UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Diseño y evaluación de un programa de intervención para la prevención del suicidio infantil basado en terapias contextuales

TESIS PRESENTADA POR

Margarita Vega Vázquez

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE

Maestra en Psicología

COMITÉ TUTORAL

María Elena Rivera Heredia (Tutora)
Doctora en Psicología

Luis Miguel Sánchez Loyo (Co-tutor)
Doctor en Ciencia del Comportamiento

Fabiola González Betanzos
Doctora en Metodología de las ciencias del comportamiento

Judith López Peñaloza
Doctora en Psicología

Alicia Edith Hermosillo De la Torre
Doctora en Psicología

Catalina González Forteza
Doctora en Psicología

MORELIA, MICH., OCTUBRE DE 2017

ÍNDICE

Resumen 5
Abstract 6
Introducción 7
Justificación 9
Antecedentes generales y específicos 2
Pregunta de investigación 8
Hipótesis y supuestos 8
Objetivos 8
LA CONDUCTA SUICIDA INFANTIL EN MÉXICO Y EL MUNDO 10
La conducta suicida infantil 10
Epidemiología en torno al suicidio infantil 16
Aspectos legales del suicidio infantil en México 19
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA INFANTIL . 21
Factores de riesgo individuales 21
Factores de riesgo familiares 27
Otros factores de riesgo 29
Factores protectores 32
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA 35
Prevención de las conductas suicidas 35
Tratamiento de la conducta suicida infantil 42
Opciones Terapéuticas para el Tratamiento de los Trastornos Mentales 42
Intervenciones propuestas para el tratamiento de la conducta suicida infantil ... 49
TERAPIAS CONTEXTUALES 60
Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) 60
Terapia Dialéctica Conductual 71
Terapia Analítico-Funcional 83
Diseño de investigación 94
FASE 1: ENTREVISTA A EXPERTOS 95
MÉTODO 95

Contexto 95
Participantes: 95
Técnicas de recolección de datos: 96
Procedimiento 97
Consideraciones éticas 97
Análisis de los resultados 98
Resultados 99
Discusión 104
FASE 2: DISEÑO, PILOTEO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN 105
Objetivo: 105
MÉTODO 105
Contexto 105
Participantes 105
Instrumentos 106
Procedimiento 108
Consideraciones éticas 111
Análisis de resultados 112
Resultados 113
Diseño y piloteo de la intervención 113
Discusión 120
Evaluación de la intervención 122
Reflexiones Finales 143
Sobre las entrevistas 143
Sobre el diseño y piloteo de la intervención 144
Alcances 152
Límitaciones 153
Sugerencias para futuras investigaciones 154
Conclusiones 155
Referencias 157
Anexos 190

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Desarrollo del concepto de muerte en los niños 15
Tabla 2. Porcentaje de suicidios infantiles con respecto al total de muertes violentas en el grupo de edad de 10 a 14 años durante el periodo 2000-2015. 17
Tabla 3: Intoxicaciones en menores en el periodo 2010-2015 en el Hospital Infantil de Morelia, Mich. “Eva Sámano de López Mateos” 18
Tabla 4: Factores asociados al suicidio 26
Tabla 5. Clasificación del riesgo suicida y sus indicadores 31
Tabla 6. Categorización del nivel de evidencia de las intervenciones en adultos . 45
Tabla 7. Categorización del nivel de evidencia de las intervenciones en niños y adolescentes 47
Tabla 8. Diferencias entre la investigación y la práctica clínica 50
Tabla 9. Factores clave de las intervenciones desarrolladas en escuelas 54
Tabla 10. Características del contextualismo funcional 61
Tabla 11. Resumen de la literatura de ACT publicada con niños, adolescentes y padres. 70
Tabla 12. Retos en el tratamiento con adolescentes y respuestas del terapeuta.. 79
Tabla 13. Variables dependientes 94
Tabla 14. Características de los expertos entrevistados 99
Tabla 15. Actividades del piloteo de la intervención 115
Tabla 16. Porcentaje de cambio clínico de la prueba piloto con la niña 119
Tabla 17. Porcentaje de cambio clínico de la prueba piloto con el niño 120
Tabla 18. Cambio Clínico Caso 1 130
Tabla 19. Cambio Clínico Caso 2 140

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de factores de riesgo 32
Figura 2. Modelo ecológico de factores de riesgo para el suicidio en menores (adaptado de Jackson y Nuttall, 2001) 34
Figura 3. Objetivos de la prevención del suicidio (Mann et al., 2005) 56
Figura 4. Procedimiento a seguir en la detección de trastornos afectivos (depresión y distimia) en niños y adolescentes (Cárdenas, Feria, Vázquez, Palacios y De la Peña, 2010) 58
Figura 5. Modelo de psicopatología de ACT (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006) 64
Figura 6. Modelo de procesos psicológicos de ACT (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006) 66
Figura 7. Triflex de ACT (Harris, 2009) 67
Figura 8. Llenado de matrix (Polk, Shoendorff, Webster y Olaz, 2016) 68
Figura 9. Características del terapeuta en DBT 73
Figura 10. Estrategias de validación 75
Figura 11. Desarrollo de una sesión con FAP 89
Figura 12. La interacción lógica en la sesión 89
Figura 13. Esquema temático de las entrevistas 101
Figura 14. Resultados de la prueba piloto con la niña 118
Figura 15. Resultados de la prueba piloto con el niño 119

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo diseñar y evaluar un programa de intervención basado en terapias contextuales que disminuyera los indicadores de riesgo suicida en población infantil identificada con riesgo suicida. Dicha intervención se ubica en el nivel de prevención indicada, y fue aplicada en dos menores de 12 años en un consultorio particular.

El estudio se dividió en dos fases: a) la entrevista a expertos y b) el diseño, piloteo, evaluación y seguimiento de la intervención. En la primera fase se realizaron entrevistas semiestructuradas a expertos en la atención psicoterapéutica a menores de edad, mismas que fueron sometidas a un análisis temático. Las categorías identificadas a través de dicho análisis indican que, la forma en la que los psicólogos clínicos abordan el riesgo suicida infantil y factores asociados al mismo es variable en cuanto a técnicas, tiempos y enfoques teóricos. Ello impidió que se retomaran esos resultados para el diseño del programa de intervención específica para la reducción de riesgo suicida en menores de edad; sin embargo, dieron evidencia de la imperiosa necesidad de desarrollar protocolos que puedan ser utilizados por los psicólogos para dar atención a niños y niñas con riesgo suicida.

Para la evaluación de la intervención se utilizó una batería de pruebas conformada por Inventario de depresión para niños (CDI), el Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ), la Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI), la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS), el Inventario de Razones para Vivir para adolescentes (RFL), la Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I), la Escala de Recursos Psicológicos y los apartados de Relación con el padre y Relación con la madre de la Cédula de Conductas Suicidas (CCS).

Los resultados fueron reportados como estudio de caso y analizados mediante el Índice de Cambio Clínico propuesto por Cardiel (1994). Dicho índice indicó que hubo un cambio significativo en ambos casos en los instrumentos SSI, RSQ y CDI; asimismo, se reportan cambios significativos en la escala de razones para vivir, en el caso 1, y en las escalas de impulsividad y ansiedad, en el caso 2.

Los resultados son alentadores respecto al tratamiento de las conductas suicidas en la infancia. Se sugiere para futuras investigaciones realizar estudios clínicos aleatorizados, así como profundizar en la relación entre las conductas suicidas y el duelo.

Palabras clave: Prevención, suicidio, infantes, riesgo suicida, duelo.

ABSTRACT

The present research aimed to design and evaluate an intervention program based on contextual therapies that would reduce the indicators of suicidal risk in children identified as having suicidal risk. This intervention is located at the indicated prevention level, and was applied in two children under 12 years of age in a private practice.

The study was divided into two phases: a) interviewing experts and b) designing, piloting, evaluating and monitoring the intervention. In the first phase, semi-structured interviews were conducted with experts in the psychotherapeutic care of minors, who were subjected to a thematic analysis. The categories identified through this analysis indicate that the way in which clinical psychologists approach child suicide risk and associated factors is variable in terms of techniques, timing and theoretical approaches. This prevented these results from being retaken for the design of the specific intervention program for the reduction of suicidal risk in minors; however, provided evidence of the imperative need to develop protocols that can be used by psychologists to provide care for children at risk for suicide.

For the evaluation of the intervention, a battery of tests was used: the Inventory of Depression for Children (CDI), the Suicide Risk Questionnaire (RSQ), the Scale for Suicide Ideation (SSI), the Anxiety Scale for Children of Spence (SCAS), the Inventory of Reasons for Living for Adolescents (RFL), the Evaluation of Intrafamiliar Relationships (ERI), the Psychological Resources Scale and the sections on Relationship with the Father and Relationship with Mother Certificate of Suicidal Conduct (CCS).

The results were reported as a case study and analyzed using the Clinical Change Index proposed by Cardiel (1994). This index indicated that there was a significant change in both cases in the SSI, RSQ and CDI instruments; likewise, there are significant changes in the scale of reasons for living, in case 1, and in the impulsivity and anxiety scales, in case 2.

The results are encouraging regarding the treatment of suicidal behavior in childhood. It is suggested for future investigations to carry out randomized clinical studies, as well as to deepen the relation between the suicidal behaviors and the bereavement.

Key words: prevention, suicide, children, suicide risk, bereavement.

INTRODUCCIÓN

Existe la creencia generalizada de que los niños, por el mero hecho de ser niños, son felices. Partiendo de dicha creencia es difícil imaginar que un pequeño intente, o si quiera piense, atentar contra su vida. No obstante, existen casos en los que no sólo lo piensan o lo intentan, sino que lo logran.

El presente trabajo ha nacido con la intención de contribuir no sólo a la comprensión de este fenómeno, sino de aportar a la prevención de la conducta suicida infantil. Es una problemática que, si bien no se encuentra en las primeras causas de muerte infantil, sí ha ido en aumento con el paso de los años y resulta preocupante. Hablar de suicidio ya no sólo es cosa de adolescentes y adultos, se ha convertido también en un asunto que atañe a los niños.

Luego entonces, el presente estudio se propuso identificar un grupo de niños con riesgo de suicidio para reducir, a través de una intervención psicológica, los factores de riesgo que los hacen propensos a cometer suicidio. En este caso particular, los factores asociados que se midieron fueron depresión, ideación suicida, riesgo suicida, razones para vivir, impulsividad, ansiedad, relaciones intrafamiliares y recursos psicológicos.

En los capítulos teóricos se hace una descripción de lo reportado hasta la fecha respecto a la conducta suicida en general, y una breve recopilación de los avances alcanzados respecto a la comprensión de la conducta suicida en la infancia de manera particular. Debido a la complejidad del fenómeno suicida en sí mismo, los estudios encontrados hasta ahora representan aproximaciones importantes hacia la comprensión del suicidio, no obstante, aún no se ha encontrado una manera concreta y única para explicarlo, y menos aún para abordarlo.

De tal forma que los fundamentos teóricos para la creación de la intervención propuesta en el presente estudio, y en gran parte debido a la escases de estudios realizados únicamente con niños son, primordialmente, los estudios previos en torno a las características del fenómeno suicida en población infanto-juvenil, a los reportes epidemiológicos en este grupo de edad, los factores de riesgo y algunos de los

factores protectores que se han asociado a las conductas suicidas en los distintos grupos de edad, distintas propuestas tanto terapéuticas como de intervención para el abordaje de esta problemática, y por último, aunque no menos importante, las características de tres de las terapias contextuales (Terapia de Aceptación y Compromiso, Terapia Dialéctica Conductual y Terapia Analítico Funcional) que han reportado éxito en el tratamiento de conductas suicidas y/o factores asociados en distintas poblaciones.

Si bien se exponen únicamente dos casos, los resultados obtenidos en el presente estudio representan un paso importante no sólo en cuanto a la mejora en el bienestar psicológico de estos menores sino también en lo que respecta a la prevención del suicidio infantil.

JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) declara que al año se suicidan más de 800,000 personas, cifra que posicionó al suicidio como la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años en el año 2012. Estas cifras son alarmantes porque la mortalidad debida a este fenómeno es superior a la ocasionada por guerras u homicidios. De la totalidad de los suicidios cometidos, asegura dicha organización, el 75% son efectuados en los países de bajos y medianos ingresos (de acuerdo a la OCDE).

En cuanto a México, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2014) reporta que el suicidio es una de las primeras 20 causas de muerte, siendo la cuarta en el caso de los jóvenes de 15 a 24 años. En el caso de los niños y adolescentes de los 10 a 14 años, representa un 20.2% del total de muertes violentas (INEGI, 2016). De acuerdo con lo reportado por los familiares, aparentemente las primeras causas de suicidio (en general) son, en orden de incidencia: amorosas, dificultades económicas y disgustos familiares; ocurriendo en su mayoría en casas habitación, por medio de la estrangulación. De acuerdo con las cifras del INEGI, son mayores los suicidios en varones que en mujeres.

En el Estado de Michoacán de Ocampo, la mayor parte de suicidios son efectuados por varones, mediante el estrangulamiento o la sofocación (INEGI, 2016a). La mayoría de los casos reportados hasta el 2005 ocurrieron en la zona urbana, y fueron efectuados en su mayoría por varones tanto solteros como casados, con bajo nivel de escolaridad, quienes en su mayoría eran trabajadores agropecuarios, artesanos u obreros (INEGI, 2005). En el caso de los menores de 10 a 14 años, se registraron 30 suicidios consumados por este grupo de edad en el periodo que va del 2011 al 2015 (INEGI, 2016b); no obstante, existe un sub-registro importante de conducta suicida ya que como lo señalan Vargas-Mendoza (2010), por conducta suicida se entiende no sólo el suicidio consumado sino también el intento y la ideación suicida.

Ante tal problemática, Rivera-Heredia, Martínez-Servín y Escutia-Valdéz (2011) aseveran que los padres de familia y profesores requieren de información y capacitación que les permita relacionarse de mejor manera con los jóvenes, sobre todo en cuanto a la comprensión de sus valores, inquietudes y sistemas de creencias se refiere. Por otro lado, los adolescentes remarcan la necesidad de incrementar la comunicación de calidad con sus padres. Todo lo anterior hace imperativa la implementación de estrategias de intervención preventiva que fortalezcan la relación no sólo entre padres e hijos, sino también entre profesores y alumnos, tanto niños como adolescentes.

El conocimiento sistémico de los factores de riesgo asociados al suicidio constituye un primer paso para la detección e intervención temprana, y una vez que éstas sean realizadas ayudarán a que la vida de muchos jóvenes, así como la de sus familiares y amigos, no se vea alterada por las distintas conductas suicidas (Rivera-Heredia y Andrade-Palos, 2008). Las investigaciones, por lo tanto, habrán de servir para recopilar información necesaria en un primer momento, para luego establecer planes de acción que lleven a un avance en la prevención del suicidio.

Lo anterior connota la inminente necesidad de crear programas de intervención que evidencien y proporcionen los recursos necesarios, tanto de manera personal, como familiar e institucional (como es el caso de las escuelas), para prevenir efectivamente las conductas suicidas en los individuos y sus familias. Debido a ello, la OMS (2015) lo considera como uno de los asuntos primordiales a atender en el Programa de acción para superar la brecha en salud mental establecido en 2008 y señala que los servicios de salud deben incluir la prevención del suicidio como un elemento medular (OMS, 2014).

Partiendo de lo antes mencionado, el presente proyecto busca reducir la probabilidad de ocurrencia de la conducta suicida en niños con riesgo suicida a través de un programa de intervención en el que se reduzcan los factores de riesgo en la medida de lo posible. Asimismo, se buscará que la intervención pueda llevarse a cabo con menores canalizados tanto de instituciones educativas como de salud.

Así, se pretende abordar la conducta suicida, tanto a nivel teórico como práctico, en el marco del rigor de investigación científica que no tiene precedentes en el Estado de Michoacán contribuyendo al fortalecimiento del conocimiento basado en la evidencia en torno al tratamiento de la conducta suicida, específicamente de la población infantil en el nivel de prevención indicada (Gordon, 1983).

Los avances obtenidos representan una aportación en el ámbito educativo, social, de salud física y mental, salud pública y atención a grupos vulnerables, y, principalmente, a la Psicología Clínica. En el área educativa se beneficia concretamente al personal que trabaje el área de Orientación Educativa (y/o afines) puesto que se brindarán herramientas para identificar factores de riesgo en menores, así como para prevenir las conductas suicidas en los mismos. En el ámbito social, la implementación del presente proyecto aportará una propuesta aplicable en cualquier institución que trabaje con población de alto riesgo suicida. Asimismo, contribuye tanto a la salud física como mental una vez que el mejoramiento de la salud mental de los participantes en la intervención se ve reflejado en su cuidado físico y, de manera paralela, en la reducción de la ideación suicida. Cabe mencionar que el grupo de los niños y sus familiares en situaciones de riesgo, insertos en los grupos vulnerables, fueron los directamente beneficiados.

Dado que es un estudio en el que se partió de la disponibilidad y apertura de los psicólogos a entrevistar, así como del consentimiento informado y la colaboración de los padres o tutores de los menores, se consideró al presente un proyecto viable.

ANTECEDENTES GENERALES Y ESPECÍFICOS

Al revisar los estudios más recientes en torno al suicidio en menores de edad se encuentra una tendencia marcada hacia el estudio de la conducta suicida en adolescentes, diversificándose principalmente por indagar en la percepción del fenómeno y los factores asociados. Cabe resaltar que de estos últimos, un mínimo porcentaje indagan sobre los factores protectores, posicionando a los factores de riesgo como los más investigados (Vázquez-Vega, Piña-Pozas, González Forteza, Jiménez-Tapia y Mondragón-Barrios, 2015).

No obstante, el estudio del suicidio infantil va cobrando fuerza, siendo abordado principalmente desde su vínculo con temas como el maltrato, abuso sexual, depresión y las conductas violentas presentadas por los infantes; en otros países, como Estados Unidos y Cuba comienzan incluso a diseñar instrumentos psicométricos para predecir este fenómeno en los niños (White, 2013; Portieles-Sánchez, Rodríguez-Villavicencio y Rivero-Álvarez, 2014).

Entre los artículos que reportan información respecto a los factores asociados a las conductas suicidas se encuentra el de "*Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes"*, en el cual Vianchá-Pinzón, Bahamón-Muñetón y Alarcón-Alarcón (2013) presentan una reflexión puntual sobre la conducta suicida en los jóvenes mexicanos y los factores de riesgo reportados en estudios recientes. Para lograr dicho objetivo los autores llevaron a cabo una revisión documental en las bases de datos Dialnet, Redalyc, Scielo y Proquest utilizando los descriptores: suicidio, ideación suicida, intento suicida y factores de riesgo, en la que encontraron que los estudios se han enfocado en la caracterización del fenómeno en jóvenes de Latinoamérica y han identificado como factores asociados: la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, los trastornos alimenticios, el acoso escolar, así como los estilos y estrategias de afrontamiento poco adaptativas, focalizadas en la emoción. Los autores resaltan que es necesario que los profesionales de la salud mental generen intervenciones que permitan identificar y prevenir el suicidio a través de las problemáticas asociadas, reto al que pretende abonar la presente investigación.

Salta a la vista la importancia que tiene la familia tanto para la población infantil como para la juvenil, convirtiéndose en un factor protector al constituirse un punto de apoyo para enfrentar las problemáticas de la vida cotidiana, o un factor de riesgo cuando sucede lo opuesto. Asimismo, indica la necesidad de esta población de aprender a manejar situaciones de conflicto o estresantes y a adaptarse al medio en que se desarrollan de una manera funcional y proactiva.

Así, en cuanto al contexto familiar, Morais dos Santos (2013) busca investigar en su tesis doctoral titulada *Indicadores de tendencia suicida en niños accidentados en ambiente doméstico*, si en los accidentes en el hogar de niños de 6 a 12 años que son hospitalizados se enmascara un intento suicida. Este investigador llevó a cabo un estudio exploratorio, cualitativo y transversal, revisando los registros hospitalarios, llevando a cabo un análisis y correlación de los datos encontrados en el Hospital da Restauração (HR) de la ciudad de Recife, Estado de Pernambuco, Brasil, además de realizar una entrevista semiestructurada al familiar a cargo y aplicar el dibujo de la familia y otra entrevista semiestructurada a los niños. Sus resultados arrojan que, incluso en los accidentes propiciados por terceros, puede existir un deseo de suicidarse en los menores, partiendo fundamentalmente de situaciones familiares que dan pauta a conductas de riesgo y autodestructivas a corto y largo plazo. Estos datos corroboran la importancia de la familia para los menores y reafirman la necesidad de incorporarla en sistemas de prevención tanto de conductas autodestructivas como comportamiento suicida en menores.

Por lo que se refiere a la comprensión de los niños en torno a la muerte en general, y el suicidio en particular, Quintanilla Montoya, Sánchez-Loyo y Pérez Lúa (2015) efectuaron un estudio con la finalidad de identificar y describir los conceptos de muerte y suicidio en menores mexicanos de 5 a 14 años de edad partiendo de una perspectiva cognitiva-piagetana. Para ello, entrevistaron a 47 participantes, explorando con ello su comprensión respecto a la muerte y al suicidio, así como las experiencias personales que hayan vivenciado en torno a las temáticas.

Los investigadores encontraron que los niños de 5 y 6 años aún no pueden definir ninguno de los dos conceptos y les es difícil diferenciar el suicidio de otras muertes

violentas. Por otro lado, los niños de 7 a 9 años comprenden con mayor profundidad ambos conceptos, no obstante aún no manifiestan una comprensión total; sus referentes principales son la familia, la televisión y las creencias religiosas. Por su parte, los niños de 10 a 12 años expresan con claridad los conceptos de universalidad (todos morirán en algún momento) e irreversibilidad de la muerte (no se puede volver a la vida después de morir), diferencian entre un ser vivo y uno muerto, aunque aún confunden el suicidio con el deseo de no querer seguir viviendo.

Finalmente, los menores de 13 y 14 años expresan con total claridad los conceptos de universalidad, irreversibilidad, inevitabilidad (no se puede evitar) e impredictibilidad (es impreciso el momento en que ocurrirá) de la muerte, y son perfectamente capaces de describir un muerto desde el punto de vista tanto médico como fenomenológico. Aunado a ello, comprenden y utilizan apropiadamente el término de suicidio en su discurso, además de que expresan las posibles causas y sostienen una postura al respecto.

Previo a este estudio se realizó otro titulado *Muerte, recursos personales y ambiente familiar: una perspectiva infantil*, en el cual Vega Vázquez (2010) se planteó como uno de los objetivos de tesis de licenciatura el identificar el concepto de muerte en niños de 6, 8 y 10 años de edad. Para ello se realizaron entrevistas estructuradas a los menores, examinando el desarrollo de los conceptos de universalidad, irreversibilidad, inevitabilidad e impredictibilidad de la muerte. Los resultados indican, en congruencia con el estudio anteriormente expuesto, que los niños de 6 años comprenden apenas los conceptos de irreversibilidad e inevitabilidad de la muerte, y en pocos casos el de universalidad también. A la edad de 8 años se agregan a la comprensión de los menores el concepto de impredictibilidad. Por último, a la edad de 10 años se identifica un buen nivel de comprensión de cada uno de los conceptos de muerte, así como una mayor elaboración en comparación con los niños más pequeños. Estos resultados indican que los menores que intentan o cometen suicidio a la edad de 10 años tienen pleno conocimiento de las implicaciones del acto, pudiendo no ser así para niños de edades más tempranas.

En la misma línea, Covarrubias de la Torre, Soltero Avelar, Sánchez-Loyo, Rivera Heredia y Pavón Cuéllar (2017) efectuaron un estudio para explorar la posibilidad

de que menores de 6 a 11 años de edad desarrollen ideas suicidas a su corta edad. Para ello, entrevistaron a 123 niños y niñas e indagaron en los conceptos de vida, muerte y suicidio, así como los pensamientos, ideas y deseos de muerte. Los investigadores encontraron que los deseos de muerte pueden presentarse en este grupo de edad, y generalmente se encuentra vinculado a situaciones que generan enojo y/o estrés en ellos. Además, los menores identificados con ideas de muerte conocen ya distintas formas de llevar a cabo el acto, y son capaces de reconocer las causas (tristeza, dolor, angustia, ansiedad), e inclusive de expresar verbalmente su deseo de morir a personas cercanos. Estos resultados corroboran no sólo que los menores pueden tener pensamientos y/o deseos de muerte, sino también que son capaces de reconocer e idear un método para llevar a cabo el acto, indicando que es una población tan susceptible de cometer suicidio como las de edades más avanzadas.

En lo que se respecta a los instrumentos diseñados para la prevención del suicidio en menores de edad, se encontró una tesis doctoral titulada *Suicide risk in children and adolescents in a pediatric emergency department: effects of race, income, gender, and age* en la cual Ballard (2012) se propuso evaluar la utilidad del cuestionario *Risk of Suicide Questionnaire (RSQ)* en niños estadounidenses, así como identificar los factores clínicos y demográficos relacionados con el riesgo suicida, y para ello aplicó la prueba en 439 pacientes urbanos pediátricos del departamento de emergencias en un periodo de nueve meses.

Sus resultados indican que la prueba es útil para predecir el internamiento en el área psiquiátrica de un hospital, así como que las mujeres son más propensas a las conductas suicida a pesar de que cuando existe un diagnóstico depresivo no se observan diferencias de sexo. Al utilizar una regresión múltiple se encontró una interrelación entre la edad y las historias de abuso sexual en adolescentes tardíos, demostrando un alto riesgo suicida en adolescentes que fueron abusados en etapas tempranas de la vida. De lo anterior se refuerza la necesidad expresada por Palanca, Fernández y Morant (2011) de establecer medidas para la evaluación e intervención de las conductas suicidas, haciendo hincapié en la inclusión del diagnóstico de depresión y trauma.

Y en lo referente propiamente a las intervenciones y programas previamente diseñados, Sandler, Tein, Wolchik y Ayers (2016), en el artículo *The effects of the family bereavement program to reduce suicide ideation and/or attempts of parentally bereaved children six and fifteen years later*, exponen los resultados de la evaluación efectuada al Programa Familiar de Duelo Familiar (Family Bereavement Program, FBP) respecto a sus alcances para reducir la futura ideación y/o intentos suicidas en niños y adolescentes en duelo por la pérdida de uno de sus progenitores. Para ello, se hizo un seguimiento a 244 niños y adolescentes pertenecientes a 156 familias en las que se aplicó dicho programa, con un rango de edad de 8 a 16 años.

El programa consiste en la implementación de 12 sesiones grupales para cuidadores, niños y adolescentes, además de 2 sesiones individuales. Las temáticas centrales del programa son la crianza positiva y habilidades de afrontamiento efectivas. Los efectos de dicho programa se evaluaron 6 y 15 años después de haber concluido su aplicación. Así, se encontró que el programa tiene efectos notables, aunque no significativos, transcurridos 6 años ($p = .053$) para la reducción de la ideación y/o tentativa suicida. Sin embargo, a los 15 años los resultados alcanzan la significancia estadística ($p=.041$), por los autores concluyen que el programa es efectivo para reducir la ideación y/o tentativa suicida a largo plazo en niños y adolescentes, a pesar de que su propósito original es el abordaje del duelo.

Sobre esa misma línea, el propósito del estudio de Glenn, Franklin y Nock (2015) fue realizar una revisión de la evidencia en torno a los tratamientos psicosociales para las lesiones auto infringidas con o sin fines suicidas, así como para los pensamientos y conductas suicidas en menores. Para ello, identificaron 29 estudios en torno al tema en bases de datos científicas. Los autores encontraron que los estudios cuentan con distintos niveles de evidencia y enfoques teóricos, no obstante todos los que fueron identificados como eficaces comparten elementos básicos en

su propuesta de intervención, tales como el entrenamiento en habilidades familiares, el entrenamiento y educación parental, así como el entrenamiento en habilidades individuales. Además, señalan, las intervenciones más efectivas para reducir conductas autolesivas son intensivas, especialmente al inicio del tratamiento, y abordan otras conductas de riesgo (como consumo de sustancias).

Sin embargo, concluyen Glenn, Franklin y Nock (2015), aún no es completamente claro cuáles y cuántos son los componentes necesarios y suficientes para reducir las conductas autolesivas en adolescentes, así como tampoco existen tratamientos bien establecidos para tratar las conductas autolesivas suicidas y no suicidas en esta población. De esta forma, se evidencia la necesidad de continuar haciendo esfuerzos por proponer y evaluar nuevas formas de intervenir con niños y adolescentes.

En un esfuerzo similar, Cox y Hetrick (2017) realizaron una revisión de la evidencia existente en torno a las intervenciones individuales psicosociales indicadas para el tratamiento del intento, la ideación y los intentos de suicidio en niños y jóvenes, haciendo un especial énfasis en el uso de métodos electrónicos para ofrecer intervenciones psicológicas. Para ello, localizaron las revisiones sistemáticas y los meta-análisis sobre las intervenciones psicológicas propuestas para abordar las conductas suicidas en niños y jóvenes.

La mayoría de las intervenciones encontradas fueron de corte teórico cognitivo-conductual, con un método de aplicación de cara a cara. Todas las propuestas estuvieron dirigidas para mayores de 12 años de edad. Asimismo, la mayoría de los ensayos revisados no reportaron diferencias significativas en las conductas suicidas entre los grupos, no obstante, las terapias que reportaron mayor eficacia fueron las cognitivo-conductuales, la terapia dialéctica conductual y las terapias basadas en mindfulness.

Estos resultados muestran tanto el avance en el estudio de la conducta suicida infantil como las limitaciones de las intervenciones dirigidas a la prevención del

suicidio en la población infantil concretamente, así como la inminencia de que éstas se basen en terapias con respaldo teórico y empírico que les otorguen una mayor posibilidad de ser eficaces en el abordaje de dicha problemática.

De esta forma, se evidencia la necesidad de no sólo de abordar desde la teoría la problemática suicida en población infantil sino de ir más allá y diseñar y evaluar una intervención que contribuya a la prevención tanto del suicidio como del intento de suicidio en dicha población. Es justamente esta última la que ha impulsado el planteamiento del presente proyecto y se configura en su objetivo.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

- ¿En qué medida y de qué manera el participar en un programa de intervención para la prevención del suicidio disminuye los indicadores de riesgo suicida de los niños y niñas?

HIPÓTESIS Y SUPUESTOS:

El programa de intervención, a través del desarrollo y/o adquisición de habilidades personales en los niños participantes para hacer frente a dificultades de la vida cotidiana, reducirá significativamente, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, los indicadores de riesgo suicida en éstos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Diseñar y evaluar un programa de intervención basado en terapias contextuales que disminuya los indicadores de riesgo suicida en población infantil identificada con riesgo suicida.

OBJETIVOS PARTICULARES:

- Examinar el tratamiento que los psicólogos con experiencia en infantes le han dado a los niños y niñas con intento de suicidio y depresión, analizando los resultados del mismo.
- Diseñar y proporcionar estrategias para reducir significativamente la sintomatología asociada a las conductas suicidas en niños.
- Analizar si el tiempo, intensidad, duración y calidad de cada una de las sesiones son apropiadas para lograr las metas propuestas en cada una de ellas.
- Evaluar la efectividad del programa de intervención.
- Evaluar la estabilidad de los resultados obtenidos un mes después de culminar la aplicación del programa de intervención.

LA CONDUCTA SUICIDA INFANTIL EN MÉXICO Y EL MUNDO

De acuerdo con la Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2015) “el desarrollo de la infancia entre los 6 y los 11 años de edad es decisivo para consolidar las capacidades físicas e intelectuales, para la socialización con las demás personas y para formar la identidad y la autoestima de los individuos”. Así, afirma dicha institución, es una etapa de la vida en la que la familia, la comunidad y la escuela en la que se desenvuelva el menor tienen repercusiones directas en su desenvolvimiento físico y psicológico, impactando en aprendizaje, el juego, la moral y las relaciones sociales. Es por ello que cuidar dicho desarrollo es no sólo una necesidad, sino una obligación que atañe a la sociedad en general, y es inminente que la Psicología como ciencia, actúe en pro de su cumplimiento.

La conducta suicida infantil

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1976) como "todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil".

Su estudio ha llevado a hablar no sólo de suicidio sino de conductas suicidas en vista de que el fenómeno engloba distintas conductas, tales como las lesiones auto infligidas (con desconocimiento de si fue intento de suicidio), los actos preparatorios para una conducta suicida (en ocasiones detenidos por otros o por el sujeto mismo), eventos suicidas (intentos suicidas no reconocidos o tratados), ideación suicida pasiva (o pensamientos de muerte), ideación suicida activa (planeación de un intento suicida próximo), intento de suicidio (intento de suicidio potencialmente letal) y el suicidio mismo (daño auto infligido con desenlace fatal) (Posner, et ál., 2007).

Pensar en el suicidio de un menor de edad pareciera, en primera instancia, una cosa tan irreal que refiere a los acontecimientos de otro mundo, sin embargo no lo son.

Son sucesos propios no sólo de este mundo, sino también de este país y, por tanto, de este Estado. Parece inevitable aceptar que, cada vez con más frecuencia, los niños están considerando el suicidio como una manera de afrontar los problemas.

Evaluar la conducta suicida en menores de edad conlleva una serie de dificultades clínicas debido a que se hayan implicados distintos componentes propios del desarrollo que complican dicho cometido, de esta forma, determinar si el menor presenta una conducta suicida se convierte en una tarea compleja y dinámica en la que se debe poner atención a la multiplicidad de factores involucrados (Pfeffer, 2003).

En un intento por comprender este fenómeno en la población infantil se ha indagado en las características del intento suicida, los factores desencadenantes y las causas asociadas, tanto a nivel individual como familiar y social, que incentivan a los menores a intentar, y en ocasiones lograr, quitarse la vida.

Características del intento suicida

Con respecto a los métodos que más emplean los menores para quitarse la vida, se ha encontrado que, a nivel mundial, éstos suelen ser el colgamiento, el envenenamiento y el salto de lugares altos (Lalawani, Sharma, Kabra, Girdhar & Dogra, 2004; Hepp, Stulz, Unger-Köppel & Ajdacic-Gross, 2012), aunque en algunos países, después del envenenamiento, es más común el uso de armas de fuego dada su disponibilidad y fácil acceso (Ajdacic-Gross et al., 2008; Von Dessauer et al., 2011).

Al respecto, Bender y Schilder (1937) sugieren que el método elegido por el menor para quitarse la vida, o al menos intentarlo, denota el posible significado del acto. Así, saltar por la ventana puede simbolizar el deseo de escapar, mientras que los motivos que nacen de la agresión pueden reflejarse en las heridas auto infligidas, las puñaladas y demás métodos violentos. Por otro lado, el acto puede también significar la unión con un ser querido que ha muerto o un intento por recuperar el objeto de amor perdido, que frecuentemente es uno de los padres debido a que la

muerte de éstos llega a ser vivida de manera especialmente intensa en los menores (Mitchell et al., 2006).

La multiplicidad de métodos y significados atribuidos lleva a concluir que, para comprender del todo el acto suicida, es necesario saber cómo el individuo significa su propia muerte. Clarificar la intención permite comprender mejor el comportamiento (Bryan & Rudd, 2006).

Factores desencadenantes

El interés por las conductas suicidas en menores no es del todo reciente, y es que ya en 1937, Bender y Schilder hicieron una recopilación de casos de intentos de suicidio en menores de 13 años. En este estudio, los autores notificaron 18 intentos en un periodo de 2 ½ años, registrados en el servicio de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico de Bellevue. En la mayoría de los casos se encontraron motivos claros y conscientes por parte de los menores para intentar suicidarse: terminar con una situación que parece insoportable, la infelicidad de vivir en casas hogar, la separación de los menores y sus padres, sufrir ataques epilépticos; en el caso de los púberes salieron a la luz las preocupaciones de los menores por ser feos o deformes, las preocupaciones por problemas sexuales de los progenitores.

Con base en estos casos, los autores infieren que el intento de suicidio en un niño representa un intento de escape ante una realidad intolerable. En su mayoría, estas situaciones son producto de una privación de amor, o una percepción de ella, que provoca reacciones agresivas contra los causantes de dicha privación, pero que, debido al sentimiento de culpabilidad que genera en el niño, se tornan hacia sí mismo (Bender & Schilder, 1937).

Dicho hallazgo concuerda con lo expuesto por Holt-Lunstad, Smith y Layton (2010), quienes afirman que las relaciones sociales tienen un impacto tan fuerte en la vida de los individuos, que la carencia de las mismas constituye un factor de riesgo aún más importante que el tabaquismo y el alcoholismo en cuanto a mortalidad se

refiere. Así, si a los menores se les priva de las relaciones sociales más íntimas, como es el caso de la relación con sus padres, se le está posicionando en un sitio de alto riesgo, sobre todo si se toma en cuenta que un menor depende en gran medida de sus progenitores o tutores.

Así, se ha reportado que quienes tienen pocas relaciones sociales experimentan una sensación de soledad que es generada no sólo por un componente hereditario, sino también por la dinámica social en la que está inmerso el individuo. Esta sensación de soledad le lleva a cortar esos pocos lazos sociales que tiene, no sin antes transmitirles esta sensación, con lo cual se propaga la experiencia entre personas cercanas a ellos. Es de esta forma que la debilidad y escases de redes sociales constituyen un factor de riesgo al conjuntarse con el sentimiento de soledad, por lo que quienes se relacionan socialmente pocas veces son más propensos a comenter suicidio (Cacioppo, Fowler & Christakis, 2009; Holt-Lunstad, Smith y Layton, 2010).

Cabe mencionar que comúnmente los intentos de suicidio en niños son menospreciados, sobre todo cuando son de baja letalidad en razón de que los menores no conocen los verdaderos alcances de los métodos que emplean inicialmente, y este menosprecio propicia que si existe un segundo intento éste sea más letal. De ahí la importancia de otorgarle la suficiente seriedad a la intención que el niño manifiesta, tanto en una idea suicida como en un intento fallido (Pfeffer, 2003).

Posibles causas

Cyrulnik (2014) propone que el abandono del niño por parte de la sociedad es lo que genera en éste un sufrimiento psicológico tal que le impulsa al quitarse la vida. Esto no como una idea instantánea, sino como un proceso gradual que implica la instauración de la idea de muerte en el menor hasta el punto de pensar en el método que empleará para lograrlo.

Aunado a ello, la disminución de la cohesión social, las modificaciones que ha sufrido la estructura de la familia tradicional, la inestabilidad económica, el

desempleo y el incremento de las tasas de depresión son factores que igualmente contribuyen a generar una atmósfera propicia para la manifestación de conductas suicidas (Wasserman, Cheng & Jiang, 2005). Este vínculo entre suicidio y problemas económicos resulta aún poco claro puesto que se ha encontrado una coincidencia entre ambas variables, sin embargo, en ocasiones el incremento en los índices de suicidio se genera antes del surgimiento de una crisis económica (Fountoulakis et al., 2014). Este aumento constante, sugiere Cyrulnik (2014), puede ser un indicador de la desorganización en las condiciones de desarrollo que estamos ofreciendo a los menores.

Por otro lado, las estadísticas de suicidio consumado empatan en cierta medida por la afirmación de Carbonell Camós (2007) de que el suicidio, de alguna manera, está determinado por el contexto ecológico y social en el que ocurre, y que puede identificarse en el fenómeno ciertas regularidades o ritmicidades marcadas por los cambios sociales. Estos cambios sociales pueden no ser los esperados y entonces, al ser distintos de lo que se pensaba, genera una atmósfera propicia para el fenómeno suicida. No obstante, es digno de cuestionarse si estas inferencias alcanzan a la población infantil, y en qué forma, o si son aplicables sólo a jóvenes y adultos.

Conceptos de muerte y suicidio

Es importante resaltar que la edad del niño(a) se encuentra íntimamente vinculada con la comprensión que éste(a) tenga sobre las características e implicaciones de la muerte (Mitchell et al., 2006; Vega Vázquez, 2010; Quintanilla Montoya, Sánchez-Loyo y Pérez Lúa, 2015). De ello la importancia de identificar el nivel de desarrollo que el menor tenga respecto al concepto de muerte. Una de las propuestas se expone en la Tabla 1.

Tabla 1. Desarrollo del concepto de muerte en los niños

Edad	Nivel de comprensión de las cualidades del concepto de muerte			
	Irreversibilidad	Inevitabilidad	Universalidad	Impredictibilidad
6 años	Leve	Leve	Leve (sólo algunos casos)	
8 años	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
10 años	Alto	Alto	Alto	Alto

(Adaptado de Vega-Vázquez, 2010)

Como puede observarse en la Tabla 1, a la edad de seis años los niños apenas comienzan a comprender que la muerte es irreversible, inevitable y universal, no obstante, aún no reconocen que es imposible saber con certeza el momento en que sucederá; a los ocho años comprenden cada una de las cualidades de la muerte, sin embargo, no es sino hasta los diez años que esta comprensión se halla más elaborada y, por tanto, instaurada en la mente del niño (Vega-Vázquez, 2010).

Igualmente, el concepto de suicidio va adquiriendo mayor profundidad para el menor conforme se desarrolla, de tal forma que a la edad de 5 o 6 años se asocia a una muerte violenta pero está aún indefinido. Por su parte, los niños de 7 a 9 años alcanzan ya a identificar algunos medios para ejecutarlo y lo relacionan con los problemas familiares y algunos contenidos televisivos. Por otro lado, los infantes de 10 a 12 años le atribuyen la responsabilidad del hecho al individuo que lo comete, comúnmente descalifican el acto y son capaces de plantear alternativas, sin embargo, aún manifiestan cierta confusión entre el suicidio y el deseo de dejar de vivir. Finalmente, los menores de 13 y 14 años se expresan ya con suficiente propiedad respecto a lo que es el suicidio, la postura que tienen ante el mismo y las diferentes causas que han identificado (Quintanilla Montoya, Sánchez-Loyo y Pérez Lúa, 2015).

De lo anteriormente expuesto, se puede deducir que el nivel de comprensión sobre las implicaciones que su propia muerte tiene al momento de manifestar una conducta suicida (ya sea ideación, intento o suicidio consumado) depende en gran medida de la edad del infante, así como de las experiencias cercanas a la muerte

que haya tenido y hayan influido en el desarrollo de su concepto de muerte (Vega-Vázquez, 2010). Cuando el menor no comprende la irreversibilidad de la muerte puede estar pensando en “matarse pero no morir” (Quintanilla Montoya, Sánchez-Loyo y Pérez Lúa, 2015, p.27) lo cual lo posiciona en una zona de riesgo suicida.

Epidemiología en torno al suicidio infantil

A nivel mundial, el suicidio infantil es relativamente poco frecuente, aunado a que existen pocos estudios que estudien la epidemiología en menores de 14 años (Kõlves & De Leo, 2014), sin embargo, se observa un incremento significativo en la transición de la infancia hacia la adolescencia (Glenn, Franklin & Nock, 2015).

En el caso concreto de México el aumento registrado en la década anterior es significativo para ambos sexos, pasando de una tasa de 0.97 a 1.62 en el caso de los varones, y de 0.45 a 1.02 en el caso de las féminas, ambos de la década de 1990-1999 a la de 2000-2009, incremento que podría deberse a la recesión económica experimentada en estos años (Kõlves & De Leo, 2014).

En el periodo de 1998 al 2011, el grupo de mayor incidencia en México fue el de 15 a 19 años, con el 78.2%, seguido del grupo de 10 a 14 años, con 21.5% y luego el de 5 a 9 años con el 0.3% (Sánchez-Cervantes, Serrano-González y Márquez-Caraveo, 2015). Cabe mencionar que las cifras engloban ambos sexos, lo cual deja a la deriva la existencia o ausencia de diferencias existentes en conductas suicidas entre niños y niñas analizadas en otros estudios (McMahon et al., 2014; Wasserman, Cheng & Jiang, 2005).

Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora (2010) reportan que en México el fenómeno que incrementó en un 275% del año 1970 al 2007. El grupo con tasa más alta es el de los 15 a los 29 años (9.7%), pasando de la ideación al intento suicida en el 3.8% de los casos. Los autores aseveran que en un lapso de 12 meses, 6 601 210 personas reportaron ideación suicida y 593 600 personas cometieron intento de suicidio, de los cuales 99 731 tuvieron que ser atendidos en un hospital. Dado lo

anterior, se evidencia la gravedad de la problemática y se subraya la necesidad de establecer medidas que canalicen y trabajen adecuadamente el riesgo suicida.

En la Tabla 2 puede observarse un incremento significativo en los suicidios reportados en México del 2000 al 2015. Cabe mencionar que en el caso de los menores de 5 a 9 años, sólo se reportó un porcentaje de 0.7 en el 2000, 0.2 en el 2001 y 0.7 en el 2002; a partir del año 2003 dejaron de considerarse y reportarse como suicidios, por lo que el porcentaje aparece en 0 para este grupo de edad a partir de esa fecha.

Recientemente, Covarrubias de la Torre et al. (2017) reportaron en su estudio que, al explorar las temáticas de muerte y suicidio en infantes de 6 a 11 años, el 8.9% de los participantes manifestaron pensamientos e ideas de muerte. Hasta el momento, es la única cifra que se ha reportado en esta población, y denota la importancia de continuar no sólo estudiándola sino también atendiéndola.

Tabla 2. Porcentaje de suicidios infantiles con respecto al total de muertes violentas en el grupo de edad de 10 a 14 años durante el periodo 2000-2015.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total	6.6	8.0	9.8	9.1	10.2	10.5	11.7	9.5	13.0	12.8	13.2	17.7	14.7	14.6	19.0	20.2
H	5.6	6.4	8.3	8.4	9.8	9.8	10.9	8.4	11.2	10.7	11.6	14.6	13.2	12.9	15.6	17.9
M	9.1	11.9	13.6	10.8	11.1	12.1	13.6	11.7	17.0	17.4	16.3	24.5	17.8	18.6	25.6	24.9

Elaboración propia (basada en las estadísticas del INEGI, 2016)

Respecto a los registros marcados como posible intento de suicidio infantil en el Estado de Michoacán, concretamente en el Hospital Infantil de Morelia, del año 2010 al 2015, se observa que la incidencia más alta, tanto para ingresar a urgencias como a hospitalización, es por ingesta de raticida, seguida de organosfosforados. La variación por año de éstas se muestra en la Tabla 3.

Como puede observarse, los registros de intoxicación por raticida fueron mayores en los años 2010 y 2011 en el área de hospitalización, sin embargo, a partir del año

2012 hasta el 2015 pasaron a ser más frecuentes en el área de urgencias, alcanzando su más alto registro en el 2014.

Cabe señalar que se encontraron algunas problemáticas asociadas a la captura de los ingresos, tales como dobles registros, variaciones por un apellido o unas letras en los apellidos, reingresos en días consecutivos, entre otros, que hacen cuestionable la fidelidad de la información proporcionada.

Tabla 3: Intoxicaciones en menores en el periodo 2010-2015 en el Hospital Infantil de Morelia, Mich. "Eva Sámano de López Mateos"

Servicio	Motivo de ingreso	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Urgencias	Organofosforados	0	0	3	2	2	2
	Intoxicación por raticida	0	0	3	4	11	9
Hospitalización	Organofosforados	0	1	2	2	1	1
	Intoxicación por raticida	4	2	1	2	3	5
	Intoxicación por medicamentos	0	0	0	5	0	0

Fuente: Elaboración propia con los datos proporcionados por el Hospital Infantil de Morelia

Es posible que los problemas éticos, financieros y administrativos que existen en torno a la investigación en suicidio genere una información poco confiable en cuanto a la epidemiología del mismo se refiere, por lo que el subregistro sigue siendo un problema vigente y agravante en cuanto a suicidio se refiere (Sánchez-Cervantes, Serrano-González y Márquez-Caraveo, 2015; Wasserman, Cheng & Jiang, 2005). Es muy posible que las cifras sean mayores puesto que en muchas ocasiones los suicidios e intentos de suicidio en menores son registrados como accidentes (Tishler, Reiss, & Rhodes, 2007), además de que las cifras sólo hablan de suicidios evidentes, pero existen suicidios invisibles en cada uno de los distintos grupos de edad (Cyrulnik, 2014).

Sin embargo, los pocos de datos oficiales sobre intentos de suicidio y suicidio consumado en la población infantil, así como la estigmatización que existe en torno

a estas conductas, sobre todo en comunidades rurales (Bartik, Maple & McKay, 2015) convierte a esta población en una población oculta (Romero, Rodríguez, Durand-Smith y Aguilera, 2003).

Es así como, a partir de las estadísticas, se han comenzado a buscar patrones de incidencia que permitan vislumbrar los puntos medulares del fenómeno desde un contexto más amplio puesto que, como afirman Barudy y Dantagnan (2005), el trato hacia los niños y niñas reflejan no sólo la capacidad de los padres para atenderlos, sino también de la sociedad adulta para garantizar la satisfacción de sus necesidades y el respeto de sus derechos como ciudadanos.

Lo anteriormente expuesto sugiere que, a pesar de que a México se le considera como una sociedad que le otorga gran importancia a los vínculos y valores familiares (World Values Survey, 2015), como sociedad no está respondiendo a las necesidades básicas y de protección de los menores que en su familia, por distintos motivos, no se pueden cubrir satisfactoriamente.

Aspectos legales del suicidio infantil en México

En el Estado de Michoacán, la legislación existente en cuanto a suicidio es el Código Penal para el Estado de Michoacán de Ocampo (2014), mismo que, en el apartado de Delitos contra la vida y la integridad corporal, capítulo IV de ayuda e inducción al suicidio, establece en sus Artículos 138, 139 y 140 que:

Artículo 138. Ayuda al suicidio

“A quien ayude a otra persona para que se prive de la vida se le impondrá de uno a tres años de prisión, siempre que el suicidio se consume. Si el sujeto activo del delito prestare el auxilio hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, se le impondrá de tres a siete años de prisión”.

Artículo 139. Inducción al suicidio

“A quien induzca a otra persona para que se prive de la vida se le impondrá de cuatro a siete años de prisión, si el suicidio se consuma.

Si el suicidio no se consuma por causas ajenas a la voluntad de quien induce o ayuda, pero sí se causan lesiones, se impondrá las dos terceras partes de la pena anterior, sin que exceda de la pena que corresponda a las lesiones de que se trate.

En caso de que no se cause lesión alguna, la pena será de una tercera parte de las señaladas en este artículo”.

Artículo 140. Inducción o ayuda al suicidio de persona menor de edad

“Si la persona a quien se induce o ayuda al suicidio fuere menor de dieciocho años de edad o no tuviere capacidad para comprender el significado del hecho, se impondrá al sujeto activo las consecuencias jurídicas señaladas para el homicidio calificado o las lesiones calificadas”.

Como se observa, las penas establecidas en Michoacán de Ocampo son para aquellos que ayuden o induzcan un tercero a cometer suicidio, siendo más grave en el caso de que éste sea un menor, pero no existe pena alguna para aquellos que lo intenten por cuenta propia.

Para ello, es menester hacer un recorrido por los factores asociados a estas conductas, tanto para hacer propenso al menor como para protegerlo de las mismas.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA INFANTIL

El comportamiento suicida es un fenómeno multicausal, es decir, surge como resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales (Cabra, Infante y Sossa, 2010). En el estudio de éste se han identificado factores que generan una mayor propensión a cometer suicidio y se les ha ubicado en esferas de interacción (individual, familiar y social) para su mejor comprensión.

Factores de riesgo individuales

Depresión

El reconocimiento de la depresión en la población infantil ha sido un tema polémico puesto que los síntomas difieren en gran medida de los presentados en la población adulta, lo cual genera susceptibilidad a confundírsele con los cambios propios del desarrollo (Royo y Martínez, 2012; San Sebastián y Manzanero, 2012), o a pasar desapercibida en razón de que la expresión verbal de los menores aún no es lo suficientemente compleja como para expresarla (Collazos y Jiménez-Urrego, 2013). Estas dificultades han llevado incluso a cuestionar la pertinencia del término (Rie, 1966) por un lado, y por otro a infradiagnosticar el padecimiento (Royo y Martínez, 2012; San Sebastián y Manzanero, 2012).

A pesar de lo expuesto, la depresión infantil es uno de los padecimientos mayormente asociadas a las conductas suicidas tanto en niños como en adolescentes (Yoo, Son & Nam, 2010; Siabato-Macías y Salamanca-Camargo, 2015) debido a que, cuando la depresión es severa se observan percepciones cognitivas de autodesprecio, desesperanza, impotencia y culpa, las cuales conllevan la creencia de que la vida es ya intolerable, tener deseos de muerte y expresar frases sobre su ideación suicida e incluso la planificación del acto (Pfeffer, 2003). Es así como la depresión se reconoce como un factor de riesgo para la

conducta suicida (Eikelenboom, Smith, Beekman & Penninx, 2012; Siabato-Macías y Salamanca-Camargo, 2015; Stewart et al. 2017).

Así, la depresión infantil suele identificarse, más que por las expresiones verbales, por los cambios de comportamiento que manifiesta el menor (durante al menos dos semanas seguidas), los cuales generalmente son: desinterés por las cosas que solían gustarle, pérdida del disfrute, problemas de concentración o atención, disminución del rendimiento académico, irritabilidad, sentimiento de minusvalía o autodesprecio, pérdida o aumento de apetito notables, así como trastornos del sueño (Vásquez, Cárdenas, Feria, Benjet, Palacios y De la Peña, 2010). Estos últimos pueden ser desde malos hábitos, hasta ansiedad e insomnio (Orgiles, Fernández y Espada, 2013).

De hecho, la depresión y las experiencias adversas durante la infancia se encuentran fuertemente relacionadas con el padecimiento de depresión en la vida adulta (Bellis et al., 2014; Piccinelli & Wilkinson, 2000). En algunos casos los síntomas se derivan del acoso escolar (Fisher et al., 2012; Leyera et al., 2013; Roberts, Rosario, Slopen, Calzo y Austin, 2013) y/o la falta de conformidad con su género (Roberts, Rosario, Slopen, Calzo y Austin, 2013) y/o de un estilo inferencial depresógeno en el niño (Cohen, Young y Abela, 2011).

Sobre esa misma línea, se ha reportado que tanto ser testigo de acontecimientos adversos (Cabra, Infante y Sossa, 2010) como experimentar acontecimientos vitales negativos se asocia tanto con la ideación como con el comportamiento suicida, sobre todo en individuos que presentan altos niveles de letalidad en éstos (Liu & Miller, 2014; Villa-Manzano et al., 2009). De la mano con estos hallazgos, se ha encontrado también que el haber sufrido la muerte de los padres durante la infancia, sea cual sea la causa, incrementa el riesgo de presentar conductas suicidas a largo plazo (Guldin et al., 2015).

Impulsividad

Otro factor que fuertemente implicado en los intentos de suicidio tanto de menores como de jóvenes es la impulsividad (Buela-Casal, Carreetero-Dios y de los Santos-Roig, 2001; Gallegos, Linan-Thompson y Ruvalcaba, 2013; Ghanem, Gamaluddin, Mansour, Samiee', Shaker y El Rafei, 2013; Siabato-Macías y Salamanca-Camargo, 2015; Siabato-Macías y Salamanca-Camargo, 2015). De hecho, el suicidio es en sí mismo un acto impulsivo que, generalmente, es desencadenado por los eventos adversos de la vida cotidiana (WHO, 2000).

Las actitudes agresivas y sádicas, relacionadas con la impulsividad, representan acciones violentas tanto en niños como en adultos y, por ello, juegan un papel importante en los intentos de suicidio independientemente de la edad (Bender & Schilder, 1937). Se ha encontrado que el enojo y la intensidad del impulso en los niños puede ser tal que fantaseen con aniquilarlos a todos, incluidos ellos mismos (Pfeffer, 2003).

Es así como el pobre control de impulsos y un intenso sufrimiento psicológico representan factores de alto riesgo, tanto desde la perspectiva psicológica como neurobiológica (Joiner, Brown & Wingate, 2005).

Intento de suicidio previo

Es sabido que los intentos previos constituyen uno de los principales factores de riesgo para cometer un nuevo intento, siendo incluso seis veces más riesgoso en comparación con individuos que nunca lo han intentado (Jiménez-Quenguan, Hidalgo-Bravo, Camargo-Santacruz y Dulce-Rosero, 2014; Oquendo et al., 2007; Von Dessauer et al., 2011;). Al respecto, Carroll, Metcalfe y Gunnell (2014) encontraron que uno de cada 25 pacientes que llega al hospital por intento suicida lo volverá a intentar y consumará el acto en los siguientes 5 años.

Asimismo, se ha reportado que en los adolescentes las lesiones auto infligidas sin fines suicidas son de mayor intensidad en los pacientes con intento de suicidio en comparación con aquellos que han manifestado tener ideación suicida y con aquellos que nunca la han presentado (Stewart et al., 2017).

Ideación suicida

Hace ya varias décadas se reportó que la mayoría de los niños y adolescentes que han cometido suicidio expresaron ideas suicidas antes de llevar a cabo el acto, alrededor de la mitad tuvo intentos de suicidio previos y un poco más de la mitad tenía una personalidad inhibida (Shaffi, Carrigan, Whittinghill & Derrick, 1985). Este hecho indica que los menores tienden a manifestar conductas suicidas antes de consumar el acto, sin embargo, es posible que no se les haya dado el seguimiento necesario.

Otros factores de riesgo

Además de los factores previamente descritos, se ha encontrado una asociación cercana entre la consumación del suicidio y la desesperanza (Conner, Duberstein, Conwell, Seidlitz y Caine, 2001; O´Connor & Nock, 2014; Pianowski, Sousa De Oliveira Fernandes y Nunes Baptista, 2015), la ansiedad (Mosquera, 2016; Orgiles, Fernández y Espada, 2013; Villa-Manzano et al., 2009), el autoconcepto, la falta de contacto social (Conner, Duberstein, Conwell, Seidlitz y Caine, 2001; Domínguez Mercado, Hermosillo de la Torre y Vacio Muro, 2016; Pianowski, Sousa De Oliveira Fernandes y Nunes Baptista, 2015), el perfeccionismo (O´Connor & Nock, 2014), la sensación de ser una carga para los demás (Joiner, et al., 2002), el trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (Balazs y Kereszteny, 2017) el dolor crónico, el pensamiento rumiante y las condiciones socioeconómicas adversas (Martin et al., 2016; Pianowski, Sousa De Oliveira Fernandes y Nunes Baptista, 2015).

Asimismo, las interacciones sociales de las personas con conductas suicidas suelen ser complejas dado que existen circunstancias particulares en sus relaciones

sociales que les generan estrés, ante ello, y con la finalidad de reducir la incomodidad que le acompaña, y ante la ausencia de un repertorio de respuestas a estos eventos, los individuos tienen a terminar con relaciones interpersonales, incluso cuando son significativas (Sánchez-Loyo, 2015), de tal forma que el estrés experimentado por el individuo puede constituir también un factor de riesgo que a su vez puede propiciar la aparición de otro.

Esta situación se ha investigado incluso en niños, donde se observa igualmente que entre menos habilidades sociales posea el menor experimentará mayor estrés (Vega Valero, González Betanzos, Anguiano Serrano, Nava Quiroz y Soria Trujano, 2009). Asociado a ello, también se reportan la rumiación, y la dificultad especial para manejar el enojo y la tristeza (Linehan, 1993; Martin et al., 2016; O´Connor & Nock, 2014; Sánchez-Loyo, 2015) como factores asociados.

Es importante subrayar que, contrario a las diferencias sexuales en la incidencia de suicidio e intento de suicidio encontrada en la población en general, en el caso de los menores de edad se ha encontrado una incidencia similar entre hombres y mujeres a nivel mundial (Wasserman, Cheng & Jiang, 2005), motivo por el cual el sexo puede descartarse como factor de riesgo.

Otros factores asociados al intento de suicidio en los menores de edad son los problemas de autoestima y los trastornos mentales (Jiménez-Quenguan, Hidalgo-Bravo, Camargo-Santacruz y Dulce-Rosero, 2014; Von Dessauer et al., 2011). Algunos más identificados por Mosquera (2016, p.13) se ilustran en la Tabla 4.

Tabla 4: Factores asociados al suicidio

Tipo	Factores asociados
Demográficos	Estrato económico pobre Áreas urbanas Ateos y protestantes
Biológicos	Disfunción serotoninérgica Disminución ácido homovalínico (precursor de dopamina) Disfunción dopaminérgica Hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal Hipoxia crónica VIH
Genéticos	Polimorfos en el gen de la triptófano hidroxilasa Marcadores GRIK2 y GRIA3
Psicológicos y cognitivos	Impulsividad Perfeccionismo socialmente prescrito Pensamientos e ideas suicidas Rechazar su cuerpo Apego inseguro Déficit de habilidades de resolución de problemas Falta de restricciones religiosas o morales contra el suicidio Agresividad Desesperanza Hostilidad Baja autoestima Sentimientos de fracaso Inhibición emocional Estrés agudo Dolor psicológico Déficit de la función ejecutiva Bajo nivel del competencia
Psiquiátricos	Intento de suicidio previo Trastorno bipolar Trastorno de personalidad Conducta alimentaria Trastorno de Déficit de atención por hiperactividad Enfermedades físicas incapacitantes, terminales, dolorosas Depresión Abuso de sustancias (alcohol y drogas) Esquizofrenia Trastornos de ansiedad Problemas de sueño Síndromes orgánicos cerebrales Distimia
Otros	Orientación sexual (Homosexual) Aislamiento social Fracaso escolar Fácil acceso a los métodos de suicidio (armas de fuego, medicación)

(Adaptado de Mosquera, 2016)

Factores de riesgo familiares

En el caso de los niños, debe ponerse especial atención en las relaciones familiares y en los recursos psicológicos que ésta promueve, puesto que, como afirma Fonagy (2014), la familia es generadora (o no) de la resiliencia en ellos, además de que, a través de sus propias interacciones, les muestra cómo relacionarse socialmente.

Ambiente familiar

Se ha documentado que casi la mitad de los intentos de suicidio en menores de edad en Colombia están asociados directamente con un ambiente familiar adverso (Jiménez-Quenguan, Hidalgo-Bravo, Camargo-Santacruz y Dulce-Rosero, 2014). La disfunción familiar además está fuertemente asociada con la presencia de depresión infantil, sobre todo en niños de 8, 10 y 11 años de edad (Garibay-Ramírez, Jiménez-Garcés, Vieyra-Reyes, Hernández-González y Villalón-López, 2014). Se ha encontrado, además, que los antecedentes familiares de suicidios (Geulayov, Gunnell, Holmen, Metcalfe, 2012; Oquendo et al., 2007; Pandolfo et. al., 2011) y la separación temprana de los progenitores pueden generar deterioro suficiente en el menor (Berg, Rostila, Saarela & Hjern, 2014; Dowdney, 2000; Guldin, et. al., 2015; Kaplow, Layne, Saltzman, Cozza & Pynoos, 2013; Keyes, Pratt, Galea, McLaughlin, Koenen & Shear, 2014; Melhem, Moritz, Walker y Shear, 2007; Melhem, Porta, Shamseddeen, Payne, Brent, 2011; Oquendo et al., 2007; Zisook, Chentsova-Dutton & Shuchter, 1998) hasta el punto de llegar a triplicar el riesgo de cometer un intento suicida (Nader & Layne, 2009; Melhem, Moritz, Walker & Shear, 2007).

En esta misma línea, Pandolfo, Vázquez, Más, Vomero, Aguilar y Bello (2011) reportan que en Uruguay una de las causas desencadenantes más frecuentes en los intentos de suicidio infantiles son las relaciones interpersonales conflictivas y que las familias monoparentales, antecedentes familiares de suicidio e intentos previos del menor son factores comúnmente asociados al mismo. Asimismo, se ha asociado al ser víctima de humillaciones por parte de los padres (Cabra, Infante y Sossa, 2010).

En México se ha estudiado la relación entre el intento de suicidio y las relaciones familiares con adolescentes, llegando a la conclusión que para esta población, entre las principales causas de intentos de suicidio destacan los problemas familiares, además de que la depresión y la tristeza usualmente son los síntomas más notorios previos a un intento autolesivo. De ahí que una recomendación de los participantes de esta investigación, tanto con intento suicida como sin éste, es la promoción y/o desarrollo de habilidades de escucha en los padres para la prevención del suicidio (Quintanilla-Montoya et al, 2015).

Asimismo, se ha reportado que el menor se halla más propenso a padecer depresión cuando ésta tiene bajos niveles de la cohesión, expresividad, independencia así como nivel cultural y de recreación (Bravo-Andrade, López-Peñaloza, De la Roca-Chiapas y Rodriguez Morrill, 2016; George, Herman y Ostrander, 2006), así como cuando se invierte poco tiempo en el fortalecimiento del vínculo madre-hijo y/o las actividades recreativas del menor se hayan supeditadas al cumplimiento de sus obligaciones (Kwan, Lee, Song et al., 2008). Es así como la familia en la que se desarrolla el infante puede ser tanto la génesis como el medio propicio para la presencia de síntomas depresivos en los hijos (Vargas-Murga, 2014; Mendes, Loureiro, Crippa, de Meneses Gaya, García-Esteve y Martín-Santos, 2012).

Maltrato

Parte de este ambiente adverso suele ser el maltrato. Al respecto, se ha reportado que los casos de maltrato, ya sea por negligencia, abandono, violencia intra-familiar y/o abuso sexual, se vinculan significativamente tanto con las heridas no suicidas auto infligidas (Armiento, Hamza, Stewart y Leschied, 2016; Brezo et al., 2008; Martin, Dykxhoorn, Afifi y Colman, 2016; Mayes et al., 2014; Pérez-González y Pereda, 2015; Villa-Manzano et al., 2009), como con los intentos de suicidio en niños y adolescentes, y frecuentemente van acompañados de trastornos depresivos graves constituyendo un factor de riesgo importante (Dion et al., 2016; Guerrero-Cazares y Delgado-Guerrero, 2012; Zelaya de Migliorisi, Piris de Almirón y Migliorisi, 2012).

Otro factor desencadenante es también el deseo de reunirse con algún ser querido que ha fallecido (Cabra, Infante y Sossa, 2010).

Psicopatología de los progenitores

Por otro lado, la psicopatología de los padres es otro aspecto que repercute directamente en la salud emocional de los hijos. Se ha reportado que cuando los padres padecen trastornos del estado de ánimo, los hijos son más propensos a presentar depresión mayor, abuso de sustancias, pobre funcionamiento social, problemas en la escuela y/o requerir de tratamientos psiquiátricos (Weissman et al., 1987).

Se ha reportado que existe un sesgo en la madre depresiva que le hace que identifiquen tristeza en sus hijos, incluso cuando no la hay. Este sesgo llega a ser transmitido, a través de las interacciones, al hijo, generando la perpetuación de los síntomas depresivos en los menores (Kluczniok et al., 2016). Luego, un niño genéticamente sensible cuya figura paterna o materna es depresiva desarrolla fácilmente un estilo de socialización muy limitado, lo cual lo hace aún más vulnerable, generando incluso, una vez llegada la adolescencia, el sentimiento de estar sólo aún en medio de la gente (Cyrulnik, 2014).

Así, las interrelaciones, el trato, el ambiente y la forma de conducirse dentro de la familia es un eje central en la vida del menor, y si es adverso predispone a éste a desarrollar factores de riesgo personales, que asociados aumentan el riesgo de cometer conductas suicidas en un futuro.

Otros factores de riesgo

Bakhiyi, et al. (2017) sugieren que los sujetos con ideación suicida tienden a percibir menores eventos positivos en su vida y pocas razones para vivir, y que, por su parte, el tipo de eventos adversos a los que los sujetos con intento de suicidio le otorgan mayor importancia es a aquellos que se relacionan con su salud. Esto concuerda con investigaciones previas en las que se expone que, tanto antes como después

de un intento suicida, las continuas hospitalizaciones, los diagnósticos psiquiátricos y el consumo medicamentos psiquiátricos representan factores de riesgo para las conductas suicidas (Jakobsen, Christiansen, Larsen y Waaktaar, 2011).

En ese mismo sentido, Cabra, Infante y Sossa (2010) agregan que, en un contexto académico, las dificultades escolares y ser víctima de humillaciones por parte de los profesores constituyen también factores desencadenantes de la conducta suicida infantil. Esto se relaciona con el hallazgo de que la carencia de relaciones sociales son un factor de riesgo para la mortalidad aún más severo que el tabaquismo y alcoholismo (Holt-Lunstad, Smith y Layton, 2010).

Cabe mencionar que también la ansiedad (Mosquera, 2016; Orgiles, Fernández y Espada, 2013; Villa-Manzano et al., 2009), la bulimia nerviosa, el vómito autoinducido y los terrores nocturnos, se han asociado con las conductas suicidas infantiles (Mayes, et al., 2014). Asimismo, se relacionan cercanamente la violencia intrafamiliar, baja autoestima, depresión (Villa-Manzano et al., 2009) y la carencia de habilidades de afrontamiento (Martin et al., 2016).

Es importante destacar que los niños y adolescentes no suelen buscar ayuda por sí mismos. En México, es requisito que estén acompañados de, al menos, el padre/madre o tutor(a) adulto para recibir atención en problemas de la salud, incluidos los emocionales (González-Forteza, Hermosillo de la Torre, Vacio-Muro, Peralta y Wagner, 2015).

Por otro lado, se ha indagado también sobre la relación entre la temperatura ambiental y los suicidios consumados en el Estado de Baja California Sur, encontrándose que a menor temperatura, mayor número de suicidios (Gaxiola-Robles, Celis de la Rosa, Díaz-Castro, Labrada-Martagón y Zenteno-Savín, 2013).

Existen niños que aún y cuando reúnen muchos de los factores de riesgo, razón por la que se les considera multiproblemáticos (Rathus & Miller, 2002), no cometen suicidio, ello denota la importancia de identificar características que se han reportado como predictivas para el suicidio de manera separada a los factores de riesgo. Entre éstos se encuentran la anhedonia y la carencia de cuidados primarios por parte de un profesional (McClanahan y Omar, 2012).

De hecho, los factores de riesgo han permitido identificar el grado de severidad de la conducta suicida en los individuos, generando con ello un punto de partida para tomar medidas cautelares, que por supuesto habrán de poner al individuo como punto de partida ya que el cometido es la seguridad de éste (Kleespies y Dettmer, 2000). Una de las clasificaciones propuestas se presenta en la Tabla 5.

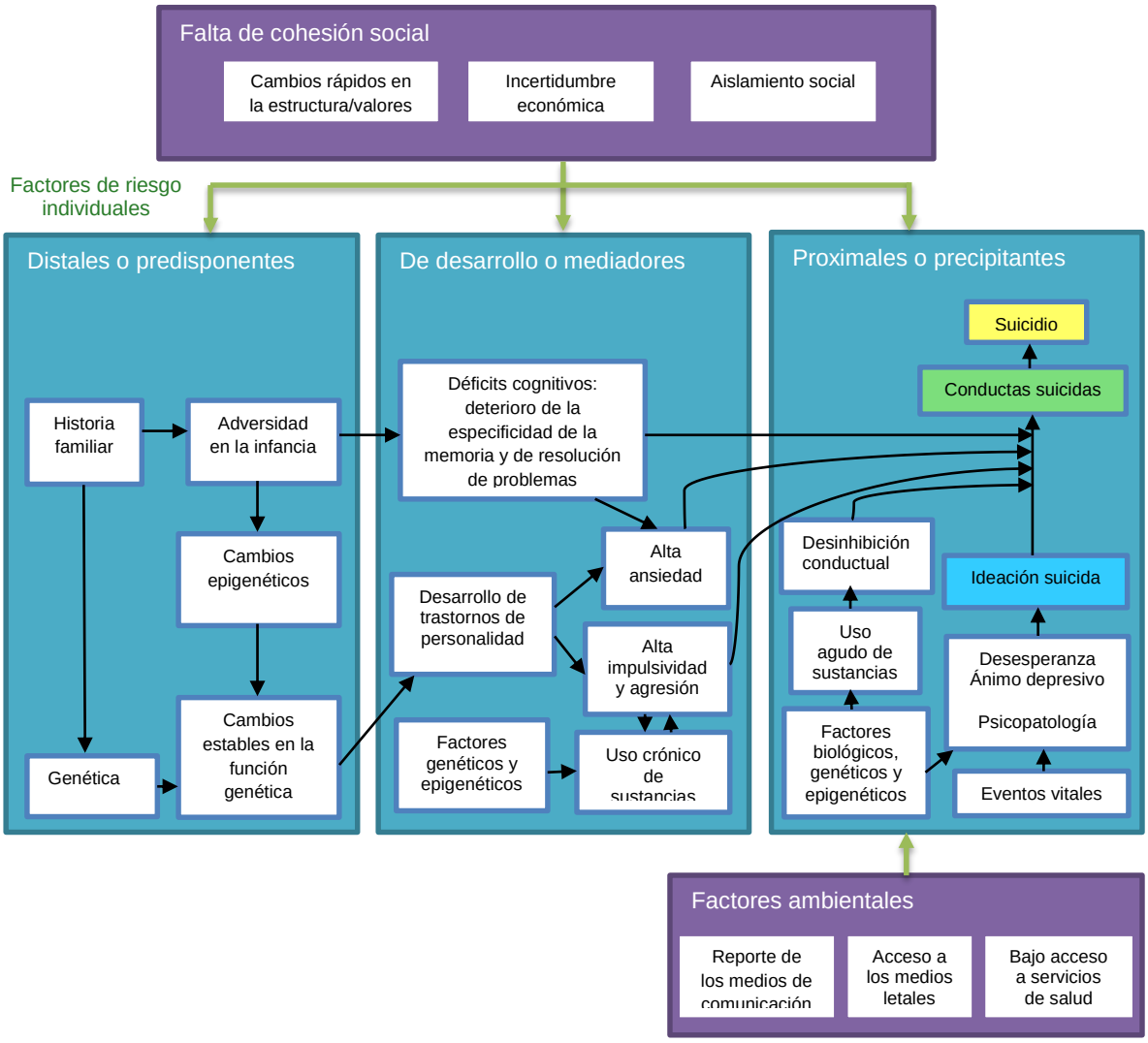
Tabla 5. Clasificación del riesgo suicida y sus indicadores

FACTORES	RIESGO LEVE	RIESGO MODERADO	RIESGO SEVERO	RIESGO EXTREMO
IDEAS SUICIDAS	Infrecuentes, poco intensas, fugaces, sin plan. Sin intento suicida.	Frecuentes, intensidad moderada, planes vagos.	Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos.	Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos.
INTENCIÓN SUICIDA	No hay.	No hay.	Indicadores directos.	Indicadores directos.
SÍNTOMAS	Leves.	Moderados.	Severos.	Severos.
CONTROL DE IMPULSOS	Buen autocontrol.	Buen autocontrol.	Autocontrol deteriorado.	Autocontrol deteriorado.
DESESPERANZA	Leve.	Moderada.	Severa.	Severa.
CONTEXTO	Medio protector confiable.	Medio protector confiable.	Medio protector inseguro.	Medio protector ausente.

(Gómez, 2012)

De esta manera, se evidencia que los factores de riesgo son variados y de distinta naturaleza, haciendo difícil la tarea de determinar una única forma tanto de detectar como de tratar las conductas suicidas. Sin embargo, la necesidad de abordar la problemática es tal que los esfuerzos por crear modelos que expliquen de manera sintética este conjunto de factores continúa. Un ejemplo de ello es la propuesta que hacen Turecki y Brent (2016), ilustrada en la Figura 1.

Figura 1. Modelo de factores de riesgo



(Turecki y Brent, 2016)

Factores protectores

Así como se ha investigado sobre los factores de riesgo para presentar alguna conducta suicida, algunos estudiosos se han dado a la tarea de encontrar factores que cumplen con la función opuesta, es decir, protegen al individuo de estas conductas, aún y cuando sus circunstancias apuntan al riesgo. Tal es el caso de la resiliencia (Ickowicz & Schachar, 2015), el estilo explicativo optimista (Sánchez Hernández y Méndez Carrillo, 2009), las relaciones sociales (Cacioppo, Fowler y Christakis, 2009), el adecuado manejo de la tristeza (Hermosillo-De la Torre, Vacio Muro, Méndez-Sánchez, Palacios Salas, Sahagún Padilla, 2015) e incluso que los

padres reciban tratamiento después de un intento suicida resulta un factor protector para un nuevo intento (Jakobsen, Christiansen, Larsen & Waaktaar, 2011).

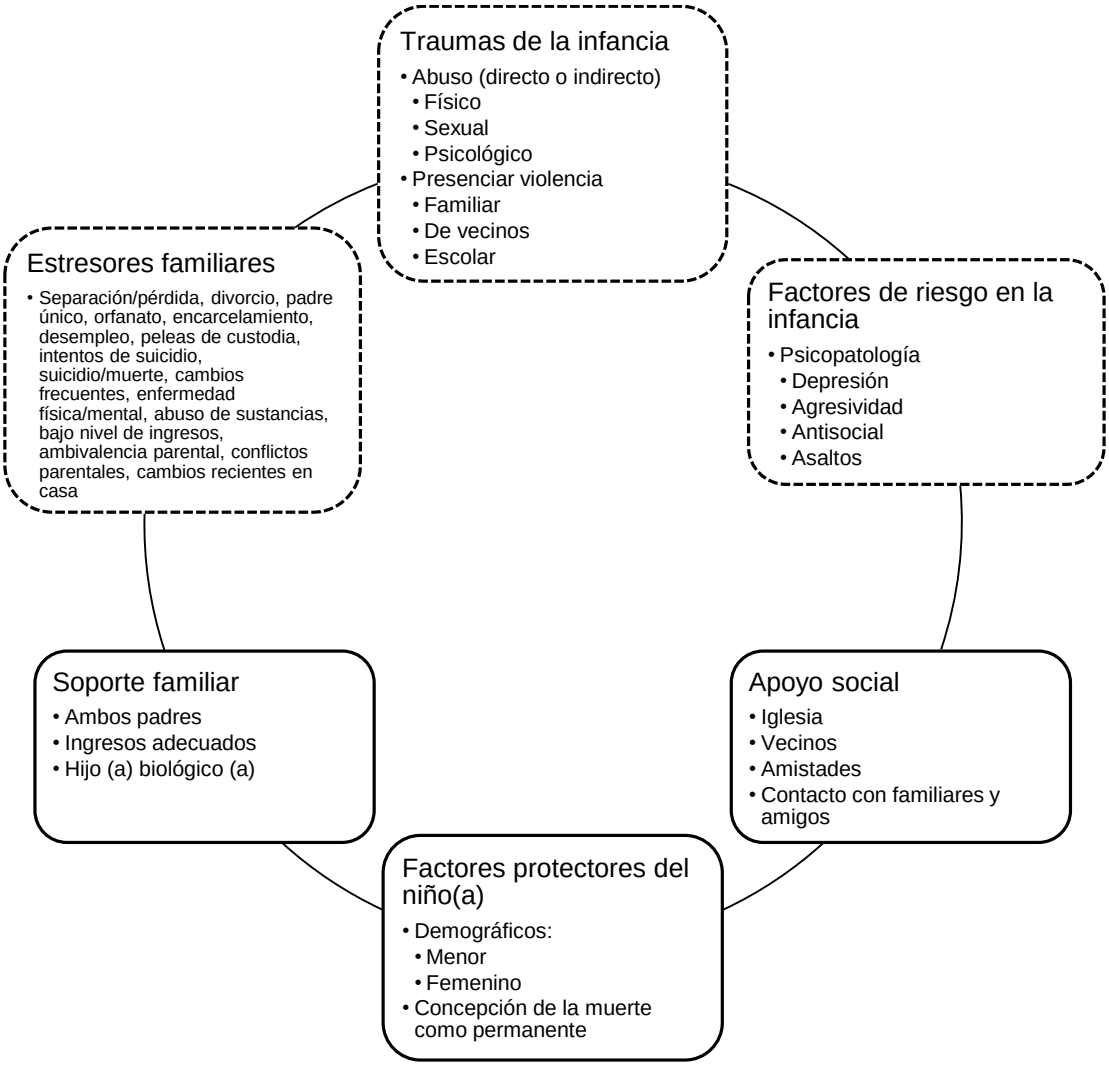
Eagles, Carson, Begg y Naji (2003) reportan que cerca de dos terceras partes de los pacientes psiquiátricos refieren como factores protectores ante las conductas suicidas el estar en contacto con profesionales de la salud, la cercanía con la familia y los amigos, las creencias y actividades religiosas, así como estrategias de auto ayuda.

Un modelo propuesto por Jackson y Nuttall (2001) para la identificación de factores de riesgo y de protección para la conducta suicida en los menores se ilustra en la Figura 2.

Luego, para evaluar el riesgo suicida deben tomarse en cuenta el estado mental de la persona, sus pensamientos y planes suicidas, así como las redes de apoyo con las que cuenta (WHO, 2000).

Diferentes autores, entre ellos Jackson y Nuttall (2001) y Piedrahita, Paz y Romero (2012) sugieren que es necesario entrenar tanto a profesores como a padres de familia y consejeros escolares en la detección y abordaje de las conductas suicidas en menores como medida de prevención.

Figura 2. Modelo ecológico de factores de riesgo para el suicidio en menores (adaptado de Jackson y Nuttall, 2001)



PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA

Prevención de las conductas suicidas

Como se mencionó anteriormente, la finalidad de identificar tanto factores de riesgo como protectores es el esclarecimiento de posibles vías para la prevención de las conductas suicidas. Tal labor ha permitido la propuesta de diversas estrategias y a distintos niveles, que pretenden abonar a la reducción de la problemática.

El bienestar emocional es de tal importancia a nivel mundial, que la vigilancia y la promoción del mismo se ha constituido como área de trabajo fundamental para la OMS. Tal ha sido la preocupación por éste que la OMS (2013), en su Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, ha establecido como uno de sus objetivos primordiales la prevención y promoción de salud mental, dentro de la cual se señala la prevención del suicidio como parte integrante.

Al respecto, Gordon (1983) define la prevención como las medidas adoptadas por un profesionista en personas que en ese momento no manifiestan síntomas de enfermedad, pero que sin embargo puedan reducir el riesgo de que contraigan una enfermedad en el futuro. Su clasificación tiene tres niveles:

1. Universal: dirigida al público en general, es una categoría universal a con bajos costos y riesgos. Su aplicación busca reducir la probabilidad de incidencia en un futuro.
2. Selectiva: dirigida a grupos sociales específicos con riesgos de salud particulares que, no obstante, se encuentran bien de salud. El objetivo es también reducir la posibilidad de que en un futuro presenten complicaciones de salud.
3. Indicada: dirigida sólo a personas que, tras una evaluación, se detecta con un factor de riesgo, condición o anormalidad que indica estar en alto riesgo de presentar alguna problemática de salud. A este nivel la intervención se brinda en forma de tratamiento, impartido por un profesionista de la salud.

Aunado a ello, con Silverman y Maris (1995) sugieren que las preguntas básicas en el desarrollo de intervenciones preventivas son:

1. Cómo definir la conducta o condición de riesgo
2. Quién está en riesgo
3. Cómo identificar quién está en alto riesgo
4. Por qué un individuo está en riesgo
5. Cuándo un individuo está en mayor riesgo
6. Qué situaciones, escenarios o conductas ponen a un individuo en mayor riesgo
7. Qué intervenciones reducen el riesgo
8. Qué intervenciones aumentan los factores de protección
9. Cuándo las intervenciones deben ser aplicadas para reducir el riesgo
10. Dónde tienen mayor efectividad las intervenciones

En realidad en el campo de la suicidología estas preguntas aún no pueden ser rigurosamente contestadas, sin embargo, el diseño y la implementación de programas de intervención (la mayoría a nivel indicado) pretenden abonar a la reducción de la problemática y, por consecuencia, a la capacidad para responder dichas cuestiones. Así, la paciencia y la persistencia serán cualidades críticas para los profesionales y los programas de prevención del suicidio (Silverman y Maris, 1995).

Es así como, en un esfuerzo por atender esta problemática, Irlanda, Portugal, Hungría y Alemania unieron sus esfuerzos para crear un modelo que permita la contextualización y replicación de las intervenciones para la prevención del suicidio. Hegerl et al., (2009) exponen que en base a dicha propuesta las intervenciones deberán incluir: 1) sesiones de entrenamiento y práctica para personal de atención primaria, 2) actividades a nivel de relaciones públicas y medios masivos de comunicación, 3) entrenamiento para facilitadores comunitarios que fungen como guardianes, y 4) divulgación y apoyo para grupos de alto riesgo suicida y grupos de autoayuda (por ejemplo, línea telefónica de asistencia). Aunado a ello, se sugiere que la intervención incluya elementos cognitivos, psicodinámicos y/o de resolución de problemas (NICE, 2011).

En línea con ello, Sareen et al. (2014) proponen tres estrategias generales para avanzar en la comprensión y prevención del fenómeno:

1) Análisis a gran escala de los estudios epidemiológicos y los registros administrativos en torno a la problemática.
2) Creación de redes entre investigadores en el campo de la prevención del suicidio. Ello permitiría no sólo mayor conocimiento respecto a la epidemiología, sino también a la detección de grupos de alto riesgo, la detección de diversos factores de riesgo, así como la puesta en marcha de ensayos clínicos en diferentes lugares simultáneamente.
3) Producir trabajo en equipo entre investigadores y representantes políticos que faciliten una evaluación cuidadosa tanto de las políticas públicas como de los programas dirigidos a la prevención del suicidio. Además de evaluar el impacto de las intervenciones, esto permitiría generar apoyos para el diseño y la aplicación de estudios prospectivos con grupos de alto riesgo suicida, para así poder diseñar mejores estrategias de prevención.

Por otro lado, se han ubicado distintas propuestas de estrategias particulares que pretenden abonar a la reducción de los factores de riesgo y/o el fortalecimiento de los factores protectores. Así, y dado que una de las posibles causas del incremento en la tasa de suicidios es la dificultad de éstos para manejar el dolor emocional, que les puede llegar a sentir como intolerable, así como para tranquilizarse a sí mismos, una propuesta para la prevención del suicidio es su abordaje desde el fortalecimiento de los recursos psicológicos.

Rivera Heredia (2010) propone que particularmente del autocontrol, la recuperación del equilibrio, el manejo del enojo y la tristeza; el ambiente de unión y apoyo en la familia, el fomento a la expresión de emociones y reducción de la frecuencia de conflictos a nivel familiar; así como la capacidad para solicitar apoyo a terceros son elementos claves a trabajar en poblaciones con riesgo suicida, por lo que su abordaje podría prevenir un desenlace fatal.

En concordancia con la importancia de la inclusión de la familia en las intervenciones, Jackson y Nuttall (2001) y Piedrahita, Paz y Romero (2012) sugieren que es necesario entrenar tanto a profesores como a padres de familia y

consejeros escolares en la detección y abordaje de las conductas suicidas en menores como medida de prevención. Para ello, es menester tomar en cuenta los factores asociados a estas conductas que hacen propenso al menor o que permiten protegerlo de las mismas y que los padres y profesores actúen en base a ellos.

En cuanto al ambiente hospitalario, la incorporación de los avances en el área clínica y de investigación a los servicios de salud mental resulta ser un proceso lento, sin embargo necesario. La atención brindada en las clínicas de salud mental requiere promover la continuidad de la atención una vez dada el alta puesto que suelen tratar a pacientes con un riesgo muy alto de suicidio y los primeros días después del alta resultan críticos para la supervivencia de los mismos (Olfson, Marcus y Bridge, 2014). Este es un elemento importante en la prevención de suicidios que por distintos motivos no han podido concluirse pero, sin embargo, podrían llegar a consumarse de no darles seguimiento a los pacientes.

A nivel internacional se han hecho esfuerzos por identificar cuáles son las estrategias con mejores resultados en prevención del suicidio. Así, en un estudio sobre las estrategias de prevención implementadas en Australia, Krysinska et al. (2016) identificaron como las más sobresalientes: la reducción de acceso a los medios letales, el reporte responsable de los medios en torno al tema, los programas de concientización comunitaria, el entrenamiento entre pares, los programas escolares de prevención, entrenamiento de médicos generales y personal de primera línea, psicoterapia y seguimiento a sujetos con intentos de suicidio recientes.

Los autores concluyen que existe evidencia insuficiente para evaluar el impacto que han tenido las distintas estrategias de intervención empleadas para reducir los intentos y las muertes por suicidio. Debido a ello, sugieren, es posible que la utilización de un enfoque de sistemas permitiría identificar las estrategias que pueden lograr un mayor impacto en la implementación de las mismas.

En términos generales, las estrategias internacionales abordan como temáticas de prevención: la educación pública para reducir el suicidio y el estigma, la responsabilidad de los medios de comunicación al difundir las noticias sobre

suicidios, la aplicación programas de intervención en escuelas, la detección y tratamiento de la depresión y otros desórdenes mentales íntimamente relacionados con el suicidio, la atención a personas con abuso de alcohol y drogas, la atención a pacientes con enfermedades somáticas, la mejora del acceso a servicios de salud mental, la mejora en la evaluación o identificación de los intentos de suicidio, la posvención, la intervención en crisis, las políticas de trabajo y desempleo, el entrenamiento a los profesionales de la salud y, finalmente, la reducción del acceso a los medios letales (Singh & Jenkins, 2000).

Zalsman et al. (2016), en la búsqueda de iniciativas eficaces de prevención del suicidio, refuerzan lo expuesto previamente al concluir que ninguna estrategia única se encuentra claramente por encima de las otras. Ello indica que las combinaciones de estrategias basadas en la evidencia a nivel individual y el nivel de población deben ser evaluadas con diseños de investigación sólidos.

Sin embargo, los autores señalan que la restricción del acceso a los medios letales cuenta hora con una fuerte evidencia que la respalda como un medida general de prevención. Asimismo, los resultados de diversas investigaciones respaldan el uso de tratamientos farmacológicos para la prevención del suicidio, sobre todo cuando existe una asociación con depresión. De la misma forma, la terapia electroconvulsiva ha demostrado una remisión rápida de ideación suicida; las terapias cognitivo-conductuales y dialéctica conductual en las conductas suicidas; y las intervenciones familiares en la reducción de ideación suicida en adolescentes (Zalsman et al., 2016).

Cabe resaltar que se han identificado como medidas sociales altamente indicadas tanto la restricción de acceso a los medios del suicidio (Balaguru, Sharma y Wheed, 2013), como la restricción de los espacios utilizados para cometer suicidio (Lalawani, Sharma, Kabra, Girdhar y Dogra, 2004), independientemente del tipo de intervención propuesta.

Las estrategias elegidas por un gobierno determinado deben vigilar de cerca las intervenciones que se efectúen a fin no sólo de que sean evaluadas, sino de evitar duplicaciones y/o antagonismos en ellas. Al observar de cerca estos procesos, las

estrategias pueden irse adaptando progresivamente a fin de que correspondan con las circunstancias cambiantes de la sociedad (Singh & Jenkins, 2000).

Del mismo modo, y dado que las investigaciones previas sugieren que las intervenciones requieren estar dirigidas a un grupo de riesgo específico, es necesario tener presente a quién se aplicarán las estrategias de prevención para una mayor efectividad, así como el costo-beneficio de la intervención y el tamaño del efecto de la misma. Por ello, sería pertinente que en futuros estudios se utilizara la combinación de estrategias basadas en evidencia, tanto a nivel individual como grupal, así como ensayos controlados aleatorios de suficiente alcance y con metodologías equivalentes (Zalsman et al., 2016).

Todo ello denota que es necesaria la implementación de estrategias basadas en evidencia por parte de los formuladores de políticas públicas de salud y los profesionales de la salud, además de la importancia que tiene el efectuar una evaluación de las intervenciones para la prevención del suicidio (Krysinska et al., 2016; Sareen et al., 2014; Zalsman et al., 2016)

El plan de la OMS (2013) para atender la problemática está compuesta por una serie de estrategias que pretende abarcar muchos de los rubros indicados por los estudios previamente expuestos, así, dicha organización propone reducir la tasa de suicidios a través de la:

- Sensibilización pública, política y mediática sobre la magnitud del problema y sobre la disponibilidad de estrategias de prevención eficaces
- Restricción del acceso a medios de autolesión y suicidio (como armas de fuego y plaguicidas).
- Promoción de una información responsable por parte de los medios en relación con los casos de suicidio.
- Promoción de iniciativas de prevención del suicidio en el lugar de trabajo.
- Mejora de las respuestas del sistema de salud a las autolesiones y los suicidios.

- Evaluación y manejo de los casos de autolesión/suicidio y de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias asociados (conforme se indica en *la guía de intervención Mental Health Gap Action Programme*).
- Optimización del apoyo psicosocial con los recursos comunitarios disponibles, tanto para quienes hayan intentado suicidarse como para las familias de quienes se hayan suicidado. (p. 33)

A ello faltaría agregar la propuesta de Zalsman et al. (2016) de realizar también investigación en torno a los efectos adversos de algunas iniciativas, tales como la atención y difusión que le otorgan los medios de comunicación a las conductas suicidas.

La solución ideal, tal como lo sugieren Hadlaczky, Wasserman, Hoven, Mandell y Wasserman (2011), sería la fundación de centros de prevención del suicidio que estuvieran conectados con las universidades que cuentan con registros importantes en investigación y educación. Ello permitiría la generación del diálogo y la cooperación entre organismos públicos y privados, así como la coordinación de trabajo entre investigadores, clínicos y políticos, así como una posterior mejora en la coordinación y evaluación de los programas implementados. De tal suerte que una red de prevención del suicidio daría lugar a la colaboración para generar conocimientos, experiencias y estrategias compartidas que den lugar a la reducción en las tasas de suicidio.

Finalmente, es importante señalar que la OMS ha determinado que, aún y cuando sus acciones se dirigirán a todas las etapas de la vida del ser humano, las primeras son especialmente importantes para el logro de los objetivos en vista de que hasta un 50% de los trastornos mentales que se presentan en la edad adulta comienzan antes de los 14 años de edad. Así, los niños y adolescentes deberán ser objeto de intervenciones tempranas que busquen atender las problemáticas, anteponiendo la prevención a la institucionalización y la medicalización y cuidando el respeto a sus derechos.

Tal como afirma Wasserman (2016): el suicidio es prevenible, sin embargo el que existan distintos tipos de personas con esta problemática genera por consecuencia

la necesidad de utilizar diferentes estrategias. De esta forma, la prevención de las conductas suicidas no debe limitarse los programas de salud mental, sin que exige una visión más amplia y compleja que implica un mayor acercamiento según el sexo y el grupo etario (Sánchez Loyo, García de Alba García y Quintanilla Montoya, 2016).

Tratamiento de la conducta suicida infantil

Históricamente, la manera en la que la psicología ha abordado cada una de las problemáticas en las que busca incidir ha sido tan variada como los enfoques y las técnicas que se han desarrollado paralelamente, y el caso de las conductas suicidas no es la excepción, incluso en la población infantil (Shaffer et al., 2001).

Lo que se presenta a continuación es el resultado de una revisión de las intervenciones propuestas tanto para el tratamiento de los trastornos mentales en general como el abordaje de la conducta suicida en particular, haciendo un énfasis en aquellas que están dirigidas a los menores de edad.

Opciones Terapéuticas para el Tratamiento de los Trastornos Mentales

Entre las propuestas terapéuticas que reportan mayor eficacia y efectividad en el tratamiento de los diversos trastornos mentales (entre los que se incluyen los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, de conducta y de personalidad asociados a las conductas suicidas), y que con sus numerosas publicaciones han logrado consolidarse como intervenciones basadas en evidencia, *The Australian Psychological Society* (2010) reconoce las siguientes:

- Terapia Cognitivo Conductual
- Terapia Interpersonal
- Terapia Narrativa
- Terapia Familiar

- Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness
- Terapia de Aceptación y Compromiso
- Terapia Breve Enfocada en las Soluciones
- Terapia Dialéctica Conductual
- Terapia de Esquemas
- Psicoterapia Psicodinámica
- Terapia Enfocada en la Emoción
- Hipnoterapia
- Autoayuda
- Psicoeducación

Los niveles de evidencia propuestos por *The National Health and Medical Research Council* (1999), se refieren a:

I Revisión sistemática de todos los ensayos controlados aleatorios relevantes

II Al menos un control aleatorizado y controlado

III-1 Ensayos controlados pseudo-aleatorios bien diseñados (asignación alternativa o algún otro método) III

III-2 Estudios comparativos con controles concurrentes y asignación no aleatorizados (estudios de cohortes) o series temporales interrumpidas con un grupo control

III-3 Estudios comparativos con control histórico, dos o más estudios de un solo brazo o series temporales interrumpidas sin un grupo control paralelo

IV Serie de casos, ya sea post-prueba, o pre-prueba y post-prueba

Con base en esos niveles, las Tablas 6 y 7 exponen el nivel de evidencia que cada uno de los tipos de intervención previamente expuestos tiene en el tratamiento de los trastornos mentales, tanto en adultos como en menores de edad.

Como puede observarse, las propuestas más recientes cuentan con menor evidencia de efectividad, sin embargo han logrado obtener reconocimiento en el abordaje de problemáticas específicas, primordialmente en la población adulta. En cuanto a los desórdenes de estado de ánimo y de ansiedad, la Terapia Cognitivo Conductual, de autoayuda, intervención psicodinámica, la Terapia Interpersonal y la Terapia de Aceptación y Compromiso reportan ser efectivos en el abordaje de los mismos en la población adulta; no obstante, en el caso de los niños y adolescentes sólo la Terapia Cognitivo Conductual ha reportado suficientes estudios en el tratamiento de esos mismos trastornos.

Estas tablas no sólo dan oportunidad de identificar las propuestas de intervención con mejores niveles de evidencia, sino que a la vez permiten vislumbrar la importancia de reportar los resultados de las investigaciones realizadas, cualquiera que sea el enfoque. Estos niveles de evidencia pueden corresponder no sólo a los resultados alcanzados en las aplicaciones, sino también al interés por dar a conocerlos a través de la publicación de los mismos. Luego entonces, las tablas sugieren que el enfoque Cognitivo Conductual ha obtenido los mejores resultados en la mayoría de sus intervenciones, pero además se ha dado a la tarea de difundirlos.

A lo anterior se agrega la necesidad de implementar y publicar las investigaciones efectuadas con niños y adolescentes pues, como se aprecia en la Tabla 7, aún existen dificultades para el exitoso tratamiento de los trastornos mentales en esta población, o al menos se vislumbra una carencia en los reportes efectuados hasta ahora.

Tabla 6. Categorización del nivel de evidencia de las intervenciones en adultos

	CBT	IPT	NARRATIVA	FAMILIAR	MBCT	ACT	SFBT	DBT	DE ESQUEMAS	PSICODINÁ-MICA	ENFOCADA EN LA EMOCIÓN	HIPNOSIS	AUTOAYUDA	PSICO-EDUCACIÓN
Desórdenes del estado de ánimo Depresión	Nivel I	Nivel I	IE	IE	Nivel II-2	Nivel II-1	Nivel II	Nivel II	IE	Nivel I	Nivel II	IE	Nivel I	Nivel II
Bipolar	Nivel II*	Nivel II*	IE	Nivel II*	Nivel II*	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	Nivel II*
Desórdenes de ansiedad Ansiedad generalizada	Nivel I	IE	IE	IE	Nivel IV	IE	IE	IE	IE	Nivel II	IE	IE	Nivel IV	IE
Pánico	Nivel I	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	Nivel II	Nivel II
Fobia específica	Nivel I	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	Nivel II	IE
Ansiedad social	Nivel I	Nivel III-1	IE	IE	IE	Nivel IV	IE	IE	IE	Nivel II*	IE	IE	Nivel II	IE
Obsesivo compulsivo	Nivel I	IE	IE	IE	IE	Nivel IV	IE	IE	IE	IE	IE	IE	Nivel II	IE
Estrés postraumático	Nivel I	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE
Desórdenes de uso de sustancias	Nivel I	Nivel IV	IE	IE	IE	Nivel IV	Nivel II	Nivel II	IE	Nivel III-1	IE	IE	Nivel II	IE
Desórdenes de alimentación Anorexia nerviosa	Nivel II-2	IE	IE	Nivel II	IE	IE	IE	IE	IE	Nivel II	IE	IE	IE	IE
Bulimia nerviosa	Nivel I	Nivel III-3	IE	IE	IE	IE	IE	Nivel II	IE	IE	IE	IE	Nivel II	IE
Atracones	Nivel I	IE	IE	IE	IE	IE	IE	Nivel II	IE	IE	IE	IE	Nivel I	IE
Trastornos de adaptación	Nivel III-1	IE	IE	IE	Nivel IV	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE
Trastornos del sueño	Nivel I	IE	IE	IE	Nivel IV	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	Nivel I	IE
Desórdenes sexuales	Nivel II	Nivel II	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	Nivel I	IE
Desórdenes somatomorfos Dolor	Nivel II	IE	IE	IE	IE	Nivel III-3	IE	IE	IE	IE	IE	IE	Nivel II	IE
Fatiga crónica	Nivel I	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	Nivel II	Nivel II
Somatización	Nivel I	IE	IE	Nivel II	IE	IE	IE	IE	IE	Nivel II	IE	IE	IE	IE
Hipocondriasis	Nivel I	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	Nivel III-2	Nivel I
Dismórfico corporal	Nivel I	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE
Desorden de personalidad límite	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	Nivel I	Nivel II	Nivel II	IE	IE	IE	IE
Desórdenes psicóticos	Nivel I	IE	IE	Nivel I	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE
Desórdenes disociativos	Nivel IV	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE
Déficit de atención e hiperactividad	Nivel II	IE	IE	IE	Nivel IV	IE	IE	Nivel II-1	IE	IE	IE	IE	IE	IE

*como complemento de la medicación
IE- Insuficiente evidencia
CBT, terapia cognitivo conductual; IPT, psicoterapia interpersonal, MCBT, terapia cognitiva basada en mindfulness; ACT, terapia de aceptación y compromiso, SFBT, terapia enfocada en las soluciones; DBT, terapia dialéctica conductual.

Traducido de *The Australian Psychological Society* (2010, p. 11)

Tabla 7. Categorización del nivel de evidencia de las intervenciones en niños y adolescentes

	CBT	IPT	NARRATIVA	FAMILIAR	MBCT	ACT	SFBT	DBT	DE ESQUEMAS	PSICODINÁ-MICA	ENFOCADA EN LA EMOCIÓN	HIPNOSIS	AUTOAYUDA	PSICO-EDUCACIÓN
Desórdenes del estado de ánimo Depresión	Nivel I	Nivel I (A)	IE	Level I	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	Nivel II (A)	IE
Bipolar	Nivel IV*	IE	IE	Nivel II (A)*	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE
Desórdenes de ansiedad Ansiedad generalizada	Nivel I	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE
Pánico	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Fobia específica	Nivel II	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE
Ansiedad social	Nivel II	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE
Obsesivo compulsivo	Nivel I	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE
Estrés postraumático	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Desórdenes de uso de sustancias	Nivel I (A)	IE	IE	Nivel I (A)	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	Nivel II (A)	IE
Desórdenes de alimentación Anorexia nerviosa	IE	IE	IE	Nivel I	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE
Bulimia nerviosa	IE	IE	IE	Nivel II (A)	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	Nivel II (A)	IE
Atracones	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE
Trastornos de adaptación	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Trastornos del sueño	Nivel II	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE
Desórdenes somatomorfos Dolor	Nivel IV	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE
Fatiga crónica	Nivel I	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE
Somatización	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Hipdocondriasis	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Dismórfico corporal	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Desórdenes psiquiátricos	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Desórdenes disociativos	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Desórdenes de la infancia Déficit de atención e hiperactividad	Nivel I	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE
Trastorno oposicionista desafiante	Nivel I	IE	IE	Nivel I	IE	IE	IE	Nivel IV (A)	IE	IE	IE	IE	IE	IE
Enuresis	Nivel I	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	IE	Nivel II	IE

*como complemento de la medicación
IE- Insuficiente evidencia NS- No se encontraron estudios
CBT, terapia cognitivo conductual; IPT, psicoterapia interpersonal, MCBT, terapia cognitiva basada en mindfulness; ACT, terapia de aceptación y compromiso, SFBT, terapia enfocada en las soluciones; DBT, terapia dialéctica conductual.

Traducido de *The Australian Psychological Society* (2010, p. 12)

Posiblemente es debido a la falta de publicaciones sobre intervenciones en México lo que ocasiona que sea difícil identificar con qué tipo de intervenciones se obtienen mejores resultados en nuestro contexto para el abordaje de las distintas problemáticas de salud mental. Ésta es una necesidad que requiere ser atendida puesto que implica el alivio del sufrimiento de muchas personas, y el uso de tratamientos que efectivamente logren su reducción trayendo por consecuencia no sólo mayor bienestar para los pacientes, sino también mayor certeza para los profesionales que los atienden (Mustaca, 2014).

Intervenciones propuestas para el tratamiento de la conducta suicida infantil

Para comenzar este apartado, es menester resaltar que aún no está claro cuáles son los componentes necesarios y suficientes para conformar una intervención que reduzca comportamientos suicidas, así como tampoco existe claridad en el tipo de pacientes que pueden ser mayormente beneficiados con las intervenciones propuestas (Glenn, Franklin y Nock, 2015; Hawton et al., 2016). Esto pone sobre la mesa la dificultad que existe tanto para el tratamiento como para la prevención de las conductas suicidas, al mismo tiempo que da cuenta de la necesidad de identificar cuáles son los elementos individuales, familiares y socioculturales necesarios para prevenir el suicidio, y más aún la forma en que éstos habrán de ser integrados en una intervención.

Así como las conductas suicidas en general, las lesiones auto infligidas en particular tienen una gama de matices bastante amplia, tanto en lo que se refiere a métodos como a la letalidad. Si bien ha surgido una serie de modelos explicativos en torno al comienzo de las conductas autolesivas, ninguno de ellos ha podido brindar un punto de partida claro para la propuesta de intervenciones en vista de la complejidad del comportamiento. De ahí que no sea extraño que los efectos de los tratamientos con mejores resultados para este tipo de conductas aún sean limitados (Saunders y Smith, 2016).

Posiblemente sea debido a lo anterior que programas de intervención tan populares en E.E. U.U. como *Signs of Suicide* (SOS) y *Yellow Ribbon* (YR) aún no cuenten con evidencias suficientes de que prevengan la conducta suicida en adolescentes (Wei, Kutcher y LeBlanc, 2014).

Además, es necesario recalcar que aunque los tratamientos busquen la prevención del suicidio, los objetivos que persiguen pueden diferir en cuanto al punto de partida de éstos, es decir, si su planteamiento es desde la psicoterapia o si es desde la investigación. Cuando el origen es el primero, lo que más interesa es que exista la mejoría y no necesariamente que el caso sea reportado en términos de efectividad o impacto, mientras que cuando es la investigación, su objetivo principal es identificar los elementos que reducen síntomas y la efectividad con la que lo hacen (Roth y Fonagy, 1996, en Guimón, 2004).

Tabla 8. Diferencias entre la investigación y la práctica clínica

VARIABLES	INVESTIGACIÓN	PRÁCTICA CLÍNICA
Pacientes	• Homogéneos • Sin comorbilidad-- • Muy interesados por el tratamiento	• Heterogéneos • Con diversos trastornos • Menos interesados por la terapia
Terapeutas	• Muy motivados, pero con poca experiencia	• Con menor motivación pero con mayor experiencia profesional
Tratamiento	• Contenido rígido • Número prefijado de sesiones • Menor número de sesiones	• Contenido flexible • Sin limitaciones prefijadas en el número de sesiones • Mayor número de sesiones
Seguimiento	• Largos (6-12 meses)	• Cortos o inexistentes

(Echeburúa y Corral, 2001, en Echeburúa, 2008)

Algunas otras diferencias en cuanto a las características comúnmente encontradas en pacientes, terapeutas, tratamiento y seguimiento se exponen en la Tabla 8. Estas

diferencias en las metas que se persiguen en la investigación y la consulta terapéutica han abierto una brecha en la posibilidad de replicar los tratamientos exitosos y la individualización de los mismos, ya que mientras la investigación se preocupa más por la aplicación generalizada de los tratamientos, la práctica en el consultorio se enfoca a la mejora del paciente en turno. De ello que una de las principales necesidades en este terreno es la elaboración de propuestas que abonen a ambos objetivos, permitiendo la aplicación de intervenciones a nivel individual con el respaldo de investigaciones previas.

Medidas generales

A pesar de estas diferencias y dificultades, se ha logrado llegar a un consenso respecto a ciertas medidas necesarias en el abordaje de las conductas suicidas, independientemente del tipo de intervención que se aplique y la orientación teórica de ésta. Así, en el caso de los internamientos se ha estipulado que están indicados en caso de que el menor presente una crisis o intento suicida, y hasta que el riesgo suicida haya pasado. Una vez pasado el riesgo, y si se considera necesario, puede realizarse un internamiento parcial. Sin embargo, cuando los pacientes muestran un riesgo suicida mínimo y cuentan con el apoyo de su familia, éstos pueden recibir tratamientos sin la necesidad de ser internados (Shaffer et al., 2001).

Asimismo, es primordial que el personal hospitalario de atención primaria cuente con los conocimientos necesarios para identificar y abordar pacientes tanto con depresión como con riesgo suicida (Malakouti et al., 2015). Hasta ahora, los antidepresivos han mostrado ser eficaces para la prevención de conductas suicidas (Søndergård, Kvist, Andersen y Kessing, 2006), sin embargo, el abordaje debe ir más allá de la medicación.

Al respecto se ha señalado que cuando el menor llega a consulta debido a una crisis que puede detonar un suicidio, la primera tarea del terapeuta es reducir al máximo este riesgo, independientemente de la finalidad de que esta acción tenga para el paciente (Berman y Jobes, 1993), posteriormente se podrá intervenir en otros aspectos de su vida. Conviene recalcar que, debido a la dificultad de los menores para verbalizar sobre la intencionalidad suicida, es necesario recopilar información

sobre los sentimientos, conductas y situaciones relevantes en su vida para, al integrar todo ello, poder definir si lo que pasó fue o no un intento suicida (Pfeffer, 2003). Esto permitirá esclarecer si el suceso será tratado como una conducta suicida o si presenta otro tipo de sintomatología que lo haya propiciado (como impulsividad, depresión, ansiedad, entre otros).

A su vez, una vez que se ha elegido la intervención que se implementará, es importante contextualizar la aplicación a nivel individual, familiar y/o institucional (según sea el caso) en vista de que, de lo contrario, pueden suscitarse barreras en los participantes que impidan que los resultados propuestos sean alcanzados (Hanbury, Wallace y Clark, 2011). Al respecto, se sugiere que en el caso especial de los niños sean integrados la familia y la escuela. Ello con la finalidad última de mostrarles un apoyo afectivo incondicional a los menores, así como instruirles para que pidan ayuda y puedan afrontar las emociones y situaciones adversas satisfactoriamente. En el caso concreto de los padres, se habrán de buscar estrategias para que padres e hijos compartan actividades gratificantes de forma regular (Echeburúa, 2015).

En cuanto a la familia, se reconoce que cuando ésta presenta una dinámica conflictiva, se encuentran bajos niveles de comunicación, cohesión y altos niveles de conflicto parental y/o presencia de psicopatología en los progenitores, el tratamiento idóneo es la terapia familiar puesto que se requiere trabajar y fortalecer el sistema primario del infante (Shaffer, et al. 2001).

Por lo que se refiere a las dificultades en el abordaje de pacientes suicidas, se han identificado como problemas recurrentes: escasa comunicación entre terapeutas (cuando es un equipo de trabajo), manipulación del proceso terapéutico por parte de los pacientes o sus familiares, intervenciones poco eficaces o coercitivas por parte del terapeuta como consecuencia de la ansiedad que le genera atender un paciente con conductas suicidas, no identificar el significado de las conductas o verbalizaciones del paciente y no tratar los síntomas de la conducta suicida o trabajarlos muy someramente (Hendin, Haas, Maltsberger, Koestner y Szanto, 2006).

Partiendo de lo anterior, se sugiere que los objetivos terapéuticos se centren en modificar los aspectos que son proclives a ello, logrando con ello sopesar aquellos factores que no pueden modificarse y otorgando, al mismo tiempo, generar en el paciente un aliciente y mayor control sobres su propia conducta (Saiz et al., 2014; Tarrier, Taylor y Gooding, 2008).

Tratamientos Basados en Evidencia

De manera general, los tratamientos reportados como eficaces para pacientes con heridas auto infligidas (tanto de intención suicida como no suicida) comúnmente incluyen el entrenamiento en habilidades familiares, el entrenamiento y/o educación parental, así como el entrenamiento en adquisición de habilidades individuales (Glenn, Franklin y Nock, 2015).

Por su parte, las técnicas empleadas por las terapias de tercera generación han logrado ser especialmente útiles en el tratamiento de la depresión en menores de edad. Lo anterior puede deberse a que estas técnicas no requieren de una capacidad de introspección desarrollada para poder llevarlas a cabo, lo que facilita su aplicación en la población infantil (Berman y Jobes, 1993).

Por su parte, las intervenciones hechas en escuelas también han reportado un alto nivel de efectividad (Balaguru, Sharma y Wheed, 2013; Gallegos, Linan-Thompson, Stark y Ruvalcaba, 2013), consiguiendo una disminución significativa en los síntomas y riesgo de depresión, así como un aumento en las estrategias proactivas en los participantes. Tal es el caso de la aplicación en México del programa *FRIENDS for Life [AMISTAD para siempre]* (Gallegos, Linan-Thompson, Stark y Ruvalcaba, 2013).

Estos resultados han hecho necesario identificar los elementos que contribuyen a la efectividad de dichos resultados con la intención de incluirlos en futuras propuestas. De esta forma, luego de una síntesis de estudios, Balaguru, Sharma y Wheed (2013) han identificado algunos factores clave para el buen o mal funcionamiento de estas intervenciones (Tabla 9).

Tabla 9. Factores clave de las intervenciones desarrolladas en escuelas	
Teorías de por qué funcionan las intervenciones en escuelas	• Identifican y tratan las enfermedades mentales • Solucionan el consumo de alcohol como factor de riesgo • Mejoran la comprensión del problema en los padres • Mejoran las habilidades de resolución de problemas • Apoyan y mejoran las habilidades de afrontamiento del estrés • Abordan las barreras culturales y los tabúes en torno al suicidio
Teorías de por qué los programas de prevención del suicidio no funcionan	• Clarifican mitos sobre el suicidio y el intento de suicidio • Fallan en fomentar el apoyo entre pares • Falla en el abordaje de la confidencialidad para buscar ayuda • Intervenciones demasiado cortas • Falta de apoyo continuo en los servicios de salud mental • Falta de apoyo familiar y recursos fuera de la escuela
Teorías no exploradas, aunque identificadas	• Restricción del acceso a los medios del suicidio (drogas, alcohol, armas, objetos punzocortantes)

(Traducida de Balaguru, Sharma y Wheed, 2013)

Luego de su revisión analítica, los autores sugieren que en futuros estudios que se realicen en escuelas pongan a prueba el efecto de desbordamiento de la intervención, la aplicación de los expertos, así como la edad de los participantes.

En cuanto al ámbito institucional, también se han llevado a cabo estudios que evalúan las intervenciones realizadas en contextos de atención primaria, mismos que reportan resultados tanto efectivos (King et al., 2013) como carentes de respuesta (Hanbury, Wallace y Clark, 2011), lo cual denota la necesidad de continuar haciendo propuestas en la mejora de la atención y seguimiento de los pacientes en instituciones de salud.

Cabe señalar que, en atención a esta necesidad, se han elaborado también propuestas respecto a los objetivos que deberían marcarse como primordiales tanto en la prevención del suicidio como en el tratamiento de las conductas suicidas, de

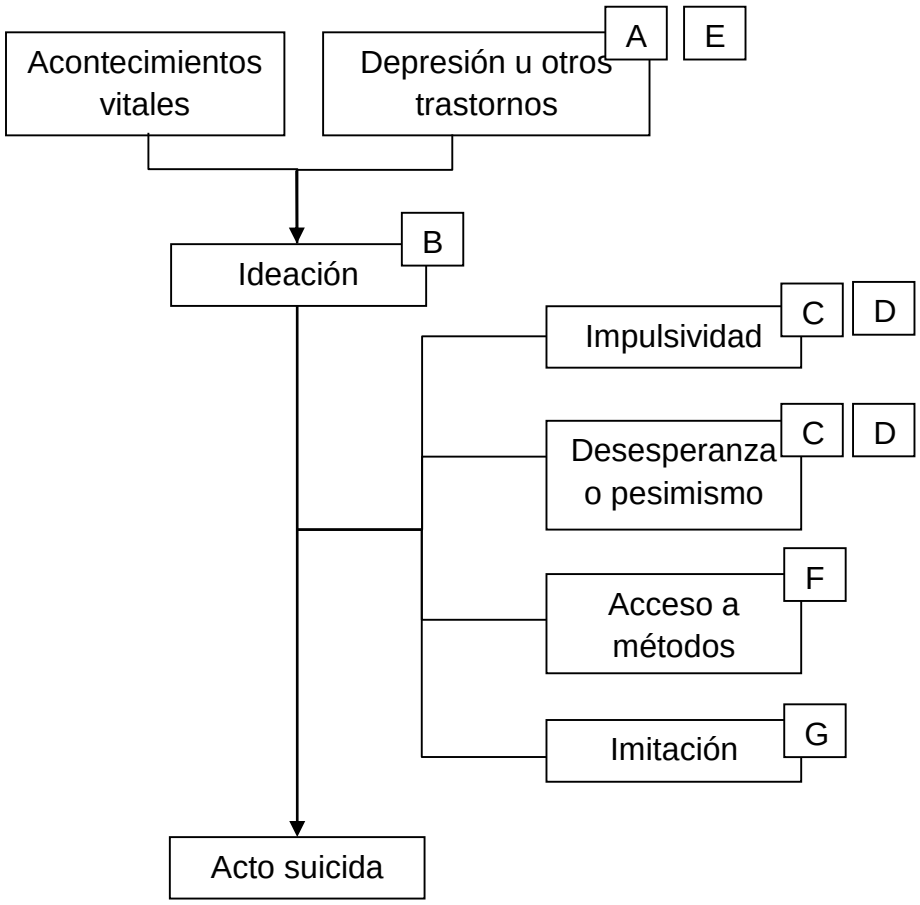
acuerdo con las características del paciente con el que se está trabajando. Una de estas propuestas se ilustra en la Figura 3. Como puede observarse, se indican factores de riesgo altamente asociados a las conductas suicidas, así como el tipo de intervención o tratamiento propuesto para cada uno de ellos.

Asimismo, en México se ha logrado establecer un procedimiento a seguir en Instituciones de Salud Mental para la detección y tratamiento de menores con trastornos afectivos (depresión y distimia) altamente relacionados con las conductas suicidas (Figura 4). Si bien no se ha puesto en práctica en todos los Centros de Salud, esta propuesta constituye un antecedente importante en el manejo y abordaje de menores con estas problemáticas que valdría la pena replicar y adaptar a las necesidades y recursos con los que cuenta cada institución de salud en el país.

Como puede observarse, el fenómeno del suicidio se ha intentado prevenir e intervenir en distintas esferas, tanto de la vida personal del individuo, como de la sociedad, incluyendo instituciones del ámbito familiar, escolar y de salud. Ello da cuenta no sólo de lo complejo que es la problemática sino también de la necesidad de elaborar programas que incluyan estas distintas instituciones para lograr no sólo la obtención de resultados favorables, sino también la permanencia de los mismos.

Resultado de la importancia de atender esta problemática ha dado pauta a que países como Irlanda, Portugal, Hungría y Alemania unan sus esfuerzos para crear un modelo que permita la contextualización y replicación de las intervenciones para la prevención del suicidio. Hegerl, et al., (2009) proponen que dicha intervención deberá incluir: 1) sesiones de entrenamiento y práctica para personal de atención primaria, 2) actividades a nivel de relaciones públicas y medios masivos de comunicación, 3) entrenamiento para facilitadores comunitarios que fungen como guardianes, y 4) divulgación y apoyo para grupos de alto riesgo suicida y grupos de autoayuda (por ejemplo, línea telefónica de asistencia). Aunado a ello, se sugiere que la intervención incluya elementos cognitivos, psicodinámicos y/o de resolución de problemas (NICE, 2011).

Figura 3. Objetivos de la prevención del suicidio (Mann et al., 2005)



Tipos de intervención preventiva

A. Programas de atención y concienciación para médicos de atención primaria, público en general, agentes comunitarios, sociales o de organizaciones
B. Detección de individuos con un riesgo elevado

Tratamiento de la conducta suicida
C. Farmacoterapia: Antidepresivos, incluidos los ISRS; Antipsicóticos
D. Psicoterapia: Programas de prevención del alcoholismo; Terapia cognitivo conductual
E. Seguimiento preventivo de intentos suicidas
F. Restricción del acceso a medios letales
G. Información a los medios de comunicación de las pautas a seguir en los casos de suicidio

En cuanto a los programas de prevención del suicidio basados de aplicación escolar, Wasserman et al. (2015) compararon tres tipos de intervención: 1) cuestionar, persuadir y referir (QPR), un módulo dirigido a profesores y personal de

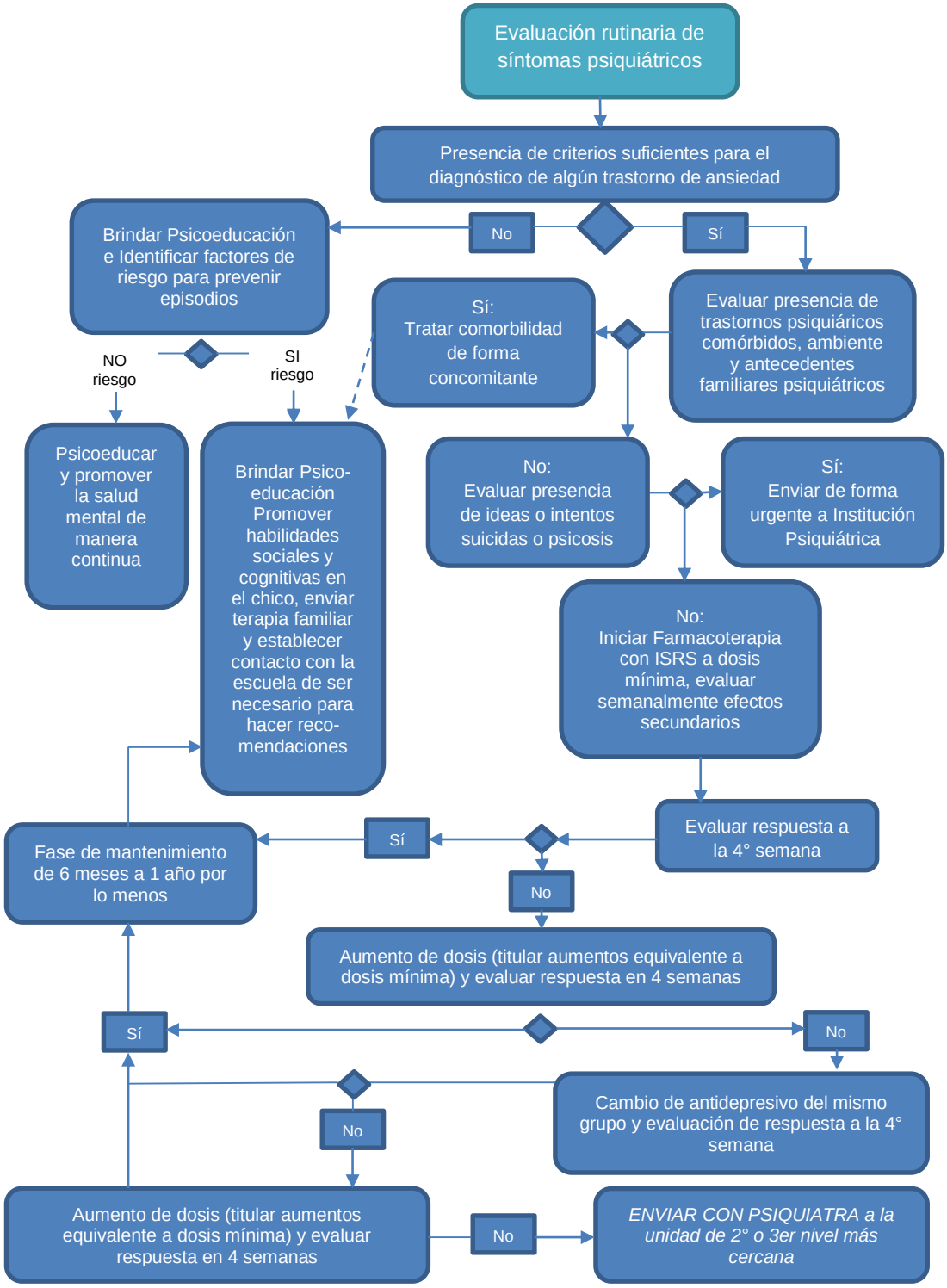
la escuela con el objetivo de capacitar guardianes, 2) Programa de Salud Mental Conciencia en Jóvenes (YAM), dirigido a los estudiantes y 3) remisión de alumnos en situación de riesgo a profesionales (ProfScreen).

El objetivo del programa YAM es incrementar la conciencia que los adolescentes tienen sobre los factores de riesgo y protección en torno a las conductas suicidas, así como el desarrollo de habilidades de afrontamiento ante situaciones adversas, estresantes y conductas suicidas. Los resultados obtenidos indican que dicho programa es efectivo para reducir tanto el número de intentos de suicidio como la ideación suicida severa en adolescentes escolarizados, en un porcentaje mayor que los otros dos programas evaluados y en comparación con el grupo control.

De esta manera, se da cuenta que entre las intervenciones de corte psicosocial que se han propuesto para abordar las conductas suicidas se encuentran las de corte cognitivo conductual, las dirigidas a la familia, intervenciones de contacto a distancia, intervenciones para pacientes con múltiples intentos de suicidio o problemas de personalidad emergentes, así como psicoterapia grupal, perspectivas de evaluación terapéutica e intervenciones orientadas a la mejora en el cumplimiento (National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

Por otro lado, se han hecho propuestas alternativas de intervención, entre ellas el uso de cartas, tarjetas de apoyo, llamadas telefónicas y postales a manera de intervenciones breves con personas con conductas suicidas. Se ha encontrado que este tipo de intervenciones genera una disminución en el número de intentos de suicidio, no obstante, dicha cifra no alcanza la significancia estadística (Milner, Carter, Pirkis, Robinson y Spittal, 2015), de ello se deduce que carecen de efectividad propiamente como una intervención, por lo que más bien pueden considerarse como técnicas o estrategias complementarias.

Figura 4. Procedimiento a seguir en la detección de trastornos afectivos (depresión y distimia) en niños y adolescentes (Cárdenas, Feria, Vázquez, Palacios y De la Peña, 2010)



En definitiva, las intervenciones dirigidas a personas con conductas suicidas aún tienen camino por recorrer. Los esfuerzos hechos hasta ahora han sido importantes, sin embargo, la complejidad del fenómeno implica un redoble de éstos para lograr conjuntar los elementos necesarios para una intervención efectiva en una población específica, en este caso los niños.

Es así como se refuerza la necesidad de que las intervenciones para la prevención del suicidio se realicen a distintos niveles, alcanzando incluso a las políticas públicas que se ejercen en cada localidad. Es una ardua labor la que implica este tipo de trabajo, no obstante los logros que puedan alcanzarse en cada propuesta harán que cada vez sea más clara la ruta que debe seguirse para incidir positivamente en las poblaciones con alto riesgo suicida, desde la infancia.

Tal como lo refirió Davídov (1935), “el fin más importante de la Psicología, de la formación y de la educación, es el desarrollo orientado y premeditado de nuevas formas de comportamiento, de las actividades del niño, es decir de una organización continua del desarrollo” (p.49).

TERAPIAS CONTEXTUALES

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

De entre las diversas propuestas basadas en evidencia para el tratamiento de desórdenes mentales en la infancia, se observa que aquellas que han reportado mayor eficacia son de corte cognitivo-conductual (*The Australian Psychological Society*, 2010). Sin embargo, desde hace algunos años han surgido una diversidad de terapias derivadas del campo cognitivo-conductual que no precisamente caben en el marco tradicional de este enfoque (Hayes, 2004).

Es así como ha surgido la necesidad de dividir las propuestas terapéuticas de este campo en tres generaciones, identificando a la primera generación como aquella de corte puramente conductual, a la segunda generación como propuesta cognitivo-conductual y, finalmente, la tercera generación, cuyas propuestas terapéuticas son denominadas de tercera generación o contextuales, la cual está caracterizada por perseguir la construcción de repertorios de conducta más amplios, flexibles y efectivos (Mañas-Mañas, 2007). Es en esta última generación donde se ubica la terapia de Aceptación y Compromiso o ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*) (Eifert y Forsyth, 2005).

Cabe mencionar que el contextualismo funcional, compartido por las terapias de tercera generación, se fundamenta en cuatro componentes principales (Hayes, 2004):

1) Se enfoca en el evento completo
2) Es sensible al rol que tiene el contexto en la comprensión de la naturaleza y función de un evento
3) Pone énfasis en un criterio pragmático de verdad
4) Específica objetivos científicos para contrastarlos con ese criterio de verdad

En la perspectiva contextual o funcional, el acento del trabajo se pone en la conducta y en el contexto histórico y presente en que ésta se desarrolla, de tal modo

que los valores conductuales se hayan fuertemente relacionados con las actividades de la vida cotidiana y el entorno particular del individuo (Pérez Álvarez, 1996; en Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas y Luciano-Soriano, 2006). Las características generales de esta perspectiva se muestran en la Tabla 10.

Tabla 10. Características del contextualismo funcional

Contextualismo funcional	
Líder académico	Hayes
Referencias de base	Gifford y Hayes (1999), Hayes (1989) y Hayes y Hayes (1992)
Tipo de conductismo	Contextualista, no mecanicista. Autodefinido como "post-skinneriano"
Concepto de conducta	La acción del organismo individual, vista funcionalmente. Fuerte énfasis en la conducta verbal (lenguaje) en función del contexto.
Concepto de cognición	Eventos verbales (no mentales), los cuales son afectados por el ambiente pero median entre éste y la conducta abierta. Se considera, desde un punto de vista pragmático, que es necesario entender los eventos privados para entender la conducta abierta
Metodología promovida	Experimental, con sujetos humanos, diseños intrasujeto y diseño de grupo
Hallazgos experimentales	Avances en relaciones derivadas de estímulos, conducta gobernada por reglas y transferencia de función de estímulos. Nueva perspectiva teórica (teoría de los marcos relacionales) y nueva perspectiva en terapia conductual (terapia de aceptación y compromiso)

Adaptación propia de Pérez-Acosta, Guerrero y López López (2002)

Es en estos componentes que se encuadra el tratamiento denominado ACT. No obstante, se tiene una parte significativa de elementos tanto del conductismo, ya que su énfasis se encuentra en la acción, como del existencialismo, debido a que parte de lo que es realmente importante para la persona en cuestión, de lo que ésta quiere ser y lo que desea hacer con su vida. A esto se le agrega la acción con atención plena (o "mindful"), que implica el total involucramiento con lo que se está haciendo, en el presente, así como la conciencia de lo que se está experimentando. Estos elementos en conjunto constituyen la base para guiar y motivar el cambio conductual del individuo (Harris, 2009).

En cuanto a los eventos privados es menester señalar que éstos son calificados, en gran parte como una cuestión social, como positivos o negativos, lo cual deja al dolor en el grupo de lo negativo y, por tanto, de lo evitable (Wilson y Luciano-Soriano, 2002), dando pauta a que el dolor emocional, por consecuencia, se convierta en sufrimiento.

Cabe señalar que esta valoración negativa respecto a los eventos privados se generan fundamentalmente a partir de cuatro contextos verbales (Hayes y Hayes, 1992):

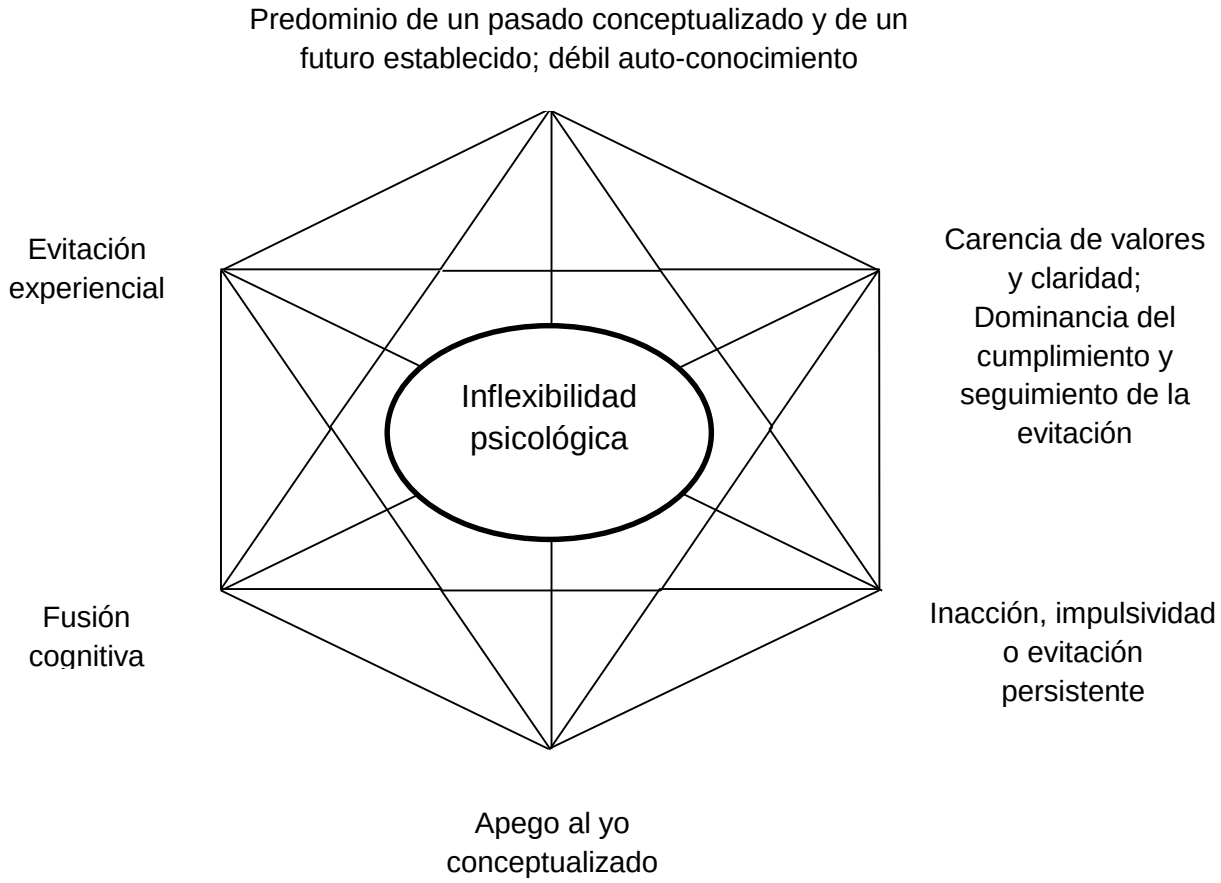
- *El contexto del significado literal.* Las palabras suelen adquirir un significado específico para los individuos y éste se puede asociar a palabras similares, dejando de lado los matices que puede tener.
- *El contexto de la evaluación.* Se puede calificar a una conducta como negativa puesto que ante los ojos de la sociedad es algo mal visto, a pesar de que para el individuo no resulte así.
- *El contexto de la explicación.* Es común que la sociedad otorgue explicaciones diversas a los acontecimientos de la vida cotidiana y los sujetos pueden tomar éstas como criterio de verdad.
- *El contexto de control emocional.* La conducta anormal suele ser explicada como una consecuencia de los eventos internos, propiciando con ello una necesidad en el individuo por controlar las emociones o los pensamientos.

Así, ACT parte de la premisa de que el sufrimiento surgirá de las diversas formas de evitación experiencial y emocional (Eifert y Forsyth, 2005). Las personas recurren a éstas en razón de que alivian momentáneamente el malestar ocasionado por las experiencias dolorosas, este alivio, aunque es pasajero, constituye a su vez un reforzador para recurrir a la misma en futuras situaciones generadoras de malestar. Un ejemplo de ello puede ser la pérdida de un ser querido, que produce un dolor inminente y que, una vez que se busca evitar con distracciones exteriores (eventos sociales, salidas con amigos, evitación de lugares que recuerden al fallecido) no sólo posterga la expresión del dolor sino que lo va haciendo más intenso, provocando por consecuencia que la necesidad de evitar todo aquello que le genera este dolor emocional se traduzca en sufrimiento.

De esta forma, las distintas problemáticas psicológicas aparecen cuando los contenidos privados (emociones, pensamientos o sensaciones negativas) cobran una importancia mayor en la vida de los sujetos, perdiendo de vista las conductas que fortalecen los valores personales (Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas y Luciano-Soriano, 2006) y promoviendo, por tanto, que éstos se alejen gradualmente de las personas, metas y actividades que son importantes para ellos.

De ahí que, desde ACT, la psicopatología partirá de la inflexibilidad psicológica, misma que se conforma de la evitación experiencial, la fusión cognitiva, el apego al yo conceptualizado, la inacción, impulsividad o evitación persistente, la carencia de claridad y valores, así como del predominio de un pasado conceptualizado y de un futuro establecido, es decir, un débil autoconocimiento (ver Figura 5).

Figura 5. Modelo de psicopatología de ACT (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006)



Sustentando lo anterior, se ha reportado que la evitación experiencial está relacionada con trastornos como la depresión, ansiedad, ansiedad social, fobia social, ansiedad a las matemáticas, preocupaciones, tricotilomanía, adicción, conducta antisocial, entre otros (Ruiz, 2010).

Por el contrario, una vida satisfactoria depende principalmente de la acción consciente y de los valores guiados, independientemente de la cantidad de síntomas o dolor experimentados en ese momento (Harris, 2009; Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas y Luciano-Soriano, 2006). De ahí que la meta terapéutica será identificar los valores del individuo, es decir, aquellas cosas que le gustaría hacer toda su vida, las personas con las que quiere mantener una buena relación y las metas personales que se ha propuesto, para así sincronizar todo ello

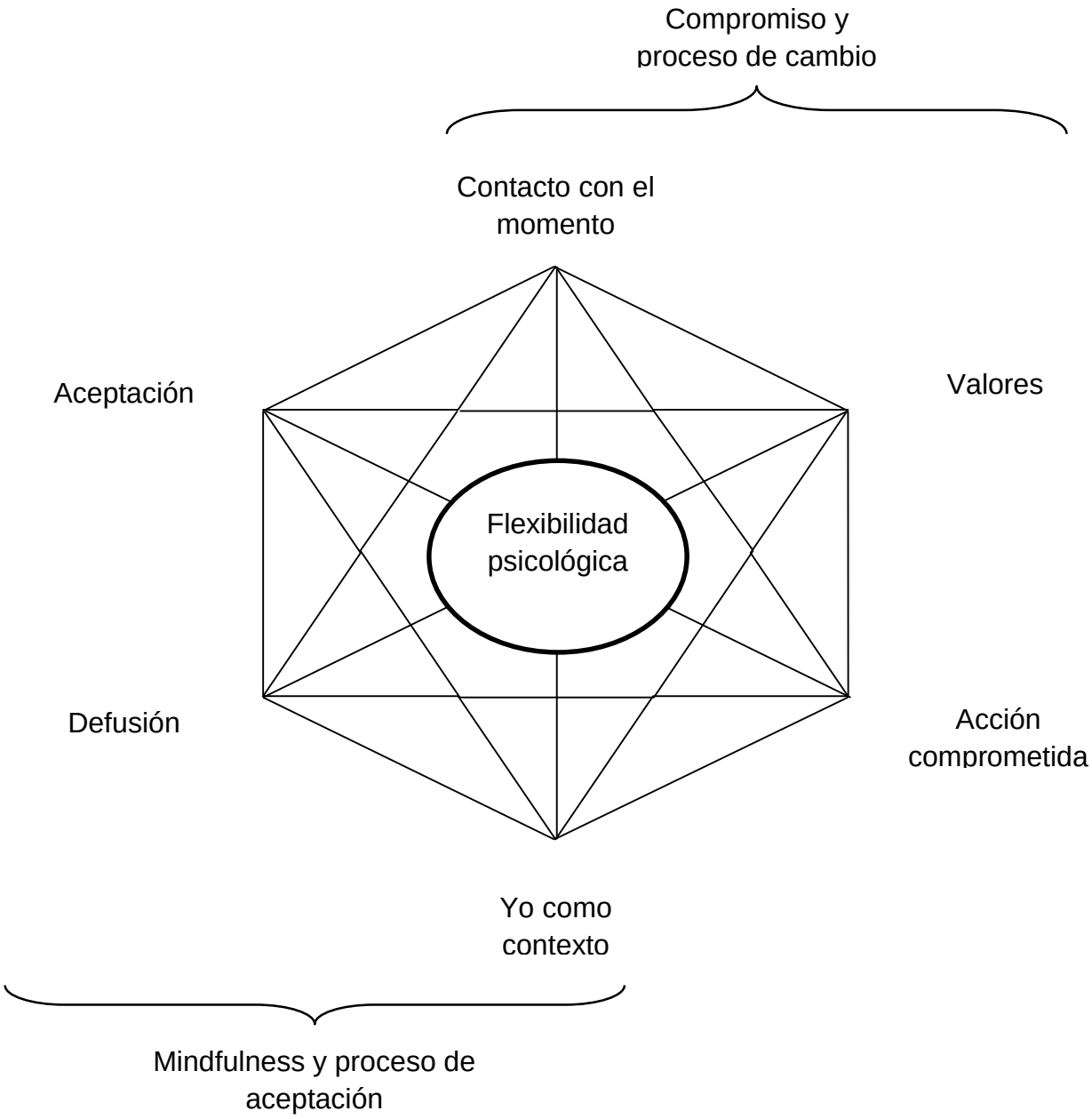
y generar un cambio conductual apegado a estos valores (Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas y Luciano-Soriano, 2006; Harris, 2009), promoviendo que el consultante pueda controlar sus reacciones en lugar de verlas como el origen del problema (Rey, 2004).

Dicho de otra forma, la satisfacción con la vida, aún y cuando se experimenta dolor, surge de la flexibilidad psicológica (Harris, 2009), es decir, de la aceptación la defusión cognitiva, los valores, la acción comprometida, el contacto con el momento y la perspectiva del yo como contexto (ver Figura 6).

Bach y Moran (2008) describen cada uno de los elementos de la siguiente forma:

- *Aceptación*. Aceptar plenamente lo que se está experimentando, sin lamentarse o buscar evitar la situación y, por el contrario, dirigiendo la experiencia hacia lo valioso o importante para sí.
- *Defusión*. Ver los pensamientos como pensamientos y no como verdades absolutas sobre la vida o el mundo. Las reglas verbales y las evaluaciones toman también el sentido de los pensamientos, es decir, no son terminantes.
- *Contacto con el momento presente*. Estar consciente de los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales que ocurren en el aquí y el ahora. Estar presente permite tener una plena conciencia de lo que sucede y hacia dónde se quiere llegar. Es una habilidad que puede adquirirse con ejercicios de mindfulness.
- *Acción comprometida*. Involucrarse en lo clínicamente relevante, comprometerse con lo importante. Puede implicar conductas que solía evitar el cliente, o la puesta en marcha de habilidades recién adquiridas.
- *Yo como contexto*. Es el sentido de sí mismo, dejando fuera de descripciones o evaluaciones del individuo desde las pautas o normas sociales. Puede considerársele como el lugar desde el que se hacen las observaciones.
- *Valores*. Articulan la base de cómo el cliente quiere vivir su vida. Se refieren a lo que es importante para el cliente aquí y ahora, pero también impacta en la persona que quiere ser en el futuro, es decir, es una característica importante para sí, de tal forma que se pretende que perdure a lo largo de la vida.

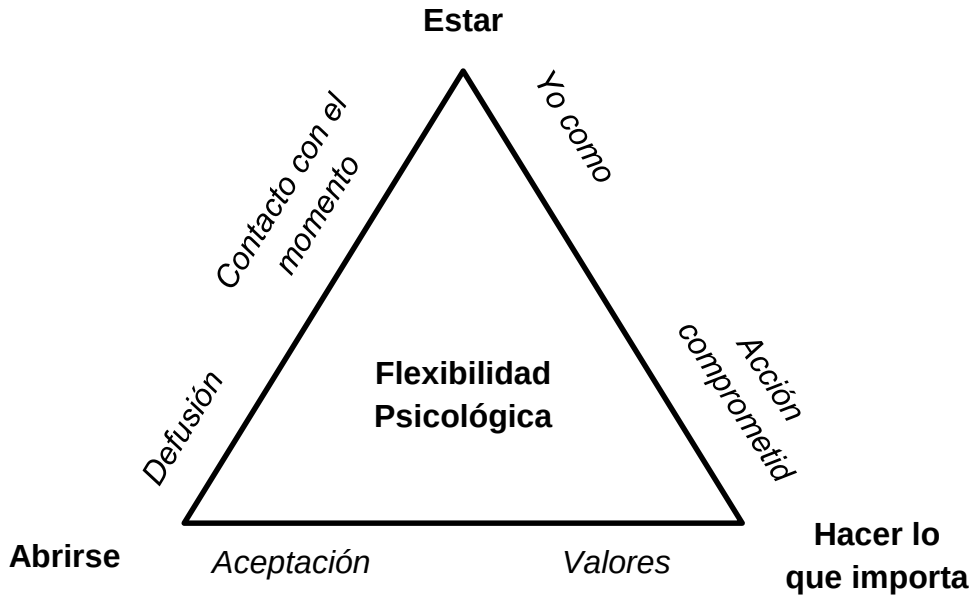
Figura 6. Modelo de procesos psicológicos de ACT (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006)



Como puede observarse, los elementos pueden conjuntarse en dos pilares básicos para trabajar en la terapia: 1) mindfulness y aceptación, y 2) compromiso y cambio conductual. Sin embargo, estos elementos pueden ser también ubicados de forma piramidal, en lo que se conoce como el Triflex de ACT (Figura 7), el cual marca

como ejes principales el abrirse a la experiencia, estar en el presente y orientar la acción hacia lo que realmente importa.

Figura 7. Triflex de ACT (Harris, 2009)



Luego entonces, el acrónimo de ACT hace referencia no sólo a las siglas de la terapia, sino también a los objetivos de la misma (Harris, 2009):

A = Aceptar tus pensamientos y sentimientos, y estar presente

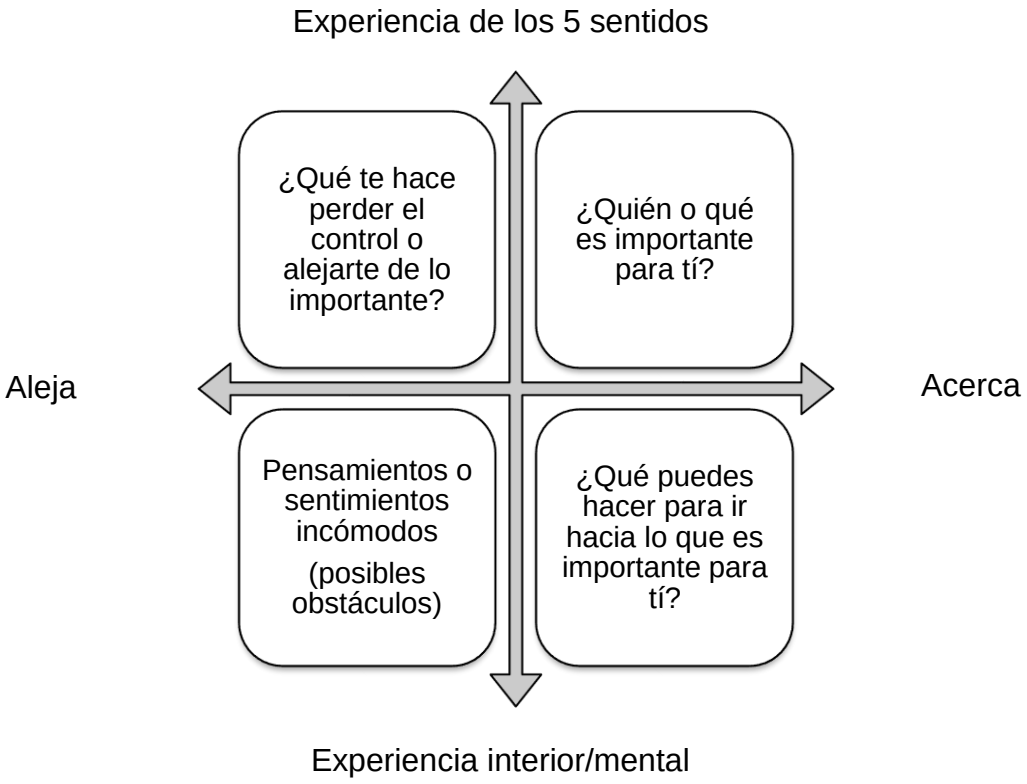
C = Concretar una dirección en base a los valores

T = Tomar medidas, actuar

Es importante remarcar que en ACT, el propósito no es reducir el dolor emocional del paciente, sino ayudarle a crecer y aprender de la situación que le hace sufrir, para, de esta forma, dar paso a una vida plena (Eifert y Forsyth, 2005; Harris, 2009). Partiendo de ello, el trabajo se centrará en los valores, registrados en la matrix, así

como de las acciones que nos acercan o alejan de los mismos. El registro propuesto por ACT, se hace de manera gráfica en conjunto con el cliente o paciente (Figura 8).

Figura 8. Llenado de matrix (Polk, Shoendorff, Webster y Olaz, 2016)



En consonancia con lo anterior, las metas terapéuticas de ACT, propuestas para un aproximado de dieciséis sesiones, son (Pérez, 1996; en Rey, 2004):

I. Generar desesperanza creadora. Cuando el consultante parte del contexto de la explicación suelen creer que la causa de su problema está en sus experiencias internas y por tanto debe encontrar la forma de eliminarlas. En esta parte, se trabaja para que el paciente caiga en cuenta de que no es posible que éstos sean eliminados, y por tanto es necesario partir de una nueva perspectiva para atender la problemática.

II. Hacer ver el control como problema. El contexto del control emocional trae consigo la creencia de que el control de las emociones radica en el control de lo que sucede de manera interna, por lo que la meta será hacerle ver al consultante que estos eventos privados no son la raíz del problema, sino parte del mismo, por lo que habrá de desenfocar la atención de las instrucciones que el sujeto ha aprendido a darse a sí mismo para suprimir sus reacciones.

III. Distinguir entre el yo y la conducta. En esta parte del tratamiento se busca que el consultante reconozca que los eventos internos son parte de sí mismo pero no está sometido a ellos, por lo que la labor fundamental será hacerse "responsable" tanto de su conducta como de sus eventos internos, dicho de otra forma, que pase de ser la víctima a ser el sujeto que elige.

IV. Renunciar a la disputa contra los síntomas. Se orienta al paciente para que deje de luchar contra los síntomas que lo aquejan y aprenda a aceptarlos como respuestas a determinados eventos más que como la causa de sus problemas, así podrá actuar no contra, sino a pesar de ellos.

V. Instaurar el compromiso de actuar. Una vez logradas las metas anteriores, se buscará que el consultante establezca un compromiso con su actuar, buscando una dirección que le resulte valiosa a sí mismo y que sea congruente con sus propias metas y valores personales.

Como se observa, ACT es una terapia relativamente nueva, y los estudios reportados hasta ahora son escasos, no obstante prometedores (Hayes, 2016), incluso en el caso de los niños con anorexia nerviosa, ansiedad, dolor crónico (Murrell y Scherbarth, 2006) e ira problemática (Ruiz y Perete, 2015). En la población adulta ha aplicado efectivamente en el tratamiento de adicciones (Páez-Blarrina, Valdivia-Salas, Luciano, 2010), dolor crónico (McCracken y Vowles, 2014), depresión (*The Australian Psychological Society, 2010*) así como de trastornos de ansiedad y conductas compulsivas (Bass, van Nevel y Swart, 2014).

Un resumen de los estudios reportados con menores de edad y sus padres se expone en la Tabla 11.

Por lo que se refiere a las posibles dificultades en la aplicación de la terapia de ACT, Luciano, Ruiz, Gil Luciano y Ruiz Sánchez (2016) refieren que éstas suelen partir de la falta de experiencia y/o entrenamiento en el profesional que la aplica, reflejándose en la falta de habilidades y los procesos derivados de la aplicación de esta propuesta terapéutica, así como la capacidad de lidiar con las propias experiencias internas durante las sesiones, o dicho de otra manera, la falta de eficacia en el abordaje de los pacientes atendiendo a los objetivos de la terapia y no a los pensamientos o emociones que éstos suscitan en ella.

Tabla 11. Resumen de la literatura de ACT publicada con niños, adolescentes y padres.

ACT con niños y adolescentes					
Foco	**Autores**	**Tipo**	**Padres**	**N**	**Edad**
Anorexia	Heffner et al. 2002 Hayes & Pankey 2002 Orsillo & Batten 2002 Wilson & Roberts 2002	Estudio de caso Teórica Teórica Teórica	Sí No No No	1 -- -- --	15 Todas Todas Todas
Ansiedad	Greco et al. 2002	Teórica	Sí	--	Todas
Dolor crónico	Wicksell, Dahl et al. 2005 Wicksell, Melin, Olsson 2005	Estudio de caso Piloto no controlado	Sí Sí	1 14	14 13-20
General	Murrell, Coyne, Wilson 2005	Teórica	Sí	--	Todas
Escenarios médicos	Robinson et al. 2005	Teórica y estudio de caso	No	-- 1	Todas 7
Conductas sexuales de riesgo	Metzler et al. 2000	Ensayo aleatorizado controlado	No	33 9	15-19
ACT con padres					
Foco	**Autores**	**Tipo**	**Edad**	**N**	
Autismo	Blackledge & Hayes 2006	Grupo de estudio no controlado	Todas	20	
Discapacidad	Biglan 1989 Singer et al. 1989	Teórica y estudio de caso Teórica y revisión de grupos control	Todas Todas	1 49	
Dificultades de parentalidad	Coyne & Wilson 2004 Greco & Eifert 2004	Teórica y estudio de caso Teórica	Todas 6	-- 1 --	

(Traducido de Murrell y Scherbarth, 2006)

De lo anterior se concluye que la propuesta de terapia de ACT conlleva una combinación particular de elementos conductuales, existenciales y de conciencia que resulta una propuesta útil en la búsqueda de una alternativa para vivir la vida de manera más satisfactoria, sobrellevar de menor manera el sufrimiento y

experimentar a plenitud las experiencias de la vida cotidiana, y con ello se infiere que posiblemente, y como consecuencia de esto, permita la reducción de las conductas suicidas en la infancia.

Terapia Dialéctica Conductual

Qué es

La Terapia Dialéctica Conductual (Dialectical Behavior Therapy, DBT) es una terapia de tipo cognitivo-conductual creada para abordar desórdenes mentales difíciles de tratar, destacando su propiedad para trabajar con pacientes con conductas suicidas y/o con características de personalidad límite, así como para la disminución de comportamientos que interfieren con la terapia o con la calidad de vida del paciente (Rathus & Miller, 2002).

El término dialéctica se refiere a las diversas tensiones que ocurren en terapia con pacientes suicidas con Trastorno de Personalidad Límite (TPL), así como al énfasis que hace este tipo de terapia en patrones de pensamiento dialécticos que sustituyen los patrones de pensamiento rígidos y dicotómicos. Es por ello que el punto central de la filosofía dialéctica se encuentra en la aceptación y validación del cliente tal y como es (Dimeff & Linehan, 2001).

Este tipo de terapia está basado en la premisa de que las personas con TPL son personas que 1) tienen dificultades en sus relaciones interpersonales, en su autoregulación emocional y pocas habilidades para tolerar la frustración, y 2) cuentan con una serie de factores personales y ambientales que comúnmente obstaculizan o inhiben el uso de las habilidades conductuales que tienen, reforzando, por el contrario, las conductas disfuncionales (Dimeff & Linehan, 2001).

Asimismo, se ha reportado que el problema primario del TPL se encuentra en el sistema de regulación emocional (Linehan, 1993). Un ambiente invalidante durante la infancia contribuye al desarrollo de la desregulación emocional, además de que falla en mostrar al menor cómo nombrar y regular la excitación emocional, cómo

tolerar el sufrimiento emocional y cuándo confiar en sus respuestas emocionales como reflejo de las interpretaciones válidas de los acontecimientos (Harvey & Rathbone, 2013).

Como adultos, los individuos fronterizos adoptan las características del medio invalidante. Por lo tanto, tienden a invalidar sus propias experiencias emocionales, mirar a otros para reflejos precisos de la realidad externa, y simplificar excesivamente la facilidad de resolver los problemas de la vida. Esta simplificación excesiva conduce inevitablemente a objetivos poco realistas, a la incapacidad de usar la recompensa en lugar del castigo por pequeños pasos hacia los objetivos finales y el odio a sí mismo. La reacción de la vergüenza -una respuesta característica a las emociones incontrolables y negativas entre los individuos limítrofes- es un resultado natural de un entorno social que "avergüenza" a quienes expresan vulnerabilidad emocional (Harvey & Rathbone, 2013).

Objetivos

DBT está diseñada para trabajar con los clientes en todos los niveles de severidad y complejidad que puedan presentar, de tal forma que plantea las metas en función de éstas. De esta forma, sus metas serán (Dimeff & Linehan, 2001):

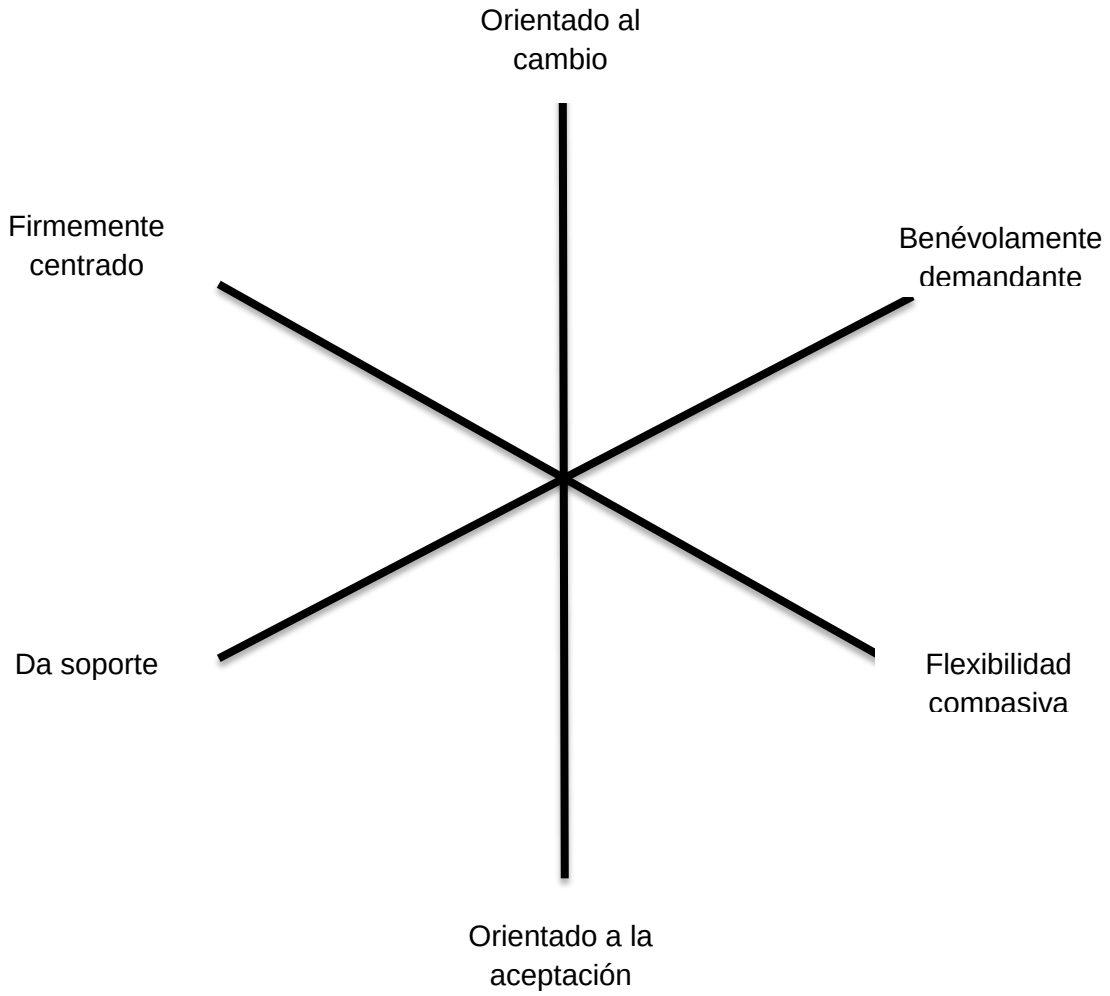
I. Estabilizar al cliente y generar un control conductual. Esto incluye: reducir las conductas que atenten contra su vida, las conductas suicidas, las conductas que interfieran con la terapia y las que mermen su calidad de vida, e incrementar las habilidades conductuales.
II. Reemplazar la desesperación con la que el paciente llega por una experiencia no traumática
III. Conseguir experimentar una felicidad e infelicidad “ordinarias” y reducir los problemas cotidianos
IV. Sustituir el sentimiento de imperfección por placer

Forma de trabajo

En DBT, el origen y la permanencia de los problemas se conciben como un proceso transaccional entre la vulnerabilidad individual a la falta de regulación emocional, y el ambiente invalidante en que se desenvuelve el individuo (Dimeff, Koerner &

Linehan, 2007), y la meta última del tratamiento es llevar al cliente hacia una vida digna de ser vivida tan rápido y eficientemente como sea posible. Para ello la propuesta terapéutica contiene una serie de elementos procedentes de distintas tradiciones, de tal forma que incluye elementos psicodinámicos, centrados en el cliente, provenientes de la gestalt, paradojas y aproximaciones estratégicas, además de que se basa en la ciencia conductual aplicada, la práctica de mindfulness y una filosofía dialéctica que la hacen una propuesta única (Linehan, 1993). Una representación gráfica de lo que se ha expuesto es la Figura 9.

Figura 9. Características del terapeuta en DBT



(Traducido de Linehan, 1993)

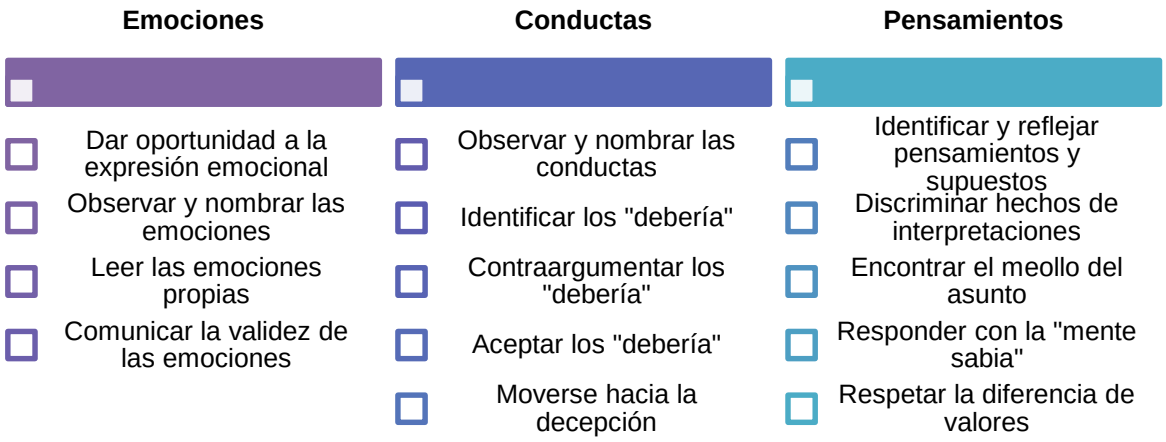
La validación es un elemento central en esta forma de trabajo, y puede ser descrita como es la comunicación al otro de que sus respuestas tienen sentido y son comprensibles dadas las circunstancias y el contexto. Conviene subrayar que todos los clientes se benefician de la validación, pero ésta es esencial para la adquisición de las estrategias orientadas al cambio con aquellos que son especialmente sensibles y propensos a la desregulación emocional (Linehan, 1993).

Así, Linehan (1993) propone como pasos para la validación los siguientes:

1. *Observar activamente.* El terapeuta observa lo que le sucede al paciente, lo que piensa, siente y hace, tanto de manera directa como indirecta.
2. *Reflejar.* El terapeuta refleja al paciente los sentimientos, pensamientos, conductas y supuestos que ha expresado, siempre sin juicios. Se identifican patrones y se establece empatía con el cliente para que éste reconozca sus propios patrones.
3. *Validación directa.* El terapeuta comunica que las respuestas que da el cliente son comprensibles, e identifica los estímulos en el ambiente que promueven dichas conductas, haciendo saber que los sentimientos, pensamientos y acciones tienen perfecto sentido dado el contexto y las experiencias vividas. En este paso, el terapeuta puede encontrar la forma de que el paciente se valide a sí mismo.

Aunado a lo anterior, se han diseñado también estrategias de validación. Éstas se han dividido en estrategias de validación para emociones, conductas y pensamientos, creadas tanto para ser aplicadas por terapeuta en su trabajo con los clientes, como para emplearlas los clientes en su vida cotidiana. De manera general, éstas son las expuestas en la Figura 10.

Figura 10. Estrategias de validación



Elaboración propia, basada en Linehan (1993)

Como puede observarse, las estrategias generan en última instancia cierta flexibilidad en el repertorio conductual del individuo, pasando de la identificación al reconocimiento, la aceptación y, finalmente, la generación de nuevas formas de proceder ante las emociones, conductas y pensamientos propios.

Dicho lo anterior, y de acuerdo con Dimeff & Linehan (2001), las cinco funciones del tratamiento, desde este enfoque, son lograr:

1) Mejorar sus capacidades conductuales del paciente
2) Incrementar su motivación al cambio
3) Asegurarse de que las nuevas conductas se presenten en su ambiente natural
4) Estructurar el ambiente clínico para propiciar el desarrollo de habilidades o capacidades conductuales tanto en el cliente como en el terapeuta
5) Mejorar la capacidad y motivación del terapeuta para tratar a los pacientes de manera efectiva

En la propuesta original, el abordaje de estas funciones se hace con un enfoque integral y desde distintos elementos, mismos que son: psicoterapia individual, grupo

de entrenamiento en habilidades, consulta telefónica y equipo de consulta de terapeutas (Dimeff & Linehan, 2001).

En cada uno de esos elementos, las habilidades que habrá de adquirir el cliente son: (1) regulación de las emociones; (2) tolerancia al malestar; (3) capacidad de responder hábilmente a situaciones interpersonales; (4) observar, describir y participar sin juzgar, con conciencia y enfocándose en la efectividad; y (5) manejo de su propio comportamiento con una estrategia que no sea la de auto-castigo (Dimeff & Koerner, 2007).

Asimismo, son cuatro los módulos que abordan los déficits de destrezas asociadas con el TPL: (a) el centro de habilidades de mindfulness central sobre maneras de implementar estratégicamente el control de la atención; (b) las habilidades de regulación emocional enseñan a los clientes a identificar e influir en las emociones provocadas por el medio ambiente; (c) las habilidades de efectividad interpersonal ayudan a los clientes a aprender a responder eficazmente a las demandas y conflictos interpersonales; y (d) las habilidades de tolerancia al malestar enseñan a los clientes a identificar crisis y experimentar fuertes emociones negativas mientras inhiben los comportamientos disfuncionales que podrían servir para empeorar la situación (Linehan, 1993).

Cabe mencionar que en ausencia de una forma de medida establecida para evaluar el proceso regulatorio de la emoción, se ha observado que el simple hecho de preguntar a los pacientes sobre sus esfuerzos de regulación como parte de una rutina de evaluación llega a generar una gran cantidad de información clínicamente útil (Harvey & Rathbone, 2013).

Para lograr todo lo anterior, es necesario que el terapeuta identifique y elimine en la medida de lo posible (Dimeff, Koerner & Linehan, 2007):

1) Cualquier comportamiento suicida / homicida u otra conducta inminente que amenace la vida
2) Cualquier comportamiento que interfieran con la terapia por el terapeuta o el cliente

3) Comportamientos que comprometan gravemente la calidad de vida del cliente
4) Deficiencias en las capacidades de comportamiento.

Dicho lo anterior, la filosofía de la DBT puede concretarse en los siguientes puntos (Linehan, 1993):

1. *De apoyo.* La intención del terapeuta es servir de apoyo para el paciente en el esfuerzo conjunto por reducir las conductas suicidas al mismo tiempo que se incrementa la satisfacción con su vida.
2. *Es conductual.* El pilar de esta terapia es orientar al paciente para que aprenda a analizar los patrones característicos de su conducta problemática y a reemplazar las conductas desadaptativas por habilidades.
3. *Es cognitiva.* Se enfoca también en ayudar al paciente a modificar las creencias, expectativas y suposiciones que ya no son efectivas o útiles ahora.
4. *Está orientada a las habilidades.* Está diseñada para generar nuevas habilidades en el paciente y fortalecer las ya adquiridas. El enfoque está en las habilidades de mindfulness, efectividad interpersonal, tolerancia al malestar, autocontrol, y regulación emocional.
5. *Hace un balance entre aceptación y cambio.* Se enfoca en orientar al paciente a desarrollar una mayor tolerancia a los sentimientos dolorosos, ambientes aversivos, la ambigüedad, y la lentitud con la que se producen cambios en general. Un tema constante es la resolución de contradicciones entre la constante adquisición de habilidades y la tolerancia a la realidad circundante.
6. *Requiere de una relación colaborativa.* El paciente y terapeuta trabajan como equipo para lograr las metas propuestas por el paciente. Un elemento importante es la adaptación de las características personales de ambos para este trabajo conjunto.

Es así como el terapeuta enfatiza el trabajo del paciente para adquirir habilidades para manejar y dar forma a su red social (Dimeff, Koerner & Linehan, 2007).

Efectividad

En diversos ensayos controlados aleatorios se ha encontrado que DBT es efectiva para el tratamiento de pacientes con Trastorno de Personalidad Límite (TPL) (Koons et al., 2001; Linehan, Armstrong, Suárez, Allmon, & Heard, 1991; Linehan et al., 2006; Linehan et al., 2015).

Cabe mencionar que, en base a la investigación, se ha reconocido al TPL como un trastorno de la desregulación de la emoción (Linehan, Bohus, & Lynch, 2007), razón por la cual algunos investigadores reconocen a la DBT como un posible tratamiento eficaz para la desregulación de la emoción de manera general (Neacsiu, Bohus, & Linehan, 2015). De ser así, se deduce que la DBT puede ser útil para abordar los síntomas de desregulación emocional (y el descontrol conductual asociado) que son comunes en una amplia gama de trastornos mentales, y no sólo el TPL (Kring y Sloan, 2010).

Asimismo, Long, Fulton, Dolley & Hollin (2011) reportan que el entrenamiento en habilidades de DBT generó cambios clínicamente significativos en riesgo suicida, ansiedad, habilidades de afrontamiento y habilidades para involucrarse en actividades que reducen emociones negativas y permiten reconocer cambios en el estado de ánimo en mujeres en ambientes psiquiátricos seguros.

Los descubrimientos en torno a la aplicación del entrenamiento en habilidades propuesto en DBT apuntan a que éste puede ser suficiente por sí mismo para abordar conductas y síntomas de clientes de desregulación emocional, no obstante, no son suficientes para trabajar con conductas suicidas o autolesivas (Valentine, Bankoff, Poulin, Reidler & Pantalone, 2014).

Así, se han realizado modificaciones a DBT con el fin de reducir síntomas propios de diversas problemáticas, entre ellas el trastorno por atracón (Safer, Robinson & Jo, 2010; Safer & Joyce, 2011; Telch, Agras & Linehan, 2000; Telch, Agras &

Linehan, 2001), la bulimia nerviosa (Safer et al. 2001), el trastorno depresivo mayor Feldman, Harley, Kerrigan, Jacobo & Fava, 2009; Harley, Sprich, Safren, Jacobo & Fava, 2008), TDAH asociado al uso de sustancias e hiperactividad en adultos (Hirvikoski et al., 2011). Asimismo, se ha adaptado para trabajar con cuidadores de pacientes con demencia (Drossel, Fisher & Mercer, 2011), familias de individuos con trastornos de conducta (Wilks, Valenstein-Mah, Tran, King, Lungu & Linehan, 2016), adolescentes con trastorno oposicionista desafiante (Nelson-Gray et al., 2006), así como en contextos penitenciarios tanto para adolescentes (Shelton, Kesten, Zhang & Trestman, 2011) como para adultos (Shelton, Sampl, Kesten, Zhang & Trestman, 2009).

Trabajo con menores de edad

Respecto al trabajo concreto con menores de edad, las modificaciones que hasta ahora se han realizado indica que el grupo de menor edad con el que se han reportado estudios es con los adolescentes. Los retos propios, así como las respuestas sugeridas a los mismos por parte de los terapeutas se ilustran en la Tabla 12.

Tabla 12. Retos en el tratamiento con adolescentes y respuestas del terapeuta

Reto	Respuestas del terapeuta influenciadas por DBT
El adolescente no cree tener un problema	Ayudar al adolescente a examinar y evaluar el impacto positivo y negativo de sus conductas y a evaluar las consecuencias a largo plazo
El adolescente no acude de manera voluntaria al tratamiento	Reconocer que el tratamiento está siendo solicitado por otras personas y ofrecer alguna opción sobre en qué terapia engancharse

	Proveer un ambiente terapéutico validante y sin juicios
El adolescente tiene experiencias terapéuticas previas no satisfactorias	Tomar responsabilidad por la efectividad del tratamiento, comunicarle esto al cliente, y no culparlo si el tratamiento no resulta efectivo
El adolescente o la familia percibe el tratamiento como algo vergonzoso	Validar sentimientos Exponer al adolescente a los sentimientos de vergüenza Normalizar el proceso
El adolescente tiene algún deterioro funcional	Estructurar el tratamiento y explicárselo de manera que sea entendible para él
El adolescente tiene una predisposición neurológica a tomar riesgos	Proveer entrenamiento de habilidades Ayudar al adolescente a evaluar el impacto de las conductas que elige (Para esto es necesario entender la conexión entre los desencadenantes, las conductas y las consecuencias y enseñarle cómo resolver problemas y elegir formas más saludables para manejar sus emociones)

Harvey & Rathbone (2013)

Cabe mencionar que se ha encontrado que los adolescentes con lesiones autoinfligidas han arrojado puntuaciones más altas en psicopatología externa, desregulación emocional y patología límite en comparación con los adolescentes deprimidos. Esto sugiere que la depresión y las lesiones autoinfligidas tienen tanto una etiología como un curso de desarrollo distintos (Crowell et al., 2012), motivo por

el cual el tratamiento con DBT es más apropiado para adolescentes con lesiones autoinfligidas.

Ante ello, cabe resaltar que, como afirman Dimeff, Koerner & Linehan (2007), algunos problemas y barreras propios de la edad de los clientes justifican la modificación de la terapia o el énfasis en determinadas estrategias. Así, por ejemplo, en el caso de los adolescentes, es importante tener en cuenta que la familia puede ayudar, más que con la participación de sus integrantes, con la actitud y disposición mostrados hacia el tratamiento (Halaby, 2004; en Dimeff, Koerner & Linehan, 2007).

Obstáculos y propuestas de solución

De acuerdo con Linehan, Comtois & Ward-Ciesielski (2012), existen tres factores principales que obstaculizan el desarrollo de intervenciones eficaces con pacientes suicidas: a) la falta de ensayos clínicos rigurosos en esta población, b) la exclusión de los pacientes con conductas suicidas en los ensayos clínicos y, c) la falta de disposición de los profesionistas para tratar a las personas con esta problemática.

En cuanto al tratamiento, se ha observado que el suicidio de un paciente es probablemente el desenlace más estresante y temido por un terapeuta, por lo que en muchas ocasiones los terapeutas se niegan a abordar esta problemática, o inclusive terminan los tratamientos al identificar la presencia de conductas suicidas.

En términos de investigación, Linehan y su equipo de trabajo (Linehan, Comtois & Ward-Ciesielski, 2012) se dieron a la tarea de desarrollar instrumentos que permitieran reducir la ansiedad de la mala praxis, la estandarización de protocolos para manejar el riesgo de suicidio durante la investigación clínica, así como la generación de protocolos que introduzcan e induzcan a un buen cuidado clínico del paciente en ensayos clínicos controlados. Los instrumentos desarrollados son el Protocolo de Evaluación de Riesgos de la Universidad de Washington (University of Washington Risk Assessment Protocol, UWRAP para evaluadores) y el Protocolo y Nota de Evaluación y Manejo de Riesgos de la Universidad de Washington

(University of Washington Risk Assessment and Management Protocol and Note, UWRAMP for treatment providers, UWRAMP para proveedores de tratamiento).

El UWRAP para evaluadores provee un método estructurado y envolvente para evaluar y manejar el riesgo suicida cuyo tratamiento es proporcionado por un profesional distinto a quien efectúa la evaluación. Es un protocolo que explica paso a paso la evaluación y, si es necesaria, la implementación de estrategias para responder al riesgo suicida.

Por otro lado, el UWRAMP es un formato de llenado para que los terapeutas lleven el seguimiento de las sesiones. Sin embargo, se llena sólo en cuando se detectan situaciones específicas: a) al inicio del tratamiento, b) cuando hay un intento de suicidio, c) conductas que impliquen una lesión autoinflingida, d) se hace una amenaza de intento de suicidio, o e) se reporta un incremento significativo de riesgo de cometer suicidio. Este instrumento documenta tanto las evaluaciones de riesgo del profesional clínico como las intervenciones proporcionadas, las que no se proporcionaron y las razones para no proporcionar intervenciones específicas.

Típicamente, pero no el mejor en un formato de grupo, el entrenamiento de destrezas de DBT apunta a enseñar habilidades para reducir el comportamiento disfuncional y facilitar la adopción de nuevos patrones de comportamiento, emocionales y de pensamiento (Valentine, Bankoff, Poulin, Reidler & Pantalone, 2014).

Dicho lo anterior, se concluye que, si bien DBT no es una terapia diseñada para trabajar con niños, los alcances que ésta ha reportado en el abordaje de la conducta suicida con adolescentes y adultos resaltan como una propuesta de trabajo prometedora para el tratamiento de conductas suicidas en la infancia con, por supuesto, las adecuaciones necesarias para este grupo de edad.

Terapia Analítico-Funcional

La Terapia Analítico-Funcional (Functional Analytic Psychotherapy, FAP; Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai et al., 2009) es otra de las terapias de tercera generación y que, por consecuencia, comparte elementos centrales de trabajo con ACT y DBT.

El trabajo de FAP se basa en la estrategia de ACL (awareness, corage, love), es decir, consciencia, valor y amor. En ella, valor se refiere a compartir abiertamente con los otros sentimientos aversivos como miedo, vergüenza, cautela o incertidumbre. En otras palabras, es acercarse hacia aquello que provoca aversión. De manera similar, amor corresponde a la capacidad responder a la otra persona de todas las formas posibles (atendiendo, preguntando, escuchando e inclusive negándole la solicitud) con la finalidad de reforzar el valor con el que procede, haciéndole sentirse comprendida, aceptada y respetada. Este proceso de valor-amor también sucede en psicoterapia y es necesario para acceder a los procesos de vulnerabilidad del cliente y de esa forma inducir cambios (Holman, Kanter, Tsai & Kohlengerg, 2017).

A estos cambios, se agrega el elemento de consciencia, que se entiende como la capacidad para saber cuándo promover la valentía en el otro y cuándo ofrecer una respuesta amorosa ante lo que está revelando. Tener la consciencia plena de lo que está sucediendo para así determinar cuál será la respuesta que el individuo requiere (Holman, Kanter, Tsai & Kohlengerg, 2017).

Desde una postura más pragmática que filosófica, el terapeuta de FAP ve las causas genéticas como un factor ambiental ya que, después de todo, éstas son producto de las múltiples interacciones con el medio ambiente de la misma forma en la que el reforzamiento da forma a las conductas. Sin embargo, las causas genéticas son dejadas de lado en vista de que el trabajo de mayor impacto se realiza en la parte conductual, a través de la relación terapéutica (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman & London, 2012).

Así, cada uno de estos elementos se conforma por áreas clave a identificar (y posteriormente a trabajar) que, en resumen, son las siguientes (Holman, Kanter, Tsai & Kohlengerg, 2017):

Consciencia:

- Presente: Estar consciencia de las sensaciones corporales, los pensamientos y sentimientos. Un estado de conciencia plena
- Valores, necesidades, metas e identidad: consciente de cada aspecto que interviene en la interacción social del día a día
- Otros: consciencia de los valores y el presente de los otros con los que se interactúa

Valor:

- Elegir experimentar vulnerabilidad: el mostrarse tal cual es y a través de ello construir cercanía e intimidad con los otros
- Hacer auto-revelaciones: decir a otros lo que se está viviendo y/o sintiendo a los demás realmente o “desde el corazón”
- Pedir algo que necesite en la relación: cercanía, asertividad y límites, apoyo, retroalimentación.

Amor:

- Proveer seguridad y aceptación. Va a la par de elegir una experiencia de vulnerabilidad y expresar comprensión, validación y empatía
- Dar lo que se necesita. Emparejado con pedir lo que se necesita de otros: cercanía, establecer límites y ser abierto a la retroalimentación, ofrecer disculpas, hacer promesas (realistas), expresar apreciación, hacer revelaciones de manera recíproca.

Amor a sí mismo:

- Autoaceptación
- Aceptar el amor de los otros

- Autocuidado

Una vez identificada la presencia o ausencia de estos elementos en el cliente, se realiza un análisis funcional de los mismos, que consiste en dar sentido esa presencia o ausencia de comportamientos específicos en el cliente (o del terapeuta mismo) en pro de generar nuevas clases funcionales de conciencia, valor y amor dentro de la relación terapéutica, para que posteriormente el cliente lo pueda llevar a su vida cotidiana (Holman, Kanter, Tsai & Kohlengerg, 2017).

Conductas Clínicamente Relevantes

Evocar conductas es una conducta operante tanto en FAP como en otros tipos de terapias. Cada conducta del terapeuta, la manera de responder, los gestos, las palabras y preguntas, desencadenan una respuesta en el cliente. Muchas de las respuestas generadas en el cliente serán útiles en el contexto terapéutico, pero la FAP se interesa más por las respuestas que constituyen Conductas Clínicamente Relevantes (CCR). Se les denomina CCR porque son las conductas que se presentan en sesión y ocurren también en la vida diaria de los clientes, de tal forma que son mostradas en el consultorio debido a que la relación con el terapeuta es una relación como las que establece fuera del consultorio (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman & London, 2012).

De esta manera, las actividades evocativas pueden utilizarse tanto para fortalecer la alianza terapéutica como para identificar CCRs en sesión. Cabe mencionar que una actividad evocativa puede ser utilizada una sola sesión o de manera repetida a lo largo del tratamiento, no obstante, cuando se utilice el terapeuta debe saber el tipo de CCRs que está propiciando que aparezca, así como las consecuencias que puede traer para el cliente, tanto dentro como fuera de sesión (Nelson, Yang, Maliken, Tsai & Kohlenberg, 2016).

Al respecto, Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman & London (2012) establecen que para ahondar en la función de la conducta existen dos preguntas que expresan el interés central de la terapia:

1. ¿Cuáles son los contextos que evocan la conducta?
2. ¿Cuáles son las consecuencias que aumentan o reducen su probabilidad?

Los autores sugieren que todas las CCRs se entenderán en función de estas preguntas, buscando identificar la función que para el cliente tiene el llorar, enojarse, cuestionar o centrarse en determinados temas durante la sesión, así como la función que tienen las distintas conductas del cliente fuera de la misma.

Asimismo, las CCR se dividen en tres tipos (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman & London, 2012):

- CCR1s: las conductas que generan problemas al cliente y ocurren en sesión, en el aquí y el ahora. Por ejemplo, mostrar dificultad para expresar sus sentimientos o deseos al terapeuta.
- CCR2s: las mejoras que ocurren en la sesión. Por ejemplo, expresar un sentimiento genuino cuando antes evitaba el tema, o pedir un cambio en el horario cuando le costaba pedir algo al terapeuta.
- CCR3s: interpretaciones del cliente de su propia conducta. Cuando el cliente da una explicación funcional a su conducta el terapeuta la reforzará y mejorará si es posible, ofreciendo una posible solución a través de ésta.

Cabe mencionar que todas las CCRs son importantes, sin embargo, el eje del trabajo del terapeuta es la promoción, moldeamiento y reforzamiento de las CCR2s.

Es así como, el terapeuta de FAP no percibe obstáculos teóricos para trabajar con problemas del Yo (CCR1s) de hecho emplea una base teórica que clarifica el trabajo que hace. Las experiencias del Yo pueden conceptualizarse como un continuum para completar el control privado sobre la experiencia (resultando en expresiones el yo precisas y confidentes) para completar el control público (Tsai, Kohlenberg,

Kanter, Holman & London, 2012). La tarea terapéutica es dar forma al control privado sobre la experiencia, evocando y reforzando la expresión cliente de sí mismo o de su yo (Kohlenberg, Tsai, Kanter, & Parker, 2009).

Reglas

Para que lo explicado previamente se lleve a cabo, FAP establece 5 reglas a seguir (Holman, Kanter, Tsai & Kohlengerg, 2017; Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman & London, 2012):

1. Identificar las CCRs (estar consciente)
2. Evocar CCR (ser valiente)
3. Reforzar naturalmente las CCR2s (ser terapéuticamente amoroso)
4. Hacer notar el efecto potencial del refuerzo del terapeuta sobre las CCRs (estar consciente del impacto de uno mismo)
5. Proporcionar un informe de la interpretación analítico funcional e implementar la generalización de las estrategias (interpretar y generalizar)

De esta forma, se busca que los problemas cotidianos se vean reflejados en la sesión, y con ello se identifiquen las conductas que generan problemas en el cliente (CCR1s), y éstos serán traídos al consultorio, se generará una nueva conducta a través de la relación terapéutica, reforzada después por el mismo terapeuta, se verificará que el cliente sea consciente de esta nueva conducta lograda, para después identificar personas con las que puede y requiere actuar en base a la misma. Así, a través de estos pasos el cliente pasará de expresar sus dificultades interpersonales de la vida cotidiana, a generar una nueva gama de conductas que le ayudarán a ir cumpliendo sus metas (en términos conductuales).

Tarea (regla 5)

En FAP, como en todas las terapias cognitivas, se emplean tareas que permiten recolectar información respecto a la práctica de las habilidades que ha adquirido en sesión y a la generalización de las mismas, además de que permite estructurar la

secuencia del tratamiento. En FAP, las tareas son utilizadas con tres finalidades (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman & London, 2012):

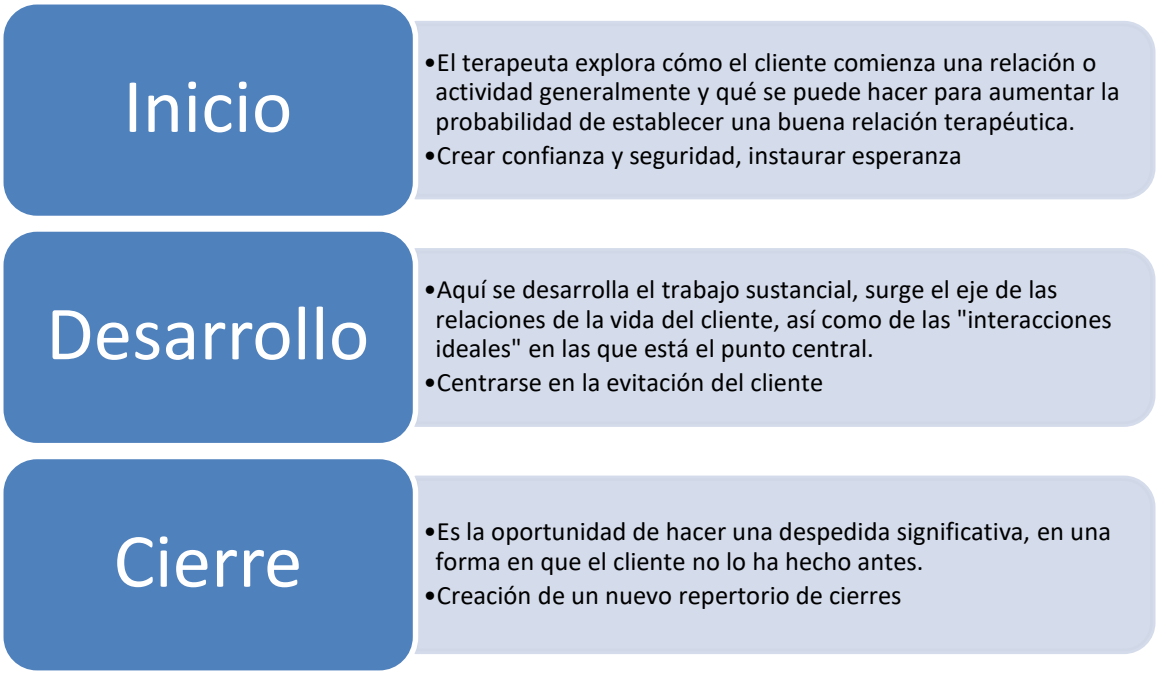
1. Realizar actividades específicas en base a una CCR1 trabajada en sesión, dando forma y reforzando una CCR2. El terapeuta comúnmente asigna también el llenado de una hoja que sirve de puente entre una sesión y otra, preguntando de manera general por lo positivo y negativo de la sesión, la relación de lo abordado en sesión y los problemas de la vida cotidiana, así como el nivel de conexión logrado con el terapeuta.
2. Realizar alguna actividad que no ha podido realizar con el terapeuta, con alguien cercano. Este tipo de tarea implica el desarrollo de una CCR2 fuera de sesión, indicando la actividad que desarrollará y la persona con quien lo hará.
3. Practicar con el terapeuta algo que han aprendido en sus relaciones de la vida cotidiana. En este tipo de tarea, se lleva al consultorio alguna CCR1 que sucede en el exterior, sólo que el terapeuta sugiere una forma diferente de proceder en esta ocasión, buscando el desarrollo de una CCR2.

Como modelo que promueve el tomar riesgos y hacer revelaciones de manera compasiva, el cambio en los clientes hacia mostrar su vulnerabilidad y autenticidad pretende construir un mejor yo. Así como las reglas de FAP, las tareas asignadas se rigen por el principio de la flexibilidad y la funcionalidad.

Desarrollo de la terapia

Las sesiones de FAP pueden distinguir tres momentos diferentes que, para fines prácticos, pueden dividirse en inicio, desarrollo y cierre. Cada uno de ellos implica que el terapeuta centre su trabajo en actividades específicas, mismas que se muestran en la Figura 11.

Figura 11. Desarrollo de una sesión con FAP



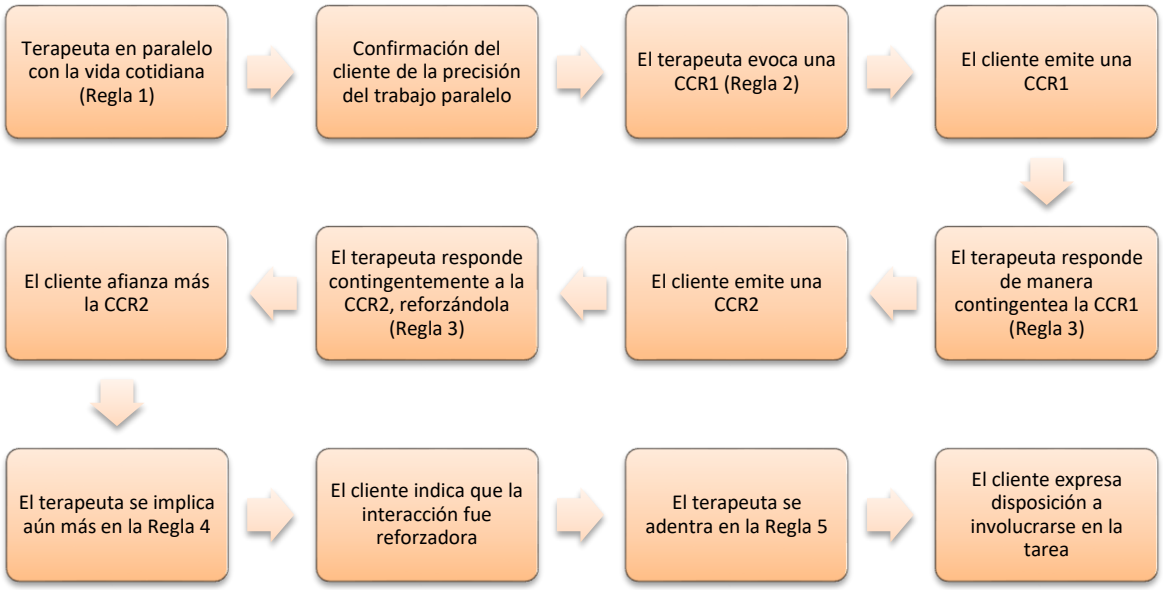
Elaboración propia, basada en Tsai, Kanter, Landes, Newring & Kohlenberg (2009).

La interacción lógica en la sesión

Al igual que en la estructura general, en el trabajo que se hace sesión a sesión existe una secuencia lógica que, si bien no es rígida, permite tener un marco de referencia respecto al tipo de interacciones que se suscitan en cada sesión. Esta secuencia se muestra en la Figura 12.

Es importante destacar que entre una sesión y otra el terapeuta habrá de analizar el proceso de cambio terapéutico debido a que éste ayudará al terapeuta a comprender cuáles son las variables claves para conceptualizar un caso clínico y actuar en concordancia con estas (Ferro García y Aguayo Valero, 2015).

Figura 12. La interacción lógica en la sesión



Elaboración propia, basada en Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman & London (2012)

Por otro lado, se considera que el terapeuta está en posición de hacer interpretaciones en razón de que 1) puede realizarlas inmediatamente después de que se hicieron los comentarios, 2) se encuentra en contacto cercano a las circunstancias que envuelven las aseveraciones, y 3) continúa interactuando con el cliente y puede obtener información adicional al hacer la validación (Kohlenberg & Tsai, 1991).

El proceso continúa incluso fuera de sesión, mientras el terapeuta es entrenado y supervisado en su trabajo e identifica sus propias CCRs a trabajar en cada caso (Ferro-García, Valero-Aguayo y López Bermúdez, 2016). Esto es importante dado que, al aumentar la conciencia sobre lo que constituye el problema y los comportamientos objetivos tanto en los clientes como en los terapeutas mismos, es posible disminuir la probabilidad de reforzar inadvertidamente los problemas del cliente o castigar las mejoras del cliente (Tsai, Mandell, Maitland, Kanter & Kohlenberg, 2016).

Formas de evaluación

En realidad, a FAP no le interesa hacer evaluaciones específicas para los trastornos psicológicos, sino que se dirige más bien a conductas concretas y elementos relevantes de las mismas. Asimismo, evalúa las relaciones funcionales entre el cliente y su vida cotidiana, así como entre el terapeuta y el cliente. De esta forma, el foco está puesto en la observación sistemática de esas conductas clínicamente relevantes (CCR) y la evolución que presentan a lo largo del proceso terapéutico, sobre todo en términos funcionales (Ferro-García, Valero-Aguayo y López Bermúdez, 2016).

De esta forma, han surgido diversos cuestionarios que permiten tener un autoregistro del proceso terapéutico por parte del cliente, al mismo tiempo que apoyan al terapeuta en su labor. Entre ellos se encuentran el Cuestionario Preliminar FAP, Cuestionario de Comienzo de la Terapia, Formulario Puente entre Sesiones, Cuestionarios de Mitad de la Terapia, Cuestionario de Final de la Terapia, Registro del Riesgo Emocional, y la Instantánea Vital FAP. Además, se han creado sistemas de observación sistemática de las interacciones entre el cliente y el terapeuta, así como cuestionarios para la evaluación individual del cliente y el terapeuta (Ferro-García, Valero-Aguayo y López Bermúdez, 2016).

Eficacia

Los primeros estudios clínicos que se realizaron a este tipo de terapia se hicieron en base a la transcripción de las interacciones entre el cliente y el terapeuta, y fueron sobre diversas problemáticas. Posteriormente fueron publicados estudios de caso único, con medidas repetidas de línea base, y con pretest y postest en los que se aplicaron cuestionarios específicos de FAP (Ferro-García, Valero-Aguayo y López Bermúdez, 2016).

Luego de ello, se han publicado diversos estudios que reportan el tratamiento de trastornos y problemas depresivos (Ferro-García, López-Bermúdez y Valero-Aguayo, 2012; Ferro-García, Valero-Aguayo & Vives-Montero, 2000; López-

Bermúdez, Ferro-García y Valero-Aguayo, 2010; Sousa, 2003; Perguer & Colombini, 2010).

Particularmente en torno a su aplicación con menores, se ha reportado el uso de FAP para tratar el trastorno negativista-desafiante en niños (Gosch & Vandenberghe, 2004; Vandenberghe & Basso, 2004), y problemas de habilidades sociales en adolescentes a través de terapia grupal (Cattivelli, Tirelli, Berardo, & Perini, 2012; Padilla, 2013).

Integración con otras terapias

Por sus características, FAP puede integrar su forma de trabajo con los de otras terapias, y de hecho lo ha venido haciendo desde sus inicios con las otras terapias contextuales, sumando sus principios a la Terapia Cognitiva de Beck, a la Activación Conductual, a ACT y a terapias basadas en mindfulness (Ferro-García, Valero-Aguayo y López Bermúdez, 2016).

En la Universidad de Reno se ha aplicado junto con ACT, en lo que se ha denominado *Functional-Analytic Acceptance and Commitment Therapy* (*FACT*), en un programa para dejar de fumar (Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg & Gifford, 2004; Gifford et al., 2011). Esta combinación de ambas terapias se ha aplicado también, de manera exitosa, en el tratamiento de un cliente con depresión mayor y síntomas psicóticos presentando notables mejoras en depresión, aceptación y relaciones sociales (Baruch, Kanter, Busch & Juskiewicz, 2009), en el tratamiento de un caso de exhibicionismo (Paul, Marx & Orsillo, 1999), así como apoyo en el tratamiento de un Trastorno de Personalidad Obsesivo que presentaba anorexia nerviosa (Martín-Murcia, Cangas & Pardo, 2011).

De manera paralela, se ha propuesto también la integración de FAP en la Activación Conductual (AC) para mejorarla (Kanter, Manos, Busch & Rusch, 2008). Esta combinación se ha aplicado en un estudio de caso mostrando unos buenos resultados (Manos et al., 2009). También McClafferty (2012) ha integrado AC con FAP en un caso de un hombre que presentaba un trastorno mixto ansioso depresivo

y que logró normalizar los síntomas hasta considerarse normal una vez concluido el tratamiento.

De lo anteriormente mencionado se concluye que entre las aportaciones más destacadas de este tipo de terapia se encuentran el resaltar la importancia de las relaciones terapéuticas, con toda la intimidad y el poder curativo de éstas, atendiendo a los principios del análisis funcional de la conducta verbal que permite modificar las conductas dentro del consultorio. Por otro lado, entre sus contribuciones, particularmente a las terapias conductuales, se encuentra la teoría del Yo, misma que da la posibilidad de analizar de manera minuciosa los problemas relacionados con la personalidad y el Yo, así como su tratamiento (Ferro-García, Valero-Aguayo y López Bermúdez, 2016).

Es digno de resaltar que su trabajo se centra en la creación de una relación intensa, comprometida e individualizada entre el cliente y el terapeuta, misma que remarca la importancia de las relaciones sociales como elemento clave en el bienestar y el logro de los individuos, y que es igualmente importante en el contexto terapéutico, generando una conexión social que impacta en la vida cotidiana. Tal como lo expresan (Holman, Kanter, Tsai & Kohlengerg, 2017, p. 4): “los humanos somos instrumentos de cambio exquisitamente sensibles uno para el otro”.

Esto hace de FAP una propuesta de trabajo que merece de ser rescatada en el trabajo de las conductas suicidas en la infancia. Si bien los niños son un grupo de edad distinto, y con necesidades específicas, siguen siendo humanos sensibles a la presencia y el actuar del otro, y la consciencia, el valor y el amor son elementos presentes en ellos dignos de ser rescatados en pro de su bienestar.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente proyecto utilizó el método mixto concurrente de Creswell y Plano Clark (2007; citado en Plano-Clark, Huddleston-Casas, Churchill, O'Neil Green & Garrett, 2008), quienes consideran como métodos mixtos a aquéllos que se constituyen como una estrategia usada en la investigación o en la metodología de la misma, y que consisten en la recolección, análisis y mezcla de datos tanto de corte cuantitativo como cualitativo dentro de un mismo estudio.

La fortaleza de este tipo de diseño, también conocido como triangulación, se encuentra en el abordaje contextualizado del tema de estudio. La interpretación y el análisis de ambas metodologías puede conducir a explicaciones amplias de los fenómenos y proveer un sistema de interpretación más complejo (Silvio-Donolo, 2009).

En el caso concreto del modelo mixto convergente (también llamado paralelo o concurrente) el propósito es recoger simultáneamente los datos cuantitativos y cualitativos para luego combinarlos y generar resultados que permitan entender de mejor forma el problema de investigación. Una de las principales razones de este diseño es que permite la compensación de las debilidades de las metodologías entre sí para proporcionar una comprensión más completa de la temática abordada (Creswell, 2012).

Así, las **variables dependientes** de la presente investigación se presentan en la Tabla 13:

Tabla 13. Variables dependientes

Variable		Definición
Indicadores de riesgo suicida	Depresión	Presencia de tristeza en el menor con una duración e intensidad mayor de lo común durante al menos dos semanas
	Impulsividad	Tendencia a actuar sobre la base de un impulso, es decir sin reflexionar y sin considerar las consecuencias

	Ideación suicida	Formación, estructuración y razonamiento de ideas en torno a la muerte autoinflingida
Variables exploratorias	Ansiedad	Estado de angustia, inquietud o zozobra del ánimo
	Recursos psicológicos	Recursos cognitivos y afectivos con los que cuenta el individuo para hacer frente a la adversidad
	Relaciones Intrafamiliares	Percepción respecto a la unión y apoyo, expresión y manejo de dificultades al interior de la familia

Mientras que la **variable independiente** será la intervención.

Así, la investigación se propuso evaluar la opinión de los expertos para luego, en conjunto con lo reportado por la literatura, hacer una mejor propuesta de intervención, de tal manera que quedó conformada por dos fases:

1. Entrevista a expertos
2. Diseño, piloteo y evaluación de la intervención

FASE 1: ENTREVISTA A EXPERTOS

Objetivo: examinar la frecuencia con la que los terapeutas atienden a menores con riesgo suicida, impulsividad y/o depresión, así como el tratamiento y/o las técnicas con las que han obtenido mejores resultados en la reducción de los síntomas.

MÉTODO

CONTEXTO:

Las entrevistas se realizaron en el consultorio donde labora cada psicólogo. En el caso de aquellos que son de ciudades distintas a Morelia, se realizaron vía Skype en la fecha y hora propuestos por los entrevistados.

PARTICIPANTES:

Universo de estudio:

- Psicólogos clínicos que atiendan a población infantil.

Muestra:

- 12 psicólogos clínicos y un paidopsiquiatra que hayan atendido a niños con riesgo suicida por ideación/tentativa suicida, depresión e impulsividad, así como una psicóloga social con experiencia en investigación de las conductas suicidas.

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Trabajar en consulta clínica con menores.
- Experiencia mínima de 5 años en atención psicológica a menores.
- Que hayan atendido a niños con riesgo suicida por ideación/tentativa suicida, depresión y/o impulsividad.

Criterios de exclusión:

- No contar con el tiempo o la disposición para participar en el estudio.

Criterios de eliminación

En el caso de los psicólogos clínicos:

- No contestar las preguntas de la entrevista.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Entrevista a profundidad a los psicólogos participantes que incluyen preguntas sobre su edad, sexo, así como la sintomatología actual del menor, causa manifiesta, causa identificada por el profesional (si es distinta a la anterior), tratamiento

proporcionado al paciente, respuesta al tratamiento, observaciones y conclusiones profesionales en torno al tratamiento y prevención del suicidio.

Procedimiento

Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a 12 psicólogos (as) y una paidopsiquiatra que han atendido a niños y niñas con riesgo suicida por depresión y/o impulsividad, con ideación y/o tentativa suicida, seis de las cuales pertenecen al Hospital Infantil de Morelia y seis más, se eligieron entre el grupo de psicólogos reconocidos por su práctica clínica. Además, se entrevistó a una psicóloga social con experiencia en investigación sobre suicidio. En dichas entrevistas se indagó sobre la forma en que evalúan y tratan la conducta suicida infantil y sobre sus experiencias más exitosas, retomando las recomendaciones que propusieron para el diseño de intervenciones de atención y prevención a la conducta suicida en población infantil.

Consideraciones éticas

La presente investigación fue sometida a revisión por parte del Comité de Bioética del Hospital Infantil de Morelia, pasando satisfactoriamente dicha evaluación. Posteriormente, se pidió el consentimiento de cada uno de los psicólogos que laboran en el área clínica de dicho hospital. Asimismo, se les pidió el consentimiento a los entrevistados para grabar el audio de la conversación con fines meramente de investigación, concediéndoles el derecho de negarse para salvaguardar la confidencialidad.

Como retribución a las aportaciones hechas por el personal, se acordó que, una vez culminado el trabajo de tesis, la tesista presentará los resultados y las conclusiones del trabajo completo ante la institución. Con todo lo anterior, se busca atender a los principios de beneficiencia, no-maleficiencia, autonomía y justicia planteados por Beauchamp y Childress (1979; citado en Mondragón-Barrios et al., 2010).

Se realizó un análisis de las técnicas y/o elementos de tratamiento que los expertos en el área reportan como efectivos para atender la conducta suicida infantil a través de un análisis temático de las entrevistas. Este tipo de análisis, también denominado análisis temático interpretativo (Braun y Clarke, 2006), se caracteriza por identificar, analizar y reportar temas o patrones a partir de la información recabada por medio de métodos cualitativos de investigación (Liamputtong, 2013). Para ello, el investigador deberá (Braun y Clarke, 2006):

1. Transcribir y/o leer la redacción de los datos obtenidos las veces que sea necesario para obtener las ideas generales.
2. Codificar la información a través de los datos más relevantes.
3. Identificar los temas potenciales implícitos en cada código.
4. Verificar que los temas guarden relación con los datos extraídos y la información general, creando un “mapa” temático de dicho análisis.
5. Refinar las especificidades de cada tema para posteriormente otorgarle un nombre y definición clara a cada tema.
6. Revisar cada paso del análisis y elaborar el reporte.

En el caso de esta investigación, el procedimiento se realizó entrevista a entrevista, codificando las respuestas otorgadas a cada pregunta planteada, para después realizar un análisis a nivel grupal, es decir, recopilando los datos sobresalientes de todas las entrevistas en conjunto.

Las frases recopiladas por cada tema cuentan con un código que permite la identificación de participante en función de su profesión (Psic= Psicólogo, Paido= Paidopsiquiatra, PsicSoc= Psicóloga Social), sexo (F= Femenino, M= Masculino), edad y años de experiencia clínica (número). Así, el código Psic-F56/30 refiere que la participante es Psicóloga, de sexo femenino, de 56 años de edad y con 30 años de experiencia en el trabajo clínico infantil.

RESULTADOS

Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas individuales a 12 Psicólogos(as) y una Paidopsiquiatra que han atendido a niños y niñas con riesgo suicida por depresión, con ideación y/o tentativa suicida, impulsividad y/o conducta temeraria, así como a una Psicóloga Social con experiencia en investigación sobre suicidio.

Las características de los Psicólogos participantes se muestran en la Tabla 14.

Tabla 14. Características de los expertos entrevistados

Sexo	Edad	Lugar de procedencia	Experiencia clínica con niños	Lugar de trabajo	Escolaridad	Enfoque teórico
F	34	MORELIA	10 años	Institución pública y consultorio particular	Maestría	Humanista
F	33	MORELIA	9 años	Institución pública	Licenciatura	Sistémico
F	55	GUADALAJARA	30 años	Institución pública y consultorio particular	Maestría	Gestalt y sistémico
F	63	MORELIA	10 años	Institución pública y consultorio particular	Maestría	Gestalt y neurociencias
F	42	MORELIA	18 años	Institución pública y consultorio particular	Licenciatura	Cognitivo-conductual
F	30	TIJUANA	6 años	Institución pública y consultorio particular	Maestría	Gestalt y sistémico
F	75	TIJUANA	45 años	Institución particular y consultorio particular	Maestría	Humanista
M	31	COZUMEL	8 años	Institución pública y consultorio particular	Maestría	Gestalt
F	39	ESTADO DE MÉXICO	13 años	Institución pública	Doctorado	Cognitivo-conductual
M	43	MORELIA	3 años	Institución pública y consultorio particular	Maestría	Humanista
F	56	MORELIA	30 años	Institución pública	Licenciatura	Sistémico
F	37	ESPAÑA	16 años	Institución privada	Maestría	Cognitivo-conductual, psicología positiva
F	49	MORELIA	27 años	Institución pública y consultorio particular	Subespecialidad	Médico
F	42	CD. DE MÉXICO	No aplica	Institución pública	Doctorado	Social

Elaboración propia

Como puede observarse, participaron 12 mujeres y dos hombres, cuyo rango de edad fue de 31 a 75 años, con experiencia clínica con niños que va de tres a 30 años. En el caso de los Psicólogos, 7 trabajan tanto en una Institución Pública como

en consultorio particular, tres únicamente en una Institución Pública, una en una Institución Particular y consultorio particular, y una en una Institución Privada; 8 de ellos cuentan con título de Maestría, tres de Licenciatura y una de Doctorado. El enfoque teórico de los psicólogos fue diverso, manifestando tres de ellos que trabajan con un enfoque Cognitivo-conductual, tres con un enfoque Humanista, dos con un enfoque Sistémico, dos con una combinación de Gestalt con Sistémico, una con Gestalt y Neurociencias, y uno únicamente con enfoque Gestalt.

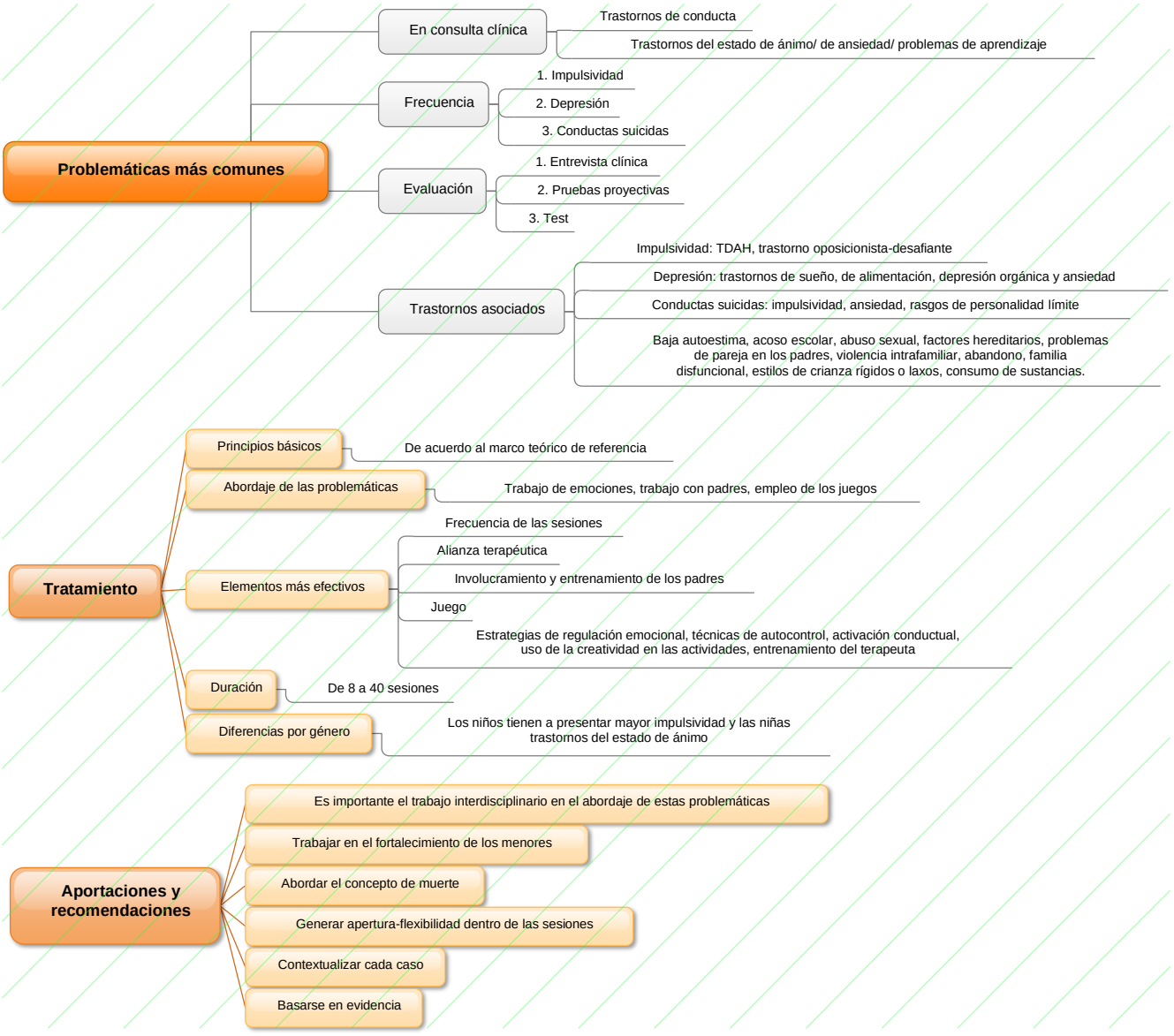
El esquema del análisis temático que se realizó se muestra en la Figura 13. Como puede observarse, respecto al motivo de consulta más recurrente, todos coincidieron que los trastornos de conducta ocupan el primer lugar (tanto en México como en España), sin embargo difirieron respecto al segundo motivo de consulta, refiriendo que generalmente lo ocupan los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y los problemas de aprendizaje. Congruente con ello, la frecuencia con la que reciben niños con las problemáticas planteadas como variables dependientes en esta investigación es más alta para la impulsividad, seguida de la depresión, y por último se colocan las conductas suicidas.

En cuanto a los trastornos asociados a estas problemáticas, los referidos para la impulsividad fueron el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y el trastorno oposicionista desafiante; en el caso de la depresión, se vinculó con trastornos de sueño y alimentación, depresión orgánica y ansiedad; y en el caso de las conductas suicidas, se expuso un vínculo con impulsividad, ansiedad, así como con rasgos de personalidad límite. Aunado a ello, los participantes expusieron que estas tres variables se encuentran relacionadas con la baja autoestima, acoso escolar, abuso sexual, factores hereditarios, problemas de pareja en los padres, violencia intrafamiliar, abandono, familias disfuncionales, estilos de crianza rígidos o laxos, así como con el consumo de sustancias.

La gran mayoría refirió que un elemento fundamental en el trabajo con niños es el involucramiento y entrenamiento de sus padres en el tratamiento. Sumado a ello, los elementos mayormente referidos como efectivos para el tratamiento de menores fueron la frecuencia de las sesiones, la alianza terapéutica y el juego con él/ella. Otros elementos mencionados fueron la aplicación de estrategias de regulación

emocional, técnicas de autocontrol, activación conductual, el uso de la creatividad en las sesiones y el entrenamiento del terapeuta. El número de sesiones reportadas varió de 8 a 40.

Figura 13. Esquema temático de las entrevistas



Elaboración propia

Respecto a las diferencias por sexo, todos coincidieron en que existen problemáticas que tienen mayor prevalencia en varones que en féminas, siendo generalmente los niños más propensos a presentar problemas de conducta que

implican impulsividad, y las niñas a presentar trastornos del estado de ánimo tales como la depresión.

Se observó una opinión dividida respecto a la influencia de la migración familiar en la presencia de trastornos infantiles, opinando la mitad que no es un factor decisivo, y la otra mitad que, debido a que repercute directamente en la madre o cuidadora del hijo, es un elemento que sí influye en la aparición de trastornos en los menores.

Un elemento que surgió en el discurso de la mayoría de los entrevistados, fue la importancia del trabajo interdisciplinario en el abordaje de trastornos como la impulsividad, depresión y conductas suicidas, mismo que involucra un tratamiento de los factores psicológicos, psiquiátricos, médicos e incluso educativos del menor. Es incluso de este trabajo integrativo planeado por los expertos que surgen sus diversas recomendaciones para el diseño de la intervención, las cuales van desde hacer un diagnóstico interdisciplinario hasta la inclusión de elementos y personas clave en la vida de los niños.

Dicho lo anterior, las categorías conformadas del análisis en cuanto a los elementos más relevantes del tratamiento y sus frases representativas fueron las siguientes:

- **Involucramiento de los padres**

“La familia siempre será el núcleo formador por excelencia” (Psic-F32/9)

“…ahí se hace una mezcla entre lo que le afecta al niño y lo que no está funcionando con la familia” (Psic-F55/30)

“…el problema principal en las familias es el poco tiempo que hay para con los niños” (Psic-F75/45)

- **Alianza terapéutica**

“La alianza terapéutica te va a permitir explorar el mundo y la percepción de esos chicos” (Psic-F33/9)

“La alianza terapéutica tiene que ser muy fuerte” (Psic-F42/18)

“que haga una muy buena alianza terapéutica, porque no cualquiera es bueno para trabajar con niños” (Psic-F39/13)

- **Juego terapéutico**

“A los niños los recuperas si los pones a jugar” (Psic-M31/8)

“La terapia de juego es muy importante, en ella los niños muestran temores, deseos, fantasías” (Psic-F56/30)

“…los evaluamos, los descubrimos y hacemos ensayos nuevos a través del juego” (Psic-F55/30)

“…a través del juego vas facilitando la expresión hacia afuera, a través de objetos” (Psic-F75/45)

- **Fortalecimiento de los menores**

“Tenemos muchos problemas, pero si tenemos chicos fuertes lo van a tolerar” (Psic-F42/18)

“…hay que enseñar a identificar por seguridad qué es lo que tienen que hacer” (Psic-F39/13)

- **Interdisciplinariedad**

“Estos son niños con trastornos oposicionista-desafiante, muy impulsivos o agresivos, muchas veces requieren también de un tratamiento médico de parte de paidopsiquiatría” (Psic-F56/30)

“…la paido por su parte valora si es necesario el uso de algún medicamento” (Psic-F33/9)

“En esos casos le llamo a la paido de inmediato porque considero que hay algo de fondo y es necesario verlos en conjunto” (Psic-F34/10)

- **Concepto de muerte**

"… sí tenemos niños pequeños con antidepresivos, y con depresión, sí, desde 6, 7, 8 años. Pero no todos tienen ideación suicida, algunos tienen ideas de muerte pero ni saben qué onda con la muerte" (Paido-F49/27)

- **Apertura en las sesiones**

"… patologizar no nos ha llevado a la prevención del suicidio (…). Yo te recomiendo dejarlos un poco libres a ver qué te dice eso o cómo se contextualizan estas variables" (PsicSoc-F42)

DISCUSIÓN

Se observa que la información obtenida en las entrevistas a expertos es relevante en torno al tema, no obstante, no es distinta de lo que ha reportado previamente la literatura. Más aún, las técnicas reportadas son bastante generales como para basarse en ellas para la elaboración de una propuesta de intervención.

Una posible explicación a la falta de información que se obtuvo es que los psicólogos carecen de ella, es decir, no cuentan con los conocimientos y las herramientas suficientes para atender las problemáticas planteadas, y los casos que han atendido no se han registrado con suficiente meticulosidad. Por un lado, esto concuerda con la afirmación de que, al establecer una jerarquía en el nivel de evidencia en la información científica, tanto los textos de estudio como la opinión de los expertos se posicionan en el nivel más básico (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 2012). Por otro lado, los resultados dan cuenta de la necesidad de entrenamiento y capacitación de los profesionales de la salud para atender con precisión las conductas suicidas en la infancia.

Sin embargo, también es posible que las preguntas que se plantearon a los expertos no se formularon con la suficiente claridad y/o propiedad como para obtener respuestas más amplias y claras. Ello podría denotar tanto la existencia de una

brecha (de comunicación y práctica) entre los psicólogos dedicados al trabajo clínico y los dedicados a la investigación, como la falta de pericia en la entrevistadora para obtener la información de los primeros.

De esta forma, se evidencia la necesidad de diseñar programas de intervención que permitan atender con mayor certeza a los pacientes que se presenten en el ámbito clínico con riesgo suicida y, al mismo tiempo, acorten la distancia existente entre la práctica de la psicología clínica y la investigación. Tal y como se ha sostenido antes, la individualización del tratamiento y el uso de protocolos o manuales no necesariamente son opuestos (Echeburúa, 2008; Plaud, Eifert y Wolpe, 1998).

FASE 2: DISEÑO, PILOTEO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

OBJETIVO: Diseñar y evaluar un programa de intervención que disminuya los indicadores de riesgo suicida en población infantil identificada con riesgo suicida.

MÉTODO

CONTEXTO

Los instrumentos para identificar a niños con riesgo suicida (RSQ, CDI, Impulsividad de Barrat) fueron aplicados tanto en una escuela primaria de la ciudad de Morelia, en horario de clases, como en un hospital público de la misma ciudad, en la sala de espera de éste. El pretest, la aplicación de la intervención, el postest y seguimiento se llevaron a cabo en el consultorio de la investigadora.

PARTICIPANTES

Universo de estudio:

- Niños con riesgo suicida (ideación suicida, depresión e impulsividad) de la ciudad de Morelia, Michoacán.

Participantes:

- 2 niños con riesgo suicida por ideación suicida y depresión/impulsividad.

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Tener de 8 a 12 años cumplidos.
- Saber leer y escribir.
- Tener puntuaciones altas en riesgo suicida y depresión o impulsividad.
- Contar con la autorización de los padres para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Estar actualmente en tratamiento psicológico.

Criterios de eliminación

- No contestar por completo los instrumentos.
- No asistir a dos sesiones seguidas del tratamiento.
- Abandonar la intervención.

INSTRUMENTOS

I. Inventario de depresión para niños (CDI), de Del Barrio, Moreno-Rosset y López Martínez (1992) adaptado a población española de 8 a 12 años. Está conformado por 26 ítems, cada uno de los cuales responde a una escala tipo Likert donde 0 indica "normalidad", 1 indica "cierta intensidad" y 2 indica la "presencia inequívoca" de un síntoma depresivo. En México ha reportado un α de Cronbach de .736.

II. Escala de Impulsividad de Barrat para niños (adaptada por Chahin, Cosi, Lorenzo-Seva y Vigil-Colet, 2010). Es una escala conformada por 26 ítems con un formato tipo Likert de 4 respuestas (Nunca/casi nunca, a veces, frecuentemente, siempre/casi siempre). Fue adaptada para su aplicación a menores colombianos de 8 a 16 años. Este instrumento mide impulsividad

motora, no planeada y cognitiva y la confiabilidad reportada es α=.74, α=.72 y α=.59 respectivamente.

III. Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ), desarrollado por Horowitz, Wang, Koocher y Burr (2001) y adaptado. Es un instrumento autoaplicable conformado por 14 preguntas tipo Likert de 7 puntos que sondean el grado de severidad de factores de riesgo de suicidio en menores. La puntuación más alta es de 34 puntos entre mayor sea la obtenida por el menor, mayor es el riesgo de suicidio. El índice de consistencia interna de la versión en español del RSQ alfa de Cronbach es de 0,68 (Robles-García, Páez-Agraz, Ascencio-Guirado, Mercado-Salcedo y Hernández-Muñoz, 2005).

IV. Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI), creada por Beck, Kovacs y Weissman (1979). Es una escala heteroaplicada, permite cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien piensa o pensó en suicidarse. Consta de 19 ítems y es llenada por el terapeuta a lo largo de una entrevista semiestructurada. Se divide en las secciones: actitud hacia la vida / muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento proyectado y actualización del intento suicida. En México, la consistencia interna por subescala va de α=.45 a α=.90.

V. Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS) en la versión en español de Spence, González Montesinos, Aguilar Villalobos, Bermúdez-Ornelas, Martínez-Guerrero, Hernández-Guzmán y Gallegos Guajardo (2010). Compuesta por 32 ítems, es una escala tipo Likert con opciones de respuesta que van de nunca (0), a veces (1), muchas veces (2) a siempre (3). A mayor puntaje, más ansiedad. Su Alfa de Cronbach es de .88.

VI. Inventario de Razones para Vivir para adolescentes (RFL), adaptado para adolescentes por Osman, Kooper, Barrios, Osman, Besett y Linehan (1998). Es un instrumento que sondea las razones por las cuales el individuo no cometería suicidio, así como la intensidad de cada razón. Consta de 14 ítems con opciones de respuesta tipo Lickert que van desde (1) nada importante, a (6) extremadamente importante. Se agrupa en 5 factores: miedo a la muerte y desaprobación social, objeciones morales, supervivencia y afrontamiento,

responsabilidad con la familia y miedo al suicidio. Su Alfa de Cronbach es de .75.

VII. Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I), de Rivera-Heredia y Andrade Palos (2010), en su versión de 12 reactivos, adaptada por Otto Hernán Lara. Se divide en tres dimensiones: unión y apoyo (4 reactivos), expresión (4 reactivos) y dificultades (4 reactivos). Las opciones de respuesta son: Siempre (5), Casi Siempre (4), A veces (3), Casi nunca (2) y Nunca (1). La confiabilidad para la dimensión de Unión y apoyo es de .81, para la dimensión de Expresión es de .88 y, para la de Dificultades es de .78.

VIII. Escala de recursos psicológicos de Rivera-Heredia y Andrade-Palos (2006). Cuenta con 23 ítems agrupados en dos dimensiones: recursos afectivos (14 reactivos) y recursos cognitivos (10 reactivos). Reporta un alfa de Cronbach de 0.84 para la dimensión de recursos cognitivos y de 0.77 para la de recursos afectivos.

PROCEDIMIENTO

1) Diseño y piloteo de la intervención.

Se reunió la información recabada de los expertos y los estudios previos sobre la temática para llevar a cabo el diseño del programa de intervención para la prevención del suicidio infantil. Luego de ello se llevó a cabo un piloteo de la intervención con dos menores (un niño y una niña) para, así, llevar a cabo las modificaciones pertinentes para su posterior aplicación.

Para identificar los niños candidatos a recibir la intervención se acudió a una primaria pública de una de las colonias de la periferia de la ciudad de Morelia. Se solicitó el permiso de la directora y la profesora a cargo de uno de los grupos de 4° grado, para reunirse con los padres de familia de los alumnos y así solicitar su para la participación de sus hijos(as) en el estudio. Asimismo, se anexaron al grupo dos niños que el profesor de Psicología Educativa consideró que podrían requerir de atención psicológica.

Posteriormente, se citó a los padres de familia a una reunión en la que se presentó la investigadora y les explicó el propósito de la investigación, en qué consistía la participación de sus hijos así como el procedimiento a seguir para seleccionar a los participantes de la intervención. Se aclararon dudas y después se les solicitó que firmaran la carta de consentimiento informado a los que estuvieran de acuerdo en que sus hijos (as) contestaran los instrumentos Impulsividad de Barrat, CDI y RSQ, y se les solicitó un número telefónico para informales los resultados.

Luego de ello, se calificaron los instrumentos y se les informó por vía telefónica los resultados de sus hijos. En el caso de aquellos que no fueron seleccionados, pero que fueron detectados con síntomas altos de impulsividad o depresión, fueron canalizados con una psicóloga infantil. En el caso de los dos menores seleccionados para la intervención, se les hizo la invitación a participar y se concertó una cita para la realización de la entrevista inicial.

Inicialmente se eligieron a los tres menores con mayores puntuaciones en las tres escalas (dos varones y una mujer), sin embargo ninguno de los tres asistió a más de una sesión. En el caso de la niña, su hermana mayor (la que está a cargo) canceló la cita en dos ocasiones y posteriormente desistió. En el caso de uno de los niños, la madre tuvo dificultades para llegar al domicilio, por lo que se le ofreció pagarle el servicio de un taxi pero se negó, y luego de ello desistió y no se pudo concertar una nueva cita, incluso cuando se cambió el domicilio para que le fuese más sencillo llegar. En el caso del otro niño, acudió a la entrevista inicial y se estableció una cita para las subsecuentes sesiones, sin embargo las canceló en dos ocasiones y dejó de establecer contacto.

De esta forma, se contactaron a los siguientes dos menores de la lista (un niño y una niña) para invitarlos a participar en la intervención y en ambos casos accedieron. Estos son los niños con los que se trabajó durante el piloteo.

En esta fase se evaluaron las variables propuestas para la intervención (riesgo suicida, depresión, impulsividad, ansiedad, percepción de las relaciones intrafamiliares y recursos personales) con los instrumentos antes marcados, previo y concluida la misma. Asimismo, al culminar el piloteo se solicitó la evaluación de la

intervención tanto a los menores participantes como a los padres de familia de éstos (qué les gustó, qué no les gustó, qué le cambiarían o agregarían).

2) Aplicación de la intervención.

Se aplicaron los instrumentos que miden riesgo suicida, depresión e impulsividad a pacientes del hospital infantil y a tres grupos de 6° grado de primaria (por indicación de la directora de la institución) que contaron con el consentimiento de parte de sus padres o tutores, con la finalidad de identificar niños con riesgo suicida. Una vez identificados los menores, se procedió a aplicar la intervención de manera individual con aquellos que accedieron a participar en la investigación, así como el resto de los instrumentos que conforman la batería de pruebas (ideación suicida, ansiedad, relaciones intrafamiliares, recursos psicológicos, relación con los padres).

Para esta etapa, se hicieron distintas modificaciones a la propuesta de intervención con la finalidad de obtener mejores resultados (ver anexos). Concretamente:

- Se amplió el número de sesiones a 8
- El tiempo de las sesiones se dividió en sesiones para el niño o niña y sesiones para la madre/padre/tutor
- Se recortaron las actividades de cada sesión para culminarlas en el tiempo establecido
- Se concedió más tiempo al tema de aceptación, se retomaron tanto temas como estrategias terapéuticas propias de DBT (habilidades de tolerancia al malestar y negociación o “dear man”) y FAB (desarrollo de CCR2) en el desarrollo de las sesiones, por lo que la propuesta de intervención parte de las Terapias Contextuales en general
- Se eliminó el instrumento de conductas problema en el salón de clase, y se agregaron el SSI, el inventario de Razones para Vivir, así como la parte de la Cédula de Riesgo Suicida que evalúa la relación con el padre y la madre

3) Evaluación de efectividad de la intervención.

Al finalizar la última sesión se efectuó la aplicación de un pos-test (medición de los niveles de riesgo suicida, depresión, impulsividad, ansiedad, percepción de las relaciones intrafamiliares y recursos personales), seguida de la cual se estimó la significancia clínica de cada caso (<.20) para así evaluar la efectividad de la misma.

4) Seguimiento.

Se les ofreció a los participantes una sesión de seguimiento (un mes después) con la finalidad de verificar que los resultados obtenidos tengan efectos duraderos y consistentes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el *diseño y piloteo de la intervención*: en una reunión presencial, se les explicó a los padres de familia o tutores el objetivo de la investigación, en qué consistía la participación tanto de ellos como de los menores (responder una batería de pruebas) y que se les otorgó la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento que lo consideren pertinente. Dicha aprobación quedó respaldada en una carta de consentimiento informado firmado. Se guardó la confidencialidad de la información recopilada. Asimismo, se les solicitó un número telefónico para devolver los resultados de sus hijos, anteponiendo los casos en los que se detecte que requieren de atención psicológica para su canalización.

Una vez detectados los niños con riesgo suicida, se contactó a sus padres para invitados a participar en el piloteo de la intervención (de manera gratuita) y se trabajó con los que accedieron a la propuesta.

Durante la *aplicación, evaluación y seguimiento de la intervención*: se aplicaron los mismos lineamientos de la fase anterior. Aunado a ello, se solicitó el permiso para realizar audio grabaciones de las sesiones. Cabe mencionar que, en caso de

identificar la necesidad de atención al menor por parte de otro profesional, éste fue referido en el transcurso de la intervención.

Y al término de la intervención se les mostrarán los alcances de la intervención en su caso particular, así como las recomendaciones a futuro y la resolución de dudas. Al término de la intervención se les dará a los participantes un reconocimiento por su participación y los materiales que haya trabajado en las sesiones y quiera conservar. Con todo lo anterior, se busca atender a los principios de beneficiencia, no-maleficiencia, autonomía y justicia planteados por Beauchamp y Childress (1979; citado en Mondragón-Barrios et al., 2010).

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizaron dos estudios de caso para reportar la aplicación de la intervención, así como los avances obtenidos con los participantes de la misma, evaluados mediante el Índice de Cambio Clínico propuesto por Cardiel (1994). Aunado a ello, se graficaron las puntuaciones para ilustrar las mejoras obtenidas por medio de dicha aplicación, en cada uno de los factores evaluados.

RESULTADOS

DISEÑO Y PILOTEO DE LA INTERVENCIÓN

En vista de que en las entrevistas a los expertos no se obtuvo suficiente información más sobresaliente de la que se ha reportado en la literatura para el diseño de la propuesta de intervención, éstas han sido tomadas con cautela para el propósito que inicialmente se planteó.

En cuanto a la literatura, se tomó como punto de partida la propuesta que hace la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para el diseño de la propuesta de intervención. Las actividades de dicha propuesta que se sometieron al piloteo, en breve, son las siguientes:

Tema: Evaluación inicial				
Sesión	Actividad	Materiales	Tarea	Tiempo
-A-	Entrevista inicial Aplicación de instrumentos	InCaViSa ERI Escala de Recursos Personales Escala de ansiedad		70 min.
Tema: Aceptación				
1	Ejercicio de mindfulness: Observación de la respiración		Niños: practicar y registrar la observación durante la semana	70 min.
	Cuando las soluciones no son soluciones	Hoja de registro		
	No puedes detener las olas			
	Presentar la matrix de ACT	Dibujo de la matrix		
	La oportunidad de hacer algo nuevo: aprender a surfear			
	Aceptar lo que no se puede cambiar			
	Establecimiento del contrato terapéutico			
2	Ejercicio de mindfulness: escuchar	Audio de una pieza musical	Padres: 20 min, de juego diario con sus hijos Practicar la escucha de los sonidos y registrarlo	70 min.
	Revisión de la sesión anterior			
	¿Qué tiempo está haciendo por dentro?			
	Diferenciando pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales			
	Identificando los ganchos que alejan de las metas	Registro en la matrix		
Tema: Defusión cognitiva				

3	Ejercicio de mindfulness: observación de las experiencias (juego del detective)	Caja con objetos que se puedan ver, oler, escuchar, probar y tocar	Registro de lo observado en la semana Registro de lo que la máscara quería que dijera/hiciera y lo que realmente dijo/hizo	80 min.
	Revisión de la sesión anterior			
	Identificando lo valioso en mi vida: ¿cuál es tu cuento favorito?			
	Revisando obstáculos (máscara)	Accesorios para hacer la máscara		
Tema: Valores y acción comprometida				
4	Ejercicio de mindfulness: observación de los olores	Objetos con diferentes aromas (hierbabuena, chocolate, canela, plástico, chicle)	Practicar la atención a los olores Formato de automonitoreo Pedir reporte a la profa.	90 min.
	Revisión de la sesión anterior			
	Entendiendo lo valores: los olores que queremos para siempre			
	Identificando los valores			
	Juego de vóley bol	Pelota de plástico		
	El significado de los valores	Matrix para aclarar los valores		
	Los valores en el día a día: horario de actividades			
5	Ejercicio de mindfulness: observación de las texturas (tocar) y las sensaciones	Objetos con diferentes texturas (plastilina, lija, pelota, concha de mar)	Practicar la atención a las texturas y registrarlo	70 min.
	Revisión de la sesión anterior			
	Definiendo los pasos hacia los valores			
	El botón de la pausa			
	Regulando mis emociones	Recipiente Agua fría Hielos		
Tema: Yo como contexto				
6	Posturas de yoga: observación de las sensaciones corporales y atención en la respiración	2 tapetes Video de posturas de yoga para niños	Practicar la persuasión y la atención a las sensaciones corporales	70 min.
	Revisión de la sesión anterior			
	Soy un tablero	Juego conecta 4		
	La magia de la persuasión			
7	Ejercicio de mindfulness: conciencia plena en la vida diaria	Hojas blancas	Tener presentes las actividades hechas para acercarse a lo que es importante y hacerlo parte de su vida cotidiana	60 min.
	Revisión de la sesión anterior	Colores		
	Repasando el proceso con dibujos	Foto de recuerdo		
	Reacciones ante la finalización de la intervención			
	Cierre			
-B-	Postest	CDI Riesgo Suicida (RSQ) Impulsividad de Barrat		60 min.

		ERI Escala de Recursos Personales Escala de ansiedad Evaluación de la intervención		

Piloteo de la intervención

En cuanto a las actividades que se realizaron durante la intervención, las observaciones se reportan en la siguiente tabla:

Tabla 15. Actividades del piloteo de la intervención

Sesión	Actividad	Observaciones
-A-	Entrevista inicial Aplicación de instrumentos	
1	Ejercicio de mindfulness: Observación de la respiración	Se relajaron ambos
	Cuando las soluciones no son soluciones	Muy útil, ayudó a hacer una evaluación rápida y concreta
	No puedes detener las olas	La comprendió muy bien el niño, pero la niña no porque no conoce el mar (aunque se le explicó)
	Presentar la matrix de ACT	
	La oportunidad de hacer algo nuevo: aprender a surfear	El niño conoce de surf pero la niña no, lo que dificultó la comprensión de la metáfora
	Aceptar lo que no se puede cambiar	Esta parte requiere de más trabajo en al menos una sesión más, valdría la pena hacer una lista de lo que necesitan aceptar y retomarla la siguiente sesión.
	Establecimiento del contrato terapéutico	
2	Ejercicio de mindfulness: escuchar	Les gustó mucho y se pudieron concentrar fácilmente
	Revisión de la sesión anterior	
	¿Qué tiempo está haciendo por dentro?	Resultó claro pero aparentemente no trascendió
	Diferenciando pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales	
	Identificando los ganchos que alejan de las metas	Les fue muy representativo a ambos niños
3	Ejercicio de mindfulness: observación de las experiencias (juego del detective)	Poner sólo 2 ó 3 objetos porque resulta un ejercicio largo
	Revisión de la sesión anterior	Fue una sesión muy larga, hay que recortar actividades o dividir la sesión en 2 (sesión 3)
	Identificando lo valioso en mi vida: ¿cuál es tu cuento favorito?	Con el niño fue útil pero con la niña fue complejo porque no tiene una historia favorita

		y confunde lo que pasa en los diversos cuentos de disney
	Revisando obstáculos (máscara)	Les encantó este ejercicio a ambos
4	Ejercicio de mindfulness: observación de los olores	
	Revisión de la sesión anterior	
	Entendiendo lo valores: los olores que queremos para siempre	A las mamás les quedó claro pero a los niños no tanto
	Identificando los valores	
	Juego de vóley bol	Este juego les fue muy significativo a las madres, sobre todo en cuanto a los regaños y los gritos hacia sus hijos. Sin embargo, alargó la sesión.
	El significado de los valores	
	Los valores en el día a día: horario de actividades	
5	Ejercicio de mindfulness: observación de las texturas (tocar) y las sensaciones -Aceptando a las personas como son	Valdría la pena hacer un poco más largo este ejercicio
	Revisión de la sesión anterior	
	Definiendo los pasos hacia los valores	Muy útil
	El botón de la pausa	
	Regulando mis emociones	Les encantó este ejercicio
6	Posturas de yoga: observación de las sensaciones corporales y atención en la respiración	Los videos van algo rápido para poderlos seguir. A las madres se les dificultó hacer la actividad, por lo que no pudieron concentrarse en la respiración.
	Revisión de la sesión anterior	
	Soy un tablero	El niño lo captó muy rápido, a la niña le costó más trabajo
	La magia de la persuasión	A los niños les gustó negociar. Las madres fueron más difíciles de convencer y en ambos casos pidieron ayuda con el quehacer de la casa a cambio de un momento de juego con sus hijos.
7	Ejercicio de mindfulness: conciencia plena en la vida diaria	Recordaron con más detalle el primer día que entraron al consultorio, los pensamientos y sensaciones que tenían (la psicóloga nos dirá qué hacer, haber cómo se porta, las sesiones son sólo para los niños, etc.) Les gustó trabajar juntos y que hubiera juegos en las sesiones.
	Revisión de la sesión anterior	
	Repasando el proceso con dibujos	Sólo hicieron un dibujo representativo de la intervención (por elección de los niños)
	Reacciones ante la finalización	A las madres les dio gusto culminar el proceso, aunque les gustó. Los niños querían seguir asistiendo.
	Cierre	Les encantó recibir el certificado El niño no hizo libreta de registros
-B-	Postest	

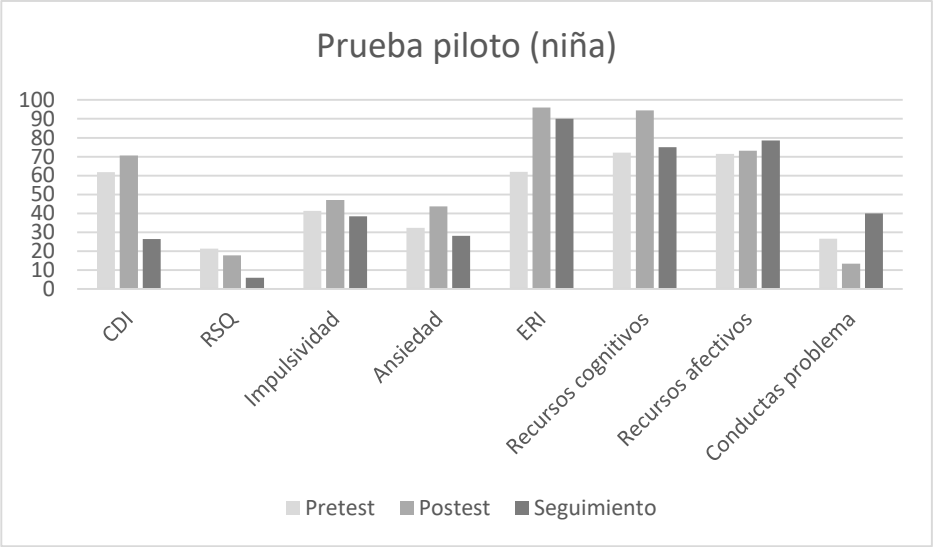
Además de lo mencionado, se observó que a los niños les costó trabajo registrar las experiencias que se les solicitaba en la semana, sobre todo al niño. Sólo para la tarea de la sesión 5 se les dio un formato para registrar lo sucedido en la semana y ambos lo llenaron sin problemas, por lo que se dedujo que era mejor elaborar un formato a llenar para cada tarea que pedirles el registro en una libreta.

En cuanto al juego entre madre e hijo, fue algo que se solicitó a lo largo de la intervención, sin embargo en ambos casos resultó complicado que las madres atendieran la indicación, incluso cuando se les redujo la frecuencia a dos días por semana y a 5-10min. Se requiere buscar algún mecanismo por medio del cual se involucren en la recreación de sus hijos. Tal vez ayude el incluir una sesión intermedia con los padres en la que se aborde la relación con los hijos y actividades que pueden realizar para mejorarla, donde ellos mismos establezcan el tipo de recreación, así como la duración y frecuencia.

Asimismo, se observaron como elementos comunes entre los dos participantes de este piloteo: ausencia física del padre, madres protectoras pero irritables, sentimiento de rechazo en los menores por algún integrante de su familia, crisis financieras que orillaron a la familia a cambiarse de domicilio y dificultades en el manejo del enojo en los menores.

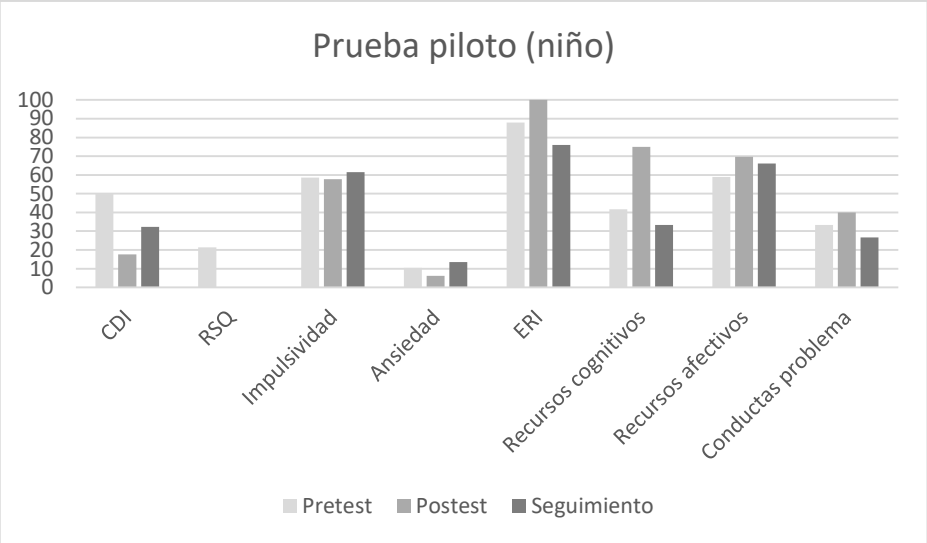
Y respecto a las puntuaciones en los instrumentos, en el caso de la niña se observó mejoría en las escalas de ERI, recursos cognitivos, así como una reducción en las conductas problemáticas en el salón de clase reportadas por la profesora. Sin embargo, se observó un incremento en los síntomas de impulsividad y depresión, así como una constancia en síntomas del RSQ (Figura 14).

Figura 14. Resultados de la prueba piloto con la niña



Por otro lado, en el caso del niño (Figura 15) se observó una reducción significativa del riesgo suicida, así como de los síntomas de depresión. No obstante, las puntuaciones en las escalas de impulsividad, recursos afectivos, ERI y conductas problemas se mantuvieron relativamente estables. En el caso de la escala de ansiedad y recursos cognitivos, se observa una mejoría en las puntuaciones del postest, sin embargo éstas vuelven a sus niveles originales en la medición realizada en el seguimiento.

Figura 15. Resultados de la prueba piloto con el niño



Respecto al Cambio Clínico logrado a través de la intervención, los resultados se muestran en las Tablas 16 y 17.

Tabla 16. Porcentaje de cambio clínico de la prueba piloto con la niña

	Pretest	Postest	PC
CDI	21	24	0.12
RSQ	18	15	0.2*
Impulsividad	43	49	0.12
Ansiedad	31	42	0.26*
ERI	3.1	4.8	0.35*
Recursos cognitivos	26	34	0.23*
Recursos afectivos	40	41	0.02
Conductas problema	4	2	1*

* Significativo (>0.2)

Tabla 17. Porcentaje de cambio clínico de la prueba piloto con el niño

	Pretest	Postest	PC
CDI	17	6	1.83*
RSQ	18	0	18*
Impulsividad	61	60	0.01
Ansiedad	10	6	0.66*
ERI	4.4	5	0.12
Recursos cognitivos	15	27	0.44*
Recursos afectivos	33	39	0.15
Conductas problema	5	6	0.16

* Significativo (>0.2)

En el caso de la niña, se alcanzaron cambios clínicos significativos en las escalas RSQ, ansiedad, ERI, recursos cognitivos y conductas problema. Por su parte, en el caso del niño estos cambios clínicos significativos se observan en las escalas de CDI, RSQ, ansiedad y recursos cognitivos. Si bien ambos niños obtuvieron puntuaciones significativas respecto al cambio clínico en las escalas de riesgo suicida (RSQ), ansiedad y recursos cognitivos, los resultados de estas dos últimas escalas no fueron consistentes en el seguimiento.

DISCUSIÓN

Las posibles explicaciones a los resultados obtenidos con la niña giran en torno a los instrumentos utilizados, a la atención a las demandas de la madre, a la honestidad de la menor al contestar los instrumentos y a la experticia de la investigadora.

En cuanto a los instrumentos, es posible que no se hayan elegido los más idóneos o que la sensibilidad de éstos no sea suficiente para captar cambios generados por

la intervención. Cabe señalar que el RSQ fue diseñado para aplicarse en un ámbito hospitalario a pacientes con posible intento de suicidio, por lo que habría que considerar la posibilidad de utilizar otro que se adapte mejor al contexto de los participantes.

En cuanto a las demandas de la madre, se observó que, a pesar de que la menor expuso las principales problemáticas que le generaban malestar, la madre expuso a lo largo de la intervención la manera en la que la menor contribuía a que estas problemáticas se suscitaran, por lo que ésta pudo sentirse atacada y señalada. Así, los cambios generados en las relaciones intrafamiliares pueden deberse a la constante demanda de la madre por generar cambios en la conducta de la menor, lo cual pudo resultar sentimientos de culpabilidad o autodesprecio en la niña. De esta forma, la vulnerabilidad de la investigadora ante la necesidad de aplicar la intervención pudo ser aprovechada por la madre para modificar conductas no deseadas en su hija.

Por otro lado, pudo ser también que la menor no haya sentido la confianza suficiente en la primera aplicación como para contestar con total honestidad los instrumentos, pero al término de la intervención se haya sentido con la suficiente libertad de hacerlo, lo cual incrementó las puntuaciones obtenidas.

Finalmente, puede ser que la falta de experticia de la investigadora haya propiciado que la dinámica de las sesiones generaran mayor malestar que bienestar en la menor. Cabe mencionar que en la etapa de seguimiento se observó una reducción de síntomas tanto de depresión como de riesgo suicida.

En cuanto al varón, la intervención impactó positivamente en la reducción de los síntomas de depresión, así como en la reducción del riesgo suicida. Es posible que no se hayan observado cambios significativos en la ERI debido a que las puntuaciones arrojadas desde el inicio ya eran por sí mismas altas, por lo que se puede deducir que éste pudo ser un elemento a favor del tratamiento al representar las relaciones intrafamiliares positivas un factor protector ante el riesgo suicida del menor.

Aspectos éticos

La niña fue remitida al Hospital Infantil, instancia donde está siendo atendida.

EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Descripción de casos

CASO 1

- **Datos de identificación**
  Niño de 12 años, estudiante de 6° grado de primaria. Residente de la ciudad de Morelia, Michoacán.
- **Motivo de consulta**
  Cuando se envió la carta de consentimiento informado a los padres o tutores de los menores para la aplicación de instrumentos, el abuelo del menor se comunicó vía telefónica con la psicóloga investigadora para expresar su preocupación por el nieto debido a que, refirió, ha comentado en diversas ocasiones que preferiría estar muerto. Al calificar los instrumentos efectivamente se identificó un riesgo de suicidio moderado en el menor, motivo por el cual fue invitado a participar en la intervención.
- **Historia del problema**
  El menor perdió a su madre a los 8 años de edad. En ese entonces residía en la ciudad de Lázaro Cárdenas con su madre y su hermano mayor puesto que sus padres se encontraban divorciados. La relación con su madre era estable, sin embargo, ésta trabajaba la mayor parte del día, por lo que sólo convivían antes de ir a la escuela y hasta la noche que volvía del trabajo. Los menores se encontraban en la tarde juntos, pero sin supervisión de un adulto. La madre cae enferma y el mismo día, a su llegada al hospital, notifican a los menores que se encuentra internada, con un estado de salud grave. A las pocas horas les informan que no se pudo hacer nada por ella y que ha fallecido. Ese mismo día su padre les indica que cambiarán de residencia a la ciudad de Morelia, donde viven él y sus progenitores.

El menor refiere que a partir de esa pérdida comenzó a sentirse profundamente triste, con poco interés por el mundo, con el sentimiento de vacío. El padre inscribe a ambos hijos en la misma escuela, y está al pendiente de ellos durante los siguientes 2 años, sin embargo, debido al trabajo se ve obligado a cambiar de residencia el año pasado, dejando a los menores a cargo de los abuelos paternos. Esta situación genera una agudización de los síntomas de depresión e ideación suicida en el menor.

A partir de entonces el menor refiere que constantemente tiene problemas para dormir, y esto genera que piense constantemente en la pérdida de su madre, lo cual lo lleva a experimentar una profunda tristeza y a pensar en formas de terminar con su vida. Asimismo, cuando experimenta situaciones frustrantes, desde que se le caigan las cosas de las manos o pierda un nivel en el juego, hasta las dificultades académicas con las que se enfrenta, le hace buscar formas de lesionarse a sí mismo, como golpearse las manos contra la pared.

El abuelo paterno refiere que el paciente siempre necesitó de apoyo extraescolar para realizar las tareas, e inclusive tuvo que repetir el 4° año de primaria por calificaciones reprobatorias. Comenta que el niño no sólo ha tenido problemas con las materias, también suele ser difícil en el trato, mostrándose renuente a trabajar, “flojo” y con poca disposición cuando la persona con la que está “no le cae bien”, al punto de que una de las psicólogas de apoyo que contrataron para ayudarle con las tareas escolares expresó abiertamente en el segundo encuentro que ella no podía trabajar con un niño así, y renunció.

Al inicio de la intervención, el abuelo solicita una sesión sin el niño para explicar el caso y dar un panorama general de la problemática. Comenta que el menor comenzó con las ideas de muerte hace algunos años (no sabe exactamente cuándo), pero se han ido agudizando con el paso del tiempo. Además, el menor toma las críticas muy a pecho, reproduciendo los comentarios negativos de parte de los familiares como verdades (“nada me sale bien”, “no soy bueno en nada”), se hace autoreproches y anticipa resultados negativos a sus esfuerzos.

El abuelo es la persona que se encarga de llevar al niño a la escuela, recogerlo, llevarlo a las clases de apoyo, a las clases de tae kwon do, y a cualquier actividad que requiera salir de casa. Sin embargo, la relación entre ellos nunca ha sido muy estrecha, según refieren ambos. El abuelo menciona que hace un par de meses tuvieron una discusión porque el abuelo lo regañó e indicó al menor que en su casa él habrá de seguir sus reglas, el menor reparó diciendo que no es su padre, y el abuelo lo reprendió duramente. A partir de entonces muy rara vez se dirigen la palabra, pero siguen siendo compartiendo gran parte del día en los trayectos a las distintas actividades y a casa.

El padre del menor, la abuela y la tía con la que vive son permisivos con éste porque creen que el haber perdido a su madre ha sido suficientemente difícil como para poner obstáculos en su camino, sin embargo el abuelo intenta constantemente de poner límites y marcar reglas en casa. Así, en ocasiones el abuelo cuenta con el apoyo de los demás miembros de la familia, y en otras es reprendido por ser tan duro y difícil con su nieto.

- **Datos familiares.**

  Actualmente vive con sus abuelos paternos, su hermano mayor (15 años) y una tía paterna. El padre visita a su familia el fin de semana, cada 15 días.

  La relación entre los abuelos es estable, sin embargo, desde la llegada de los nietos a su casa se han visto entre conflictos por el establecimiento de reglas y límites. El abuelo se percibe invadido tanto en su espacio como en sus actividades de esparcimiento, motivo por el cual se ausenta completamente de casa un día a la semana (come y duerme fuera).

  El niño tiene una relación cercana con su padre y su abuela, conflictiva con su hermano, cordial con su tía y distante con su abuelo. La abuela le muestra apoyo y afecto al menor, no obstante también le hace críticas cuando su desempeño no es bueno.

  El padre de los niños busca comprar lo que necesitan, y de cumplirles sus deseos, llevarlos al cine o a comer fuera cada vez que los visita. Eventualmente se alcoholiza cuando vuelven a casa.

- **Avance en las sesiones de la intervención**

  Todas las sesiones comenzaron con un ejercicio de mindfulness, y concluyeron con la indicación de que practicara dicho ejercicio durante la semana, además de que contestara el formato de evaluación de cada sesión. A partir de la segunda sesión, y hasta culminar la intervención, se realizó una revisión de las actividades de tarea realizadas en la semana, del registro de emociones experimentadas en cada semana y un seguimiento de los logros alcanzados.

  Sesión 1. Después del ejercicio de mindfulness, se comenzó a trabajar con las problemáticas más significativas con las que el menor lidia en su día a día, así como las formas en que ha intentado resolverlas, posteriormente se hizo alusión a la metáfora del hombre en el agujero y se concluyó con la presentación de la forma con la que se trabajaría a lo largo de la intervención, para así establecer el contrato terapéutico con el menor.

  En el primer ejercicio las respuestas del menor fueron las siguientes:

Situación o problemática	Pensamientos/ sentimientos	Estrategias de afrontamiento	Eficacia a corto plazo (1-5)	Eficacia a largo plazo (1-5)	Consecuencias
No puedo pasar un nivel de un juego	Pienso que no me lo voy a pasar y que soy un retrasado	Intentar hacerlo bien	4	4	He llegado más lejos
Depresión por la muerte de mi mamá	Que Dios la hubiera recogido. Que necesito que esté a mi lado y que si ella me siento mal	Me pongo a llorar. Ir a mi cuarto a escuchar música	3	2	
Que hayan cambiado a mi papá a trabajar a otro lado	Me siento solo porque no salgo muy a menudo	Estoy un buen rato en el celular	4	2	Me llaman la atención por estar en el celular

Así, se habló respecto a las implicaciones que en su vida cotidiana tiene cada una de las problemáticas y a la necesidad de buscar en la intervención nuevas formas de resolverlas.

Sesión 2. En esta sesión se identificaron metas y personas importantes para el menor, así como algunas acciones que puede emprender para acercarse a eso que es importante para él: estudiar para terminar una carrera, ser más asertivo con su abuela, pasar tiempo con los otros miembros de su familia y hablar con ellos.

Asimismo, se identificaron las situaciones que alejan al menor de lo importante y lo enganchan a los sentimientos de tristeza, enojo y problemas de conducta, que en su caso fueron: para la tristeza, pensar que su mamá ya no está y su papá está lejos; para el enojo el pensar “no voy a pasar el nivel del juego, soy un fracasado”, cuando no se ponen de acuerdo con los compañeros en un trabajo el pensar “no es como ellos dicen”, pensar “no soy una buena persona con mi abuela”.

Posteriormente se revisaron las situaciones de la vida cotidiana del menor que requieren ser aceptadas en vista de que no pueden ser modificadas. En el caso del menor se identificó la muerte de la madre y la distancia física de su padre como algo importante a aceptar.

Sesión 3. Se habló de la metáfora de la máscara, con la cual en ocasiones aparenta que algunas cosas o personas no son importantes para él cuando en realidad sí lo son, y en otras oculta lo que está sintiendo, actuando de manera distinta a como en realidad se quiere. El menor decoró un antifaz, representando lo que aparenta sentir ante los demás, para luego explicar qué es lo que en realidad siente en diferentes situaciones (miedo, tristeza, enojo…) y las cosas que en realidad son importantes para él: no le gusta que lo critiquen en casa, le molesta que se le caigan constantemente las cosas, le es difícil mantener la atención en actividades académicas, sus amigos son muy importantes para él aunque a veces no sepa cómo expresarlo, le gusta

estar con su abuela pero le molesta que lo regañe constantemente, quiere a su hermano pero no tienen muchas actividades que hagan en conjunto, extraña mucho a sus padres.
Como tarea para esta sesión, registró en una hoja las cosas que identifica como provenientes de la máscara, las que en realidad parten de lo que quiere ser o hacer, y lo que decide ser o hacer.

Sesión 4. En esta sesión se realizaron actividades para reducir la intensidad de las emociones y hacerlas más manejables: se hizo un ejercicio de relajación para reducir la ansiedad, se hizo ejercicio físico para reducir la intensidad de la tristeza y se introdujeron las manos en agua con hielo para hacer que bajara la intensidad del enojo. Nuevamente se abordaron las temáticas que generan emociones intensas para identificar el avance en el manejo de cada situación: la tristeza ante el recuerdo de su madre, el enojo ante los regaños de la abuela y terceras personas, y la frustración cuando no puede pasar de nivel en un juego.

Sesión 5. En esta sesión se trabajó aquello que es importante para el niño (metas, personas y valores), retomando las dificultades con las que se ha encontrado para acercarse a ellas, y estableciendo nuevas actividades para lograrlo. Esta sesión coincidió con la preparación del examen de admisión a la secundaria, situación que se aprovechó para establecer un plan de estudio, proponiendo los horarios que más le ajustaban (después de la comida, volviendo de la práctica de tae kwon do, antes de dormir) y ejercicios de atención plena para concentrarse sólo en lo que estaba estudiando. Como motivación extra, el padre le prometió al menor que le daría el celular que él quisiera si obtenía una buena calificación en este examen.
Se visualizaron como posibles dificultades el cansancio, la falta de concentración y las ganas de hacer otras cosas; y como posibles soluciones el descansar, hacer un ejercicio de atención plena, e intercalar los tiempos de estudio con otras actividades.

Sesión 6. En esta sesión se trabajó con la habilidad de negociación. Se le planteó una propuesta de pasos a seguir al menor para poder negociar con otras personas, y se practicó en sesión esta habilidad, proponiendo el menor el incluir un juego al final de la sesión a cambio de traer su tarea en la siguiente sesión. Posteriormente se practicó la negociación con el padre en una situación hipotética: que no obtuviera el ocho de calificación en el examen de admisión a la secundaria.

Sesión 7. En esta sesión se trabajó con la validación emocional, explicándole al menor en qué consiste, y cómo puede practicarla, para después hacer un ejercicio en el que él cuenta una experiencia y la psicóloga lo valida, haciendo evidente el tipo de validación que empleó y las frases que utilizó, para posteriormente invertir los roles. El niño habló de un malentendido que tuvo con una amiga, de lo triste que lo hacía sentir, y de que quería remediarlo así que buscó hablar con ella y expresarle lo que sentía y eso ayudó a resolverlo.

Sesión 8. En esta sesión se hizo un repaso del proceso de intervención, de cómo eran las cosas la primera sesión, las habilidades que el niño fue adquiriendo y las actividades que le fueron más representativas. Asimismo, se habló de las posibles dificultades con las que podría encontrarse en el futuro, tales como una emoción muy intensa, una discusión con amigos, un castigo en casa, así como de posibles soluciones a ello (reducir la intensidad de la emoción, negociación, validación, expresión de lo que realmente siente). Se indicó que en caso de una dificultad importante se podía establecer contacto vía telefónica. Posteriormente se aplicaron los instrumentos (postest), se fijó la fecha del seguimiento y se hizo el cierre.

- **Resultados de la intervención**

  Tras las 8 sesiones de intervención se observa una mejoría significativa en los síntomas que generan mayor malestar:

  - *Emocionales y conductuales*: se consigue una mayor estabilidad emocional, mostrando una mayor capacidad de tolerar la frustración,

volver a concentrarse cuando se distrae, reconocer sus fortalezas y menor rumiación en cuanto a la pérdida de su madre. Remiten sus ideas y conductas autolesivas, deja de buscar imágenes e información en torno al tema del suicidio en internet.

- *Relaciones sociales*: se observa una mayor apertura a las relaciones con sus pares y una mayor disposición para hablar con su abuela.

Además, se muestra más cooperativo en la terapia y se haya más implicado en sus estudios. Sin embargo, se observa la necesidad de seguir trabajando en la relación con el abuelo, el respeto a los límites de casa, la capacidad de negociación y la disminución de los síntomas de depresión y ansiedad.

Escalas

En cuanto a los cambios arrojados por las puntuaciones de las escalas aplicadas, se obtuvo el Índice de Cambio Clínico Objetivo para cada una de las escalas aplicadas dado que este método permite la identificación de diferencias individuales, ocultas generalmente en los resultados grupales. Así, se analizó la significancia clínica de los cambios a través del porcentaje de cambio (PC) propuesto por Cardiel (1994), identificado a través de la siguiente fórmula:

$$PC = \frac{P_2 - P_1}{P_1}$$

PC= porcentaje de cambio

P_1= porcentaje de la pre-evaluación

P_2= porcentaje de la post-evaluación

En la Tabla 18 se observa una reducción significativa en los síntomas tanto de ideación suicida (SSI) como de riesgo suicida (RSQ). Las puntuaciones del inventario de depresión y el inventario de razones para vivir también se modificaron

notablemente, alcanzando el porcentaje de cambio para que éste se considere significativo. Asimismo, se advierte que las puntuaciones en el resto de las escalas no sufren cambios significativos.

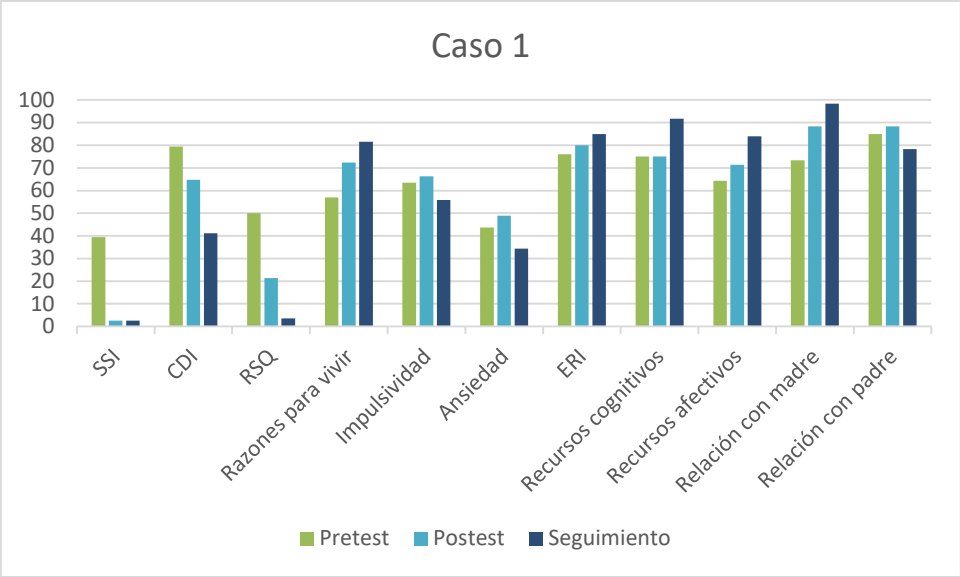
Tabla 18. Cambio Clínico Caso 1

	Pretest	Postest	PC
SSI	15	1	14*
CDI	27	22	0.22*
RSQ	42	18	1.33*
Razones para vivir	37	47	0.21*
Impulsividad	66	69	0.04
Ansiedad	42	47	0.10
ERI	3.8	4	0.05
Recursos cognitivos	27	27	0
Recursos afectivos	36	40	0.1
Relación con madre	44	53	0.16
Relación con padre	51	53	0.03

***** Significativo (>0.2)

Estos mismos resultados, junto con los obtenidos en la sesión de seguimiento, pueden observarse en el Gráfico 3.

Gráfico 3. Resultados de la intervención con el paciente 1



En cuanto a la encuesta de satisfacción, el menor indicó que la intervención le fue muy útil, que la actividad que más recuerda es la relajación de cada sesión ya que le recuerdan que debe relajarse cuando comienza a enojarse. Respecto a las diferencias en el antes y el después de la intervención escribió: antes “pensaba en cosas perturbadoras como cortarme las venas, cortarme cualquier parte del brazo”, ahora “casi no pienso ni hago nada de eso”. Explicó que cuando aparece de nuevo la idea de cortarse ya es pasajera y poco intensa, por lo que se puede enfocar en otras actividades fácilmente.

Y respecto a lo que le diría a otros niños o niñas que han pensado en morirse, escribió: “que la vida sigue, no hay por qué pensar eso si todas las personas te aman”.

CASO 2

- **Datos de identificación**

  Niña de 12 años, estudiante de 6° grado de primaria. Residente de la ciudad de Morelia, Michoacán.

- **Motivo de consulta**

  Cuando se calificaron los instrumentos aplicados en la escuela primaria, se identificó un riesgo de suicidio moderado en la menor, motivo por el cual fue invitada a participar en la intervención a través de su abuela (tutora), misma que hizo extensa la invitación a la madre de la menor.

- **Historia del problema**

  Los padres de la menor se separaron cuando la menor tenía 8 años y se divorciaron formalmente cuando ésta tenía 11 años. Al poco tiempo el padre de la menor es detenido en prisión, acusado de homicidio, situación que se le oculta a la menor hasta la fecha con la esperanza de que él sea declarado inocente y pueda retornar pronto a casa, según refiere la madre. A la menor se le planteó que el padre consiguió trabajo en otro Estado de la República y que, debido a la lejanía, le resulta muy complicado el venir a visitarla o estar con ella por alguna temporada, sin embargo, se comunican por teléfono, ya sea por llamada o por mensaje, de 3 a 5 veces por semana.

  La menor refiere que su padre es la persona con la que más confianza tiene para hablar de lo que le sucede, lo que piensa y lo que siente de manera cotidiana, sin embargo, desde que se fue a “trabajar” ella ha resentido la distancia física, insistiendo al padre en que venga pronto a visitarla. El padre le ha dado plazos para dicha visita, y cuando la fecha está próxima inventa compromisos y dificultades laborales por las cuales no puede viajar, situación que hace sentirse defraudada a la menor, llegando al punto de dudar de la palabra de su padre.

  Aunado a ello, la menor comenzó a sufrir de acoso escolar, siendo señalada por la maestra cada vez que no entrega una tarea o la hace incompleta, o cuando presenta alguna conducta no deseada en el salón de clase, promoviendo que los compañeros la riduculicen y/o señalen como una mala alumna. Como respuesta la niña se porta retadora con la profesora, acentuando la problemática.

  Tres años antes de asistir a la intervención la madre de la menor se va a vivir a otra casa con su pareja, dejando a la niña a cargo de sus abuelos maternos debido a que, según refiere la madre, la abuela insistió en que se quedaran

con ella para no provocarle dificultades emocionales a la menor, además de que el horario de trabajo de la madre no le permitía llevarla y recogerla de la escuela. Esta situación afectó negativamente a la menor, reflejándose en su conducta desafiante tanto en casa como en la escuela.

Meses antes de iniciar la intervención la niña comenzó a cortarse los brazos con la navaja del sacapuntas, procurando cubrirlo con blusas o suéteres de manga larga, o hacerlo en zonas poco visibles para los demás. La niña refiere que esta conducta la tenía en casa, en momentos y lugares en los que no había nadie que la vigilara, y luego de situaciones que le hacían sentir profundamente triste.

Una ocasión le contó a sus amigos de la escuela que ella hacía eso cuando estaba muy triste, y días después una de sus amigas le contó a la maestra a cargo. Para corroborar la situación, la profesora decidió investigar, refiriendo a los niños que iba a hacer una revisión a todos los niños para corroborar que no tuvieran golpes, moretones o daños en su cuerpo ocasionados por terceras personas, por lo que les pidió que se quitaran los suéteres y permitieran que ella los examinara. Cuando revisó a la menor y notó las cicatrices cuestionó a la niña frente a sus compañeros, evidenciando la situación, para posteriormente enviarla con la directora para tomar cartas en el asunto.

La menor refiere que esa experiencia fue una de las más incómodas en su vida, y que no le gusta recordarla ni hablar al respecto. No obstante, reconoce que al ser canalizada con la psicóloga de apoyo de la primaria (psicóloga educativa) pudo comenzar a asimilar lo que estaba sucediendo y a recibir apoyo de otros compañeros con diversas problemáticas en las sesiones del grupo de apoyo organizadas en la escuela eventualmente.

Tanto la madre como la abuela fueron alertadas de la conducta de la menor a través de la directora de la escuela, no obstante nunca recibió atención psicológica fuera del plantel.

- **Datos familiares**

  La menor vive en casa de sus abuelos maternos hace 3 años, siendo visitada por su madre de 4 a 5 veces por semana. Además, viven con ellos su hermano mayor y su tía materna. De estos cuatro, la menor refiere que la relación con el abuelo es cordial, pero que nunca ha estado muy al pendiente de ella, con su hermano es a veces buena y a veces distante ya que él se aisla de los demás y pasa mucho tiempo en la computadora. Con su tía a veces está bien, pero discuten eventualmente, y con su abuela definitivamente es una relación conflictiva puesto que la vigila y castiga constantemente, insistiendo en que sea una niña distinta de como ella quiere ser.

  En periodos vacacionales de su mamá se queda con ella y su pareja por unos días. La menor refiere que en general la pareja de su mamá le cae bien, sin embargo no le gustaría vivir con ellos puesto que anteriormente presenció discusiones muy fuertes entre ellos, en las que incluso se aventaban cosas, y en otras ocasiones le tocó ver que su mamá tenía moretones en el cuerpo que seguramente le había hecho su pareja.

  Por su parte, la madre refiere que ella y su hija tienen una personalidad muy parecida, que ella era muy similar a su hija cuando tenía su edad, incluso la relación conflictiva con su madre y sus profesores le remiten a ella misma. Reveló que a lo largo de su vida ha tenido 6 intentos de suicidio, siendo el último cuando su propia madre le negó el apoyo para que se llevara a sus hijos a vivir con ella y su pareja (hace un poco menos de tres años). Como consecuencia buscó atención psicológica y refiere que no ha vuelto a presentar ideación y/o intento suicida después de eso.

  La menor refiere que preferiría vivir con su padre, y que alguna vez ya lo habían acordado pero la pareja de su papá no estaba del todo de acuerdo, por lo que lo aplazaron un tiempo y luego se dio el cambio en su trabajo, pero ella espera el día en que él esté en condiciones de poderla recibir en casa y entonces vivan juntos.

- **Avance en las sesiones de la intervención**

  Todas las sesiones comenzaron con un ejercicio de mindfulness, y concluyeron con la indicación de que practicara dicho ejercicio durante la semana, además de que contestara el formato de evaluación de cada sesión. A partir de la segunda sesión, y hasta culminar la intervención, se realizó una revisión de las actividades de tarea realizadas en la semana, del registro de emociones experimentadas en cada semana y un seguimiento de los logros alcanzados.

  Sesión 1. Después del ejercicio de mindfulness, se comenzó a trabajar con las problemáticas más significativas con las que el menor lidia en su día a día, así como las formas en que ha intentado resolverlas, posteriormente se hizo alusión a la metáfora del hombre en el agujero y se concluyó con la presentación de la forma con la que se trabajaría a lo largo de la intervención, para así establecer el contrato terapéutico con la menor.

  En el primer ejercicio las respuestas de la menor fueron las siguientes:

Situación o problemática	Pensamientos/ sentimientos	Estrategias de afrontamiento	Eficacia a corto plazo (1-5)	Eficacia a largo plazo (1-5)	Consecuencias
Que mis compañeros digan que los cambié	Tristeza	Hablar con ellos	1	1	Tristeza y estar deprimida
Que mi abuela le cuente a mis tías todo lo que hago	Enojo y tristeza	Hablar con ella	3	1	Enojo
Que mi papá no regrese	Tristeza	Contarle a mis amigos, salir a jugar	5	5	Felicidad

Así, se habló respecto a las implicaciones que en su vida cotidiana tiene cada una de las problemáticas, de cómo puede emplear las soluciones que le han

servido a otras situaciones y a la necesidad de buscar en la intervención nuevas formas de resolver las que no han sido resultas satisfactoriamente.

Sesión 2. En esta sesión se identificaron metas y personas importantes para la menor, así como algunas acciones que puede emprender para acercarse a eso que es importante para ella: mejorar su comunicación con su mamá y abuela, aprender a expresarse sin que los otros se sientan ofendidos, controlarse cuando está enojada.

Asimismo, se identificaron las situaciones que alejan al menor de lo importante y lo enganchan a los sentimientos de tristeza, enojo y problemas de conducta, que en su caso fueron: para la tristeza, pensar que su papá no ha regresado; para el enojo el que su abuela le cuente todo a sus tías, que no la deje salir de casa, que la obligue a ser una niña diferente de la que ella quiere ser; para los problemas de conducta, pensar que es injusto lo que le dicen, gritar cuando está enojada, no hacer caso.

Posteriormente se revisaron las situaciones de la vida cotidiana del menor que requieren ser aceptadas en vista de que no pueden ser modificadas, en su caso fue sólo una: que su papá no está en Morelia.

Sesión 3. Se habló de la metáfora de la máscara, con la cual en ocasiones aparenta que algunas cosas o personas no son importantes para él cuando en realidad sí lo son, y en otras oculta lo que está sintiendo, actuando de manera distinta a como en realidad se quiere. La niña decoró un antifaz, representando lo que aparenta sentir ante los demás, para luego explicar qué es lo que en realidad siente en diferentes situaciones (miedo, tristeza, enojo…) y las cosas que en realidad son importantes para ella: cuando la profesora la evidencia ante sus compañeros siente una mezcla de enojo y tristeza, sin embargo ella hace como que no le importa lo que pasa y se muestra indiferente; cuando su papá no viene en la fecha que prometió ella se siente muy triste, pero muestra como que lo entiende y no pasa nada; cuando su abuela le cuenta a las tías lo que pasa se siente muy molesta y triste por no poder confiar en ella, pero ante la abuela sólo demuestra el

enojo; cuando sus amigos se sienten tristes ella trata de ayudarles, y entonces puede expresar cosas que también a ella le hacen sentir triste.

Como tarea para esta sesión, registró en una hoja las cosas que identifica como provenientes de la máscara, las que en realidad parten de lo que quiere ser o hacer, y lo que decide ser o hacer.

Sesión 4. En esta sesión se realizaron actividades para reducir la intensidad de las emociones y hacerlas más manejables: se hizo un ejercicio de relajación para reducir la ansiedad, se hizo ejercicio físico para reducir la intensidad de la tristeza y se introdujeron las manos en agua con hielo para hacer que bajara la intensidad del enojo. Nuevamente se abordaron las temáticas que generan emociones intensas para identificar el avance en el manejo de cada situación: la tristeza ante la distancia física de su padre, el enojo ante los regaños de la profesora y la abuela, y la frustración cuando no la dejan salir a jugar a la calle.

Sesión 5. En esta sesión se trabajó aquello que es importante para la niña (metas, personas y valores), retomando las dificultades con las que se ha encontrado para acercarse a ellas, y estableciendo nuevas actividades para lograrlo. Esta sesión coincidió con la preparación para el examen de admisión a la secundaria, situación que se aprovechó para identificar las posibles soluciones a situaciones estresantes. Ella comentó que cuando la actividad académica es importante para ella o le gusta, pone todo su empeño, sin embargo le cuesta trabajo cuando son tareas simples y no muy relevantes, viéndose más motivada por evitar un castigo que por conseguir una meta.
En el caso del examen de admisión, es una meta importante para ella, así que no tuvo duda en poner todo su empeño y ya tenía un plan de estudio. La situación se aprovechó para examinar las posibles dificultades y los miedos experimentados hasta el momento: que se ponga nerviosa durante el examen, que no quede en el grupo que ella quiere, que sus amigos queden en el turno opuesto, que no pase el examen. Y posteriormente se plantearon

algunas alternativas a los mismos: hacer un ejercicio breve de respiración y relajación, buscar conocidos en el grupo, pedir cambio de turno, y estudiar mucho para asegurar su ingreso a la escuela.

Sesión 6. En esta sesión se trabajó con la habilidad de negociación. Se le planteó una propuesta de pasos a seguir al menor para poder negociar con otras personas, y se practicó en sesión esta habilidad, como en ocasiones le costó trabajo llevar la tarea completa a las sesiones, y le motiva más el castigo ante tareas como esta, la terapeuta le propuso un castigo para la siguiente sesión en caso de que llevara la tarea incompleta, posteriormente le invitó a proponer un premio en caso de que sí la llevara completa, a lo que ella respondió que jugar 10 minutos al final de la sesión.
Posteriormente se practicó la negociación con la profesora, que en esa semana la había castigado por estar hablando durante un ensayo y por contestar irrespetuosamente cuando le llamó la atención. Como tarea, ella negoció con su profesora de manera similar a como lo hizo durante la sesión.

Sesión 7. En esta sesión se trabajó con la validación emocional, explicándole al menor en qué consiste, y cómo puede practicarla, para después hacer un ejercicio en el que ella cuenta una experiencia y la psicóloga la valida, haciendo evidente el tipo de validación que empleó y las frases que utilizó, para posteriormente invertir los roles. La niña habló de lo mal que se siente cuando su abuela va a contarle a sus hermanas sobre el mal comportamiento de la niña en la escuela y éstas la regañan constantemente, además de que la comparan con una prima a la que consideran bien portada, lo cual incrementa aún más el enojo, la tristeza y la frustración con su abuela. Se ensayó un pequeño ejercicio en el que ella le cuenta a la abuela cómo se siente ante esta situación, pero durante la semana optó por mejor evitar hablar con la abuela de cosas de las que no quiere que las tías se enteren.

Sesión 8. En esta sesión se hizo un repaso del proceso de intervención, de cómo eran las cosas la primera sesión, las habilidades que ella fue

adquiriendo y las actividades que le fueron más representativas. Asimismo, se habló de las posibles dificultades con las que podría encontrarse en el futuro, tales como una emoción muy intensa, una discusión con amigos, un castigo en casa o en la escuela, así como de posibles soluciones a ello (reducir la intensidad de la emoción, negociación, validación, expresión de lo que realmente siente). Se indicó que en caso de una dificultad importante se podía establecer contacto vía telefónica. Posteriormente se aplicaron los instrumentos (postest), se fijó la fecha del seguimiento y se hizo el cierre.

- **Resultados de la intervención**

  Tras las 8 sesiones de intervención se observa una mejoría significativa en los síntomas que generan mayor malestar:

  - *Emocionales y conductuales*: se consigue una mayor estabilidad emocional, mostrando una mayor capacidad de tolerar la frustración, mayores habilidades para expresar lo que siente y llegar a acuerdos con los demás. Las conductas suicidas remiten por completo.
  - *Relaciones sociales*: se observa una mayor apertura en sus relaciones con sus pares, disposición a socializar con niños de distintas edades y en diferentes contextos. Mejora la comunicación con su madre y discute menos con su abuelo. Toma un poco de distancia de las relaciones conflictivas (con su abuela y su profesora).

  Además, se muestra cooperativa en las sesiones y mucha disposición para trabajar y mejorar en sus relaciones sociales. No obstante, requiere de mayor trabajo en las habilidades para resolver problemas, particularmente en su relación con su abuela.

Escalas

En cuanto a los cambios arrojados por las puntuaciones de las escalas aplicadas, se obtuvo el Índice de Cambio Clínico Objetivo para cada una de las escalas

aplicadas dado que este método permite la identificación de diferencias individuales, ocultas generalmente en los resultados grupales. Así, se analizó la significancia clínica de los cambios a través del porcentaje de cambio (PC) propuesto por Cardiel (1994), identificado a través de la siguiente fórmula:

$$PC = \frac{P_2 - P_1}{P_1}$$

PC= porcentaje de cambio

P_1= porcentaje de la pre-evaluación

P_2= porcentaje de la post-evaluación

Como puede observarse en la Tabla 19, la paciente logra una reducción significativa tanto en las mediciones de ideación y riesgo de suicidio como en las de depresión, impulsividad y ansiedad. Los recursos afectivos reportados al final de la intervención fueron mayores que al inicio, sin embargo no hay una diferencia significativa. La relación con el padre y las razones para vivir mermaron ligeramente. Las puntuaciones en las escalas de recursos cognitivos, así como de relación con la madre se mantuvieron estables.

Tabla 19. Cambio Clínico Caso 2

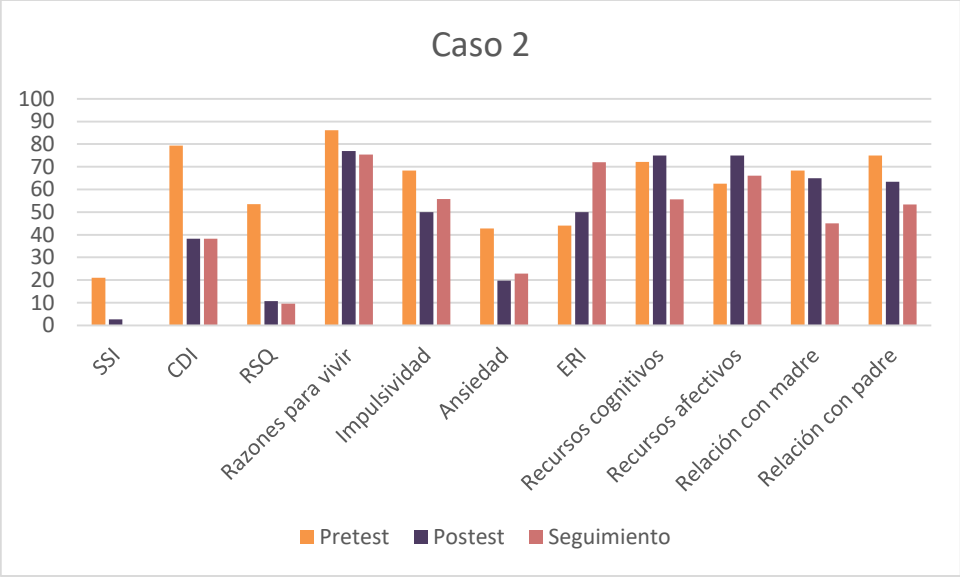
	Pretest	Postest	PC
SSI	8	1	7*
CDI	27	13	1.07*
RSQ	45	9	4*
Razones para vivir	56	50	0.12
Impulsividad	71	52	0.36*
Ansiedad	41	19	1.15*
ERI	2.2	2.5	0.12

Recursos cognitivos	26	27	0.03
Recursos afectivos	35	42	0.16
Relación con madre	41	39	0.05
Relación con padre	45	38	0.18

***** Significativo (>0.2)

Estos mismos resultados, junto con los obtenidos en la sesión de seguimiento, pueden observarse en el Gráfico 4.

Gráfico 4. Resultados de la intervención con el paciente 2



En cuanto a la encuesta de satisfacción, la menor indicó que la intervención le fue muy útil, que la actividad que más recuerda es la de la negociación, que le recuerda que debe relajarse y ser más tranquila con la gente que le rodea, manejar sus

emociones. Respecto a las diferencias en el antes y el después de la intervención escribió: antes “me hacía daño, salía mucho y me criticaba”, ahora “no me hago daño, no salgo mucho, no me critico”. Explicó que salía de casa sin pedir permiso y esto le ocasionaba problemas con su abuela y en ocasiones con su mamá y por ello ha dejado de hacerlo.

Y respecto a lo que le diría a otros niños o niñas que han pensado en morirse, escribió: “que tienen que quererse tal y como son y que no deben de pensar en cosas que los afecten”.

REFLEXIONES FINALES

El suicidio es un acto que conlleva un profundo sufrimiento, una tristeza constante, una infelicidad evidente para quien lo intenta o lo comete… y saber que en un niño o niña existe la posibilidad de llegar a experimentar estos sentimientos a tan temprana edad es, en principio, sorprendente, casi inadmisible culturalmente, lo que lo convierte en un hecho doloroso y alarmante para la sociedad. Así, saber que un niño o niña no sólo es capaz de concebir la idea del suicidio, sino que incluso puede llegar a cometerlo, hace que la tarea de abordar la problemática sea apremiante.

Adentrarse en lo que le sucede a un niño o niña que piensa en el suicidio implica dar un salto hacia las profundidades del dolor humano, y nadar en éste para comprenderlo. Solo de esta forma se puede después acoger con amor al que sufre y acompañarle en los primeros pasos a una vida digna de ser vivida.

Es por ello que el objetivo del presente estudio fue desarrollar y evaluar un programa de intervención para la prevención del suicidio infantil a través de la reducción de síntomas de ideación suicida, riesgo suicida, impulsividad, depresión, ansiedad y/o la mejora en la percepción de las relaciones intrafamiliares, los recursos psicológicos, la relación con el padre, la madre y/o las razones para vivir.

Sobre las entrevistas

Para cumplir el propósito del presente estudio éste se dividió en dos fases, siendo el objetivo de la primera examinar el tratamiento usual que una muestra de psicólogos mexicanos con experiencia en infantes les han dado a los niños y niñas con intento de suicidio y depresión, analizando los resultados del mismo. Las categorías identificadas a través de dicho análisis indican que, la forma en la que los psicólogos clínicos abordan el riesgo suicida infantil y factores asociados al mismo, es variable en cuanto a técnicas, tiempos y enfoques teóricos, además de que identifican elementos centrales a seguir para disminuir los síntomas. Ello

impidió que se retomaran esos resultados para el diseño del programa de intervención; sin embargo, dieron evidencia de la imperiosa necesidad de desarrollar protocolos que puedan ser utilizados por los psicólogos para dar atención a niños y niñas con riesgo suicida. Se confirma la urgencia de una propuesta de abordaje clínico para la población infantil que haya sido probada con resultados favorables para los niños y niñas participantes.

Sobre el diseño y piloteo de la intervención

La siguiente fase implicó el diseño, piloteo, modificación y aplicación de la propuesta de intervención. En un esfuerzo por hacer una propuesta que se basara en programas que han arrojado resultados positivos en el tratamiento de conductas suicidas y/o factores asociados a ésta, se decidió retomar los modelos de terapia contextuales (Dimeff & Linehan, 2001; Hayes, 2004; Kohlenberg & Tsai, 1991). Si bien el diseño propuesto en la etapa de piloteo inicialmente arrojó mejoría en las puntuaciones respecto al cambio clínico en las escalas de riesgo suicida (RSQ), ansiedad y recursos cognitivos al concluir la intervención; sin embargo, los cambios de estas dos últimas escalas no se sostuvieron en el seguimiento de los casos. En contraste con ello, en la intervención modificada y aplicada con los siguientes dos casos, los resultados no sólo fueron mejores, sino que además lograron sostenerse, e incluso mejorar en algunas escalas, en la sesión de seguimiento.

Las principales diferencias entre las dos intervenciones aplicadas parten de las observaciones hechas después de la primera aplicación, es decir: a) la necesidad de abordar con mayor profundidad el tema de la aceptación y el desarrollo de habilidades interpersonales, b) adaptar el lenguaje y la complejidad de las actividades a un nivel más sencillo, c) la trascendencia de éstas para el trabajo terapéutico así como el tiempo que demanda su aplicación en la sesión, d) el tiempo requerido para la realización de las tareas, y e) la necesidad de dividir las sesiones entre los menores y sus madres o tutores para conceder a cada uno su tiempo y espacio.

En definitiva, las modificaciones que se hicieron a la propuesta inicial fueron, aunque pequeñas en términos técnicos, sustanciales en la aplicación, debido a que permitieron que las sesiones tuvieran mayor fluidez y se enfocaran con mayor detalle a los elementos importantes que iban surgiendo. Seguir la estructura (inicio con mindfulness, revisión de los logros a partir de la sesión anterior, tema de la sesión, tarea) permitió establecer una forma de trabajo sesión a sesión que a su vez se adecua a las necesidades y características propias de cada cliente o paciente.

Adaptar las actividades en términos de metáforas, juegos, actividades lúdicas y ejercicios de *rol playing* permitió que los menores comprendieran de manera rápida la finalidad de cada actividad, por lo que puede decirse que la comprensión a nivel práctico puede sopesar el que, por su nivel de desarrollo cognitivo, aún no lo entiendan en términos técnicos.

Aunado a ello, el otorgar su tiempo y espacio a los niños de manera independiente a los padres o tutores dio lugar a una mayor apertura en los menores participantes, tanto para expresar lo que piensan y sienten, como para desenvolverse tal cual son en cada una de las actividades. Al mismo tiempo, los tutores hablaron abiertamente de lo que piensan y sienten respecto a la problemática a la que se enfrentan sus hijos/tutorados (impotencia, preocupación, desesperación), los obstáculos a los que como tutores se enfrentan (dificultades para establecer límites, dificultades para establecer una relación cercana con el niño(a), dificultades en otras relaciones interpersonales) así como la forma en que ellos pueden contribuir a que la situación mejore (validación, negociación, establecimiento de límites claros, propio control de emociones).

Así, las diferencias en los resultados obtenidos sugieren que el abordaje es más apropiado cuando se hace de manera individual con los menores, y atendiendo a las necesidades de los padres en un momento distinto. Asimismo, sugiere que el desarrollo de habilidades propuestas por DBT incrementaron en los menores la capacidad de mejorar sus relaciones sociales (de manera similar a como sucede con los adolescentes y adultos), y al mismo tiempo la aplicación de FAP (Psicoterapia Analítico Funcional) en los ejercicios sesión a sesión potencializaron esta capacidad, permitiendo que los menores puedan explorar nuevas formas de

relacionarse y al mismo tiempo vislumbren la posibilidad de aplicar estas habilidades más allá de su círculo familiar.

Por su parte, las estrategias retomadas de la propuesta de ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso) permitieron que los menores identificaran y distinguieran entre las situaciones, recuerdos y acciones que hacen que alguna situación problemática situación empeore, y aquellas que les permiten mejorar y acercarse a la vida que quieren tener y las personas que desean ser. Se observó que el reconocerles la capacidad de decidir sobre lo que quieren para sí mismos les hizo sentirse independientes y a la vez con la posibilidad de modificar aspectos importantes de su vida por sí mismos, elemento que resultó sobresaliente, especialmente por encontrarse en transición hacia la adolescencia.

Sobre los resultados de la intervención

Entre los principales resultados obtenidos se encuentra la reducción del riesgo de suicidio en los participantes a través de la intervención propuesta. Esta mejoría también se reflejó en la disminución de síntomas clínicos, en un caso de depresión y en otro, de depresión, impulsividad y ansiedad.

Por otro lado, respecto a las características comunes entre los casos, en el caso 1 se observaron como factores desencadenantes de la ideación suicida, tanto la muerte de la madre como el desprendimiento físico del padre, y en el caso 2 la distancia física de ambos padres, lo cual concuerda con lo reportado en investigaciones previas respecto a las pérdidas familiares como un factor de riesgo (Guldin et al., 2015; Oquendo et al., 2007).

En el caso concreto de los participantes, estas pérdidas fueron tan significativas que incluso los menores las reconocieron como sucesos previos a los síntomas de depresión y falta de adaptación escolar. Asimismo, en el transcurso de las sesiones se observó que también se hallaban asociadas a la ansiedad, disforia, la dificultad para relacionarse tanto con los adultos como con sus iguales y, de manera muy cercana, incluso de ideación suicida.

Estos resultados coinciden con investigaciones previas que revelan que la pérdida de un progenitor es especialmente difícil de superar para un niño (Dowdney, 2000), constituyéndose como un evento vital estresante asociado a un elevado riesgo de padecer trastornos desadaptativos, disforia, depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático (Dowdney, 2000; Guldin et al., 2015; Kaplow, Layne, Saltzman, Cozza & Pynoos, 2013; Keyes, Pratt, Galea, McLaughlin, Koenen & Shear, 2014; Melhem, Porta, Shamseddeen, Payne, Brent, 2011; Zisook, Chentsova-Dutton & Shuchter, 1998), así como con una mayor propensión al fracaso escolar (Berg, Rostila, Saarela & Hjern, 2014) y a presentar conductas suicidas (Melhem, Moritz, Walker y Shear, 2007; Oquendo et al., 2007).

A pesar de que aún es difícil identificar los síntomas que pueden considerarse normales ante la pérdida de un ser querido para los niños, diversos autores (Nader & Layne, 2009; Melhem, Moritz, Walker & Shear, 2007) afirman que los menores son también susceptibles de padecer duelo complicado, y éste se relaciona de manera significativa tanto con un deterioro funcional que se acompaña de síntomas de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático, como incluso con la presencia de ideación suicida. De ahí que podrá decirse que los menores participantes presentaban un proceso de duelo complicado, en función tanto del tiempo como de la gravedad de los síntomas presentados.

De manera particular, el participante 1 (varón) presentaba una ideación suicida más exacerbada que la participante 2 (mujer), situación que concuerda con el hallazgo de que, aparentemente, los niños son más vulnerables a presentar un alto grado de perturbación durante el duelo, en comparación con las niñas, debido a que muestran una mayor dificultad para externalizar lo que sienten (Dowdney, 2000).

En el caso 2, un elemento sobresaliente, que se expuso en las sesiones con la madre, es la historia de conducta suicida en ésta, situación que es congruente con lo reportado por Geulayov, Gunnell, Holmen, Metcalfe (2012), Oquendo et al. (2007) y Pandolfo et al. (2011), ya que afirman que los antecedentes familiares de conductas suicidas se asocian con un efecto duradero de éstas en los hijos.

Es posible que ese hecho se encuentre ligado a que la participante se haya hecho cortaduras en el cuerpo previo a iniciar la intervención. Esta fue una situación que, además, sólo comentó con algunas amigas de la escuela, sin referir que su intención fuera morir. Incluso en el trascurso de las sesiones comentó que sólo lo hizo como un escape a la intensidad de la tristeza que experimentaba en ese momento. Esta conducta concuerda con los reportes previos que indican que, a nivel internacional, y de manera general, el *cutting* es una conducta suicida más común que la sobredosis de medicamentos y en el caso de las mujeres, pocas veces comunican a otros el deseo de morir (Madge et al., 2008).

Por otro lado, este suceso sólo se supo por las personas más cercanas a la participante debido a que no requirió de asistencia médica alguna. Ello evidencia que las verdaderas cifras de lesiones autoinfligidas e intento de suicidio son considerablemente más altas de las que se reportan de manera oficial, e inclusive en estudios realizados en hospitales, lo que demuestra claramente que hay muchos menores de edad que se lesionan a sí mismos, pero no acuden ni a las clínicas, ni a otras personas. Estas lesiones generalmente se efectúan en casa (Madge et al., 2008), lo cual sugiere que los eventos desencadenantes pueden estar asociados a la dinámica que se vive en ella, y al mismo tiempo remarca la importancia de revisar la forma en que los menores se relacionan y abordan los conflictos con los otros miembros de la familia.

Un elemento común entre los participantes al inicio de la intervención, fue la dificultad que mostraban para plantearse nuevas metas, situación que se ha reportado previamente como un factor de riesgo para presentar posteriores conductas autolesivas (O'Connor, Fraser, Whyte, MacHale & Masterton, 2009; O'Connor, O'Carroll, Ryan & Smyth, 2012).

Asimismo, ambos expresaron el haber tenido ideación suicida, sin embargo, el participante 1, a pesar de buscar información respecto a la forma de realizar el acto, refirió no haberlo intentado, mientras que la participante 2, comunicó su conducta (aunque no su intención) sólo después de haber realizado el *cutting*. Si bien, las lesiones de ésta fueron de baja letalidad, la intención de terminar con su vida, y el sufrimiento inminente en ella, fue una constante. Estos datos concuerdan con lo

reportado por Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco, Nock (2008), quienes encontraron que las personas con ideación suicida comúnmente divulgan un plan y lo intentan durante el primer año luego de la aparición de la ideación.

Otros factores asociados que se identificaron en los participantes, y que coinciden con lo reportado en la literatura fueron la depresión (Yoo, Son & Nam, 2010; Siabato-Macías y Salamanca-Camargo, 2015; Eikelenboom, Smith, Beekman & Penninx, 2012; Stewart, et al. 2017), la distimia (Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco, Nock, (2008), la impulsividad (Buela-Casal, Carreetero-Dios y de los Santos-Roig, 2001; Ghanem, Gamaluddin, Mansour, Samiee', Shaker y El Rafei, 2013; Siabato-Macías y Salamanca-Camargo, 2015; Gallegos, Linan-Thompson y Ruvalcaba, 2013), la desesperanza (Conner, Duberstein, Conwell, Seidlitz y Caine, 2001; O´Connor & Nock, 2014; Pianowski, Sousa De Oliveira Fernandes y Nunes Baptista, 2015), la ansiedad (Mosquera, 2016; Orgiles, Fernández y Espada, 2013; Villa-Manzano et al., 2009), el perfeccionismo (O´Connor & Nock, 2014), la rumiación, y la dificultad para resolver y afrontar satisfactoriamente los problemas, así como las adversidades a la que se han tenido que enfrentar en esta etapa, particularmente en cuanto al manejo del enojo y la tristeza (Linehan, 1993; Martin et al., 2016; O´Connor & Nock, 2014; Sánchez-Loyo, 2015), las dificultades académicas (Cabra, Infante y Sossa, 2010) y, en el participante 1, el abuso de alcohol por parte del padre (Weissman et al., 1987).

Asimismo, en ambos casos se observa que los menores provienen de familias donde los padres ceden la educación y supervisión de sus hijos, en gran medida, a los abuelos de éstos, generando conflictos tanto en la toma de decisiones como en el establecimiento de límites, cuestiones que han generado una relación conflictiva entre los participantes y alguno(a) de los abuelos(as) (el abuelo paterno en el caso 1 y la abuela materna en el caso 2). Estas dificultades pueden deberse, además, a la brecha generacional que existe entre ellos, a las diferencias de prácticas de crianza entre los abuelos y los padres, así como al hecho de que los abuelos se vieron obligados, por razones distintas, a hacerse cargo de los nietos en una etapa en la que ya todos sus hijos eran mayores de edad.

Con todas las implicaciones que conlleva la crianza de los hijos por parte de los abuelos, las fricciones existentes entre ellos son palpables en el discurso de los menores, al punto de preferir distanciarse de ellos al sentirse coartados. Estas circunstancias se identificaron también como un factor importante en el desarrollo de ambos menores, y concuerdan con reportes previos que indican que sentirse degradado por una figura cercana está asociado a conductas suicidas en la infancia (Cabra, Infante y Sossa, 2010), lo cual remarca además la importancia de trabajar con los tutores la escucha hacia los menores señalada precedentemente (Quintanilla-Montoya et al., 2015).

Al observar con mayor detalle los resultados obtenidos con cada participante, se puede advertir que en el caso 1 hubo una mejora significativa en las escalas de ideación y riesgo suicida, depresión y razones para vivir, lo cual reduce de manera importante la propensión del menor a presentar conductas suicidas. Cabe mencionar que la relación con el padre y la madre (en este caso la abuela) no podría haber mejorado mucho más porque ya antes de la intervención el menor las calificaba con puntuaciones altas, lo cual genera un efecto de techo en estas escalas, imposibilitando la mejora significativa de éstas ante la intervención.

Por otro lado, en el caso 2 la paciente se observa que, además de la mejora en las escalas de depresión, ideación y riesgo suicida, se genera una reducción importante en los síntomas de impulsividad y ansiedad. Una de las diferencias principales entre estos dos pacientes, identificadas en las puntuaciones de las escalas, es la intensidad de la ideación suicida: en el caso 1 es mucho más aguda que en el 2. Ello sugiere que la intervención favorece primordialmente la reducción de síntomas de ideación y riesgo suicida, sin embargo, cuando los síntomas no están tan acentuados podría incluso reducir síntomas clínicos asociados a la problemática. No obstante, esta diferencia en resultados también podría deberse a las características personales de cada paciente y a las habilidades con las que contaban previo a la intervención.

Cabe mencionar que, durante el desarrollo de la intervención, se identificaron también algunos factores protectores en ambos participantes. Si bien no se han hecho suficientes estudios respecto a la importancia de éstos en la conducta suicida

infantil, fue notable el papel que desempeñaron para la obtención de buenos resultados en esta intervención. Así, se identificaron la preocupación de los padres por sus hijos, y la ocupación de los abuelos en el bienestar de los mismos, inclusive de la directora de la escuela a la que asistían en el momento de la intervención.

A ello se le puede agregar la disposición de los niños para participar en el estudio, la apertura con la que hablaron de sus sentimientos, pensamientos, conductas, sus fortalezas y debilidades, la constancia de ambos en la intervención, y el esfuerzo que pusieron para realizar cada una de las tareas asignadas. En otras palabras, el pasar del deseo de mejora, a la acción comprometida para que ello sucediera, tanto por parte de los niños como de sus tutores.

A partir de todo señalado previamente, si se exploran las razones por las que funcionó esta intervención, podría señalarse que es un conjunto de elementos los que intervienen para ello, de tal forma que influye el haber hecho adecuaciones a las actividades originales de las terapias contextuales para los menores en función de su desarrollo cognitivo y de los intereses propios de su edad, los factores de protección y recursos con los que cada uno contaba previamente, la formación en estas terapias y la motivación de la aplicadora, el ser una propuesta basada en evidencia (aunque con otras poblaciones), y, en definitiva, la adherencia terapéutica que se logró con los participantes para poder culminar exitosamente cada una de las sesiones.

Aunado a lo anterior, el trabajo de los síntomas asociados a la conducta suicida es también un elemento relevante en tanto que el trabajo estuvo centrado en los mismos, a pesar de que el objetivo central fue la reducción de las conductas suicidas éstos se trabajaron de manera paralela, o cual evidencia, más que la conveniencia, la necesidad de hacer intervenciones centradas en los síntomas, y aplicadas por profesionistas, que se encuentran vinculados al padecimiento, misma que se ha expuesto en investigaciones anteriores respecto al tratamiento de la depresión en infantes (Stice, Shaw, Bohon, Marti & Rohde, 2009; Zhou et al., 2015).

La consideración de los factores socioculturales en el diseño es también un elemento digno de destacarse, principalmente la inclusión de uno de los miembros

de la familia (padre o tutor) en vista de que para los latinos la familia tiene un valor preponderante en su vida, independientemente de la etapa de desarrollo, convirtiéndola en un componente esencial en las intervenciones dirigidas a esta población (Zayas, Allyson & Pilat, 2008; Zayas, Lester, Cabassa, & Fortuna, 2005).

En resumen, el éxito se debe a un conjunto de elementos que interactúan entre sí, y a la vez parten de áreas distintas: la teoría en torno a las conductas suicidas infantiles, la efectividad de las terapias contextuales en conductas suicidas con otras poblaciones, lo apropiado de las adaptaciones realizadas, la formación como terapeuta de la aplicadora, la flexibilidad de la propuesta para adaptarse a cada caso, las características propias de los participantes y, especialmente, el empeño puesto por todos para mejorar la vida de estos niños. Es un conjunto de lo que FAP llama consciencia, valor y amor (Holman, Kanter, Tsai & Kohlengerg, 2017).

Así, a pesar de las diferencias entre participantes, tal como lo afirman Rathus y Miller (2002), es prometedor que una intervención breve haya generado mejoras de esta naturaleza. Es importante sin embargo, tener en cuenta cada uno de los elementos previamente mencionados para la réplica del trabajo realizado.

Alcances

A pesar de este contexto de rápido cambio social y nuevas formas de relaciones sociales, México sigue siendo un país católico y el suicidio en todas las formas se considera como un pecado y la vergüenza para la familia. En gran parte debido a ello es que existen pocos programas de prevención y tratamiento (Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco, Nock, 2008).

Así, en nuestro país los tratamientos efectivos para pacientes con conductas suicidas son escasos, especialmente para población infantil, y aún más las intervenciones basadas en evidencia (Rathus & Miller, 2002), por lo que la aportación al área clínica, así como el puente necesario entre ésta y la investigación (O´Connor & Nock, 2014), es muy valiosa.

Un elemento destacado, que reportan Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco, Nock, (2008) es la edad, debido a que el riesgo de ideación suicida, plan e intento comienza a aumentar a los 10 años, alcanzando su máximo alrededor de los 15 años. Los participantes de la presente investigación se encuentran justo en medio de este rango de edad que podría denominarse “de riesgo”.

Por otro lado, en cuanto al método, resulta relativamente nueva la propuesta de abordar las conductas suicidas infantiles desde la propuesta de las terapias contextuales ya que, si bien se han hecho aproximaciones con adolescentes y adultos (Cattivelli, Tirelli, Berardo, & Perini, 2012; Dimeff, Koerner & Linehan, 2007; Murrell y Scherbarth, 2006; Nelson-Gray et al., 2006; Padilla, 2013; Shelton, Kesten, Zhang & Trestman, 2011), no se han reportado programas de prevención y/o tratamiento para las conductas suicidas en la infancia que partan de estas propuestas terapéuticas.

Aún y cuando se presentan únicamente dos casos, en el contexto de México, y concretamente Michoacán, los resultados son alentadores para la práctica clínica, tanto pública como privada por la relevancia de la problemática, así como por una probable relación costo-beneficio en vista de que la gran mayoría de las propuestas de intervención para conductas suicidas en jóvenes son aplicadas en más de 8 sesiones individuales (Glenn, Franklin y Nock, 2015; Sandler, Tein, Wolchik y Ayers, 2016). Aunado a que no se han reportado propuestas de prevención de suicidio para menores de 12 años (Cox y Hetrick, 2017), cuando en realidad es una de las prioridades para la OMS en materia de prevención del suicidio (OMS, 2013).

Límitaciones

A pesar de que los resultados obtenidos son favorables, e inclusive prometedores, la intervención fue aplicada sólo en dos casos, lo cual resulta insuficiente para determinar la pertinencia y garantizar la replicabilidad de la misma.

Sugerencias para futuras investigaciones

Dado que la cantidad de participantes, así como el control de las variables externas, fueron reducidos en el presente estudio, se sugiere que para futuras investigaciones se realicen estudios clínicos aleatorizados y ensayos con mayor cantidad de participantes. Es necesario poner a prueba tanto las teorías psicológicas del suicidio como los tratamientos ofrecidos para abordar los síntomas vinculados a éste, y ello más que una excepción, debería ser una regla (O´Connor y Nock, 2014; Zhou et al., 2015).

Asimismo, se sugiere que cuando se haga un abordaje con el menor y su padre o tutor, se cuide que éste último sea el cuidador principal del menor en vista de que posibilitará un impacto mayor en los resultados obtenidos.

Por último, el tema del duelo y su vínculo con la ideación suicida es un tema poco estudiado, por lo que se sugiere realizar mayor investigación en torno a éstos, ya que por los resultados obtenidos en el presente estudio se puede deducir que hay una relación muy cercana entre ellos. Se necesitan intervenciones diseñadas para aliviar la carga del dolor en niños y adolescentes en duelo, preferentemente tales esfuerzos también deben evaluar y abordar las reacciones de duelo en el padre sobreviviente (Melhem, Porta, Shamseddeen, Payne, Brent, 2011), así como en los tutores y cuidadores.

El mensaje abrumador de estos hallazgos es que se debe prestar mucha más atención a la identificación de los menores que sufren de dificultades emocionales y de salud mental para prevenir las conductas autolesivas a través de las iniciativas escolares y de otras iniciativas que les proporcionen mayor atención y apoyo. Es importante resaltar que, dado que los índices y los patrones de daño autoinfringido deliberado varían de un país a otro, los servicios tendrán que ser dictados por consideraciones tanto generales como nacionales (Madge et al., 2008) así como por las características particulares de la población a la que están dirigidos.

CONCLUSIONES

La fase 1 de la presente investigación puso en evidencia la urgencia de diseñar programas e intervenciones que permitan abordar las conductas suicidas en infantes, ello en razón de que los psicólogos clínicos han reportado hacer esfuerzos aislados por abordar de manera efectiva los casos que a su consulta han llegado, no obstante, reconocen que no han identificado elementos de tratamiento comunes a esta población y, por consecuencia, tampoco estrategias efectivas en el abordaje de la problemática.

En cuanto a la fase 2, se pudo identificar que los menores con riesgo de suicidio, además de ideación suicida, depresión, distimia, impulsividad, desesperanza, ansiedad, perfeccionismo, rumiación y dificultades académicas, presentan dificultades sobresalientes en cuanto a habilidades de afrontamiento y manejo del enojo y la tristeza, al mismo tiempo que presentan uno o más duelos no resueltos. El más sobresaliente: la pérdida de uno de los progenitores (ya sea por muerte o por distancia física).

Asimismo, los antecedentes familiares de conductas suicidas y la relación conflictiva con uno de los tutores son elementos que parecen abonar a la complejidad de la dinámica familiar de los menores, aunado a la ausencia física de los padres, la delegación de responsabilidad hacia los abuelos, la falta de límites claros y los conflictos entre ellos como autoridad.

La dificultad para establecer nuevas metas fue también un elemento que llamó la atención al inicio de la intervención, muy probablemente ligado a la desesperanza que experimentaban los menores en torno a la posibilidad de mejorar sus condiciones de vida. Ambos son elementos que se modificaron de manera paralela en el trabajo realizado sesión a sesión, especialmente con las tareas que implicaron pequeños esfuerzos de su parte, pero con resultados positivos.

En el caso de la fémina se detectó la presencia de *cutting*, misma que llevaba a cabo en casa, lo cual indica dos cosas importantes: 1) el ambiente en casa, así como la falta de habilidades para lidiar con éste, generaban un malestar lo

suficientemente intenso como para autolesionarse, y 2) las conductas autolesivas en menores son mucho más frecuentes de lo que se ha reportado de manera oficial.

Por otro lado, los hallazgos indican que las terapias contextuales ofrecen una aproximación efectiva al manejo de conductas de riesgo suicida en menores de 12 años, retomando la flexibilidad psicológica de ACT para distinguir lo que es realmente importante para el sujeto, las habilidades interpersonales y de tolerancia al malestar de DBT, así como la generalización de los avances que se logran con la propuesta de FAP.

Esta intervención, probablemente, tiene una especial sensibilidad para el trabajo con ideación suicida dado que fue el elemento en el que se observaron mayores cambios después de la intervención. Gracias a ello, las réplicas podrían reducir costos de hospitalización, académicos y emocionales a largo plazo en los participantes, mismos que se han considerado tradicionalmente difíciles de tratar por ser multiproblemáticos (Rathus & Miller, 2002).

Es importante señalar que, tal como sugiere DBT, abordar inicialmente las conductas que interfieren con la vida, que en este caso fueron la ideación suicida y las conductas autolesivas, es primordial para el posterior abordaje de las problemáticas asociadas. Este paso podría marcar la diferencia en los resultados que se obtengan, en razón de que la frecuencia e intensidad de estas conductas varía de acuerdo al sujeto, y por consecuencia las sesiones dedicadas a ello.

De todo lo anterior se concluye que, al igual que las conductas suicidas, el abordaje favorable de éstas es el resultado de un conjunto de factores entrañablemente enlazados entre sí. Los elementos comunes y más sobresalientes saltan a la vista, sin embargo, el elemento más fino se encuentra en la sensibilidad misma del ser humano… ese es el ingrediente “secreto”.

REFERENCIAS

Ajdacic-Gross, V., Weiss, M. G. Ring, M., Hepp, U., Bopp, M. y Rössler, W. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, 86 (9), 726-732.

Antolínez López, J., Cárdenas Prieto, A. M. y Téllez Macías, N. (2011). *Un estudio comparativo de la percepción del suicidio en niños que atraviesan la niñez intermedia.* (Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Javeriana). Recuperado de http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/8025/1/tesis132.pdf

Armiento, J., Hamza, C. A., Stewart, S. L. y Leschied, A. (2016). Direct and indirect forms of childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury among clinically-referred children and youth. *Journal of Affective Disorders*, 200, 212–217.

Bach, P. A. & Moran, D. J. (2008). *ACT in Practice. Case Conceptualization in Acceptance & Commitment Therapy.* Canada: New Harbinger Publications, Inc.

Bakhiyi, C. L., Jaussent, I., Beziat, S., Cohen, R., Genty, C., Kahn, J-P., Leboyer, M., Le Vaou, P., Guillaume, S. & Courtet, P. (2017). Positive and negative life events and reasons for living modulate suicidal ideation in a sample of patients with history of suicide attempts. *Journal of Psychiatric Research,* 88 ( ), 64-71.

Balaguru, V., Sharma, J. & Waheed, W. (2013). Review: Understanding the effectiveness of school- based interventions to prevent suicide: a realist review. *Child and Adolescent Mental Health*, 18 (3), 131–139. doi:10.1111/j.1475-3588.2012.00668.x

Balazs, J. & Kereszteny, A. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder and suicide: A systematic review. *World Journal of Psychiatry*, 7(1), 44-59. doi: 10.5498/wjp.v7.i1.44

Ballard, E. D. (2012). *Suicide Risk in Children and Adolescents in a Pediatric Emergency Department: Effects of Race, Income, Gender, and Age.* (Tesis doctoral, The Catholic University of America). Recuperado de http://search.proquest.com/docview/1221255194

Bartik, W., Maple, M., & McKay, K. (2015). Suicide bereavement and stigma for young people in rural Australia: a mixed methods study. *Advances in Mental Health*, *13*(1), 84-95. doi:10.1080/18374905.2015.1026301

Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M., & Juskiewicz, K. (2009). Enhancing the therapy relationship in Acceptance and Commitment Therapy for psychotic symptoms. *Clinical Case Studies*, 8, 241-257.

Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia*. Barcelona: Gedisa.

Bass, C., van Nevel, J., & Swart, J. (2014). A comparison between dialectical behavior therapy, mode deactivation therapy, cognitive behavioral therapy, and acceptance and commitment therapy in the treatment of adolescents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9, 4-8.

Bellis, M. A. Hughes, K., Leckenby, N., Jones, L., Baban, A., Kachaeva, M., Povilaitis, R., Pudule, I., Qirjako, G., Ulukol, B., Raleva, M. y Terzic, N., (2014). Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 641-655. doi:http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.129247

Bender, L. y Schilder, P. (1937). Suicidal preoccupations and attempts in children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 7 (2), 225–234

Berg, L., Rostila, M., Saarela, J. & Hjern, A. (2014). Parental Death During Childhood and Subsequent School Performance. *Pediatrics*, 133 (4), 682-689. doi:10.1542/peds.2013-2771

Berman, A., Jobes, D. (1993). *Adolescent suicide assessment and intervention.* American Psychological Associaton Washington, D. C. USA.

Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Nock, M. (2008). Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47 (1), 41-52. doi: 10.1097/chi.0b013e31815896ad.

Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., y Medina-Mora M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52 (4), 292-304.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101. ISSN 1478-0887

Brezo, J., Paris, J., Vitaro, F., Hebert, M., Tremblay, R. E., Turecki, G. (2008) Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *The British Journal of Psychiatry*, 193 (2), 134–139. doi: 10.1192/bjp.bp.107.037994. doi: 10.1192/bjp.bp.107.037994

Bryan, C. B. y Rudd, M. D. (2006). Advances in the Assessment of Suicide Risk. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 62(2), 185–200. doi: 10.1002/jclp.20222

Buela-Casal, G., Carreetero-Dios, H. y de los Santos-Roig, M. (2001). Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo. *Salud Mental*, 24(3), 17-23.

Cabra, O. I., Infante, D. C. y Sossa, F. N. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Médica Sanitas*, 13 (2), 28-35.

Cacioppo, J. T., Fowler, H. y Christakis, N. A. (2009). Alone in the Crowd: The Structure and Spread of Loneliness in a Large Social Network. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97 (6), 977–991. doi:10.1037/a0016076

Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B. P., Kohlenberg, B. S., & Gifford, E. (2004). ACT: The utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 195-207. doi:10.1037/0033-3204.41.3.195

Carbonell Camós, E. (2007). Tiempo y suicidio. Contribución antropológica a una discusión transdisciplinar. *Gazeta de Antropología*, 23 (1), 1-16.

Cárdenas, E.M., Feria, M., Vázquez, M. J., Benjet, C., Palacios, L. y De la Peña, F. (2010). *Guía clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.*

Guías Clínicas para la atención de Trastornos Mentales. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Cardiel, R. M. (1994). La medición de la calidad de vida (Measuring Quality of Life). En: L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.) *Epidemiología Clínica* (189-199). México: Interamericana-McGraw Hill.

Carroll, R., Metcalfe, C. y Gunnell, D. (2014). Hospital Presenting Self-Harm and Risk of Fatal and NonFatal Repetition: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE,* 9 (2): e89944. doi:10.1371/journal.pone.0089944

Cattivelli, R., Tirelli, V. Berardo, F., & Perini, S. (2012). Promoting apropriate behavior in daily life context using Functional Analytic Psychotherapy in early-adolescent children. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7, 25-32.

Chahin, N., Cosi, S., Lorenzo-Seva, U. y Vigil-Colet, A. (2010). Stability of the factor structure of Barrat's Impulsivity Scales for children across cultures: A comparison of Spain and Colombia. *Psicothema*, 22 (4), 983-989.

Código Penal para el Estado de Michoacán de Ocampo (2014) Periódico Oficial del Estado de Michoacán, Michoacán, México, 17 de diciembre de 2014. Recuperado de http://www.poderjudicialmichoacan.gob.mx/ContenidosWeb/normatividad/2014/E/Juris/C%C3%B3digo_Penal_Mich_Ori_2014_12_17.pdf

Cohen, J.R., Young, J.F. & Abela, J.R.Z. (2012) Cognitive vulnerability to Depression in Children: An Idiographic, Longitudinal Examination of Inferential Styles. *Cognitive Therapy and Research*, 36 (6), 643-654. doi:10.1007/s10608-011-9431-6 (2011).

Collazos, D., y Jiménez-Urrego, Á. M. (2013). Depresión infantil: caracterización teórica. *Revista Gastrohnup*, 15(2), 15-19.

Conner, K. R., Duberstein, P. R., Conwell, Y., Seidlitz, L. & Caine, E. D. (2001). Psychological Vulnerability to Complete Suicide: A Review of Empirical Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 31(4), 367-385. doi: 10.1521/suli.31.4.367.22048

Covarrubias de la Torre, M. G., Soltero Avelar, R., Sánchez-Loyo, L. M., Rivera Heredia, M. E. y Pavón Cuéllar, D. (2017). Pensamientos de muerte e ideación suicida en niños y niñas mexicanos de 6 a 11 años. *UARICHA Revista de Psicología*, 14 (32), 20-30.

Cox, G. & Hetrick, S. (2017). Psychosocial interventions for self-harm, suicidal ideation and suicide attempt in children and young people: What? How? Who? and Where?. *Evidence-Based Mental Health*, 20 (2), 35-40. doi: 10.1136/eb-2017-102667

Creswell, J. W. (2012). *Educational research: planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. Boston: Pearson.

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., Hsiao, R. C.,Vasilev, C. A., Yaptangco, M., Linehan, M. M & McCauley, E. (2012). Differentiating Adolescent Self-Injury from Adolescent Depression: Possible Implications for Borderline Personality Development. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40 (), 45–57. doi: 10.1007/s10802-011-9578-3

Cyrulnik, B. (2014). *Cuando un niño se da muerte.* Barcelona: Gedisa.

Davídov, V. V. (1935). Vigotsky. Biografía. *Revista Colombiana de Psicología*, (5-6) 45-49.

Del Barrio, V., Moreno-Rosset, C., López-Martínez, R., 1999. El Children's Depression Inventory [CDI; Kovacs, 1992]. Su aplicación en población española. Clínica y Salud 10, 393-416.

Dimeff, L. & Linehan, M. M. (2001). Dialectical Behavior Therapy in a Nutshell. *The California Psychologist*, 34, 10-13.

Dimeff, L. A., & Koerner, K. (Eds.). (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. New York: Guilford Press.

Dion, J., Matte-Gagné, C., Daigneault, I., Blackburn, M.E., Hébert, M., McDuff, P. & Perron, M. (2016). A prospective study of the impact of child maltreatment and friend support on psychological distress trajectory: from adolescence to emerging adulthood. *Journal of Affective Disorders.* 189, 336–343.

Domínguez Mercado, D. L., Hermosillo de la Torre, A. E., Vacio Muro, M.Á. (2016). Efecto de los factores de protección y de riesgo sobre el comportamiento suicida en estudiantes de Psicología, *Investigación y Ciencia*, 24 (69), 73-80.

Dougher, M. J., & Hackbert, L. (1994). A behavior-analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. The Behavior Analyst, 17, 321334. Disponible en https://contextualscience.org/system/files/dougher_hackbert_1994.pdf

Dowdney, L. (2000). *Childhood bereavement following parental death*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41 (7), 819–830.*

Drossel, C., Fisher, J. E., & Mercer, V. (2011). A DBT skills training group for family caregivers of persons with dementia. *Behavior Therapy*, 42, 109–119.

Eagles, J., Carson, D., Begg, A. y Naji, S. (2003). Suicide prevention: a study of patients´ views. British Journal of psychiatry, 182, 261-265.

Echeburúa, E. (2008). Retos de Futuro de la Psicología Clínica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 34, (150-151), 191-207. ISSN 2173-6855. Disponible en: http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/706

Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, *33*(2), 117-126. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006

Eifert, G. H. & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance & Commitment Therapy for Anxiety Disorders*. Canada: New Harbinger Publications, Inc.

Eikelenboom, M., Smit, J. H., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2012). Do depression and anxiety converge or diverge in their association with suicidality?. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 608-615.

Fauerbach, J. A. (2007). Acute pain at discharge from hospitalization is a prospective predictor of long-term suicidal ideation after burn injury. Arch Phys Med Rehabil, 88 (12-2), 36-42.

Feldman, G., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M., & Fava, M. (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 316–321. Disponible en https://pdfs.semanticscholar.org/ca18/f01bf7fe0aaef66ed27238075c506f5d7053.pdf

Ferro García, R. y Aguayo Valero, L. (2015). Avances en la Psicoterapia Analítica Funcional. Avances en Psicología Latinoamericana, 33(1), 15-30. ISSN e2145-4515

Ferro-García, R., López-Bermúdez, M. A., & Valero-Aguayo, L. (2012) Treatment of a disorder of self through Functional Analytic Psychotherapy. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy. 7, 45-51.

Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L., & Vives-Montero, M.C. (2000). Aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional: Un análisis clínico de un trastorno depresivo. Análisis y Modificación de Conducta, 26, 291-317.

Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L., y López Bermúdez, M. Á. (2016). Fundamentos, características y eficacia de la Psicoterapia Analítica Funcional. [Fundations, characteristics and efficacy of FAP]. *Análisis y Modificación de Conducta, 165-166, 51-73*.

Fisher, H. L., Moffitt, T. E., Houts, R. M., Belsky, D. W., Arseneault, L. & Caspi, A. (2012). Bullying victimisation and risk of self harm in early adolescence: Longitudinal cohort study. *British Medical Journal,* 344:e2683. doi: 10.1136/bmj.e2683

Fonagy, P. (2014). *Mindscape: Peter Fonagy, PhD, on Child & Adolescent Relationship Development* [The Menninger Clinic]. Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=m74s_kSDyQk

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2015). *Infancia*. Recuperado de: http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6876.htm

Fountoulakis, K. N., Kawohl, W., Theodorakis, P. N., Kerkhof, A. J. F. M., Navickas, A., Höschl, C., Lecic-Tosevski, D., Sorel, E., Rancans, E., Palova, E., Juckel,

G., Isacsson, G., Jagodic, H. K., Botezat-Antonescu, I., Warnke, I., Rybakowski, J., Azorin, J. M., Cookson, J., Waddington, J., Pregelj, P., Demyttenaere, K., Hranov, L. G., Stevovic, L. I., Pezawas, L., Adida, M., Figuera, M. L., Pompili, M., Jakovljević, M., Vichi, M., Perugi, G., Andreassen, O., Vukovic, O., Mavrogiorgou, P., Varnik, P., Bech, P., Dome, P., Winkler, P., Salokangas, R. K. R., From, T., Danileviciute, V., Gonda, X., Rihmer, Z., Benhalima, J. F., Grady, A., Leadholm, A. K. K., Soendergaard, S., Nordt, C., Lopez-Ibor, J. (2014). Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000-2011. *The British Journal of Psychiatry,* 205 (6), 486-496. doi: 10.1192/bjp.bp.114.147454

Gallegos, J., Linan-Thompson, K. S. y Ruvalcaba, N. (2013). Preventing childhood anxiety and depression: Testing the effectiveness of a schoolbased program in Mexico. *Psicología Educativa,* 19, 37-44.

García-Rábago, H., Sahagún-Flores, J. E., Ruiz-Gómez, A., Sánchez-Ureña, G. M., Tirado-Vargas, J. C. y González-Gámez, J. (2010). Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Revista de salud pública*, 12 (5), 713-721.

Garibay-Ramírez, J., Jiménez-Garcés, C., Vieyra-Reyes, P., Hernández-González, M. M. y Villalón-López, J. (2014). Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad. *Revista de Medicina e Investigación*, 2(2), 107-111.

Gaxiola-Robles, R., Celis de la Rosa, A. J., Díaz-Castro, S. C., Labrada-Martagón, V. y Zenteno-Savín, T. (2013). Incremento de la temperatura ambiental y su posible asociación al suicidio en Baja California Sur (BCS) 1985-2008. *Salud Mental*, 36, 421-427

George, C., Keith, C. H. y Ostrander, R. (2006). The Family Environment and Developmental Psychopathology: The Unique and Interactive Effects of Depression, Attention, and Conduct Problems. *Child Psychiatry Human Development,* 37, 163-177.

Geulayov, G., Gunnell, D., Holmen, T. L., Metcalfe, C. (2012). The association of parental fatal and non-fatal suicidal behaviour with off spring suicidal behaviour

and depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine,* 42 (), 1567–1580.

Ghanem, M., Gamaluddin, H., Mansour, M., Samiee', A. A., Shaker, N., y El Rafei, H. (2013).Role of impulsivity and other personality dimensions in attempted suicide with self-poisoning among children and adolescents. *Archives of Suicide Research*, 17:3, 262-274.

Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Pierson, H. M., Piaseki, M. P., Antonnucio, D. O. & Palm, K. M. (2011). Does acceptance and relationship focused behaviour therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy and acceptance commitment therapy for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 42, 700-715.

Glenn, C. R., Franklin, J. C. & Nock, M. K. (2015). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44:1, 1-29, doi: 10.1080/15374416.2014.945211.

Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 23 (5), 607–615. doi:10.1016/S0716-8640(12)70355-3

González-Forteza, C., Hermosillo de la Torre, A. E., Vacio-Muro, M. Á., Peralta, R., y Wagner, F. A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 72(2), 149-155.

Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98(2), 107–109.

Gosch, C. S., & Vandenberghe, L. (2004). Behavior analysis and the therapist-child relationship in the treatment of an aggressive-defiant pattern. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 6, 173-182. ISSN 1517-5545

Guerrero-Cazares, M. F. y Delgado-Guerrero, F. (2012). Clasificación actual del síndrome del niño maltratado. *Revista del Hospital Juárez de México*, 79 (1), 43-47. Recuperado de http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2012/ju121h.pdf

Guimón, J. (2004). *Eficacia de las terapias en salud mental*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

Guldin, M.-B., Li, J., Pedersen, H. S., Obel, C., Agerbo, E., Gissler, M., Cnattingius, S., Olsen, J., Vestergaard, M. (2015). Incidence of suicide among persons who had a parent who died during their child- hood: A populations-based cohort study. JAMA Psychiatry, 72, 1227–1234. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2094

Guzmán-Carrillo, K. Y., González-Veduzco, B. Sh. & Rivera-Heredia, M. E. (2015). Recursos psicológicos y percepción de la migración en menores con familiares migrantes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (2), 701-714.

Hadlaczky, G., Wasserman, D., Hoven, C. W., Mandell, D. J. and Wasserman, C. (2011) Suicide Prevention Strategies: Case Studies from across the Globe, En: International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice (eds R. C. O'Connor, S. Platt and J. Gordon), John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK. doi: 10.1002/9781119998556.ch27

Halaby, K. S. (2004). Variables predicting noncompliance with short-term dialectical behavior therapy for suicidal and parasuicidal adolescents. *Dissertation Abstracts International*, *65*, (06), 3160B. (UMI No. AAI3135769).

Hanbury, A., Wallace, L. M., & Clark, M. (2011). Multiple outcome measures and mixed methods for evaluating the effectiveness of theory-based behaviour-change interventions: A case study targeting health professionals' adoption of a national suicide prevention guideline. *Psychology, Health & Medicine*, *16*(3), 291-303. doi:10.1080/13548506.2011.554561

Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacobo, M., & Fava, M. (2008). Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 136–143.

Harris, R. (2009). *ACT made simple. An Easy-to-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy.* Canada: New Harbinger Publications, Inc.

Harvey, P. & Rathbone, B. H. (2013). *Dialectical Behavior Therapy for At-Risk Adolescents: A Practitioner's Guide to Treating Challenging Behavior Problems*. Canadá: New Harbinger Publications.

Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E., vanHeeringen, K. (2016). Psychosocial interventions for self-harmin adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5 (). doi: 10.1002/14651858.CD012189.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639–665.

Hayes, S. C. (2016). *The Act in Context.* New York: Routledge.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., & Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Psychology Faculty Publications.* Paper 101.

Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How Empirically Oriented Are the New Behavior Therapy Technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.

Hayes, S.C. & Hayes, L.J. (1992). Some clinical implications of contextualistic behaviorism: the example of cognition. *Behavior Therapy*, 23, 225-249.

Hegerl, U., Wittenburg, L., Arensman, E., Van Audenhove, C., Coyne, J.C., McDaid, D., et al., (2009). Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. *BMC Public Health*, 9, 428. doi: 10.1186/1471-2458-9-428

Hendin, H., Haas, A., Maltsberger, J. Koestner, B., Szanto, K. (2006). Problemas en la psicoterapia con pacientes suicidas. *American Journal of Psychiatry*, 9, 145-150.

Hepp, U., Stulz, N., Unger-Köppel, J., & Ajdacic-Gross, V. (2012). Methods of suicide used by children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *21*(2), 67-73. doi:10.1007/s00787-011-0232-y

Hermosillo-De la Torre, A. E., Vacio Muro, M. Á., Méndez-Sánchez, C., Palacios Salas, P., Sahagún Padilla, M. Á. (2015). Sintomatología depresiva, desesperanza y recursos psicológicos: una relación con la tentativa de suicidio en una muestra de adolescentes mexicanos. *Acta Universitaria*, 25 (2), 52-56.

Hirvikoski, T., Waaler, E., Alfredsson, J., Pihlgren, C., Holmstrom, A., Johnson, A.,... . Nordstrom, A. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 175–185.

Holman, G., Kanter, J., Tsai, M. & Kohlengerg, R. (2017). *Functional Analytic Psychotherapy. Made simple. A Practical Guide to Therapeutic Relationships*. Canada: New Harbinger Publications, Inc.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. y Layton J. B. (2010) Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *Plos Medicine*, 7(7), 1-20. doi:10.1371/journal.pmed.1000316

Horowitz, L. Wang, P., Koocher, G. & Burr, B. (2001). Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. En: Robles, R., Páez, F., Ascencio, M., Mercado, E. y Hernández, L. (2005). Evaluación del riesgo suicida en niños: propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 292-297.

Ickowicz, A. y Schachar, R. (2015). Suicide prevention strategies: Adventures in the grey zone. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24 (1), 4.

INEGI (2005). *Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios*. Aguascalientes, México. Cuaderno No. 11. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2005/feb2005.pdf

INEGI (2012). Estadísticas judiciales en materia penal de los Estados Unidos Mexicanos 2011. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/judiciales/2012/judiciales_2011.pdf

INEGI (2014). Estadísticas de mortalidad. Suicidios por grupos de edad y sexo, 2000 a 2013. Recuperado de http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484

INEGI (2016). Estadísticas de mortalidad. Porcentaje de muertes por suicidio con respecto al total de muertes violentas por sexo y grupos quinquenales de edad, 2000 a 2015. Recuperado de http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=mvio23&s=est&c=22659

INEGI (2016a). Causas de defunción. Porcentaje de muertes por suicidio con respecto al total de muertes violentas por entidad federativa y sexo, 2004 a 2015. Recuperado de http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=mvio25&s=est&c=22658

INEGI (2016b). Mortalidad. Conjunto de datos: Mortalidad general. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?c=11144

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (2012). *Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia "GPC-BE"*. Recuperado de http://www.igssgt.org/images/gpc-be/boletines/Boletines.Bolet%C3%ADn%20MBE_julio2012.pdf

Jackson, H. y Nuttall, R. L. (2001). Risk for preadolescent suicidal behavior: an ecological model. *Child and Adolescent Social Work Journal,* 18, 189-203. doi:10.1023/A:1011058419113

Jakobsen, I. S., Christiansen, E., Larsen, K. J. y Waaktaar, T. (2011). Differences Between Youth with a Single Suicide Attempt and Repeaters Regarding Their

and Their Parents History of Psychiatric Illness. *Archives of Suicide Research,* 15 (3), 265–276.

Jiménez-Quenguan, M., Hidalgo-Bravo, J., Camargo-Santacruz, C. y Dulce-Rosero, B. (2014). El intento de suicidio en la población pediátrica, una alarmante realidad. *Revista Ciencias de la Salud*, 12(1), 59-83. doi: dx.doi.org/10.12804/revsalud12.1.2014.05

Joiner, T. E., Brown, J. S. y Wingate, L. R. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual Review of Psychology*, 56, 287-314. doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070320

Joiner, T. E., Pettit, J. W., Walker, R. L., Voelz, Z. R., Cruz, J., Rudd, D. & Lester, D. (2002). Perceived burdensomeness and suicidality: two studies on the suicide notes of those attempting and those completing suicide. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21 (5), 531-545.

Kanter, J. W., Manos, R. C., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2008). Making Behavioral Activation more behavioral. *Behavior Modification*, 32, 780-803.

Kaplow, J. B., Layne, C. M., Saltzman, W. R., Cozza, S. J. & Pynoos, R. S. (2013). Using multidimensional grief theory to explore the effects of deployment, reintegration, and death on military youth and families. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 16:322–340. doi: 10.1007/s10567-013-0143-1

Keyes, K. M., Pratt, C., Galea, S., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., & Shear, M. K. (2014). The Burden of Loss: Unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study. *The American Journal of Psychiatry*, *171*(8), 864–871. http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13081132

King, K., Bassilios, B., Reifels, L., Fletcher, J., Ftanou, M., Blashki, G., Burgess, P., Pirkis, J. (2013). Suicide prevention: Evaluation of a pilot intervention in a primary care context. *Journal of Mental Health*, 22 (5), 439-448. DOI: 10.3109/09638237.2013.815334

Kleespies, P. M. y Dettmer, E. L. (2000). *An Evidence-Based Approach to Evaluating and Managing Suicidal Emergencies*. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (9), 1109-1130.

Kohlenberg, R. & Tsai, M. (1991). Funtional Analytic Psychotherapy. Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships. New York: Springer.

Kõlves, K. y De Leo, D. (2014). Suicide rates in children aged 10-14 years worldwide: changes in the past two decades. *The British Journal of Psychiatry*, 205 (4), 283-285. doi: 10.1192/bjp.bp.114.144402

Koons, C., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., . . . Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371–390.

Kring, A. M., & Sloan, D. M. (2010). *Emotion regulation and psychopathology*. New York: Guilford Press.

Krysinska, K., Batterham, P., Tye, M., Shand, F., Valear, A., Cockayne, N. & Christesen, H. (2016). Best strategies for reducing the suicide rate in Australia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(2) 115 –118. doi: 10.1177/0004867415620024

Lalawani, S., Sharma, G. A. S. K., Kabra, S. K., Girdhar, S. y Dogra, T. D. (2004). Suicide among children and adolescents in South Delhi (1991-2000). *Indian Journal of Pediatrics.* 71 (8), 701-703.

Leyera, S. T., Winsper, C., Heron, J., Lewis, G., Gunnell, D., Fisher, H. L. & Wolke, D. (2013). Being Bullied During Childhood and the Prospective Pathways to Self-Harm in Late Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52 (6), 608-618.

Liamputtong, P. (2013). *Qualitative Research Methods.* South Melbourne: Oxford University Press.

Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. I. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060–1064.

Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 581–605). New York: Guilford Press.

Linehan, M. M., Comtois, K. A. & Ward-Ciesielski, E. F. (2012). Assessing and Managing Risk With Suicidal Individuals. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19 (), 218-232.

Linehan, M. M., Comtois, K., Murray, A., Brown, M., Gallop, R., Heard, H., . . . Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757–766.

Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., McDavid, J., Comtois, K. A., Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder A Randomized Clinical Trial and Component Analysis, JAMA Psychiatry, 72(5), 475-482. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3039

Liu, R. y Miller, I. (2014). Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Clinical Psychology Review.* 34, 181-192.

Long, C. G., Fulton, B., Dolley, O., & Hollin, C. R. (2011). Dealing with feelings: The effectiveness of cognitive behavioural group treatment for women in secure settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 243–247.

López-Bermúdez, M. A., Ferro-García, R., & Valero-Aguayo, L. (2010). Intervención en un trastorno depresivo mediante la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*, 22 (1), 92-98.

Luciano, C., Ruiz, F., Luciano, B. y Sánchez, L. (2016). Dificultades y barreras del terapeuta en el aprendizaje de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16 (3), 357-373.

Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J., Corcoran, P., Fekete, S., Heeringen, K., De Leo, D. & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 49 (6), 667–677. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x

Malakouti, S. K., Nojomi, M., Ahmadkhaniha, H. R., Hosseini, M., Fallah, M. Y., Khoshalani, M. M. (2015). Integration of suicide prevention program into primary health care network: a field clinical trial in Iran. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran (MJIRI)*, 29, 1-15.

Mañas-Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40, 26-34. Recuperado de http://psicopedia.org/wp-content/uploads/2014/12/terapias-de-tercera-generacion.pdf

Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 294 (16), 2064-2074. Disponible en http://dhmh.maryland.gov/suicideprevention/Documents/Suicide%20prevention%20strategies-systematic%20review.pdf

Martin, M. S., Dykxhoorn, J., Afifi, T .O. & Colman, I. (2016). Child abuse and the prevalence of suicide attempts among those reporting suicide ideation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51 (), 1477–1484. doi 10.1007/s00127-016-1250-3

Martín-Murcia, F., Cangas-Díaz, A. J., & PardoGonzález, L. (2011). A case study of anorexia nervosa and obsessive personality disorder using Third-Generation Behavioral Therapies. *Clinical Case Studies*, 10, 198-209.

Mayes, S. D., Fernández-Mendoza, J., Baweja, R., Calhoun, S., Mahr, F., Aggarwal, R., Y Arnold, M. (2014). Correlates of Suicide Ideation and Attempts in Children and Adolescents With Eating Disorders. *Eating Disorders*, 22, 352–366.

McClafferty, C. (2012) Expanding the cognitive behavioural therapy traditions: An application of Functional Analytic Psychotherapy treatment in a case study of depression. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 90102.

McClanahan, K. J. y Omar, H. A. (2012). Suicide in Prepubertal Children. En A. Shrivastava, M. Kimbrell & D. Lester (Eds.). *Suicide from a Global Perspective* (pp. 1-12) United Kingdom: Nova Science Publishers, Inc.

McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process and progress. *American Psychologist*, 69(2), 178–187

McMahon, E. M, Keeley, H., Cannon, M., Arensman, E., Perry, I. J., Clarke, M., Chambers, D. & Corcoran, P. (2014). The iceberg of suicide and self-harm in Irish adolescents: a population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 49, 1929-1935.

Melhem, N. M., Porta, G., Shamseddeen, W., Payne, M. W., Brent, D. A. (2011). Grief in Children and Adolescents Bereaved by Sudden Parental Death. *Archives of General Psychiatry*, 68 (9), 911-919.

Melhem, N., Moritz, G., Walker, M., & Shear, K. (2007). Phenomenology and correlates of Complicated Grief in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46(4),* 493-499.

Milner, A. J., Carter, G., Pirkis, J., Robinson, J. & Spittal, M. I. (2015). Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 206, 184-190. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.147819

Mitchell, A. M., Wesner, S, Brownson, L., Gale, D. D., Garand, L. y Havill, A. (2006). Effective communication with bereaved child survivors of suicide. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 19(3), 130-136. doi: 10.1111/j.1744-6171.2006.00060.x

Mondragón-Barrios, L., Ito-Sugiyama, M. E., Monroy-Nasr, Z., Netza-Cardoso, C., Ocampo-Ortega, R., Rodríguez-Yunta, E., Larios Moreno, N. A., Lolas Stepke, F., Lara-Álvarez, C. y Bórquez-Polloni, B. (2010). *Guía bioética para el tratamiento clínico de pacientes que han intentado suicidarse.* México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Morais dos Santos, R. P. (2013). *Indicadores de Tendencia Suicida en Niños Accidentados en Ambiente Doméstico*. (Tesis doctoral). Recuperado de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/2589/Indicadores_Morais%20dos%20Santos.pdf?sequence=1

Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3 (1), 9-18.

Mrazek &Haggerty, R. (Eds.). (1994). Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. *Committee on Prevention of Mental Disorders*, Washington, DC: Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders, Institute of Medicine. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK236319/pdf/Bookshelf_NBK236319.pdf

Murrell, A. R., & Scherbarth, A. J. (2006). State of the research & literature address: ACT with children, adolescents and parents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 2*, 531-543.

Mustaca, A. (2014). Prácticas basadas en la evidencia: pasado, presente y futuro. *Revista Costarricense de Psicología*, 33 (2), 93-108. ISSN 0257-1439.

Nader, K. O., & Layne, C. M. (2009). Maladaptive grieving in children and adolescents: Discovering developmentally linked differences in the manifestation of grief. Stress Points, 23, 12–15.

National Health and Medical Research Council (1999). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Australia: NHMRC. Recuperado de https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp30.pdf

National Institute for Health and Care Excellence (2011). Self-harm in over 8s: long-term management. Clinical guideline [CG133]. Recuperado de https://www.nice.org.uk/guidance/cg133

National Institute for Health and Care Excellence (2016). Surveillance report 2016 – Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence (2004) NICE guideline CG16 and Self-harm in over 8s: long term management (2011) NICE guideline CG133. Recuperado de https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/resources/surveillance-report-2016-selfharm-in-over-8s-shortterm-management-and-prevention-of-recurrence-2004-nice-guideline-cg16-and-selfharm-in-over-8s-long-term-management-2011-nice-guideline-cg133-2664201424/chapter/Surveillance-decision

Neacsiu, A. D., Bohus, M., & Linehan, M.M. (2015). Dialectical Behavior Therapy Skills: An Intervention for Emotion Dysregulation. En J. J. Gross (Ed.). *Handbook of Emotion Regulation*, Volume 2. Guilford Press, New York.

Nelson, K. M., Yang, J. P., Maliken, A. C., Tsai, M., & Kohlenberg, R. J. (2016). Introduction to using structured evocative activities in Functional Analytic Psychotherapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, *23*(4), 459-463. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.12.009

Nelson-Gray, R., Keane, S., Hurst, R., Mitchell, J., Warburton, J., Chok, J.,… Cobb, A. R. (2006). A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: Promising preliminary findings. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1811–1820.

O´Connor, R. C. & Nock, M. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1(), 73–85. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6

O'Connor, R. C., Fraser, L., Whyte, M-C., MacHale, S. & Masterton, G. (2009). Self-regulation of unattainable goals in suicide attempters: the relationship between goal disengagement, goal reengagement and suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy*, 47 (), 164-169.

O'Connor, R. C., O'Carroll, R. E., Ryan, C., Smyth, R. (2012) Self-regulation of unattainable goals in suicide attempters: a two year prospective study. *Journal of Affective Disorders,* 142 (), 248–55.

Olfson, M., Marcus, S. C. & Bridge, J. A. (2014). Focusing Suicide Prevention on Periods of High Risk. *Journal of American Medical Association*, 311 (11), 1107-1108. doi:10.1001/jama.2014.501.

OMS (2013). Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2014). Prevención del suicidio: Un imperativo global. Luxemburgo: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2015). Suicidio: datos y cifras. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/

Organización Mundial de la Salud (1976). http://www.who.int/es/

Orgiles, M., Fernández, I. y Espada, J. P. (2013). Hábitos y problemas de sueño en niños con sintomatología depresiva. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18 (3), 173-181.

Ortega-Ferreira, C. E. & Huerta-Araiza, P. J. (2011). Estilos de enfrentamiento y relaciones familiares de niños y adolescentes con leucemia linfoblástica aguda. Tesis no publicada. Licenciatura en Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, México.

Padilla, D. (2013). Análisis retrospectivo de un protocolo asistencial cognitivo-conductual contextual grupal breve en adolescentes atendidos en un centro de salud mental público (Tesis doctoral no publicada). Universidad Autónoma, Madrid.

Páez-Blarrina, M. Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S. y Luciano-Soriano, C. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los

valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1-20. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/560/56060101.pdf

Palanca, I., Fernández M., L. y Monrat G., C. (2011). Riesgo de suicidio en población pediátrica tratada con antidepresivos: impacto de la alerta de 2003 en la prescripción e investigación en eficacia y seguridad. *Revista Chilena de Pediatría*, 82 (4), 277-288.

Pandolfo, S., Vázquez, M., Más, M., Vomero, A., Aguilar, A. y Bello, O. (2011). Intentos de autoeliminación en menores de 15 años. Experiencia en un Servicio de Urgencias. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 109(1), 18-23.

Paul, R. H.; Marx, B. P., & Orsillo, S. M. (1999). Acceptance-based psychotherapy in the treatment of an adjudicated exhibitionist: a case example. *Behavior Therapy*, 30, 149162. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(99)80051-3

Pérez-Acosta, A. M., Guerrero, F. y López López, W. (2002). Siete conductismos contemporáneos: una síntesis verbal y gráfica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy,* 2(1), 103-113. Recuperado de file:///C:/Users/MARGARITA/Downloads/Dialnet-SieteConductismosContemporaneos-267148.pdf

Pérez-González, A. y Pereda, N. (2015). Revisión sistemática de la prevalencia de ideación y conducta suicida en menores víctimas de abuso sexual. *Actas Españolas de Psiquiatría.* 43 (4), 149-158.

Pergher, N. K., & Colombini, F. A. (2010). Client´s revelations in therapy sessions. Acta Comportamentalia, 18 (3), 361-380.

Pfeffer, C. R. (2003). Assessing suicidal behavior in children and adolescents. En R. A. King & A. Apter (Eds.). *Suicide in Children and Adolescents* (pp. 211-213), United Kingdom: Cambridge University Press.

Pianowski, G., Sousa De Oliveira Fernandes, E. y Nunes Baptista, M. (2015). Revisión de ideación, comportamiento suicida y medidas de evaluación psicológicas. *Psicología desde el Caribe.*32 (1), 81-120. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21337152004

Piccinelli, M. y Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry,* 177, 486-492.

Piedrahita, L. E., Paz, K. M. y Romero, A. M. (2012). Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17 (2),136-148.

Plano-Clark, V., Huddleston-Casas, C., Churchill, S., O'Neil Green, D. and Garrett, A. (2008). Mixed Methods Approaches in Family Science Research. *Educational Psychology Papers and Publications*. 81. Recuperado de: http://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1080&context=edpsychpapers

Plaud, J. J., Eifert, G. H. & Wolpe, J. (1998). The Role of Theory in Behavior Therapy: Conceptual and Practical Conclusions. En Plaud & Eifert (Eds.). *From Behavior Theory to Behavior Therapy*. Allyn & Bacon.

Polk, K. L., Shoendorff, B., Webster, K. y Olaz, F. (2016). *The Essential Guide to the ACT Flexibility is Key Matrix.* Canada: New Harbinger Publications, Inc.

Portieles Sánchez, L., Rodríguez Villavicencio, M. y Rivero Álvarez, E. O. (2014). Evaluación del Programa nacional de prevención y atención a la conducta. *Medicentro Electron*, 18(1), 32-35.

Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *The American Journal of Psychiatry,* 164(7), 1035–1043. doi: 10.1176/ajp.2007.164.7.1035

Quintanilla Montoya, R., Sánchez Loyo, L.M., Cruz-Gaitán, J.I., Benítez Pérez, L.E., Morfín López, T., García de Alba García, J.E., Aranda-Mendoza, A.J., Vega Miranda, J.C. (2015). Del contexto cultural al funcionamiento familiar. Conocimientos compartidos y relaciones familiares en adolescentes con intento de suicidio. *Revista de Educación y Desarrollo*, 33 (2): 15-26. ISSN: 1665-3572.

Quintanilla Montoya, R., Sánchez-Loyo, L. M. y Pérez Lúa, I. A. (2015). Conceptos de *muerte* y *suicidio* en una muestra de menores mexicanos de 5 a 14 años de edad. *Acta Universitaria,* 25(NE-2), 24-28. doi: 10.15174/au.2015.887

Rathus, J. H. & Miller, A. L. (2002). Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 146-157.

Rey, C. (2004). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): sus aplicaciones y principales fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos. *Suma Psicológica*, 11(2), 267-284. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134233585008

Rie, H. E. (1966) Depression in childhood: A survey of some pertinent contributions. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 5 (4), 653-683.

Rivera Heredia, M. E. (2010). *La prevención del suicidio en los adolescentes*. México: Cuadernos de Divulgación Científica y Tecnológica del Consejo Estatal de Ciencia y Tecnología de Michoacán.

Rivera-Heredia, M. E. y Andrade-Palos, P. (2008). Conductas autodestructivas e intento suicida en los adolescentes. En Andrade, P., Cañas, J. L. y Betancourt, D., *Investigaciones Psicosociales en adolescentes* (pp. 89-110). México. UNICACH.

Rivera-Heredia, M. E., Enríquez, A., Salazar García, M. A. (2013). Conductas problema dentro del salón de clase en estudiantes mexicanos de educación superior y media superior. En Geraldes Da Cunha Lopes, T. M., Ortiz González, M. J. (2013). *Innovación y Docencia en el Siglo XXI*. México: Editorial AAA.

Rivera-Heredia, M. E., y Andrade-Palos, P. (2010). Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.). *Uaricha Revista de Psicología*, 14, 12-29.

Rivera-Heredia, M.E., Martínez-Servín, L. G. y Escutia-Valdéz, D. P. (2011). *Recursos psicológicos y conductas problema en estudiantes de secundaria: diagnóstico e intervención preventiva*. En XI Congreso Nacional de Investigación Educativa. UNAM. Congreso llevado a cabo en México, D.F.

Rivera-Heredia, M.E. y Andrade Palos, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida, *Revista Intercontinental de Psicol ogía y Educación*, 8 (2), 23-40.

Roberts, A. L., Rosario, M., Slopen, N., Calzo, J. P. y Austin, B. (2013). Adolescence and Early Adulthood: An 11-Year Longitudinal Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52 (2), 143-152.

Rodríguez, E. M., Romero, M., Durand, A., Aguilera, R. M. (2003). Veinticinco años de investigación cualitativa en Salud Mental y Adicciones con poblaciones ocultas. Primera Parte. *Salud Mental*, 26() 76-83. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262609

Royo, J. y Martínez, M. (2012). Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia. *Pediatría Integral*. XVI (9), 755-759.

Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 10, 125–162.

Ruiz, F. y Perete, L. (2015). Application of a relational frame theory account of psychological flexibility in young children. *Psicothema,* 27 (2), 114-119. doi: 10.7334/psicothema2014.195. Recuperado de http://www.psicothema.com/PDF/4243.pdf

Safer, D. L., & Joyce, E. E. (2011). Does rapid response to two group psychotherapies for binge eating disorder predict abstinence? *Behaviour Research and Therapy*, 49, 339–345. Disponible en http://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/73297.pdf

Safer, D. L., Robinson, A. H., & Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41, 106–120.

Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158, 632–634. Disponible en http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.158.4.632

Sáiz, P.A., Rodríguez-Revuelta, J., González-Blanco, L., Burón, P., Al- Halabi, S., Garrido, M., García-Álvarez, L., García-Portilla, P y Bobes, J. (2014). Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7, 131-138

San Sebastián, J. y Manzanero, R. (2012). Tratamiento de la depresión en el niño y el adolescente. *Anales de Pediatría Continuada*. 10(2), 72-78.

Sánchez Hernández, O. y Méndez Carrillo, F. X. (2009). El Optimismo como Factor Protector de la Depresión Infantil y Adolescente. *Clínica y Salud*, 20 (3), 273-280. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613881008

Sánchez Loyo, L. M., García de Alba García, J. E., y Quintanilla Montoya, R. (2016). Características sociales y clínicas de personas con intento de suicidio en Guadalajara, México, *Psicología y Salud*, 26 (1): 81-90.

Sánchez-Cervantes, F. S., Serrano-González, R. E. y Márquez-Caraveo, M. E. (2015). Suicidios en menores de 20 años. México 1998-2011. *Salud mental,* 38 (5), 379-389.

Sánchez-Loyo, L. M. (2015). La conducta suicida y psicoterapia dialéctica comportamental: un acercamiento interdisciplinario. En: Enríquez-Rosas, R.; Gómez-Gómez, E. N.; Zohn-Muldoon, T. (coords.) (2015). *La psicoterapia frente al bienestar y al malestar.* Guadalajara, Jalisco: ITESO. p. 265-296

Sandler, I., Tein, J-Y., Wolchik, S., y Ayers, T., S. (2016). The effects of the family bereavement program to reduce suicide ideation and/or attempts of parentally bereaved children six and fifteen years later. *Suicide and Life-Threatening Behavior,* 46 (1), S32-S38. doi: 10.1111/sltb.12256

Sareen, J., Isaak, C., Katz, L., Bolton, J., Enns, M., Stein, M. (2014). Promising Strategies for Advancement in Knowledge of Suicide Risk Factors and Prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 47 (3S2): S257–S263.

Saunders, K. E. & Smith, K. A. (2016). Interventions to prevent self-harm: what does the evidence say?. *Evidence-Based Mental Health Online First*, 0 (0), 1-5. doi: 10.1136/eb-2016-102420

Shaffer, D., Pfeffer, C. R., Bemet, W., et al. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 24S-51 S.

Shafii, M., Carrigan, S., Whittinghill, J. R., Derrick, A. (1985). Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescence. *The American Journal of Psychiatry*, 142 (9), 1061-1064.

Shelton, D., Kesten, K., Zhang, W., & Trestman, R. (2011). Impact of a dialectic behavior therapy-corrections modified (DBT-CM) upon behaviorally challenged incarcerated male adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24, 105–113. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3080237/

Shelton, D., Sampl, S., Kesten, K. L., Zhang, W. L., & Trestman, R. L. (2009). Treatment of impulsive aggression in correctional settings. *Behavioral Science and the Law*, 27, 787–800. Disponible en https://www.researchgate.net/profile/Deborah_Shelton/publication/26841756_Treatment_of_impulsive_aggression_in_correctional_settings/links/548997760cf2ef344792aa78.pdf

Siabato-Macías, E. F. y Salamanca-Camargo, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 9(1), pp. 71-81.

Silverman, M. M. & Maris, R. W. (1995). The Prevention of Suicidal Behaviors: An Overview. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25: 10–21. doi:10.1111/j.1943-278X.1995.tb00389.x

Silvio-Donolo, D. (2009). Triangulación: Procedimiento incorporado a nuevas metodologías de investigación. *Revista Digital Universitaria*, 10 (8), 1-10. Recuperado dehttp://www.revista.unam.mx/vol.10/num8/art53/int53.htm

Singh, B. & Jenkins, R. (2000). Suicide prevention strategies- an international perspective, *International Review of Psychiatry*, 12:1, 7-14, doi: 10.1080/09540260074058

Søndergård, L., Kvist, K., Andersen, P. K. y Kessing, L. V. (2006). Do antidepressants prevent suicide?. *International Clinical Psychopharmacology*, 21 (4), 211- 218.

Sousa, A. C. A. (2003). Transtorno de personalidade borderline sob uma perspectiva analítico-funcional. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 5, 121-137.

Spence, S. H., González Montesinos, M. J., Aguilar Villalobos, J., Bermúdez-Ornelas, G., Martínez-Guerrero, J. I., Hernández-Guzmán, L. y Gallegos Guajardo, J. (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). Revista Latinoamericana de Psicología, 42() 13-24. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80515880002

Stewart, J., G., Esposito, E. C., Glenn, C. R., Gilman, S. E., Pridgen, B., Gold, J. & Auerbach, R. P. (2017). Adolescent self-injurers: Comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters. *J Psychiatr Res.* 84 (), 105–112. doi:10.1016/j.jpsychires.2016.09.031.

Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. N., Rohde, P. (2009). A Meta-Analytic Review of Depression Prevention Programs for Children and Adolescents: Factors that Predict Magnitude of Intervention Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 486–503. doi:10.1037/a0015168.

Tarrier, N., Taylor, K. y Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification*, 32, 77-108

Telch, C., Agras, S., & Linehan, M. (2000). Group dialectical behavior therapy for binge eating disorder: A preliminary uncontrolled study. *Behavior Therapy*, 31, 569–582.

Telch, C., Agras, W., & Linehan, M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1061–1065.

Disponible en https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44281401/Dialectical_Behavior_Therapy_for_Binge_E20160331-31804-1rv2q1c.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1504628691&Signature=jIEYCvSGbPHFU6j23IR063Jue0w%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDialectical_behavior_therapy_for_binge-e.pdf

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1-20.

The Australian Psychological Society (2010). *Evidence-based Psychological Interventions in the Treatment of Mental Disorders: A Literature Review*. 3rd edition. Australia: The Australian Psychological Society Ltd.

Tishler, C. L., Reiss, N. S. & Rhodes, A. R. (2007). Suicidal Behavior in Children Younger than Twelve: A Diagnostic Challenge for Emergency Department Personnel. *Academic Emergency Medicine*. 14 (9), 810-818.

Tsai, M., Kanter, J. W., Landes, S. J., Newring, R. W. & Kohlenberg, R. J. (2009). The Course of Therapy: Beginning, Middle and End Phases of FAP. En: Tsai, M., Kohlenberg, R. J. Kanter, J. W., Follette, W. C., Kohlenberg, B. & Callaghan, G. M. A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. New York: Springer.

Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G. I. & London, M. P. (2012). Functional Analytic Psychotherapy. Distinctive Features. New York: Routledge

Tsai, M., Mandell, T., Maitland, D., Kanter, J., & Kohlenberg, R. J. (2016). Reducing inadvertent clinical errors: Guidelines from functional analytic psychotherapy. *Psychotherapy, 53*(3), 331-335. http://dx.doi.org/10.1037/pst0000065

Turecki, G. & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behavior. *Lancet*, 387(10024), 1227–1239. doi:10.1016/S0140-6736(15)00234-2.

Valentine, S. E., Bankoff, S. M., Poulin, R. M., Reidler, E. B. & Pantalone, D. W. (2014). The Use of Dialectical Behavior Therapy Skills Training as Stand-Alone Treatment: A Systematic Review of the Treatment Outcome Literature. Journal of Clinical Psychology, Vol. 00(00), 1–20. doi: 10.1002/jclp.22114

Vandenberghe, L., & Basso, C. (2004). Informal construction of contingencies in family-based interventions for oppositional defiant behavior. *The Behavior Analyst Today, 5*(2), 151-157. http://dx.doi.org/10.1037/h0100027

Vargas-Murga, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Medica Herediana*, 25 (2), 57-59. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2014000200001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1729-214X.

Vázquez-Vega, D, Piña-Pozas, M, González Forteza, C, Jiménez-Tapia, A, Mondragón-Barrios, L. (2015). La investigación sobre suicidio en México en el periodo 1980-2014: análisis y perspectivas. *Acta Universitaria,* 25, 62-69. doi:10.15174/au.2015.855

Vega Valero, C. Z., González Betanzos, F., Anguiano Serrano, S., Nava Quiroz, C., Soria Trujano, R. (2009). Habilidades sociales y estrés infantil. *Journal of Behavior, Healt & Social Issues,* 1(1), 7-13.

Vega Vázquez, M. (2010). *Muerte, recursos personales y ambiente familiar: una perspectiva infantil.* (Tesis de maestría). Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Michoacán, México.

Vianchá, M. A., Bahamón, M. L., y Alarcón, L. L. (2013).Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Revista Tesis Psicológica*, 8 (1), 112-123.

Villa-Manzano, I. A., Robles-Romero, M. A., Gutiérrez-Román, E. A., Martínez-Arriaga, M. G., Valadez-Toscano, F. J., Cabrera-Pivaral, C. E. (2009). Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para intento de suicidio. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47 (6): 643-646. Recuperado de http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im096j.pdf

Von Dessauer, B., Ortiz, P., Hinostroza, T., Bataszew, A., Velásquez, A., Correa, M., Cáceres, J. y Mulet, Á. (2011). Intento de Suicidio Vía Ingesta de Fármacos en Niños. *Revista Chilena de Pediatría*, 82(1), 42-48. https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062011000100006

Wasserman, D. (2016). Strategies in suicide prevention. En D. Wasserman (Ed.), *Suicide: An Unnecessary Death* (pp. 269-277). New York: Oxford University Press.

Wasserman, D., Cheng, Q. y Jiang, G. (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*, 4 (2), 114-120. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414751/

Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., et al. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*, 385 (),1536–44. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7

Wei, Y., Kutcher, S. y LeBlanc, J. C. (2014). Hot Idea or Hot Air: A Systematic Review of Evidence for Two Widely Marketed Youth Suicide Prevention Programs and Recommendations for Implementation. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24 (1), 5-16.

Weissman, M. M., Gammon, G., John, K., Merikangas, K., R., Warner, V., Prusoff, B. A., Sholomskas, D. (1987). Children of Depressed Parents. *Archives of General Psychiatry*, 44, 847-853.

White, L. L. (2013). *Assessing the effectiveness of a school-based depression and suicide prevention program.* (Tesis doctoral, Adler School of Professional Psychology). Recuperado de http://search.proquest.com/docview/1646475071

Wilks, C.R., Valenstein-Mah, H., Tran, H., King, A.M.M., Lungu, A. & Linehan, M.M. (2016). Dialectical Behavior Therapy Skills for Families of Individuals With Behavioral Disorders: Initial Feasibility and Outcomes, *Cognitive and Behavioral Practice*. doi: 10.1016/j.cbpra.2016.06.004

Wilson, K. y Luciano-Soriano, M. C. (2002). *Terapia de Acción y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Word Health Organization (2000). Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Disponible en http://www.who.int/publications/list/9241545941/es/

World Values Survey (2015). World Values Survey wave 6 (2010-2014). Findings and Insights. Disponible en http://www.worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp

Yoo, J. S, Son, J. W., & Nam, M. S. (2010). The Effects of a Depression Intervention and Suicide Prevention Program in Adolescents with High Risk of Suicide. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 21(1): 71-81. http://dx.doi.org/10.12799/jkachn.2010.21.1.71

Zalsman, G. et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X

Zayas, L. H., Lester, R. J., Cabassa, L. J., & Fortuna, L. R. (2005). Why do so many Latina teens attempt suicide?: A conceptual model for research. *American Journal of Orthopsychiatry, 75,* 275–287.

Zayas, L.H., & Pilat, A.M. (2008). Suicidal Behavior in Latinas: Explanatory Cultural Factors and Implications for Intervention. *Suicide Life Threating & Behavior*, 38 (3), 334-342.

Zelaya de Migliorisi, L., Piris de Almirón, L. y Migliorisi, B. (2012). Intentos de suicidio en niños y adolescentes. ¿Máscara de Maltrato Infantil?. *Pediatría (Asunción)*. 39 (3), 167-172.

Zhou, X., Hetrick, S. E., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C. J., Cohen, D., del Giovane, C., Liu, Y., Michael, K. D., Zhang, Y., Weisz, J. R., Xie, P. (2015). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 14 (), 207–222.

Zisook, S., Chentsova-Dutton, Y. & Shuchter, S. R. (1998). *PTSD Following Bereavement. American Academy of Clinical Psychiatrists*, 10 (4), 157–163.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por su apoyo para la realización de esta investigación.

ANEXOS

Guía de entrevista

Buenas tardes _____ quiero agradecerle de antemano el tiempo que nos está brindando para poder realizar esta entrevista. También quiero mencionarle que los comentarios e información que nos proporcione serán muy valiosos para el diseño de la intervención que se busca realizar.

Datos de la entrevistada	Nombre: Edad: Localidad en el que radica: Tiempo de trabajar con niños en consulta clínica: Trabaja en consultorio particular o en una institución pública o privada: Formación como psicoterapeuta: ¿Qué estudió? ¿En dónde? ¿Con qué enfoque teórico se formó? ¿Con qué enfoque teórico trabaja?
Tipo de problemáticas con las que se enfrenta comúnmente	¿Cuáles son las problemáticas principales en la consulta clínica de niños? ¿Con qué frecuencia recibe casos de niños con problemas de impulsividad, depresión y conductas suicidas? ¿De qué manera identifica estas problemáticas? ¿Tiene alguna forma de evaluarlas? ¿Cuál de estas problemáticas cree usted que es más significativa por las alteraciones que genera en la vida cotidiana del niño/a? ¿Cuáles son las problemáticas más comunes que ha encontrado que se asocian con estos trastornos?
Tratamiento	¿Cuáles son los principios básicos para usted en su trabajo como psicoterapeuta? ¿De qué ideas o premisas parte? ¿Cómo aborda cada una de estas problemáticas? • Impulsividad • Depresión • Conductas suicidas ¿Ha observado si hay algo en el tratamiento que por lo general le resulte efectivo para atender a niños con estas problemáticas (trato, espacio físico, técnicas terapéuticas, duración, frecuencia de las sesiones, combinación con medicamentos, terapias complementarias, trabajo con padres, tareas…) ¿Aproximadamente cuánto tiempo/sesiones dura el tratamiento que imparte? ¿Ha observado diferencias en el tratamiento de niños y niñas? ¿Los pacientes que ha atendido por estas problemáticas son hijos de migrantes?
Aportaciones	Nos encontramos diseñando un programa de intervención breve para la atención a niños y niñas con las problemáticas anteriormente mencionadas, A partir de su experiencia en este campo qué es lo que recomienda hacer y lo qué recomienda evitar
Narración de una experiencia exitosa	
¿Hay algo que quiera agregar?	

Fecha y lugar:

Carta de consentimiento

Morelia, Mich. a _____

Por medio de la presente acepto que mi hijo (a) participe en el proyecto de investigación llevado a cabo por parte del Posgrado en Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

El objetivo del estudio es diseñar, aplicar y evaluar un programa de intervención que prevenga el suicidio infantil en una población de alto riesgo suicida. Así, su participación consistirá en:

- Contestar tres instrumentos (adaptados para niños) que incluye datos personales (nombre, edad, género y grado escolar) y preguntas acerca de cómo se ha sentido las últimas semanas y cómo se relaciona con su familia. Las preguntas no implican ningún riesgo para la salud ni para la seguridad.

La información que se obtenga será utilizada únicamente para fines de investigación, por lo que sus datos personales conservarán el anonimato y la confidencialidad.

Una vez que se tengan los resultados se darán a conocer a los padres de familia a través del profesor(a) de cada grupo participante.

La investigadora Margarita Vega Vázquez se ha comprometido a contestar cualquier pregunta y a aclarar cualquier duda sobre el estudio así como asuntos relacionados a la investigación y a mi participación.

Entiendo que conservo el derecho a que mi hijo(a) se retire del estudio en cualquier momento en que considere conveniente.

Nombre y firma de autorización del padre o tutor: Nombre del niño participante:

_____ _____

Nombre y firma del investigador principal:

Lic. Psic. Margarita Vega Vázquez

_____

En caso de duda o aclaración puede comunicarse al tel. cel. 44 32 60 18 99, con Margarita Vega Vázquez, estudiante de la Maestría en Psicología de la UMSNH.

Carta de consentimiento

Morelia, Mich. a _____ de 2017

Por medio de la presente acepto que mi hijo (a) participe en el proyecto de investigación llevado a cabo por parte del Posgrado en Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

El objetivo del estudio es diseñar, aplicar y evaluar un programa de intervención que prevenga el suicidio infantil en una población de alto riesgo suicida. Así, su participación consistirá en:

- Asista a las sesiones de intervención semanalmente.
- Conteste seis instrumentos (adaptados para niños) que incluye datos personales (nombre, edad, género y grado escolar) y preguntas acerca de cómo se ha sentido las últimas semanas y cómo se relaciona con su familia. Las preguntas no implican ningún riesgo para la salud ni para la seguridad. Estos serán contestados antes y después de la intervención.

La fecha y horario de cada sesión se acordarán personalmente con la Psic. Margarita Vega Vázquez. Las sesiones se grabarán en archivos de audio para facilitar su posterior revisión. La información que se obtenga será utilizada únicamente para fines de investigación, por lo que sus tanto datos personales como las grabaciones conservarán el anonimato y la confidencialidad.

La investigadora Margarita Vega Vázquez se ha comprometido a contestar cualquier pregunta y a aclarar cualquier duda sobre el estudio así como asuntos relacionados a la investigación y a mi participación. Entiendo que conservo el derecho a que mi hijo(a) se retire del estudio en cualquier momento en que considere conveniente.

Nombre y firma de autorización del padre o tutor: Nombre del niño participante:

_____
_____

Autorizo la grabación de audio: _____

Teléfono de contacto: _____

Nombre y firma del investigador principal:

Lic. Psic. Margarita Vega Vázquez

_____

En caso de duda o aclaración puede comunicarse al tel. cel. 44 32 60 18 99, con Margarita Vega Vázquez, estudiante de la Maestría en Psicología de la UMSNH.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN (PADRES)

¿La intervención sirvió de algo para usted?

□ Sí, mucho
□ Más o menos
□ Poco
□ No, para nada

¿En qué le fue útil o de ayuda?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

¿Considera que las actividades que se realizaron a lo largo de las sesiones fueron relevantes para que se lograra el objetivo?

□ No

□ Sí. ¿Cuáles?

_____
_____
_____
_____

¿Reduciría o alargaría la duración de las sesiones? ¿por qué?

_____
_____

¿Qué es lo que más le sirvió de la intervención?

_____
_____
_____

¿Qué cambios que observó en su hijo(a) a partir de que comenzó a asistir a la intervención?

_____
_____
_____
_____
_____

¿Qué cambios observó en usted como consecuencia de la intervención?

_____
_____
_____

¿Cuál es su evaluación final de la intervención (del 0 al 10)?
_____

¿Tiene alguna sugerencia para mejorar la intervención?
_____
_____
_____
_____

¿Recomendaría la participación en este tipo de intervenciones?
_____

Notas:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Lugar y fecha:
_____

Firma:

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN (NIÑOS)

¿La intervención sirvió de algo para tí?

□ Sí, mucho
□ Más o menos
□ Poco
□ No, para nada

¿Qué actividades recuerdas más de las sesiones?

_____
_____

¿Qué te recuerdan esas actividades?

_____
_____
_____
_____
_____

¿Te gustaría que la intervención durara más tiempo?, ¿por qué?

_____
_____

¿Cómo eras tú antes de asistir con la psicóloga y cómo eres ahora?

Antes	Ahora

¿Cómo era tu mamá antes de asistir con la psicóloga y cómo es ahora?

Antes	Ahora

¿Qué calificación le pones al trabajo de la psicóloga (del 0 al 10)?
_____

¿Qué actividades te gustaría que se le agregara o se le quitara al trabajo de la psicóloga?
_____
_____
_____
_____
_____

¿Qué le dirías a niños o niñas que han pensado en morirse?

_____
_____
_____
_____
_____

¿Recomendarías a otros niños asistir con la psicóloga?
_____

Notas:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Lugar y fecha:
_____

Firma:

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA INTERVENCIÓN

Tema: Evaluación inicial				
Sesión	Actividad	Materiales	Tarea	Tiempo
-A-	Entrevista inicial: conceptualización de caso Aplicación de instrumentos	RSQ SSI CDI Razones para vivir Impulsividad de Barrat Escala de ansiedad Cédula de Riesgo Suicida (relación con los padres) ERI Escala de Recursos Personales		70 min.
Tema: Aceptación				
1	Ejercicio de mindfulness: Observación de la respiración *Los problemas de hoy y las soluciones de ayer* Metáfora del hombre en el agujero Presentar la matrix de ACT La oportunidad de aceptación y cambio (aceptar lo que no se puede cambiar, cambiar lo que sí y diferenciar entre ambas) Establecimiento del contrato terapéutico	Formato 1 Dibujo de la matrix	Práctica de mindfulness (establecer horario) Escribir las cosas que no les gusta pero no pueden cambiar	60 min
2	Ejercicio de mindfulness: ¿qué tiempo está haciendo por dentro? Revisión de la sesión anterior *Para qué dar tanto brinco estando el suelo tan parejo* (la aceptación como alternativa) Identificando los ganchos de la tristeza, ansiedad y los problemas de conducta	Botella de la calma Juego de pesca Registro en la matrix	Observar la botella de la calma) Hoja de registro (Formato 2) Padres: 20 min. Diarios de juego/actividad recreativa con sus hijos	60 min
1- Madre/ tutor	Ejercicio de mindfulness: observación de la experiencia de la crianza de su hijo(a)	Dibujo de la matrix		60 min

	Revisión del impacto personal de las sesiones de trabajo con su hijo(a) Elaboración de su propia matrix			
Tema: Defusión cognitiva				
3	Ejercicio de mindfulness: observación de las experiencias (juego del detective)	Caja con objetos que se puedan ver, oler, escuchar, probar y tocar	Práctica de mindfulness (en la comida) Hoja de registro Registro de lo que la máscara quería que dijera/hiciera y lo que realmente dijo/hizo (Formato 3)	60 min
	Revisión de la sesión anterior			
	El que a dos amos sirve con alguno queda mal. Revisando obstáculos (máscara) en la expresión de la tristeza, el miedo y el enojo: generando nuevos caminos	Accesorios para hacer la máscara		
Tema: Valores y acción comprometida				
4	Ejercicio de mindfulness: observación de las emociones		Hoja de registro	60 min
	Revisión de la sesión anterior			
	El que no corre no alcanza, y el que corre mucho se cae de panza. El botón de la pausa: regulando mis emociones	Recipiente con agua fría/hielos Toalla de manos		
2-Madre/ tutor	Ejercicio de mindfulness: visualizando los valores perdidos Revisión de sus obstáculos y valores Lo que dice su propia “máscara”	Formato 3		60 min
5	Ejercicio de mindfulness: yo como observador	Juego de Conecta-4	Practicar la persuasión y la atención a la respiración Hoja de registro	60 min
	Revisión de la sesión anterior			
	Soy como un tablero			
	La magia de la persuasión: *no dejes para mañana lo que puedes hacer hoy*			
3-Madre/ tutor	Ejercicio de mindfulness: el conflicto más difícil Revisión de la sesión anterior El arte de la negociación		Registro de activación conductual (Formato 5)	60 min
6	Posturas de yoga: observación de las sensaciones corporales y atención en la respiración	1 tapete Secuencia de posturas de yoga para niños	Practicar las posturas de yoga Registro de emociones	60 min
	Revisión de la sesión anterior			

	Poco a poco se llega lejos. Entendiendo lo valores y definiendo pasos hacia ellos	Matrix para aclarar los valores	Actividades planteadas (Formato 4)	
	Los valores en el día a día: horario de actividades	Formato 4		
Tema: Yo como contexto				
7	Ejercicio de mindfulness: observación de la respiración		Hoja de registro Mindfulness (respiración) Practicar la validación	60 min
	Revisión de la sesión anterior			
	Validación emocional: *la paciencia vence lo que la dicha no alcanza*			
4- Madre/ tutor	Ejercicio de mindfulness: Revisión de la sesión anterior Validación emocional		Hoja de registro Practicar la validación	60 min
8	Ejercicio de mindfulness: conciencia plena en la vida diaria	Hojas blancas	Tener presentes las actividades hechas para acercarse a lo que es importante y hacerlo parte de su vida cotidiana Hoja de registro	60 min
	Revisión de la sesión anterior	Colores		
	Repasando el proceso con dibujos			
	Prevención de recaídas *¡A darle que es mole de olla!*			
	Cierre			
-B-	Postest	RSQ SSI CDI Razones para vivir Impulsividad de Barrat Escala de ansiedad Cédula de Riesgo Suicida (relación con los padres) ERI Escala de Recursos Personales		70 min