescentes comprendieran las causas de su sufrimiento emocional y generaran cambios orientados a sus razones para vivir y lo que es importante y valioso para ellos.

En el desarrollo e implementación de CAMS-4Teens hecha por Adrian et al. (2021) se menciona que la intervención con este marco tuvo una buena viabilidad y aceptación por parte de los adolescentes, demostrando un buen manejo de impulsos y una disminución efectiva del riesgo. Lo reportado en este estudio es congruente con los hallazgos de la presente intervención, ya que el marco es aceptado por los adolescentes y por los padres, adaptándose de forma efectiva a sus necesidades y a los detonadores del comportamiento suicida; es importante que se continúen desarrollando más intervenciones bajo estos lineamientos y con muestras mayores, con el objetivo de seguir probando la viabilidad del marco y responder a las limitaciones que se plantean en el siguiente capítulo.

Además, se plantea la necesidad de continuar desarrollando intervenciones específicas, escalables, accesibles y adecuadas, por lo que esta intervención es una alternativa útil, al llevarse a cabo desde un ámbito comunitario para atender casos de riesgo alto, disminuyendo dificultades como la alta demanda de atención en salud mental y la escasez de recursos económicos y humanos, siendo efectiva en el manejo del comportamiento suicida desde un ámbito escolar.

Limitaciones y conclusión

Existen significativos en la reducción del nivel de riesgo y del comportamiento suicida, sin embargo, es necesario considerar algunas limitaciones que podrían afectar la implementación y efectividad del marco CAMS-4Teens. Entre los principales factores se encuentran aspectos relacionados con costumbres o actividades culturales y con el contexto académico.

En la ubicación donde se realizó la intervención existen diferentes actividades relacionadas con costumbres religiosas, entre ellas se encuentran misas y ferias, que influyeron en la asistencia de algunos de los adolescentes a sus sesiones de tratamiento, por lo que en algunos casos hubo interrupciones de hasta dos semanas en las sesiones. Por otro lado, se presentó un paro de actividades administrativas y académicas, interrumpiendo el curso de tratamiento durante dos semanas, lo que influyó en el seguimiento de cada uno de los casos; esto se observó específicamente con Gerbera, quien durante este periodo presentó una recaída.

Ante estas situaciones se recomienda verificar si estas actividades u obstáculos podrían representar una limitación en la continuidad del tratamiento, de ser así, se pueden brindar alternativas a los padres y al adolescente, como las sesiones vía online, verificando la posibilidad de realizarlas de esta manera, para adecuar el tratamiento y verificar si se cuentan con los recursos necesarios, como una computadora o *tablet*, conexión a internet, un espacio privado, etc.

Otro aspecto a considerar es que este trabajo forma parte una línea de investigación diseñada para adaptar el marco CAMS al contexto mexicano, por lo que los hallazgos que se presentan pueden servir como un bagaje importante para adecuarlo a las características específicas del fenómeno del suicidio en nuestro país, tales como los aspectos contextuales y del lenguaje, particularmente en el caso del plan de apoyo a la estabilización se sugiere un cambio en las armas

de fuego como primer método a eliminar en las alternativas para hacer el hogar más seguro, debido a que en México son otros métodos que se relacionan con el suicidio o muertes por suicidio, de acuerdo con las estadísticas.

Finalmente, a manera de conclusión, este trabajo demostró que la intervención CAMS-4Teens es efectiva para reducir el riesgo de suicidio y comportamientos relacionados. Los resultados muestran la importancia de implementar intervenciones basadas en evidencia enfocadas en el suicidio y en generar un enfoque colaborativo, adaptado a los detonadores del comportamiento y a las necesidades de cada consultante; además se resalta la importancia de contar con una formación sustentada en modelos basados en evidencia científica, por lo que es importante que los profesionales de la salud y particularmente los psicólogos estén formados en estos modelos y marcos, independientemente del nivel de atención que provean, ya que de esta forma garantizamos un abordaje integral y efectivo del comportamiento suicida, enfocado en las necesidades de cada consultante.

Es importante mencionar que, en el caso de los adolescentes se observa que, en periodos de vulnerabilidad, de cambios o de estrés, se pueden beneficiar de tratamientos enfocados en sus necesidades y que involucren a la familia o tengan un efecto en el contexto familiar. Por lo tanto, un enfoque centrado en los detonadores del comportamiento suicida y una participación activa y colaborativa de ambas partes durante el tratamiento, psicólogo y adolescente, favorecerán el éxito de la intervención y la disminución del riesgo de suicidio.

Referencias

- Adrian, M., Blossom, J., Chu, P., Jobes, D. y McCauley, E. (2021). Collaborative Assessment and Management of Suicidality for Teens: A Promising Frontline Intervention for Addressing Adolescent Suicidality. *Practice Innovations*, 7(2), 154-167.
<https://doi.org/10.1037/pri0000156>
- Amaral, A., Uchoa, J., Ney, F., Santos, M., Fernandez, R. y Milanés, M. (2020). Depression and suicidal ideation in adolescence: implementation and evaluation of an intervention program. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, 59.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.402951>
- American Psychological Association [APA]. (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Recuperado de: <https://www.apa.org/ethics/code/>
- American Psychiatric Association [APA]. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed., texto revisado)*. Editorial Médica Panamericana.
- Arenas, P. (2012). *Resiliencia y riesgo de suicidio en adolescentes expuestos a sucesos de vida estresantes*. [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM
https://tesiunam.dgb.unam.mx:443/F/HHEKT7EIYVHXUMMLVK9IUVM98S8MEX6FUMNEEVKBDC2LFIGE3U-34631?func=service&doc_library=TES01&doc_number=000679586&line_number=0001&func_code=WEB-FULL&service_type=MEDIA%22

- Arenas, P. (2020). Comportamiento suicida en adolescentes. En M. Reyes & K. Strosahl (Eds.), *Guía clínica de evaluación y tratamiento del comportamiento suicida* (pp. 234–256). Manual Moderno.
- Arenas, P., Hermosillo, A. Vázquez, A., Reyes, M., Arenas, P., Tejadilla, D., Espinosa, P., Molina, A., Molina, C. y Malo, H. (2023). Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio: articulando los servicios de salud en México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 5(2023), 1-12. <https://doi.org/10.62364/cneip.5.2023.178>
- Arlaes, L., Hernández, G., Álvarez, D. y Cañizares, T. (1998). Conducta suicida. Factores de riesgo asociados. *Revista Cubana de Medicina General integral*, 14(2), 122-126.
- Baca, E. y Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*, 37(5), 375-380. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500003
- Baena, A., Sandoval, M., Urbina, C., Helen, N. y Villaseñor, S. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*, 6(11).
- Bentley, K., Franklin, J., Ribeiro, J., Kleiman, E., Fox, K. y Knock, M. (2016). Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 30-46. <https://doi.org/10.1016%2Fj.cpr.2015.11.008>
- Boggiano, J. y Gagliesi, P. (2018). *Terapia Dialéctico Conductual*. Tres Olas.
- Boyd, D., Quinn, C., Jones, K. y Beer, O. (2022). Suicidal ideations and Attempts Within the Family Context: The Role of Parent Support, Bonding, and Peer Experiences with Suicidal

- Behaviors. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 9(5), 1740-1749.
<https://doi.org/10.1007%2Fs40615-021-01111-7>
- Bravo, A. (2018). *Evaluación de la aceptabilidad, validez y confiabilidad de la versión adaptada a México de la escala ASK Suicide-Screening Questions en una población de adolescentes atendidos en urgencias pediátricas*. [Tesis de especialidad, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM
https://repositorio.unam.mx/contenidos/evaluacion-de-la-aceptabilidad-validez-y-confiabilidad-de-la-version-adaptada-a-mexico-de-la-escala-ask-suicide-screen-236118?c=r1ZNJV&d=false&q=*&i=71&v=1&t=search_0&as=0
- Caycho, T. (2023). Un comentario sobre las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en profesionales de salud del Perú. *Medicina Clínica y Social*, 7(1). 2-4.
<https://doi.org/10.52379/mcs.v7i1.274>
- Casas, A., Velasco, A., Rodríguez, A., Gallardo, N., Sánchez, K., García, C. y Molina, D. (2024). Factores de riesgo de las conductas suicidas en adolescentes, revisión de la literatura. *Acta Pediátrica de México* 2024, 45 (Suplemento 1). S60-S72.
<https://doi.org/10.18233/apm.v45i1S.2753>
- Castellvi, P. y Piqueras, J. (2019). El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revista de Estudios de Juventud*, 121, 45-60. Recuperado de:
https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf

- Celis, R. y Vargas, C. (2004). Estilo de vida y conductas de riesgo. *Revista Electrónica Sinéctica*, (25), 108-113. <https://www.redalyc.org/pdf/998/99815899015.pdf>
- Cervantes, P. y Hernández, E. (2008). El suicidio en los adolescentes: un problema en crecimiento. *Duazary*, 5(2), 148-154.
- Corona, F. y Peralta E. (2011). Prevención de Conductas de Riesgo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 68-71. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70394-7](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70394-7)
- Cubillas, M., Román, R., Valdez, E. y Galaviz, A. (2012). Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud Mental*, 35(1).
- D'Anci, K., Uhl, S., Giradi, G., y Martin, C. (2019). Treatments for the prevention and management of suicide: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 171(5), 334-342. <https://doi.org/10.7326/M19-0869>
- Dean, E. (2016). Anxiety. *Nursing Standard*, 30(46), 15–15. <https://doi.org/10.7748/ns.30.46.15.s17>
- Feixas, G. y Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Paidós.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C. y Schulz, E. (2011). Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 5(1), 3-10. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-3>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2017). *Suicidio*. Recuperado de:
<https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2021a). *Abordaje Integral del Suicidio en las Adolescencias. Lineamientos para equipos de salud*. Recuperado de:
<https://www.unicef.org/argentina/media/11246/file/Abordajeintegraldelsuicidioenlasadolescencias.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2021b). *Guía programática para la crianza durante la adolescencia*. Recuperado de:
<https://www.unicef.org/lac/media/29781/file/La-crianza-durante-la-adolescencia.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (s.f.a). *Características de la adolescencia*. Recuperado de:
<https://www.unicef.org/uruguay/media/5416/file/Ficha%201%20-%20Caracter%20C3%ADsticas%20de%20la%20adolescencia.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (s.f.b). *¿Qué es la adolescencia?* Recuperado de: <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/que-es-la-adolescencia>

Franklin, J., Ribeiro, J., Huang, X., Musacchio, K., Chang, B., Fox, K., Kleiman, E., Jaroszewski, A. y Nock, M. (2017). Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-232.
<http://dx.doi.org/10.1037/bul0000084>

Gagliesi, P. y Rodante D. (2024). *Entrevista con consultantes con conductas suicidas (ECCS)*. Tres Olas.

- Garas, P. y Balazs, J. (2020). Long-Term Suicide Risk of Children and Adolescents With Attention Deficit and Hyperactivity Disorder - A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.557909>
- García, J., Alejo, G., Mayorga, S., Guerrero, L. y Ramírez, J. (2015). Validación al español del Self-Harm Questionnaire para detección de autolesiones en adolescentes. *Salud Mental* 38(4), 287-292. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.039>
- Gómez, A., Silva, H. y Amon, R. (2018). *El suicidio. Teoría y clínica*. Editorial Mediterráneo Ltda.
- Gómez, E. y Durán, C. (2003). *Sucesos de vida*. Manual Moderno.
- Gómez, G. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 607-615. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70355-3](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70355-3)
- Grossberg, A. y Rice, T. (2023). Depression and Suicidal Behavior in Adolescents. *The Medical Clinics of North America*, 107(1), 169-182. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.04.005>
- Hernández, Q. y Gómez-Maqueo, E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 45-52. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020646006>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.
- Horowitz, L., Bridge, J., Teach, S., Ballard, E., Klima, J., Rosenstein, D., Wharff, E., Ginnis, K., Cannon, E., Joshi, P. y Pao, M. (2019). Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): A Brief

- Instrument for the Pediatric Emergency Department. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 166(12), 1170–1176. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2012.1276>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI]. (2024a, 6 de septiembre). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio* [Comunicado de prensa]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_Suicidio23.pdf
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI]. (2024b, 5 de septiembre). *Estadísticas de defunciones registradas (EDR)* [Comunicado de prensa]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/EDR/EDR2024_1erT.pdf
- Jobes, D. (2012). The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): An Evolving Evidence-Based Clinical Approach to Suicidal Risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(6), 640–653. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.2012.00119.x>
- Jobes, D. y Chalker, S. (2019). One Size Does Not Fit All: A Comprehensive Clinical Approach to Reducing Suicidal Ideation, Attempts, and Deaths. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 3606. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193606>
- Jobes, D. (2023). *Managing Suicidal Risk. A Collaborative Approach*. (3a. ed). The Guilford Press.
- Keefner, T. y Stenvig, T. (2020). Suicidality: an evolutionary concept analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(3), 227-238. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1793243>
- Klonsky, D. (2006) The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*. 27, 226-239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>

- Koulenti, T, y Anastassiou, X. (2011). Non-Normative Life Events. En Goldstein, S. y Naglieri, J. (Eds.), *Encyclopedia of Child Behavior and Development* (pp. 1018 -1020). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-0-387-79061-9_1977
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- López, J., Baca, E. y Oquendo, M. (2009). Trastorno bipolar: ¿Qué efecto tiene en el cumplimiento terapéutico en el riesgo de conductas suicidas? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(1), 42-48. [https://doi.org/10.1016/S1888-9891\(09\)70713-X](https://doi.org/10.1016/S1888-9891(09)70713-X)
- Maero, F. y Quintero, P. (2016). *Tratamiento breve de activación conductual para la depresión*. Akadia.
- Mann, J., Michel, C. y Auerbach, R. (2021). Improving suicide prevention through evidence-based strategies: a systematic review. *The American Journal of Psychiatry*, 178(7), 611–624.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>
- Marshall, C., Crowley, P., Carmichael, D., Goldszmidt, R., Aryobi, S., Holmes, J., Easton, C., Isard, R. y Murphy, S. (2022). Effectiveness of Suicide Safety Planning Interventions: A Systematic Review Informing Occupational Therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 90(2), 208-236. <https://doi.org/10.1177%2F00084174221132097>
- Mazza, J., Dexter, E., Miller, A., Rathus, J. y Murphy, H. (2016). *DBT Skills in Schools. Skills Training for Emotional problem solving for adolescents (DBT STEPS-A)*. The Guilford Press.

- McCauley, E., Berk, M., Asarnow, J., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, M., Gallop, R. y Linehan, M. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777–785. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109>
- Méndez, P. (2009). Factores psicológicos en la adolescencia. *Anales de pediatría continuada*, 7(4), 239-242. [https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(09\)71932-8](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(09)71932-8)
- Moscardini, E., Hill, R. Dodd, C., Do, C., Kaplow, J. y Tucker, R. (2020). Suicide Safety Planning: Clinician Training, Confort, and Safety Plan Utilization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6444. <https://doi.org/10.3390%2Fijerph17186444>
- National Institutes of Health [NIH]. (2019). *Suicidio en adolescentes*. Recuperado de: <https://salud.nih.gov/recursos-de-salud/nih-noticias-de-salud/suicidio-en-adolescentes>
- National Institute of Mental Health (NIMH). (s.f.). *Suicidio*. Recuperado de: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide>
- Nock, M. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 339–363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades (11a revisión)*. Organización Mundial de la Salud. <https://icd.who.int/es>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023a). *Estrés*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023b). *Depresión*. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2024). *Suicidio*. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f.). *Salud adolescente*. Recuperado de:
https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2022). *Mortalidad por Suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2015-2019*. Recuperado de:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55737>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (s.f.). *Prevención del Suicidio*. Recuperado de:
<https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- Ospina, M., Ulloa, M. & Ruiz, L. (2019). Autolesiones no suicidas en adolescentes: prevención y detección en la atención primaria. *Medicina de Familia*, 45(8), 546-551.
<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.02.010>
- Ougrin, D. y Boege, I. (2013). Brief report: The self harm questionnaire: A new tool designed to improve identification of self harm in adolescents. *Journal of Adolescence*, 36(1), 221-225.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.09.006>

- Pabón, A. (2021). Intentos de suicidio y trastornos mentales. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 20(4). <https://www.redalyc.org/journal/1804/180468227014/html/>
- Parker, R. y Vannest, K. (2009). An Improved Effect Size for Single-Case Research: Nonoverlap of All Pairs. *Behavior Therapy*, 40(4), 357-367. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.006>
- Paris, J. (2019). Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina*, 55(6), 223. <https://doi.org/10.3390/medicina55060223>
- Pérez, P., Pérez, H. y Guevara, G. (2022). Factores de riesgo y desarrollo de resiliencia en adolescente. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2). <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.519>
- Programa Nacional para la Prevención del Suicidio [PRONAPS]. (2023). *Cuadernillo básico para la prevención del suicidio*. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/858277/Cuadernillo_basico_para_la_prevenccion_del_suicidio.pdf
- Puddington, S., Duthu, F. y Gagliesi, P. (2017). Adaptación al español de la escala de ambiente invalidante infantil. *Revista Argentina de clínica Psicológica*, 26(3). 307-312.
- Ramírez, R. y Vargas, L. (2012). Terapia conductual dialéctica: descripción general de una propuesta centrada en la aceptación condicional. *Revista de Ciencias Sociales*, 3(137), 53-64.
- 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>

- Rathus, J. y Miller, A. (2015). *DBT Skills Manual for Adolescents*. Guilford Press.
- Reyes, M., y Strosahl, K. (2020). Un modelo del comportamiento suicida con base en el aprendizaje. En M. Reyes & K. Strosahl (Eds.), *Guía clínica de evaluación y tratamiento del comportamiento suicida* (pp. 104–126). Manual Moderno.
- Reyes, P., Villa, N. y Sotomayor, P. (2021). Intento suicida, riesgo suicida y factores de riesgo asociados en estudiantes de medicina: una revisión sistemática. *ANACEM*, 15(2), 22.
- Sánchez, F., Ostolaza, A., Peña, E., Ruiz, P., & Vega, J. (2017). Frecuencia de tendencias suicidas (suicidalidad) y factores asociados en mujeres durante el primer año posparto. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(3), 172-180. <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372052971004.pdf>
- Santrock, J. (2019). *Life-Span Development*. (17ª ed.). McGraw-Hill Education.
- Singh, A., Kumar, G., Menon, V., Jose, J., Ulaganeethi, R., Sunny, R., Subramanian, S., Khotari, A. y Chinnakali, P. (2021). Prevalence of suicidal ideation, plan, attempts and its associated factors in selected rural and urban areas of Puducherry, India. *Journal of Public Health*, 43(4), 846-856. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa101>
- Sociedad Mexicana de Psicología [SMP]. (2009). *Código Ético del Psicólogo*. Trillas.
- Soylu, N., Tanir, Y., Alpaslan, A., Karayagmurlu, A., Kaya, Í. y Aslan, M. (2022). Investigation of suicide probability in sexually abused adolescents and the associated factors. *Children and Youth Services Review*, 137. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106435>
- Stanley, B. y Brown, G. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256-264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>

- Stewart, J., Shields, G., Esposito, E., Cosby, E., Allen, N., Slavich, G. y Auerbach, R. (2019). Life stress and Suicide in Adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 47(10), 1707–1722. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00534-5>
- Suárez, K. y Kazdin, A. Salud mental infantil y la brecha de tratamiento en México. *Psicología y Salud*, 33(1), 5-18. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2768>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]. (2020). *Treatment for Suicidal Ideation, Self-Harm, and Suicide Attempts Among Youths*. Recuperado de: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/pep20-06-01-002.pdf>
- Torres, S. (2007). Estrés y burn out. Definición y prevención. *Offarm*, 26(10), 104-107. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-estres-burn-out-definicion-prevencion-13112896>
- Tyndal, T., Zhang, I. y Jobes, D. (2021). The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) Stabilization Plan for Working With Patients With Suicide Risk. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000378>
- Valenzuela, M., Ibarra, A., Zubarew, T. y Loreto, M. (2013). Prevención de conductas de riesgo en el adolescente: Rol de familia. *Index de Enfermería*, 22(1-2). <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100011>
- Vázquez, A. (2022). *Evaluación del Riesgo Suicida Tamizaje ASQ MODORIS*. Programa Nacional para la Prevención del Suicidio [PRONAPS]. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/757444/ASQ_MODORIS_Pagina.pdf
- Walsh. E., Herring, M. y McMahon, J. (2023). A Systemtic Review of School-Based Suicide Prevention Interventions for Adolescents, and Intervention and Contextual Factors in

Prevention. *Prevention Science*, 24, 365-381. [https://doi.org/10.1007/s11121-022-01449-](https://doi.org/10.1007/s11121-022-01449-2)

[2](#)

Wasserman, D. (Ed.). (2020). *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention*. Oxford University Press.

Yıldız, M. (2020). Stressful life events and adolescent suicidality: An investigation of the mediating mechanisms. *Journal of Adolescence*, 82, 32–40. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.05.006>



Anexo 1



Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología

Intervención CAMS-4Teens

**Responsables académicas: Dra. Paulina Arenas Landgrave y Dra. Angélica Juárez Loya
Psicólogo Ecker Abraham Hernández Cristóbal**

Consentimiento informado para padres, madres o tutores responsables

CDMX a _____ de _____ de 2024

El objetivo del presente documento es informarle sobre la participación de su hija(o) en la intervención psicológica CAMS-4Teens (Evaluación y Manejo Colaborativo del Riesgo de Suicidio para adolescentes). Esta intervención se llevaría a cabo en aproximadamente 12 sesiones semanales, con una duración de 50 minutos cada una. El servicio psicológico proporcionado no tendrá ningún costo para usted(es), su hija(o) o para la escuela, así mismo se le informa que el psicólogo responsable no se beneficiará monetariamente de esta intervención.

De participar en la intervención su hija(o) se beneficiará de la obtención de herramientas y habilidades útiles para el manejo de sus emociones, la resolución de problemas y la comunicación con usted(es) y con sus pares, también se busca la disminución del nivel de riesgo de suicidio. Si acepta participar, usted también será invitado a participar en algunas sesiones (las dos primeras sesiones y la última, también se puede solicitar su participación en alguna sesión intermedia). Al finalizar el tratamiento se realizará una sesión de devolución de resultados en la que se les comunicará el alcance de los objetivos y resolución de dudas e inquietudes.

Los datos personales, los resultados de evaluación y la información obtenida de las sesiones es de carácter estrictamente anónimo y confidencial, mismos que han sido otorgados voluntariamente, por lo que únicamente el psicólogo responsable y las supervisoras tendrán acceso a esta

información, en apego a la Ley de Protección de Datos Personales. Esta información se documentará en un expediente electrónico al cual solo pueden acceder el psicólogo y las supervisoras académicas para su consulta y seguimiento del caso.

Durante la intervención también se utilizarán algunos cuestionarios para medir cómo se encuentra su hija(o) en el riesgo de suicidio, así como sus emociones y conductas relacionadas con este tema, los datos de estos cuestionarios serán analizados para una investigación que puede exponer los resultados ante personas de la academia o en alguna publicación científica (tesis o artículo científico), pero siempre permanecerán confidenciales (nadie podrá saber la identidad de la persona que respondió).

La participación en esta intervención es totalmente voluntaria, por lo que en cualquier momento usted(es) o su hija(o) se pueden retirar de la intervención sin ofrecer alguna explicación, es importante mencionar que no habrá ninguna consecuencia para usted(es), su hija(o) o para la escuela en caso de no participar en la intervención o no concluirla.

Cualquier duda o inquietud puede ser comunicada con el psicólogo responsable al finalizar cada sesión o enviar un mensaje al siguiente correo electrónico: ecker15031999@gmail.com. De igual forma, para solicitar información o para presentar alguna queja se puede comunicar a los siguientes correos de las supervisoras académicas:

Dra. Paulina Arenas Landgrave
palandgrave@gmail.com

Dra. Angelica Juárez Loya
ajuarezloya@gmail.com

¡Muchas gracias por su participación!

Yo, _____

() Acepto que mi hija(o) participe en la intervención y he sido informado de los propósitos y condiciones de la investigación

() No acepto que mi hija(o) participe en la intervención o investigación

Firma



Anexo 2



Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología

Intervención CAMS-4Teens

**Responsables académicas: Dra. Paulina Arenas Landgrave y Dra. Angélica Juárez Loya
Psicólogo Ecker Abraham Hernández Cristóbal**

Asentimiento informado para adolescentes

CDMX a ____ de _____ de 2024

¡Hola! ¿Cómo estás?

El propósito de que hoy estemos aquí tú y yo es para invitarte a participar en una intervención psicológica, la cual tiene un alcance de aproximadamente de 12 sesiones semanales, con una duración de 50 minutos cada una, para trabajar con problemáticas de salud mental, utilizando un tratamiento llamado CAMS-4Teens (Evaluación y Manejo Colaborativo del Riesgo de Suicidio en adolescentes).

A lo largo de todo el tratamiento trabajaremos con diferentes alternativas para resolver los retos que enfrentas día a día. Para ello, realizaré una evaluación para conocerte mejor a ti y a tus necesidades y elaboraremos un plan para hacer frente a los momentos en los que tus emociones sean muy intensas. Después tú decidirás qué aspectos vamos a trabajar en las sesiones, para ello yo te proporcionaré herramientas y habilidades que estarán adaptadas a lo que requieras; también, al iniciar cada sesión, realizaremos un breve monitoreo que consta de seis preguntas. Finalizaremos las sesiones cuando tú te sientas mejor contigo mismo y yo pueda observar esto a través del monitoreo de 6 preguntas.

Durante todas las sesiones me verás hacer notas en mi libreta, esto lo hago para tener presente toda la información importante que tú me compartas, con el fin de planear las sesiones de la mejor forma para ti y lo que tú necesitas. Esta información, así como tus datos personales y los resultados

de la evaluación serán resguardados en un expediente electrónico, el cual únicamente conocerán las supervisoras y yo.

Cuando finalicemos las sesiones yo te haré una devolución de todo lo que realizamos juntos y todos los cambios que observe en ti, así como tus logros y lo que aún tengas que trabajar en otro momento. Es importante mencionar que la información que se obtenga puede utilizarse para exposiciones académicas y publicaciones científicas como tesis o artículos de investigación.

Uno de los principales beneficios que tú tendrías al participar en esta intervención es que, conforme vayan avanzando las sesiones, te irás dando cuenta de que habrá cambios en diferentes áreas de tu vida, tendrás una mejor relación con tus emociones y sentimientos, tendrás más habilidades para resolver los problemas que lleguen a tu vida y podrás comunicarte de una mejor forma con tus papás, tus profesores, amigas y amigos.

Recuerda que tu participación en este tratamiento es totalmente voluntaria, por lo que nadie puede obligarte a asistir, ya sea tu mamá, papá, profesoras(es) o director(a); de igual forma, tú puedes retirarte del tratamiento en cualquier momento, sin necesidad de darme alguna explicación. Si decides no participar no habrá ninguna consecuencia para ti, tu familia o tu escuela.

Si en algún momento tienes alguna inquietud o duda puedes comentármela cuando nos veamos o enviarme un mensaje a este correo: ecker15031999@gmail.com, también puedes enviar un mensaje a estos correos electrónicos de las supervisoras académicas:

Dra. Paulina Arenas Landgrave
palandgrave@gmail.com

Dra. Angelica Juárez Loya
ajuarezloya@gmail.com

¡Muchas gracias por tu participación!

Yo, _____

() Acepto participar en la intervención CAMS-4teens () No acepto participar en la intervención.

Firma

Anexo 3

Folleto de líneas telefónicas de atención psicológica

LÍNEAS DE EMERGENCIA

En caso de necesitar ayuda de manera urgente puedes comunicarte a alguna de las siguientes líneas telefónicas.

Saptel

Teléfono: 55 5259-8121

Manejo de emergencias psicológicas y crisis emocionales.
Horario de atención: L a D, las 24 hrs.

Línea de la vida

Teléfono: 800 911 1000

Apoyo emocional vía telefónica.
Horario de atención L a D, las 24 hrs.

Consejo Ciudadano

Teléfono: 55 5533-5533

Línea de Seguridad y
Chat de Confianza
Asesoría Jurídica y Psicológica
Horario de atención: La D, las 24 hrs.



Contacto Joven

WhatsApp: 55 7900-9669

Servicio gratuito para personas de 13 a 29 años.
Horario de atención L a D, de 10:00 a 14:00 hrs y 16:00 a 20:00 hrs.



Elaborado por: Psic. Ecker Hernández
Febrero 2024



Universidad Nacional Autónoma de México

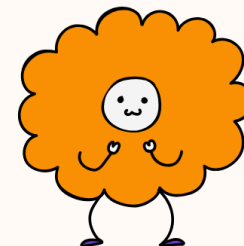
Facultad de Psicología



¿DÓNDE SOLICITAR ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN MI COMUNIDAD?



Proyecto PAPIME PE308024



Anexo 4

Desglose de las sesiones del tratamiento de Jazmín

Estructura del tratamiento			
Sesión	Módulo de habilidades DBT	Objetivos	Descripción
1	NA	Realizar el primer contacto con Jazmín y su papá. Proporcionar consentimiento y asentimiento informados. Aplicar cuestionarios ASQ y SHQ.	Se realizó el primer contacto con Jazmín y su mamá, se explicaron características generales de las sesiones y del tratamiento. Se proporcionaron el consentimiento y asentimiento informados y se aplicaron los cuestionarios.
2	NA	Realizar monitoreo semanal. Iniciar con evaluación	Se realizó una entrevista para obtener información sobre motivo de consulta, dinámica familiar, relaciones interpersonales e intentos de solución.
3	NA	Realizar monitoreo semanal. Delimitación de objetivos de tratamiento.	Se realizó la evaluación de los objetivos de tratamiento de Jazmín.
4	Regulación emocional	Realizar monitoreo semanal. Introducir objetivos en la regulación emocional y psicoeducación sobre mitos	Inasistencia.

		de las emociones.	
5	Regulación emocional	Realizar monitoreo semanal. Introducir objetivos en la regulación emocional y psicoeducación sobre mitos de las emociones.	Se trabajaron los objetivos de la regulación emocional, utilizando handouts del manual de habilidades para adolescentes. Se realizó una actividad para desmitificar frases sobre las emociones.
6	Regulación emocional	Realizar monitoreo semanal. Trabajo en identificación de emociones.	Se utilizó el Diccionario de las emociones Tomo II para trabajar en la identificación de emociones.
7	Regulación emocional	Realizar monitoreo semanal. Enseñanza de habilidades de autocuidado (CUIDA).	Se realizó la enseñanza de la habilidad CUIDA para el cuidado de la salud física, utilizando handouts del manual de entrenamiento en habilidades.
8	Efectividad interpersonal	Realizar monitoreo semanal. Enseñanza de habilidades para mejorar relaciones (GIVE).	Se realizó la enseñanza de la habilidad GIVE para mejorar la relación con su mamá, mediante handouts del manual de entrenamiento en habilidades-
Cierre	NA	Realizar monitoreo semanal y devaluación de resultados Comunicación de finalización de tratamiento con la mamá.	Se realizó el cierre de proceso con Jazmín. Se hizo una devolución de resultados y de los alcances del tratamiento. Se utilizaron algunos minutos de la sesión para hablar con su mamá y hacer una devolución de resultados.

Desglose de las sesiones del tratamiento de Canela

Estructura del tratamiento			
Sesión	Módulo de habilidades DBT	Objetivos	Descripción
1	NA	Realizar el primer contacto con Canela y su mamá. Proporcionar consentimiento y asentimiento informados. Aplicar cuestionarios ASQ y SHQ.	Se realizó el primer contacto con Canela y su mamá, se explicaron características generales de las sesiones y del tratamiento. Se proporcionaron el consentimiento y asentimiento informados y se aplicaron los cuestionarios.
2	NA	Realizar monitoreo semanal. Iniciar con evaluación	Se realizó una entrevista para obtener información sobre motivo de consulta, dinámica familiar, relaciones interpersonales e intentos de solución.
3	NA	Realizar monitoreo semanal. Delimitación de objetivos de tratamiento.	Se realizó la evaluación de los objetivos de tratamiento de Canela.
4	Regulación emocional	Realizar monitoreo semanal. Introducir objetivos en la regulación emocional y psicoeducación sobre mitos de las emociones.	Inasistencia.

5	Regulación emocional	Realizar monitoreo semanal. Introducir objetivos en la regulación emocional y psicoeducación sobre mitos de las emociones.	Inasistencia.
6	Regulación emocional	Realizar monitoreo semanal y de inasistencias. Introducir objetivos en la regulación emocional.	Se trabajaron los objetivos de la regulación emocional, utilizando handouts del manual de habilidades para adolescentes.
7	Regulación emocional	Realizar psicoeducación sobre mitos de las emociones.	Se realizó una actividad para desmitificar frases sobre las emociones.
8	Regulación emocional	Realizar monitoreo semanal. Trabajo en identificación de emociones.	Se utilizó el Diccionario de las emociones Tomo II para trabajar en la identificación de emociones.
9	Regulación emocional.	Realizar monitoreo semanal. Enseñanza de habilidades de autocuidado (CUIDA).	Inasistencia.
Finalización de tratamiento	NA	Realizar monitoreo semanal. Enseñanza de habilidades de autocuidado (CUIDA).	Al realizar esta sesión Canela menciona querer dejar el tratamiento, ya que percibe que no lo necesita. Se realizó un cierre realizando una devolución de resultados y alcance del tratamiento.

Anexo 5

Desglose de las sesiones del tratamiento de Dalia

Estructura del tratamiento de Dalia			
Sesión	Módulo de habilidades DBT	Objetivos	Descripción
1	NA	Realizar el primer contacto con Dalia y su mamá. Proporcionar consentimiento y asentimiento informados. Aplicar cuestionarios ASQ y SHQ (pretest).	Se realizó el primer contacto con Dalia y su mamá, se explicaron características generales de las sesiones y del tratamiento. Se proporcionaron el consentimiento y asentimiento informados y se aplicaron los cuestionarios.
2	NA	Realizar la evaluación del comportamiento suicida mediante el SSF-5 (Sección A) Elaborar plan de seguridad del adolescente.	Se inició con la evaluación del comportamiento suicida mediante el SSF-5. Posteriormente se elaboró el plan de seguridad de la adolescente.
3	NA	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Continuar con evaluación del comportamiento suicida mediante el SSF-5 (Sección B y C).	Se completó la evaluación del comportamiento suicida mediante el SSF-5 y se hizo una actualización del plan de seguridad con la nueva información proporcionada. Se hizo una pequeña entrevista para obtener información de

		Realizar entrevista inicial para obtener información adicional.	otras áreas de vida, tales como dinámica familiar, relaciones interpersonales, intentos de solución de problemas y operacionalizar objetivos de tratamiento.
4	NA	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Comunicar resultados de evaluación a la mamá. Elaborar plan de apoyo a la estabilización.	Se comunicaron los resultados de evaluación con la mamá, así como el historial en extenso del comportamiento suicida. Se presentó a la mamá el plan de seguridad de Dalia y en conjunto se elaboró el plan de apoyo a la estabilización.
5	Regulación emocional	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Introducir objetivos en la regulación emocional y psicoeducar sobre mitos de las emociones.	Se trabajaron los objetivos de la regulación emocional mediante handouts del manual de habilidades para adolescentes. Se realizó un juego con el objetivo de desmitificar frases sobre las emociones.
6	Regulación emocional	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Enseñar habilidades para disminuir la vulnerabilidad emocional (ABC CUIDA).	Se inició la enseñanza de la habilidad ABC CUIDA que se utilizan para acumular experiencias positivas y reducir la vulnerabilidad emocional, mediante tarjetas de habilidades. Se proporcionó material adicional sobre las emociones (Diccionario de las emociones, tomo II).

7	Regulación emocional	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Enseñar habilidades de autocuidado (CUIDA, protocolo de higiene del sueño).	Se amplió la enseñanza de la habilidad CUIDA, abarcando aspectos relacionados con salud física; mediante handouts del manual de habilidades para adolescentes. Se brindó psicoeducación sobre higiene del sueño mediante protocolos del manual de habilidades.
8	Regulación emocional y tolerancia al malestar	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Enseñar habilidades para cambiar las emociones (Acción opuesta).	En la semana se presentaron autolesiones, por lo que se realizó un análisis de cadena del comportamiento, se usó la técnica de eslabones perdidos, se revisaron las estrategias del plan de seguridad y se complementaron con la habilidad STOP, mediante el uso de tarjetas de habilidades. Posteriormente se continuó con la enseñanza de la habilidad Acción opuesta mediante el uso de tarjetas de habilidades.
9	NA	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Brindar psicoeducación sobre la alimentación y sobre violencia.	Se realizó una psicoeducación sobre aspectos relacionados con la alimentación, tales como hábitos alimenticios, ayunos, dietas y violencia relacionada con estos aspectos.
10	NA	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS.	Se realizó un pequeño diagrama dirigido a explorar cuáles son los cambios que se desean

		Explorar percepciones corporales.	realizar respecto a la percepción corporal, con el fin de determinar si son acciones viables o no y plantear acciones efectivas desde la autocompasión.
11	Mindfulness	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Enseñar habilidades dialécticas (Caminando por el camino de en medio).	En la semana se presentaron autolesiones, por lo que se realizó un análisis de cadena del comportamiento, se usó la técnica de eslabones perdidos, se revisaron las estrategias del plan de seguridad y se actualizó, respecto a lo obtenido en el análisis de cadena. Posteriormente se enseñaron habilidades relacionadas con la dialéctica en la alimentación y percepción corporal.
12	Efectividad interpersonal	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Comunicar avance del tratamiento con la mamá y monitorear cambios observados en Dalia. Verificar uso de plan de apoyo a la estabilización. Enseñar habilidades de efectividad interpersonal (DEAR MAN, GIVE,	Al iniciar la sesión se comentó con Dalia que solo se realizaría el monitoreo para posteriormente conversar con su mamá. Con ella se hizo una breve descripción del curso del tratamiento, así como una valoración de los cambios que ella ha observado. Se verificó el uso e implementación de las acciones descritas en el plan de apoyo a la estabilización y se finalizó con la enseñanza de habilidades para
	Sesión de orientación con padres.		

		VIDA y Validación).	comunicar sus necesidades, decir que no, mejorar sus relaciones y mantener su autorrespeto, para su uso con Dalia.
13	Tolerancia al malestar	Realizar monitoreo posterior a paro de actividades en la secundaria y monitoreo CAMS.	En la semana se presentaron autolesiones, por lo que se realizó un análisis de cadena del comportamiento, se usó la técnica de eslabones perdidos, se revisaron las estrategias del plan de seguridad y se hizo un repaso de las habilidades TIPP y STOP; se fortaleció su uso mediante una observación de las señales que indican un aumento en la intensidad de las emociones.
14	Habilidades generales	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Enseñar habilidad de opciones para resolver cualquier problema.	Se enseñaron las opciones para resolver cualquier problema del manual de habilidades, orientado a que Dalia pueda observar qué está haciendo actualmente para gestionar su malestar y hacia dónde se está dirigiendo en función de ello.
15	Efectividad interpersonal	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Introducir objetivos en la efectividad interpersonal y enseñar habilidades de autorrespeto (VIDA).	Se enseñaron los objetivos de la efectividad interpersonal y las habilidades que se utilizan en este módulo. Se comenzó el trabajo con la habilidad VIDA dirigida a mantener el autorrespeto en las relaciones, mediante

			handouts del manual de habilidades para adolescentes.
16	Efectividad interpersonal	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Enseñar habilidades para solicitar algo o decir que no a una petición (DEAR MAN).	Se enseñó la habilidad DEAR MAN que está dirigida a solicitar algo de forma efectiva o decir que no ante peticiones de otros. La habilidad se enseñó mediante la elaboración de un guión sobre cómo pedir algo, handouts del manual de habilidades para adolescentes.
17	Efectividad interpersonal	Realizar monitoreo semanal y monitoreo y cierre CAMS. Monitorear el uso de la habilidad DEAR MAN. Enseñanza de habilidades para mejorar las relaciones (GIVE).	Se realizó el cierre de CAMS al cumplir con el criterio de disminución de riesgo, esto se hizo completando el documento de disposición de resultados. Posteriormente se hizo un monitoreo del uso de la habilidad DEAR MAN y se ampliaron aspectos relacionados con ella. Se continuó con la enseñanza de la habilidad GIVE, para mejorar sus relaciones interpersonales y sus solicitudes, mediante handouts del manual de entrenamiento en habilidades para adolescentes.
Cierre	NA	Realizar monitoreo semanal. Realizar devolución de resultados.	Se realizó el cierre de proceso con Dalia. Se hizo una devolución de resultados y de los alcances
Sesión de orientación		Elaborar plan de prevención de recaídas. Hacer cierre con cartas de cierre de	del tratamiento, se estableció un plan de prevención de recaídas y se fortaleció el uso e

con padres.	proceso. Aplicar cuestionarios ASQ y SHQ (posttest). Comunicación de finalización de tratamiento con la mamá.	implementación de habilidades. Posteriormente se leyó la carta de despedida del proceso de Dalia y la carta de despedida del psicólogo. Se utilizaron algunos minutos de la sesión para hablar con la mamá de Dalia, comunicar la decisión de cierre de tratamiento y hacer una devolución de resultados.
Seguimiento NA	Realizar monitoreo CAMS. Verificar uso de habilidades, plan de seguridad y plan de prevención de recaídas. Aplicar cuestionarios ASQ y AHQ (seguimiento).	Se realizó una sesión de seguimiento con Dalia aproximadamente dos meses después de que se concluyó el tratamiento. Se hizo un monitoreo del uso de habilidades, del plan de seguridad y de las recaídas. Se aplicaron los cuestionarios ASQ y SHQ; también se hizo un monitoreo de las variables CAMS.

Anexo 6

Desglose de las sesiones del tratamiento de Gerbera

Estructura del tratamiento de Gerbera			
Sesión	Módulo de habilidades DBT	Objetivos	Descripción
1	NA	Realizar el primer contacto con Gerbera y su papá. Proporcionar consentimiento y las sesiones y del tratamiento. Se asentimiento informados. Aplicar cuestionarios ASQ y SHQ (pretest).	Se realizó el primer contacto con Gerbera y su papá, se explicaron características generales de las sesiones y del tratamiento. Se proporcionaron el consentimiento y asentimiento informados y se aplicaron los cuestionarios.
2	NA	Realizar la evaluación del comportamiento suicida mediante el SSF-5 (Sección A). Elaborar plan de seguridad del adolescente.	Se comenzó la evaluación del comportamiento suicida mediante el SSF-5. Posteriormente se elaboró el plan de seguridad de la adolescente.
3	NA	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Continuar con evaluación del comportamiento suicida mediante el SSF-5 (Sección B y C).	Se finalizó la evaluación del comportamiento suicida mediante el SSF-5, se hizo una actualización del plan de seguridad con la información obtenida. Se realizó una breve entrevista para obtener información adicional de

			otras áreas de vida, tales como dinámica familiar, relaciones interpersonales, intentos de solución de problemas y operacionalización de objetivos de tratamiento.
4	NA	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Comunicar resultados de evaluación al papá. Elaborar plan de apoyo a la estabilización.	En la semana se presentaron autolesiones, por lo que se realizó un análisis de cadena del comportamiento, se usó la técnica de eslabones perdidos y se revisaron las estrategias del plan de seguridad. Se comunicaron los resultados de evaluación al papá, además del historial del comportamiento suicida. Se compartió con el papá el plan de seguridad de Gerbera y se elaboró el plan de apoyo a la estabilización.
Sesión de orientación con padres.			
5	Regulación emocional	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Introducir objetivos en regulación emocional y brindar psicoeducación sobre mitos de las emociones.	Se trabajaron los objetivos en la regulación emocional utilizando los handouts del manual de habilidades para adolescentes. Se realizó una dinámica para desmitificar frases sobre las emociones.
6	Regulación emocional	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Enseñar habilidades para disminuir la vulnerabilidad emocional (ABC CUIDA).	Se comenzó la enseñanza de la habilidad ABC CUIDA, mediante tarjetas de habilidades, para acumular experiencias positivas y reducir la vulnerabilidad emocional. Se proporcionó

			material adicional sobre las emociones (Diccionario de las emociones, tomo II).
7	Regulación emocional	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Enseñar habilidades de autocuidado (CUIDA, protocolo de higiene del sueño)	Se continuó con la enseñanza de la habilidad CUIDA, retomando aspectos de la salud física utilizando los handouts del manual de habilidades para adolescentes. Además, se psicoeducó sobre la higiene del sueño mediante el protocolo del manual de entrenamiento en habilidades.
8	Regulación emocional	Realizar monitoreo semanal y monitoreo y cierre CAMS. Enseñar habilidades para cambiar las respuestas emocionales. (Acción opuesta).	Se realizó el cierre de CAMS al cumplir con el criterio de disminución de riesgo, completando el documento de disposición de resultados. Posteriormente se enseñó la habilidad acción opuesta mediante el uso de tarjetas de habilidades.
9	NA	Realizar monitoreo semanal Brindar psicoeducación sobre la alimentación y sobre violencia.	Inasistencia
10	NA	Realizar monitoreo semanal y de inasistencia. Brindar psicoeducación sobre la alimentación y sobre violencia.	Se hizo un monitoreo sobre la inasistencia a la sesión pasada y posteriormente se realizó una psicoeducación sobre aspectos vinculados con la alimentación (hábitos alimenticios, ayuno y

			dietas), además de violencia relacionada con estos aspectos.
11	NA	Realizar monitoreo semanal. Explorar percepciones corporales.	Inasistencia
12	NA	Realizar monitoreo semanal y de inasistencia. Explorar percepciones corporales	Inasistencia
NA	NA	NA	Durante dos semanas no se tuvieron sesiones debido a que hubo un parto de actividades en la secundaria
13	Regulación emocional, tolerancia al malestar y mindfulness	Realizar monitoreo semanal posterior a paro de actividades en la secundaria y de inasistencia. Enseñar habilidades dialécticas (Caminando por el camino de en medio).	Durante las semanas de inasistencias se presentaron autolesiones y un intento de suicidio, por lo que se realizó un análisis de cadena de los comportamientos y se revisó la utilización del plan de seguridad y de las habilidades de supervivencia a la crisis. Se realizó la enseñanza de la habilidad STOP mediante tarjetas de habilidades. Para finalizar se enseñaron habilidades dialécticas sobre la alimentación y el cuidado corporal.
14	Regulación emocional	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS.	En la semana ocurrió un evento importante con Gerbera, por lo que se atendió la situación con

		Enseñar habilidades de opciones para resolver cualquier problema	la habilidad solución de problemas utilizando handouts del manual de entrenamiento en habilidades para adolescentes.
15	Habilidades generales y regulación emocional	Realizar monitoreo semanal y monitoreo y cierre CAMS. Reforzar habilidad de solución de problemas. Enseñar habilidades de opciones para resolver cualquier problema	Se realizó el cierre de CAMS al cumplir con el criterio de disminución de riesgo, completando el documento de disposición de resultados. Posteriormente se reforzó la habilidad de solución de problemas y se enseñaron las opciones para resolver cualquier problema.
16	Efectividad interpersonal	Realizar monitoreo semanal Introducir objetivos en la efectividad interpersonal Enseñanza de habilidad DEAR MAN	Se introdujeron los objetivos de la efectividad interpersonal y se explicaron qué habilidades componían este módulo. Posteriormente se hizo la enseñanza de la habilidad DEAR MAN, dirigida a solicitar algo de forma efectiva o decir que no a una petición. La habilidad se enseñó mediante la elaboración de un guión y con handouts del manual de habilidades para adolescentes.
17	Efectividad interpersonal	Realizar monitoreo semanal Monitorear uso de habilidad DEAR MAN Establecer límites en relaciones interpersonales y psicoeducar sobre	Inasistencia

18	Efectividad interpersonal	violencia Realizar monitoreo semanal y de Inasistencia inasistencia Monitorear uso de habilidad DEAR MAN Establecer límites en relaciones interpersonales y psicoeducar sobre violencia	
Cierre	Efectividad interpersonal	Realizar monitoreo semanal y de inasistencias. Establecer límites en relaciones interpersonales y psicoeducar sobre violencia Enseñar habilidades de autorrespeto (VIDA) Realizar devolución de resultados. Elaborar plan de prevención de recaídas. Hacer cierre con cartas de cierre de proceso. Aplicar cuestionarios ASQ y SHQ (postest). Comunicación de finalización de tratamiento con el papá.	Se realizó el seguimiento de las inasistencias y posteriormente se continuó trabajando con las habilidades de efectividad interpersonal para establecer límites y psicoeducar sobre la violencia en las relaciones mediante el violentómetro, además se enseñó la habilidad VIDA dirigida a mantener el autorrespeto en las relaciones, mediante handouts del manual de habilidades para adolescentes. Se realizó el cierre de proceso con Gerbera. Se hizo una devolución de resultados y de los alcances del tratamiento, de igual forma se estableció un plan de prevención de recaídas y se fortaleció el uso y práctica de las habilidades. Posteriormente se leyó la carta de despedida del
Sesión de orientación con padres.			

psicólogo. Se aplicaron los cuestionarios ASQ y SHQ.

Al final se utilizaron algunos minutos de la sesión para hablar con el papá sobre el cierre del tratamiento y realizar una devolución de resultados.

Seguimiento	NA	Realizar monitoreo CAMS. Verificar uso de habilidades, plan de seguridad y plan de prevención de recaídas. Aplicar cuestionarios ASQ y AHQ (seguimiento).	Se realizó una sesión de seguimiento con Gerbera aproximadamente a dos meses posterior a que concluyó con su tratamiento. Se hizo un monitoreo de la práctica de las habilidades, del uso del plan de seguridad y del plan de prevención de recaídas. Se aplicaron los cuestionarios ASQ y SHQ, también se hizo un monitoreo de las variables de CAMS:
-------------	----	---	--

Anexo 7

Desglose de las sesiones del tratamiento de Azalea

Estructura del tratamiento de Azalea			
Sesión	Módulo de habilidades DBT	Objetivos	Descripción
1	NA	Realizar el primer contacto con Azalea y su mamá- Proporcionar consentimiento y las sesiones y del tratamiento. Se asentimiento informados. Aplicar cuestionarios ASQ y SHQ (pretest).	Se realizó el primer contacto con Azalea y su mamá, se explicaron características generales de las sesiones y del tratamiento. Se proporcionaron el consentimiento y asentimiento informados y se aplicaron los cuestionarios.
2	NA	Realizar la evaluación del comportamiento suicida mediante el SSF-5 (Sección A). Elaborar plan de seguridad del adolescente.	Se inició la evaluación del comportamiento suicida mediante el SSF-5. Posteriormente se realizó el plan de seguridad de la adolescente.
3	NA	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Continuar con la evaluación del comportamiento suicida mediante el SSF-5 (Sección B y C).	Se concluyó la evaluación del comportamiento suicida mediante el SSF-5, se hizo una actualización del plan de seguridad con la información obtenida. Se hizo una entrevista breve para obtener información adicional de

			otras áreas de vida, tales como dinámica familiar, relaciones interpersonales, intentos de solución de problemas y operacionalización de objetivos de tratamiento.
4	NA	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS.	Se comunicaron los resultados de evaluación a la mamá, así como el historial en extenso del
Sesión de orientación con padres.		Comunicar resultados de evaluación a la mamá.	comportamiento suicida. Se elaboró el plan de apoyo a la estabilización y se compartió el plan de seguridad de Azalea con su mamá.
		Elaborar plan de apoyo a la estabilización.	
5	Regulación emocional	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS.	Inasistencia.
		Introducir objetivos en la regulación emocional y psicoeducar sobre mitos de las emociones.	
6	Regulación emocional	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS.	Se trabajaron los objetivos de la regulación emocional, utilizando los handouts del manual de habilidades para adolescentes. Se realizó un
		Introducir objetivos en la regulación emocional y psicoeducar sobre mitos de las emociones.	juego con el objetivo de desmitificar frases sobre las emociones. Se proporcionó material adicional sobre las emociones (Diccionario de las emociones, tomo II).

7	Regulación emocional	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Enseñar habilidades para disminuir la vulnerabilidad emocional (ABC CUIDA).	Se inició la enseñanza de la habilidad ABC CUIDA, para acumular experiencias positivas y reducir la vulnerabilidad emocional, utilizando tarjetas de habilidades.
8	Mindfulness	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Explorar pérdidas importantes. Y se introdujeron aspectos relacionados con la autocompasión.	Se hizo una exploración del fallecimiento de su tío, las condiciones en que se dio y la que significó para Azalea esta pérdida y las emociones que siente actualmente. Posterior a esto se habló brevemente sobre el malestar que significa para ella y la importancia de poder darle un espacio a lo que siente. Azalea mencionó tener dificultades para lograr comunicar lo que siente por lo que solicitó que se pudiera trabajar en este aspecto.
9	Efectividad interpersonal	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Trabajo en relación terapéutica	La sesión se centró en fortalecer la relación terapéutica a partir de las necesidades identificadas en el espacio, utilizando estrategias de aceptación (autorrevelaciones y nivel de validación seis: ser radicalmente genuino).
10	NA	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Actualización del plan de tratamiento.	Se realizó una actualización del plan de tratamiento de Azalea, respondiendo a las necesidades y solicitudes que tiene actualmente.

11	Mindfulness	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Continuar trabajo con duelo.	Inasistencia.
12	Efectividad interpersonal	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Comunicar avance del tratamiento con la mamá y monitorear cambios observados en A. Verificar el uso del plan de apoyo a la estabilización.	En la semana se presentaron autolesiones, por lo que se realizó un análisis de cadena del comportamiento, se usó la técnica de eslabones perdidos, se revisaron las estrategias del plan de seguridad y se hizo una enseñanza de la habilidad STOP. Posteriormente se comentó que la sesión continuaría con su mamá. Se realizó una breve descripción del curso del tratamiento, así como una valoración de los cambios que ha observado. Se verificó el uso e implementación de las acciones descritas en el plan de apoyo a la estabilización.
NA	NA	NA	Durante dos semanas no se tuvieron sesiones debido a que hubo un paro de actividades en la secundaria
13	Tolerancia al malestar	Realizar monitoreo semanal posterior a paro de actividades en la secundaria y monitoreo CAMS.	Se fortaleció el uso de las estrategias y habilidades que se encuentran en el plan de seguridad de Azalea, mediante la observación de

		Fortalecer uso de habilidades y estrategias del plan de seguridad.	las señales que indican un aumento en la intensidad de las emociones.
14	Habilidades generales	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Enseñar habilidad de opciones para resolver cualquier problema.	Se enseñaron las opciones para resolver cualquier problema del manual de habilidades, orientado a que Azalea pueda observar qué está haciendo actualmente para gestionar su malestar y hacer frente a las problemáticas que se presentan en su hogar.
15	Mindfulness	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Retomar trabajo con autocompasión y fallecimiento de su tío.	Inasistencia
16	Mindfulness	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Retomar trabajo con autocompasión y fallecimiento de su tío.	Se retomó el trabajo con el fallecimiento de su tío y se realizó un ejercicio de autocompasión con Azalea. Se le brindó un autorregistro para que pudiera monitorear sus acciones ante las problemáticas en su hogar y el uso de las habilidades.
17	Tolerancia al malestar y mindfulness	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Monitorear uso de autorregistro. Monitorear uso de habilidades de	Se hizo un monitoreo del llenado del autorregistro y una sensibilización sobre el uso de las habilidades en las crisis que presenta. Se fortaleció el uso de las habilidades de tolerancia

18	Efectividad interpersonal	tolerancia al malestar Enseñar habilidad de mente sabia Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Monitorear uso de autorregistro. Enseñar habilidades de aceptación. Comunicar la implementación de sesiones en línea con la mamá.	al malestar y se realizó la enseñanza de la habilidad mente sabia. Se hizo un monitoreo del llenado del autorregistro y el uso de las habilidades en la semana. Posteriormente se realizó un ejercicio vivencial de aceptación para tomar conciencia sobre las acciones que realiza y las consecuencias. Se hizo una sensibilización sobre la continuidad del tratamiento mediante sesiones online.
NA	NA	NA	La última sesión se realizó de manera presencial en la secundaria debido al periodo vacacional, posterior a esto se realizó el contacto vía correo electrónico con la mamá para implementar algunas sesiones online, sin embargo, no se aceptó esta modalidad por lo que las sesiones se retomaron al reanudarse las clases.
Finalización de tratamiento	NA	Realizar monitoreo semanal y de vacaciones y monitoreo CAMS. Monitorear continuidad de tratamiento y objetivos.	Al realizar esta sesión Azalea menciona querer concluir el tratamiento, debido que percibe una disminución en su malestar emocional y a un mejor manejo de las problemáticas.

Sesión de
orientación
con padres.

Comunicar los objetivos del tratamiento a
la mamá.

Se hizo un cierre del tratamiento realizando una devolución de resultados y los alcances del tratamiento, se estableció un plan de prevención de recaídas y se fortaleció el uso e implementación de las habilidades. Se aplicaron los cuestionarios ASQ y SHQ.

Al finalizar se utilizaron algunos minutos de la sesión para comunicar con la mamá la decisión de Azalea de concluir el tratamiento.

Anexo 8

Desglose de las sesiones del tratamiento de Cosmos

Estructura del tratamiento de Cosmos			
Sesión	Módulo de habilidades DBT	Objetivos	Descripción
1	NA	Realizar el primer contacto con Cosmos y su mamá. Proporcionar consentimiento y asentimiento informados. Aplicar cuestionarios ASQ y SHQ (pretest).	Se realizó el primer contacto con Cosmos y su papá, se explicaron características generales de las sesiones y del tratamiento. El papá de Cosmos mencionó que por motivos laborales no se encontrará en la ciudad durante algunos meses, por lo que su madrastra quedará a cargo de él. Se proporcionaron el consentimiento y asentimiento informados y se aplicaron los cuestionarios.
2	NA	Realizar la evaluación del comportamiento suicida mediante el SSF-5 (Sección A). Elaborar plan de seguridad del adolescente.	Se inició la evaluación del comportamiento suicida mediante el SSF-5. Posteriormente se elaboró el plan de seguridad del adolescente.
3	NA	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Continuar con la evaluación del	Se continuó la evaluación del comportamiento suicida completando la sección A y B del SSF-5. Se actualizó la información del plan de

		comportamiento suicida mediante el SSF-5 (Sección A, B y C).	seguridad con la información obtenida.
4	NA	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Concluir evaluación del comportamiento suicida mediante el SSF-5 (Sección C). Realizar entrevista inicial para obtener información adicional.	Se completó la evaluación del comportamiento suicida mediante el SSF-5. Se realizó una entrevista inicial para obtener información de otras áreas de vida, tales como dinámica familiar, relaciones interpersonales, intentos de solución.
5	NA	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Comunicar resultados de evaluación a la madrastra. Elaborar plan de apoyo a la estabilización.	Se comunicaron los resultados de evaluación con la madrastra, así como el historial en extenso del comportamiento suicida. Se elaboró el plan de apoyo a la estabilización y se compartió el plan de seguridad del adolescente.
6	Regulación emocional	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Introducir objetivos en la regulación emocional y psicoeducar sobre mitos de las emociones.	Se trabajaron los objetivos de la regulación emocional mediante handouts del manual de habilidades para adolescentes. Se realizó una dinámica con el objetivo de desmitificar frases sobre las emociones. Se proporcionó material adicional sobre las emociones (Diccionario de las emociones, tomo II).
7	Regulación	Realizar monitoreo semanal y monitoreo	Se inició la enseñanza de la habilidad ABC

	emocional	CAMS. Enseñar habilidades para disminuir la vulnerabilidad emocional (ABC CUIDA).	CUIDA que se utiliza para acumular experiencias positivas y reducir la vulnerabilidad emocional, mediante tarjetas de habilidades.
8	Regulación emocional	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Enseñar habilidades de autocuidado (CUIDA) y protocolo de higiene del sueño.	Se amplió la enseñanza de la habilidad CUIDA, abarcando aspectos relacionados con salud física, mediante handouts del manual de habilidades para adolescentes. Se brindó psicoeducación sobre higiene del sueño mediante protocolos del manual de habilidades.
9	Efectividad interpersonal	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Introducir objetivos en la efectividad interpersonal.	Se enseñaron los objetivos de la efectividad interpersonal y las habilidades que se utilizan en este módulo.
10	Efectividad interpersonal	Realizar monitoreo semanal y monitoreo CAMS. Enseñar habilidades para solicitar algo o decir que no a una petición (DEAR MAN).	Se enseñó la habilidad DEAR MAN que está dirigida a solicitar algo de forma efectiva o a decir que antes ante una petición. La habilidad se enseñó mediante la elaboración de un guión sobre cómo pedir algo y handouts del manual de habilidades para adolescentes.
11	Efectividad interpersonal	Realizar monitoreo semanal y cierre de CAMS.	Se realizó el cierre de CAMS al cumplir con el criterio de disminución de riesgo, esto se hizo

		Monitorear uso de la habilidad DEAR MAN Enseñar habilidades para mejorar las relaciones (GIVE).	completando el documento de disposición de resultados. Posteriormente se realizó un monitoreo del uso de la habilidad DEAR MAN. Se continuó la sesión con la enseñanza de la habilidad GIVE, para mejorar las relaciones interpersonales y sus solicitudes, a través de handouts del manual de entrenamiento en habilidades para adolescentes.
12	Efectividad interpersonal	Realizar monitoreo semanal. Comunicar avance del tratamiento con la mamá y monitorear cambios observados en Cosmos. Verificar uso e implementación del plan de apoyo a la estabilización.	Al iniciar la sesión se comentó con Cosmos que solo se haría el monitoreo para posteriormente continuar la sesión con sus papás. Con ellos se hizo una breve descripción del curso de tratamiento, así como una valoración de los cambios que han observado. Se verificó el uso del plan de apoyo a la estabilización y se finalizó con la enseñanza de habilidades para comunicar sus necesidades, decir que no mejorar sus relaciones, para usar con Cosmos.
NA	NA	NA	Durante dos semanas no se tuvieron sesiones debido a que hubo un paro de actividades en la secundaria.
13	NA	Realizar monitoreo semanal.	Se realizó una psicoeducación sobre el

14	Efectividad interpersonal	Brindar psicoeducación sobre el consumo de alcohol y de sustancias. Realizar monitoreo semanal. Terminar psicoeducación sobre consumo de alcohol y sustancias. Fortalecer uso de habilidad DEAR MAN.	consumo de alcohol en la adolescencia y su relación con el cerebro. Se concluyó la psicoeducación sobre el consumo del alcohol y de los reforzadores por lo que se genera en el consumo. Además, se fortaleció el uso de la habilidad DEAR MAN para decir que no a una solicitud (consumo de alcohol).
15	Tolerancia al malestar	Realizar monitoreo semanal. Enseñar habilidades de aceptación radical.	Se enseñaron habilidades de aceptación radical respecto a las necesidades que pueden cubrir sus papás y lo que no pueden satisfacer, así como el buscar otros lugares o personas que sí puedan hacerlo (hermanos y amigos),
Cierre Sesión de orientación con padres.	NA	Realizar monitoreo semanal. Realizar devolución de resultados. Elaborar plan de prevención de recaídas. Hacer cierre con cartas de cierre de proceso. Aplicar cuestionarios ASQ y SHQ (postest). Comunicación de finalización de tratamiento con la mamá.	Se realizó el cierre de proceso con Cosmos. Se hizo una devolución de resultados y de los alcances del tratamiento, se estableció un plan de prevención de recaídas y se fortaleció el uso e implementación de habilidades. Se leyó la carta de despedida del psicólogo y se aplicaron los cuestionarios ASQ y SHQ. Al finalizar se utilizaron algunos minutos de la sesión para hablar con la madrastra y comunicar la decisión

de cierre de tratamiento y hacer una devolución de resultados.

Seguimiento	NA	Realizar monitoreo CAMS. Verificar uso de habilidades, plan de seguridad y plan de prevención de recaídas. Aplicar cuestionarios ASQ y SHQ (seguimiento).	Se realizó una sesión de seguimiento con Cosmos aproximadamente dos meses posteriores a que se concluyó el tratamiento. Se hizo un monitoreo del uso de habilidades, del plan de seguridad y de las recaídas. Se aplicaron los cuestionarios ASQ y SHQ, también se hizo un monitoreo de las variables de CAMS:
-------------	----	---	--