



# **Universidad Autónoma de Ciudad Juárez**

Instituto de Ciencias Sociales y Administración

Departamento de Ciencias Sociales

**Maestría en Psicología**

*Programa Nacional de posgrados de Calidad CONACYT*

## **“Evaluación de un Programa de resolución de problemas en la ideación suicida en adolescentes”**

Tesis para obtener el grado de

**Maestro en Psicología**

**Marcos Alejandro Reyes López**

Becado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Bajo la dirección de

**Dra. Priscila Montañez Alvarado.**

y la codirección de

**Dr. Alejandro Domínguez Rodríguez**

**Sínodo**

**Dr. Oscar Armando Esparza Del Villar**

**Mtro. Mario Martín Astorga Olivares**

**Dra. Sarah Margarita Chávez Valdez**

Ciudad Juárez, Chihuahua, noviembre de 2020

**Universidad Autónoma de Ciudad Juárez**  
**Instituto de Ciencias Sociales y Administración**  
**Departamento de Ciencias Sociales**  
**Maestría en Psicología**



**“Evaluación de un Programa de resolución de problemas en la ideación  
suicida en adolescentes”**

Tesis para obtener el grado de  
**Maestro en Psicología**

**Marcos Alejandro Reyes López**

Becado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

*Matricula: 182896*

*Orcid: 0000-0002-6764-5095*

Bajo la dirección de

**Dra. Priscila Montañez Alvarado**

Bajo la codirección de

**Dr. Alejandro Domínguez Rodríguez**

**Sínodo**

**Dr. Oscar Armando Esparza Del Villar**

**Mtro. Mario Martín Astorga Olivares**

**Dra. Sarah Margarita Chávez Valdez**

Ciudad Juárez, Chihuahua, noviembre de 2020

## **Constancia del Sínodo**





## **Título y fotografías**

## ***Dedicatoria***

*A mi querida madre, quien siempre me ha brindado su apoyo y cariño incondicional.*

*A mi padre, pues siempre me ha inspirado a salir adelante sin importar la dificultad del problema.*

*A mis hermanos, quienes siempre me han motivado a dar lo mejor día a día.*

*A mis compañeros y amigos quienes siempre nos hemos exigido avanzar.*

*A mis asesores Dra. Priscila Montañez Alvarado, Dr. Alejandro Domínguez Rodríguez y al comité académico del programa, que siempre dedicaron su tiempo y conocimientos para mi formación.*

## **Agradecimientos**

*Agradezco infinitamente a mis padres por brindarme el valor de la educación y el trabajo duro, pilares en mi formación humana.*

*A mis hermanos, por ser siempre modelos a seguir.*

*A Aby, Alexis, Ángel, Isa, Jenny y Viry por ser una familia y fuente de sabiduría durante la maestría y por el resto de nuestras vidas.*

*A Sofía, Iván y Arantza quienes me apoyaron en los momentos más cruciales del proceso y por su calidez humana.*

## Índice

<b>Resumen</b> .....	<b>5</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>6</b>
<b>Planteamiento del problema</b> .....	<b>7</b>
Definición de suicidio.....	7
Prevalencia de suicidio. ....	7
<b>Justificación</b> .....	<b>13</b>
Adolescencia.....	14
Factores de riesgo para la conducta suicida.....	15
Dolor emocional crónico.....	15
Trastornos del estado de ánimo.....	15
Factores sociodemográficos.....	16
Factores de riesgo en países Latinoamericanos. ....	18
Factores familiares. ....	19
Factores genéticos.....	19
Diagnóstico de suicidio. ....	20
Modelos explicativos de la conducta suicida. ....	21
Correlatos de comportamiento suicida. ....	23
Estadios del comportamiento suicida. ....	25
Costos económicos relacionados a la conducta suicida.....	27
<b>Antecedentes</b> .....	<b>28</b>
Tratamientos para depresión y conducta suicida.....	28
Intervenciones farmacológicas para la conducta suicida. ....	28
Intervenciones conductuales para el comportamiento suicida.....	29
Intervenciones Psicoterapéuticas Cognitivo-Conductuales. ....	31
Terapia Dialéctico Conductual para la conducta suicida. ....	31
Terapia de activación conductual para la conducta suicida. ....	33
Terapia de Resolución de Problemas.....	34
<b>Objetivos del estudio</b> .....	<b>39</b>
Objetivo general. ....	39
Objetivos específicos.....	39
<b>Hipótesis</b> .....	<b>40</b>

<b>Alcance, enfoque y diseño de la investigación.....</b>	<b>41</b>
<b>Participantes .....</b>	<b>41</b>
Criterios de inclusión.....	43
Criterios de exclusión.....	43
<b>Instrumentos .....</b>	<b>43</b>
<b>Variables .....</b>	<b>49</b>
Conceptualización de las variables.....	49
Factorización de las variables.....	52
<b>Consideraciones éticas .....</b>	<b>57</b>
<b>Procedimiento .....</b>	<b>59</b>
Perspectiva diagnóstica.....	59
Proceso de la intervención.....	59
Adaptación del programa de TRP.....	59
Selección de los participantes.....	60
Aplicación de la intervención.....	60
Evaluación de la intervención.....	73
<b>Análisis de Correlaciones.....</b>	<b>75</b>
Análisis de las correlaciones del pretest.....	75
Análisis de las correlaciones del postest.....	76
<b>Evaluación de la efectividad del programa de Resolución de Problemas.....</b>	<b>78</b>
Resultados del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRIS-A.....	78
Resultados de la Escala de ideación Suicida de Beck.....	79
Resultados de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.....	81
Resultados Escala de desesperanza de Beck.....	82
Resultados Test de Esperanza-Desesperanza.....	83
<b>Discusión .....</b>	<b>85</b>
Limitaciones.....	89
Futuras líneas de investigación.....	90
Fortalezas de la investigación.....	91
<b>Conclusiones .....</b>	<b>92</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>95</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>114</b>

## Lista de tablas y figuras

### Índice de tablas.

Tabla 1: Método de suicidio aplicado de las subregiones de América en porcentaje .....	9
Tabla 2: recepción de los participantes hacia los factores protectores y factores de riesgo .....	44
Tabla 3: Conceptualización de las variables de estudio .....	49
Tabla 4: Dimensiones de ideación e intencionalidad suicida de IRIS-A y su medición.....	52
Tabla 5: Dimensiones de desesperanza de Beck y su medición .....	53
Tabla 6: Dimensiones de ideaciones suicidas de Beck y su medición.....	54
Tabla 7: Dimensiones de riesgo suicida de Plutchik y su medición .....	55
Tabla 8: Dimensiones de TED y su medición.....	56
Tabla 9: Sesión # 1. Definición del problema.....	61
Tabla 10: Sesión # 2. Selección de metas .....	64
Tabla 11: Sesión # 3. Generar soluciones alternativas.....	66
Tabla 12: Sesión # 4. Toma de decisiones .....	68
Tabla 13: Sesión # 5. Implementación de soluciones .....	70
Tabla 14: Sesión # 6. Valoración y verificación .....	72
Tabla 15: Análisis de correlaciones de Spearman en el pretratamiento de los factores del IRIS-A, Plutchik y TED.....	76
Tabla 16.: Análisis de correlaciones de Spearman en el postratamiento de los factores del IRIS-A, Plutchik y TED.....	77
Tabla 17: Resultados de prueba t, pre y postest para muestras independientes, y tamaño de efecto IRIS-A .....	79
Tabla 18: Resultados de prueba t, pre y postest para muestras independientes, y tamaño de efecto Escala de Ideación Suicida de Beck.....	80
Tabla 19: Resultados de prueba t, pre y postest para muestras independientes, y tamaño de efecto de la Escala de ideación suicida de Plutchik .....	81
Tabla 20: Resultados de prueba t, pre y postest para muestras independientes, y tamaño de efecto de la Escala de Desesperanza de Beck .....	82
Tabla 21: Resultados de prueba t, pre y postest para muestras independientes, y tamaño de efecto del Test de Esperanza-Desesperanza.....	83

**Índice de figuras.**

Figura 1: Tasas de suicidio estandarizadas según edad por cada 100,000 habitantes en 2012 ..... 8

Figura 2: Evolución del fenómeno de suicidio a nivel nacional de los últimos 23 años medidos ..... 11

Figura 3: Tasa de suicidios de los Estados con mayor incidencia en 2016 por cada 100,000 habitantes..... 12

Figura 4: Medio empleado para cometer el acto de suicidio en el Estado de Chihuahua en 2011 ..... 13

Figura 5: Evaluación de síntomas depresivos del PHQ-9 ..... 42

## Resumen

La ideación e intencionalidad suicida son problemáticas que vienen en incremento en los adolescentes de México y el mundo, esto reportado por instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017). Evidencia científica identifica la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la prevención del suicidio sobre las terapias no conductuales, interviniendo en factores de riesgo más significativos; autolesiones, trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias, acoso escolar y baja tolerancia al estrés. Este estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia de un programa de resolución de problemas en adolescentes de Ciudad Juárez con ideaciones e intenciones suicidas. Utiliza un diseño preexperimental de preprueba-posprueba con un solo grupo, alcance descriptivo-correlacional y temporalidad transversal. Los participantes fueron seleccionados a conveniencia por tamizaje bajo consentimiento informado, contando con 4 participantes con una edad promedio de 16.2 años. Los instrumentos de medición utilizados fueron: Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS-A), Escala de Desesperanza de Beck, Escala de Ideación Suicida de Beck, Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y Test de Esperanza-Desesperanza (TED). Los resultados reportados arrojan una disminución en la depresión y desesperanza tras la intervención, encontrando cambios estadísticamente significativos ( $p < .050$ ,  $p = 0.024$ )  $d = 3.32$ . Se observó la tendencia al aumento en la prospección, optimismo y afrontamiento. Estos hallazgos sugieren que la terapia de resolución de problemas es efectiva para disminuir la ideación e intencionalidad suicida en los adolescentes de Ciudad Juárez.

*Palabras clave:* Ideación suicida, Depresión, Desesperanza, Terapia de resolución de problemas.

### **Abstract**

The suicidal ideation and intentionality are problems that are increasing in young people in Mexico and the world, this reported by institutions such as the World Health Organization (WHO, 2018), Panamerican Health Organization (PAHO, 2014) and statistics from the National Institute of Statistics and Geography (INEGI, 2017). Scientific evidence identifies the efficacy of cognitive-behavioral treatments for suicide prevention over the non-behavioral therapies, intervening in more significant risk factors, self-harm, psychiatric disorders, substance abuse, bullying, and low tolerance for stress. This study aims to evaluate the efficacy of a problem-solving therapy program in Ciudad Juárez adolescents with suicidal ideations and intentions. It uses a pre-test post-test preexperimental design with a single group, descriptive-correlational scope, and transversal temporality. The participants were selected at convenience by screening under informed consent, with 4 participants with an average age of 16.2 years. The measurement instruments used were: Suicide Risk Inventory for Adolescents (IRIS-A), Beck Hopelessness Scale, Beck Suicidal Ideation Scale, Plutchik Suicidal Risk Scale and Hope-Hopelessness Test (TED). The reported results show a decrease in depression and hopelessness after the intervention, finding statistically significant changes ( $p < .050$ ,  $p = 0.024$ )  $d = 3.32$ . The tendency to increase in prospecting, optimism and coping was observed. These findings suggest that problem-solving therapy is effective in reducing suicidal ideation and intentionality in adolescents in Ciudad Juárez.

*Key words:* Suicide ideation, Depression, Hopelessness, Problem-solving therapy.

## **Introducción**

### **Planteamiento del problema**

#### **Definición de suicidio.**

El suicidio es un fenómeno de etiología multifactorial en el que influyen diversas circunstancias y categorías de análisis. No siempre es la pérdida del sentido de vida lo que conduce a este acto voluntario de autodestrucción, también puede deberse a desear terminar con el sufrimiento latente en la vida del individuo. En esencia, el suicidio es un acto de autodestrucción extrema en el cual se está consciente del resultado que se obtendrá, y, se busca materializar el darse muerte de forma directa o indirecta (Durkheim, 2012). Nizama en 2011, explica desde el latín con dos expresiones: Sui y Occidere, las cuales significan matarse a sí mismo, de tal manera, el suicidio es la acción de producir la muerte de manera voluntaria. Esta acción viene acompañada de tres momentos, los cuales son el deseo, la idea y el acto, llamados en conjunto como el proceso suicida. El suicidio es un fenómeno multifactorial el cual es definido bajo criterios específicos que pueden cambiar ante diversas circunstancias y categorías de los análisis, no siempre es la pérdida de la vida el fin último, pues lo que se pretende, es terminar con el sufrimiento (Jiménez y González-Forteza, 2003; Tapia y González-Forteza, 2003).

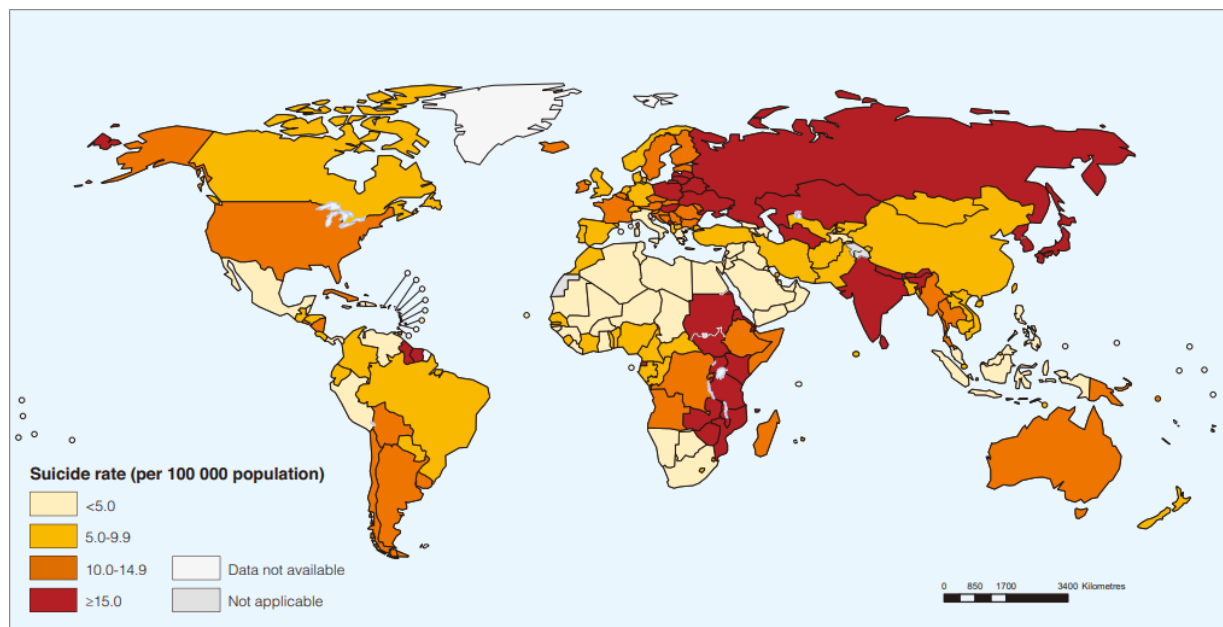
#### **Prevalencia de suicidio.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que anualmente un aproximado de 800,000 personas cometen suicidio a nivel mundial y se estima que el número de intentos en jóvenes llega a los cuatro millones, convirtiéndose en un fenómeno de salud mental, que aflige a las familias, comunidades y también a los países en donde sucede (OMS, 2018; OMS, 2005). El suicidio es actualmente la tercera causa principal de muerte de tipo violenta en jóvenes de 15 a 29 años a escala mundial, donde los principales métodos utilizados son: asfixia por ahorcamiento, estrangulación o sofocación (39.7%), disparo de armas de fuego (33.3%) y envenenamiento por

plaguicidas (18.2%) (OMS, 2018). Es posible ver una aproximación de la manifestación del fenómeno y su incidencia a nivel global en la Figura 1.

Figura 1

*Tasas de suicidio estandarizadas según edad por cada 100,000 habitantes en 2012*



Fuente: World Health Organization (OMS 2014).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporta que en la región de las Américas las tasas de mortalidad por suicidio se mantuvieron estables durante 1990 a 2009, además se estima que durante 2005 a 2009 han sucedido 65,000 fallecimientos anuales por este fenómeno, lo que indica una prevalencia de 7.3 personas por cada 100,000 habitantes, siendo aproximadamente cuatro veces más grande en hombres que en mujeres (OPS, 2014). Los métodos más utilizados en América del Norte, en los casos de muertes autogeneradas, se realizaron con armas de fuego en 47.2% de los casos (OMS, 2014). En América Latina y El Caribe se observaron incrementos en las tasas de suicidio totales. Esta tendencia en América central ha sido reportada por la OPS en 64.3% utilizando la asfixia como método principal, mientras que en América del Sur se reportó en un 58.2% de los casos, a diferencia del Caribe no hispano, países como Anguila, Antigua y Barbuda,

Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Guyana Francesa, etc., el método más empleado fue el envenenamiento en un 47.3% del total de los casos (OPS, 2013; OPS, 2014). Mientras que en 2008 las estadísticas disponibles en México reportan que sucedían alrededor de cinco mil suicidios cada año cuyos métodos más utilizados fueron ahorcamiento, disparo de arma y envenenamiento (Hernández-Bringas y Flores-Arenales 2011).

Tabla 1

*Método de suicidio aplicado de las subregiones de América en porcentaje*

Región	Asfixia	Envenenamiento	Arma de fuego	Ahogamiento	Corte/Punción
América Latina y El Caribe	59.2	17.7	13.8	1.1	2.7
América del Norte	25.8	18.6	47.2	1.3	2.4
América Central, Caribe Hispano y México	64.3	18.7	10	0.8	1.6
América del Sur	58.2	16.1	15.6	1.2	3.1
Caribe no hispano	34.1	47.7	6.6	2.2	4

Fuente: OPS, 2014

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), la edad en que la vulnerabilidad se manifiesta con mayor frecuencia hacia el suicidio es en la adolescencia donde existe mayor riesgo, que puede ser causado a partir de situaciones problemáticas, aunado a factores de depresión severa (INEGI, 2019). Se ha reportado que, en países

donde el ingreso económico es medio y bajo, además de un nivel educativo bajo, la incidencia de suicidios tiende a ser más alta, situaciones que afectan a México actualmente debido a que el 45% de sus habitantes pertenecen a la clase media y 36 % a clase media baja y baja (Forbes, 2019; OMS, 2004). Respecto al Producto Interno Bruto (PIB) per cápita como indicador de nivel de vida, México se encuentra en el puesto 68 dentro del ranking de PIB per cápita, siendo que sus habitantes tienen un nivel de vida bajo con el resto de los 196 países lo que provoca que sus habitantes tengan el salario medio más bajo del mundo, esto no solo comparado con economías con mayor desarrollo, sino también, con otros países con menor desarrollo económico (Caballero, 2017; Expansión, 2020).

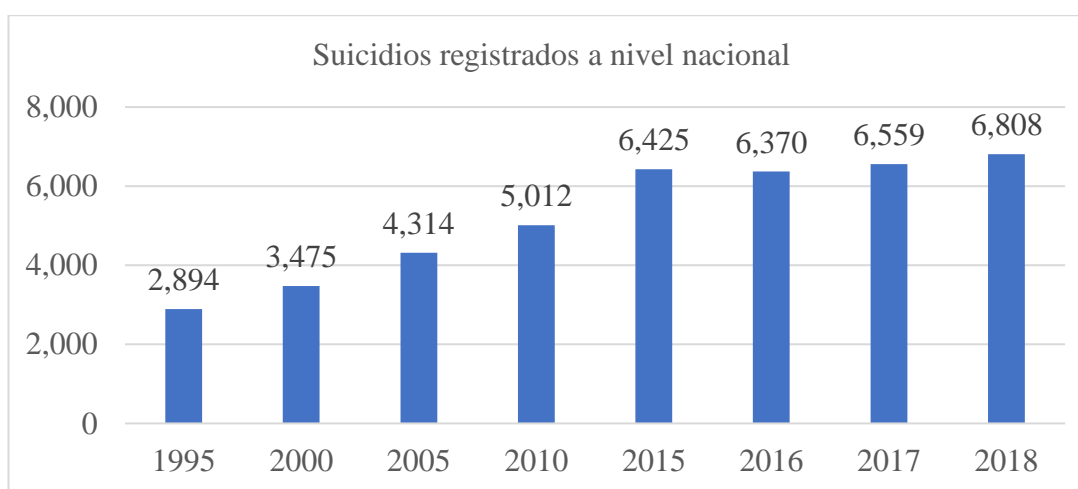
En Ciudad de México, en 2007 se reportaron resultados que indican la prevalencia de la ideación suicida de un 14.7% de los jóvenes. Esta prevalencia es mayor en las mujeres que en los hombres, con 18.6% y 10.6% respectivamente, de esta manera, en el intento suicida se ha estimado en 8.9% para los varones y 13.6% para las mujeres (Hernández, 2007). Además de ir al alza, este fenómeno ha afectado a distintos grupos poblacionales, pues para el año 1970 el suicidio era un problema de mayor relevancia en la población conformada por adultos mayores, sin embargo, la situación cambió, al igual que en otras partes del mundo, afectando a un grupo etario de menor edad, constituyéndose actualmente como una de las tres causas principales de muerte en jóvenes entre los 15 y 29 años (Borges, Orozco, Benjet y Medina, 2010). Mientras que en otro estudio sobre incidencia suicida con adolescentes mexicanos se ha revelado que 67.5% de los jóvenes tenía menos de 20 años y el 62.9% contaba con menos de 6 años de escolaridad (Fresán, González-Castro, Peralta-Jiménez y Juárez-Rojo, 2015).

Durante el periodo de 1990-2011, aumentó la tasa de suicidios en México, pues en 1990 se estimaban 2.4 suicidios por cada 100,000 habitantes, incrementando para 1999 a 3.4, mientras que en 2010 fue de 4.6 y en tan solo un año al 2011 llegó a 4.9 (Jiménez-Ornelas y Cardiel-Téllez,

2013). La Figura 2, muestra la evolución que ha ocurrido desde el año 1995 en México, en 2018. El INEGI reportó que, en 2016, acontecieron 6,291 fallecimientos por suicidio, lo que representa una tasa de 5.1 muertes por cada 100,000 habitantes, dentro de los cuales se reportan lesiones auto infligidas intencionales como cortes, caídas de grandes alturas y accidentes de automóvil de este total de casos, fueron 5,116 hombres quienes cometieron suicidio (INEGI, 2018).

Figura 2

*Evolución del fenómeno de suicidio a nivel nacional de los últimos 23 años medidos*



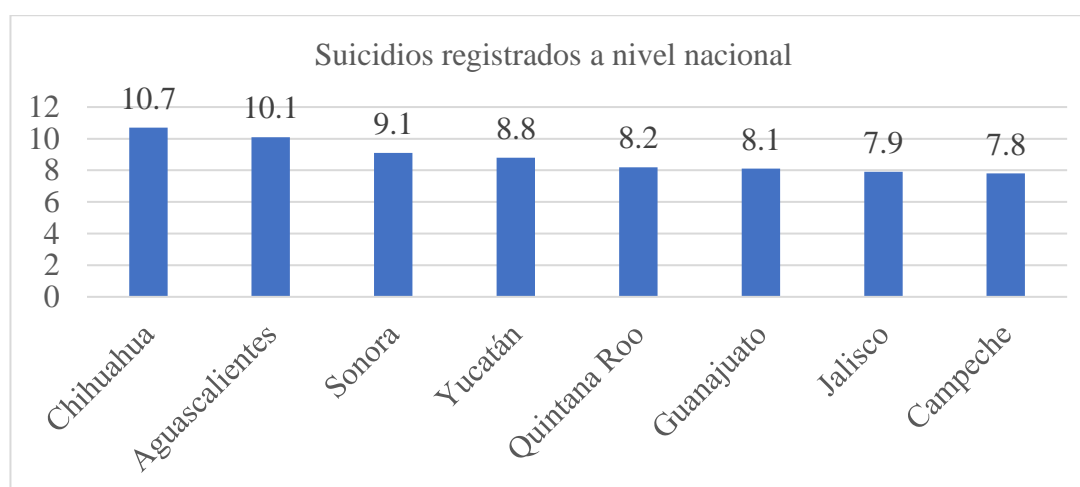
Fuente: INEGI 2019; Jiménez-Ornelas y Cardiel-Téllez 2013.

Continuando con el análisis de la problemática, se encontró que al interior del país en 2016, el número de suicidios varía entre zonas geográficas, colocando a Chihuahua como la entidad federativa con mayor tasa; 11.4, Yucatán con 10.2 y Aguascalientes con 9.6 suicidios por cada 100,000 habitantes y en 2017 las cifras disminuyeron, manifestando una tasa de Chihuahua 10.7, Aguascalientes 10.1 y Sonora 9.1 suicidios por cada 100,000 habitantes, las últimas cifras de 2016 pueden observarse en la Figura 3 (INEGI, 2018; 2019). En este sentido, en el 2011, dentro de este Estado, se registraron 289 casos, de los cuales 242 fueron cometidos por hombres y 47 por mujeres. Los métodos más frecuentemente empleados fueron el ahorcamiento (68.85% disparo de arma (21.1%) y envenenamiento (7.61%) como señala la Figura 4. Cabe señalar que la mayoría de los

suicidios se han cometido en lugares tan diversos que van desde la calle, hasta la propia vivienda en 76.3% de los casos. La mayor incidencia ha ocurrido en edades desde los 15 hasta los 29 años, aunque el rango más crítico comprende de los 20 a los 24 años. En cuanto al estado civil, indica que el mayor riesgo se sitúa en personas solteras. Cabe destacar que el 82% de las personas se encontraban desempleados (INEGI, 2013; 2018; 2019).

Figura 3

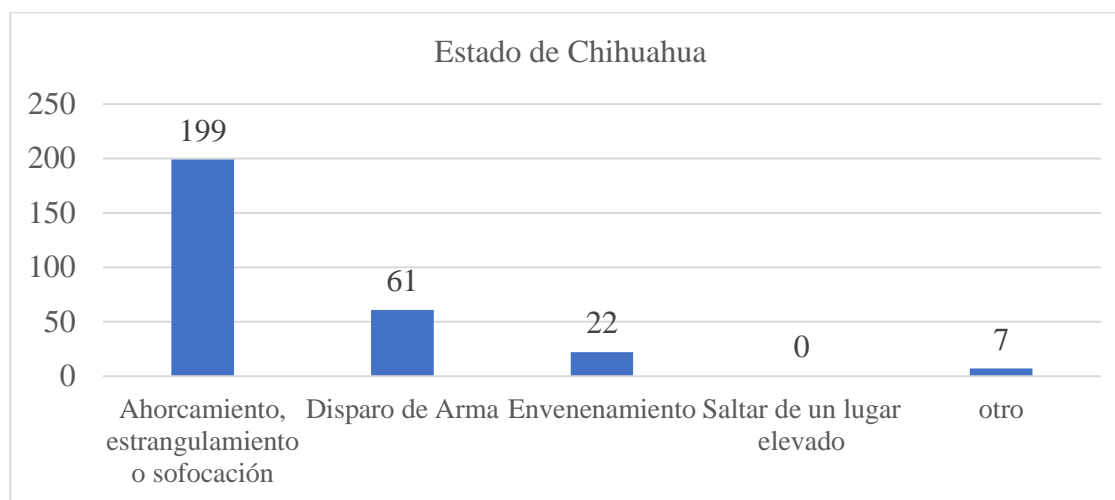
*Tasa de suicidios de los Estados con mayor incidencia en 2016 por cada 100,000 habitantes*



Fuente: INEGI (2019).

Figura 4

*Medio empleado para cometer el acto de suicidio en el Estado de Chihuahua en 2011*



Fuente: INEGI, 2013.

Con lo que respecta a Ciudad Juárez, se realizó un estudio en donde 1,175 jóvenes de nivel bachillerato respondieron una encuesta sobre ideación e intención suicida, en este estudio los resultados indican que la tendencia a la ideación de suicidio es del 29% en este segmento de población (Esparza, 2017) En ese mismo sentido la encuesta de participación ciudadana realizada por el Plan Estratégico de Juárez 2017, reveló que en Ciudad Juárez la tasa de ideación suicida se estimaba en 1.7% de la población total, lo que corresponde a 15,647 habitantes, y el intento suicida en 1.3% de la población correspondiente a 11,965 ciudadanos, constituyendo el 12.5% de las personas entre los 18 a 29 años, quienes han pensado en suicidarse y el 27.7% quienes lo han intentado.

### **Justificación**

A partir de las tendencias al alza, las estimaciones realizadas por la OMS indican que para el 2020 las víctimas de suicidio podrán ascender a nivel global a 1.53 millones, y por cada 10 o 20 intentos de suicidio se consumará uno, todo esto se traduce en hospitalizaciones, lesiones y sobre

todo a traumas emocionales y mentales (OMS, 2018). Paralelamente se estima que el número de personas que se tornan afectadas por un suicidio es destacable, pues por cada suicidio, se aproximan 18 individuos que intentan terminar con su vida (OMS, 2018). En la Unión Europea en 2014, 1.2% de las muertes sucedieron debido al suicidio, y en 2015 los fallecimientos por esta misma causa alcanzaron un aproximado de 20 mujeres y 55 varones por cada 100,000 habitantes (Gjertsen, Bruzzone y Griffiths, 2019). A nivel mundial, la mitad de las muertes violentas en hombres ocurren por suicidio y el 71% en mujeres, sin embargo, para la población mexicana los métodos más accesibles son el ahorcamiento, y las armas de fuego como el segundo método más utilizado por hombres, mientras que las mujeres optaban por cometer el acto en el hogar, siendo este el lugar con mayor incidencia, otro método utilizado es saltar desde grandes alturas, debido a la facilidad y la accesibilidad por cuestiones de planeación, tiempo y privacidad (Romero-Pimentel et al., 2018).

### **Adolescencia.**

La adolescencia es un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta, expertos de la conducta humana como Coleman y Hendry (1999) y Lahire (2007), la definen como una etapa en que los seres humanos intentan distinguirse de los demás, siendo esta el proceso de socialización más importante para la confirmación y sus disposiciones sociales, mentales y comportamentales que conllevan un alto nivel de complejidad. Por su parte, la OMS (2014), especifica que la adolescencia es la etapa del desarrollo humano que ocurre al terminar la niñez e inicia antes de la etapa adulta. Dicho periodo comprende entre los 10 y los 19 años y es una etapa crítica del ser humano, pues ocurren las transiciones de mayor relevancia para el desarrollo humano, aconteciendo un crecimiento y cambios acelerados, etapa que es antecedida por la pubertad (OMS, 2014).

### **Factores de riesgo para la conducta suicida.**

Denominado como las diversas características tanto internas como externas de cada individuo que aumentan las posibilidades a que un fenómeno específico de desarrolle, estas pueden ser de índole personal, social y familiar, y ayudarían a predecir conductas no deseables, como las ideaciones y conductas suicidas (Peñañiel, 2009).

#### ***Dolor emocional crónico.***

Durante el desarrollo del adolescente uno de los principales factores a tomar en cuenta son los cambios hormonales propios de la pubertad lo que desencadena estados emotivos negativos que repercuten de manera perjudicial en sus relaciones sociales ocasionando aumento del malestar emocional. Por otra parte, la madurez cognitiva reflejada en su idiosincrasia con argumentos con mayor solidez en discusiones (Oliva, 2006). De esta forma mantener conflictos moderados provocan el desarrollo de habilidades de negociación y nuevas estrategias de resolución de conflictos (Smetana,1995). Sin embargo, problemáticas comunes de la adolescencia son las discusiones grandes que provocan la irritación de los padres y la pérdida de control, ocasionando en el adolescente la desidealización hacia ellos, destituyendo la imagen parental a una estancia más realista y con fallas provocando una desregulación familiar (Smetana, 1995). Mientras que en niños y adolescentes se debe al acoso escolar (Plener et al., 2018).

#### ***Trastornos del estado de ánimo.***

Otros factores de riesgo en la población incluyen depresión, vulnerabilidad familiar y en gran medida, el consumo de sustancias psicoactivas, impactando en dimensiones individuales, sociales y escolares, debido a los síntomas que aletargan el desempeño junto con problemas interpersonales, inefectividad, anhedonia, autoestima negativa, repercutiendo en alto riesgo en la calidad de vida (Loboa y Morales, 2016). Este trastorno en la edad adolescente está altamente

relacionado con un deterioro del rendimiento académico, relaciones familiares y entre pares deficientes y uso y abuso de sustancias (McCauley et al., 2016).

Diversos estudios en la población norteamericana relatan que entre los factores asociados a la conducta suicida se cuenta con los trastornos psiquiátricos, con mayor prevalencia los del estado de ánimo y la combinación con el abuso de alcohol y estupefacientes. Estiman que alrededor del 90% de las personas que se suicidaron desde 1959 hasta 2001 en el mundo, contaban con un diagnóstico psiquiátrico como depresión, bipolaridad, trastorno límite de la personalidad, siendo la depresión la causa principal (Duarté, Lorenzo y Rosselló, 2012). Algunas afecciones médicas relacionadas al sistema endocrino, nutricional y metabólico se relacionan en 29.1% en los hombres y 23.91% en mujeres mientras que las enfermedades del sistema circulatorio 14.93 para los hombres y 17.39 para mujeres, también se observó una marcada diferencia en el uso de alcohol pues el 54.3 % de los varones contra un 24.7% de las mujeres, el uso de sustancias psicoactivas 35% además, en el 32.73% de los casos totales se identifica el consumo de cigarrillo (Romero, et al., 2018).

### ***Factores sociodemográficos.***

Dentro de los factores sociodemográficos mayormente reportados en la conducta suicida se asocian; edad, género, paternidad y estado civil, siendo que en países donde el ingreso económico es alto suceden mayor número de intentos de suicidio que resultan no fatales entre adolescentes, adultos jóvenes y mujeres de manera más frecuente, mientras que en países de ingreso económico medio, el tener edad avanzada y pertenecer al género masculino resultó con mayor prevalencia el suicidio consumado, además el nivel educativo bajo incluso deficiente relacionado a las pobres habilidades para resolver problemáticas, el ingreso económico por debajo a la media y por consecuencia la dificultad para gastos diarios, la ocupación en razón de actividades laborales extenuante y poco gratificantes, la religión, la migración y pertenecer a un grupo étnico minoritario

y la orientación sexual en factor de ser discriminados son elementos para incrementar el riesgo suicida (Conejero, López-Castroman, Giner y Baca- Garcia, 2016).

Por otro lado, la violencia arrastra consigo un gran impacto en la sociedad respecto a los suicidios, pues en comparación con los homicidios los asesinatos de forma violenta han disminuido considerablemente, de ser 229 por cada 100,000 habitantes en 2010 logró reducirse a 32 por cada 100,000 en 2015, aunque los homicidios se encuentran a la baja, los suicidios se van al alza siendo la de mayor crecimiento en México (Hernández-Bringas y Flores-Arenales, 2011). El reportaje realizado por Farfan-Mendez (2018) explica los resultados de un estudio realizado por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ) en donde se identificó la generación de pensamientos paranoides como consecuencia de vivir en una de las ciudades más violentas del mundo, aun sin haber experimentado un siniestro directamente, y otro estudio que identifica que el 35% de la población estudiantil padece de síntomas depresivos y cerca del 38% sufren ansiedad, rasgos fuertemente ligados al suicidio.

Otro estudio reveló que los jóvenes y personas mayores están entre los grupos de edad más propensos a abrigar ideas de suicidio o autolesionarse y en general las tasas de suicidio están subestimadas, debido a las carencias de los sistemas de vigilancia y a la atribución errónea de ciertos suicidios a causas accidentales, así como a la criminalización del suicidio en algunos países (Anrubia y Gaona, 2015). Los siguientes factores tienen la posibilidad de aumentar el riesgo de conductas suicidas como ser soltero, tener desventajas socioeconómicas, depresión mayor, síntomas psicóticos, trastorno de la personalidad, impulsividad, desesperanza, además de sufrir epilepsia y convulsiones (Hankin, 2005; Salvo, Ramírez y Castro, 2019; Turecki y Brent, 2016).

Como se ha señalado, en la mayoría de los países las tasas de suicidio tienden a mantenerse estables o a aumentar, puesto que además de los trastornos mentales hay otros elementos asociados al suicidio, por ejemplo, dolor crónico o trastorno emocional agudo, ante lo cual, se puede señalar

que las medidas preventivas no deben proceder únicamente del sector de la salud, sino que otros sectores deben actuar también simultáneamente. En este aspecto, se ha resaltado que pueden ser eficaces las medidas como la reducción del acceso a medios para autolesionarse o suicidarse en particular las armas de fuego, plaguicidas, y el acceso a medicamentos tóxicos que se puedan tomar en sobredosis, a esto se pudiera añadir una práctica informativa responsable por parte de los medios de comunicación, la protección de las personas con elevado riesgo de suicidio y el reconocimiento y tratamiento de trastornos mentales y conductas suicidas (OMS, 2018).

### ***Factores de riesgo en países Latinoamericanos.***

Entre los factores existentes que se asocian a la conducta suicida, se enmarca simultáneamente la depresión con la disfunción familiar y el abuso sexual (Pérez, Martínez, Vianchá y Avedaño, 2016). En la población de adolescente de países en Latinoamérica, se reporta que el trastorno de depresión es un elemento de gran impacto y atribuyen a ésta ser una de las posibles causas para la conducta suicida, Por este motivo, investigadores explican que se ha evidenciado una relación muy estrecha entre depresión y conducta suicida, ya que en el 60% de los casos presentaba este trastorno al momento de su muerte, así como entre el 40% y 80% de quienes lo intentaban presentaban los criterios que daban el diagnóstico durante esta conducta (Paredes-Bernal, 2019; Rosselló, Duarté-Vélez, Bernal y Zuluaga, 2011; Salvo et al., 2019).

Además, se encuentran factores como la depresión causada en mayor parte a la dificultad para afrontar la frustración, la no satisfacción de necesidades básicas y el trauma ocasionado maltrato físico, psicológico y emocional (Pardo, Sandoval y Umbarilla, 2004). Ya que en estudios anteriores como el de Adams y Adams sugieren que el comportamiento suicida está relacionado con una baja capacidad de resolución de problemas, por tanto, conductas imitativas suelen ser de gran peligro para los adolescentes con estas habilidades pobremente desarrolladas (Adams y Adams, 1996; Wolff et al., 2017). También, existe la posibilidad de desarrollar estrés postraumático

surgido por vivir en una zona de conflicto o guerra, elementos que propician sentimientos de venganza, miedo, depresión, ansiedad y desesperanza (Farfan-Mendez, 2018).

### ***Factores familiares.***

Por otro lado, en personas con ideación e intención suicida predominan las relaciones familiares disarmónicas, debido a la incapacidad de generar intereses en común y satisfacer las necesidades del grupo tales como la sana convivencia, lo cual genera conflictos y emociones negativas, provocando rechazo, sentimientos de hostilidad, siendo el mayor de estos problemas los climas familiares inadecuados con desajustes emocionales y rechazo (Guibert y Torres, 2001). Al analizar la dinámica de la familia de personas con ideación e intención suicida, se recabaron datos sobre traumas psicológicos producidos en el seno familiar, los cuales generan crisis, desajustes y deterioro del equilibrio armónico e interactivo entre los integrantes, afectando el eje de la dinámica grupal y además la subjetividad individual, sin dejar de lado las repercusiones a nivel salud, pues el 82.4% de las familias que han sufrido la muerte por suicidio de uno de sus miembros así lo reportan, convirtiéndose en un alto potenciador de estrés y de la tentativa autocrítica (Pérez-Martínez y Lorenzo-Parra, 2004).

### ***Factores genéticos.***

Estudios familiares ofrecen respaldo teórico sobre el fenotipo clínico ante la conducta de suicidio en familias con antecedentes, estadísticamente el riesgo es casi cuatro veces mayor en este tipo de familias en comparación a quienes no cuentan con antecedentes, además se sugieren dos componentes esenciales en el riesgo familiar, tal es el estado mental del paciente ya sea algún trastorno psiquiátrico y el estado de suicidio en la esfera familiar (Brent y Mann, 2005). Como posible factor hereditario, se presenta la inflexibilidad cognitiva lo que ocasiona menor probabilidad lograr una adaptación estable a un entorno cambiante, este fenómeno tiene grandes probabilidades de causar angustia (Richar-Devantoy y Courtet, 2015).

Hawton y Heeringen (2009) encontraron durante su investigación, que existen factores genéticos y biológicos asociados con la conducta suicida principalmente el aumento en el riesgo en quienes tenían antecedentes familiares de suicidio alcanza al doble de peligro debido a que el 45% de los factores genéticos corresponden a los pensamientos y comportamientos, esto porque los genes candidatos influyen en la hidroxilasa triptófana y el transportador de la serotonina, además en tasas de concordancia, identifica que el suicidio tiende a ser mayor en gemelos monocigotos que en los gemelos dicigotos. Así como concentraciones bajas del metabolito de la serotonina, ácido 5- hidroxindolacético y estudios postmortem muestran en menor cantidad la existencia de receptores de serotonina dentro del tallo cerebral (Bondy, Buettner y Zill, 2006; Mann y Malone, 1997; Pérez-Olmos, Rodríguez-Sandoval, Dussán-Buitrago y Ayala-Aguilera, 2007; Roy, 1993). La OMS (2012), también señala que en el suicidio interviene el mal funcionamiento del sistema serotoninérgico central, pues en casos consumados se encontraron niveles por debajo de lo normal de serotonina y metabolitos dentro del líquido cefalorraquídeo, lo que provoca una relación directa con el bajo nivel de impulsos, violencia y la letalidad del intento (Jiménez-Treviño, Blasco-Fontecilla, Braquehais, Ceverino-Domínguez y Baca-García, 2011; Nizama, 2011). Además otro elemento que existe afecta en relación del código del triptófano hidroxilasa (TPH) en factor asociado en la vulnerabilidad y la existencia de TPH1 y TPH2 para la conducta suicida debido que merman la metabolización de la serotonina, así como la aparición de Monoamina Oxiasa (MAO-A) en pacientes que presentaban esta conducta y síntomas depresivos, la MAO-A es transmitida genéticamente, finalmente la existencia de un poliformismo en la enzima TPH se liga con la conducta suicida (Quintero et al., 2010).

### **Diagnóstico de suicidio.**

Desde el punto de vista clínico, Terroba, Heman, Saltijeral y Martínez en 1986 denotan la importancia de indicar un acertado diagnóstico previo a cualquier intervención terapéutica ya que

el suicidio puede ser la expresión de algún trastorno psiquiátrico, por tanto, es de gran importancia tener en cuenta las diferentes esferas de vida del individuo pues se necesita reconocer la existencia de problemas psicosociales y psiquiátricos que puedan existir. Por tanto, una acertada evaluación de una conducta suicida proporcionará alertas adecuadas para la predicción del riesgo. Asimismo, mediante un estudio psiquiátrico, se identificó la existencia de trastornos en los pacientes con riesgo suicida en estadios del suicidio: pensar en la muerte, deseos de estar muerto, ideación y el intento suicida, tales como trastornos cognitivos, psicóticos, bipolaridad, trastorno depresivo, distimia, abuso de alcohol, abuso de drogas y personalidad antisocial (Silva, Vicente, Saldivia y Kohn, 2013). Mientas que Pérez-Olmos et al. (2007) determinan, mediante un estudio sobre la caracterización psiquiátrica y social, que el 60% de los jóvenes suicidas presentaban al menos un trastorno psiquiátrico, determinando a la historia clínica como el pilar diagnóstico, pues en ella se identifican los intentos, la gravedad y la evaluación del riesgo suicida.

La presencia de ideación suicida representa un peligro para quienes las viven, ya que a corto y largo plazo es posible desarrollar diversos trastornos psicológicos como trastorno de ansiedad, trastorno de la personalidad, esquizofrenia, bipolaridad, trastornos de adaptación, trastornos esquizoafectivos, alimentarios, estrés postraumático, dismorfia corporal y trastornos de uso de sustancias, ya que son un síntoma y no tratar esta problemática a tiempo puede traer a futuro gastos a gran medida a sector salud, además las ideas suicidas pueden tener efectos inmediatos como conductas autolesivas, daños en el cerebro, parálisis, estado de coma, hemorragias, huesos rotos (De la Serna, 2016; Gvion y Apter, 2012).

### **Modelos explicativos de la conducta suicida.**

Barzilay y Apter (2014) recapitulan diversas teorías psicológicas que explican el comportamiento suicida y entre las primeras, es posible rescatar el trabajo realizado por Freud en 1920 en su obra *Más allá del principio del placer*, donde explica las fuerzas internas que guían a la

autodestrucción del individuo, pues los impulsos de la vida y la muerte eran instintos básicos se oponían por naturaleza, de tal modo que los impulsos de vida reducen la tensión asociada a las necesidades de supervivencia y los de muerte son dirigidos a suprimir o eliminar la tensión de la propia vida. A su vez se habla de las teorías asociadas al dolor como la idea del Psiquismo de Shneidman (1993) y los 10 factores comunes del suicidio llamados comunalidades, que se centran en cesar con las frustraciones psicológicas provocando malestar emocional distinto a la depresión y la desesperanza. Finalmente explica el aspecto cognitivo de Beck (1990) sobre la predisposición al suicidio y la desesperanza juega un papel de suma importancia, ya que interrumpe a todos los componentes de la triada cognitiva sobre las propias creencias, lo que desemboca en esquemas desadaptativos que entorpecen el procesamiento de la información y la memoria (Barzilay y Apter, 2014).

Klonsky y May (2015) explican las teorías tradicionales como que refieren ser una respuesta a un dolor abrumador, así como ser parte del aislamiento social, y exponen especial cuidado en las ideas de Beck, dado que la desesperanza juega un papel de suma importancia debido a que esta es el origen de diversos elementos que afectan la salud mental, como la depresión, sin embargo, actualmente la teoría interpersonal del suicidio de Joiner (2005) donde las percepciones que tienen baja pertenencia pero alta carga emocional se fusionan y provocan el deseo de muerte, por tanto la alta capacidad de suicidio aumenta la probabilidad de incurrir en actos más letales. Por lo que se opta a desarrollar una teoría que explica la conducta del suicidio por medio de un conjunto de cuatro elementos; dolor, desesperanza, conexión y la capacidad suicida, los cuales a mayor intensidad desarrollan la ideación de suicidio, así como la ideación moderada hasta llegar a ideas fuertes y los propios intentos de suicidio.

### **Correlatos de comportamiento suicida.**

Los modelos explicativos psicosociales de la ideación suicida determinan líneas directamente entre niveles bajos de funcionamiento familiar y la mala integración escolar con la intencionalidad suicida, ya que este funcionamiento afecta directamente el autoestima social aumentando la sintomatología depresiva y la victimización escolar, por tanto se estima que un adecuado ajuste en estas áreas de los adolescentes lograría reducir el riesgo de ser victimizados y de padecer sintomatologías depresivas para aminorar las ideaciones suicidas (Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu y Martínez, 2010).

Mojica, Sáenz y Rey-Anacona (2009), en un análisis clínico identificaron que los participantes con riesgo suicida mantenían niveles mesurados o elevados de desesperanza y depresión moderada y grave demostrado con un análisis de regresión lineal con una correlación positiva entre la depresión y la desesperanza con las veces en que recaían los cuales al tener niveles moderados o altos podrían predecir la conducta suicida. La depresión manifiesta en los adolescentes sentimientos constantes de inutilidad, así como de pérdida del interés por todo y desesperanza hacia el futuro, este trastorno es prevalente en los adolescentes pues Paredes-Bernal (2019) detectó en su estudio que el 34% presenta sentimientos de gran tristeza con melancolía por tanto la detección oportuna de cambios del estado de ánimo en adolescentes es necesaria para evitar la consumación del suicidio. De tal manera que la depresión y la conducta suicida están ligadas de manera que la prevalencia de 12 meses con un trastorno depresivo mayor aumenta las probabilidades de consumir el suicidio, al momento de cometer el acto cerca del 76% pasaba por un episodio depresivo mayor (Salvo et al., 2019).

Los rasgos impulsivos, el tipo de pensamiento dicotómico, la desesperanza, la imposibilidad de resolución de problemas, el perfeccionismo, el recuerdo autobiográfico punitivo son factores psicológicos asociados con la conducta suicida, teniendo gran relevancia el

sentimiento de inutilidad y la rigidez en la cognición suele ser más pronunciada y la inflexibilidad de esta misma identificada por errores constantes entre mayor es el riesgo de quitarse la vida, , además la baja fluidez verbal suele presentarse en pacientes con pacientes con intentos de suicidio de alta letalidad (Álvarez et al., 2012; Richar-Devantoy y Courtet, 2016). Debido a que estos rasgos de impulsividad son un reflejo de un desarrollo deficiente en la autorregulación, desencadena planificaciones deficientes, respuestas inmaduras antes de considerar situaciones, toma de riesgos y gran incapacidad para inhibir comentarios como respuestas y gran deseo por recompensas inmediatas (Cohen et al., 2013; Gvion y Apter, 2013). Existen posibles vínculos entre la inestabilidad del humor y el comportamiento impulsivo, pues las acciones de respuesta ante los estados de ánimo suelen ser repentinos, arriesgados y sin considerar las posibles consecuencias a largo plazo (Peters, Balbuena, Marwaha, Baetz y Bowen, 2016).

Beck et al. (1981) exponen la teoría cognitiva de la depresión como el conjunto de cogniciones distorsionadas compuesta de tres elementos: La visión negativa de sí mismo, un mundo hostil y agresivo y un futuro atroz y sin esperanza, también conocida como la triada cognitiva negativa de Beck. Por tanto, la relación existente entre los patrones cognitivos dolorosos con el suicidio se explicaría a través de la percepción de inutilidad propia, a la visualización del mundo como algo malo, conllevando a querer terminar con los estados de angustia que son provocados por diversos problemas o acontecimientos que aparentemente no tienen solución, teniendo como resultado la intencionalidad suicida (Toro-Tobar, Grajales-Giraldo y Sarmiento-López, 2016). Así pues, la triada se relaciona íntimamente con la desesperanza, la depresión y las cogniciones de la ideación suicida ya que tienen una relación directa (Anastasiades, Kapoor, Wootten y Lamis, 2016).

### **Estadios del comportamiento suicida.**

La conducta suicida se define como toda acción en la cual el individuo se produce lesiones sin importar el grado de mortalidad, ni el método utilizado, así como el conocimiento de su acto ya sea que este le produzca o no la muerte (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2012). Existen estudios sobre la conducta suicida como el de Turecki y Brent (2016), los cuales refieren la relación que existe entre el abuso de sustancias y conductas antisociales, sin embargo, las principales conductas de riesgo asociadas al suicidio se encuentra la conducta sexual promiscua, el uso de sustancias psicoactivas, la falta de medidas de seguridad, violencia en distintos grados, la deserción escolar, peleas constantes, interés y uso en armas blancas y de fuego. Además, Larraguibel (2000) expresa que los adolescentes con algún trastorno de la conducta que presentan intentos de suicidio comúnmente rehúsan la idea de tener síntomas depresivos y generalmente presentan autolesiones y gran parte de ellos cuentan con problemas legales (Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela, 2000).

La ideación suicida comprende diversos factores los cuales abordan desde los pensamientos de desvalorización de la misma vida, ideas de cometer un acto mortal en contra de uno mismo, siendo este uno de los principales factores de riesgo, estando ligada muy íntimamente con niveles muy bajos de unión familiar según explican Muñoz, Pinto, Callata, Napa y Perales (2006). Ya que este es un fenómeno multifactorial de orden complejo donde intervienen factores personales, familiares y escolares. Esto en gran número de los casos desencadena los factores de riesgo como depresión, desesperanza, impulsividad y provocan la idea de terminar con la propia vida (Klonsky, May y Saffer, 2016).

La intencionalidad suicida es cada acción que a conciencia realiza un individuo en donde atenta contra su vida, algunos ejemplos son aquellas heridas de cortes profundos no fatales, pero, sin llegar a terminar con la vida de este. Entendiendo que del acto suicida es el resultado a partir

del abandono progresivo y por la pérdida del interés en las relaciones familiares, sociales de mayor cercanía al individuo, pues es una reacción en cadena debido a la disolución de los pocos recursos restantes de las relaciones familiares y sociales que le son significantes (Rivera y Herrera, 2002).

Las conductas de imitación son un fenómeno meramente psicológico, un individuo logra imitar a otros sin la necesidad de solidarizarse con él. Sin embargo, la influencia de la imitación influye a la tasa de suicidios, por el factor social, este consiste en la generación de un sentimiento en común, la ideación suicida es un fenómeno que se comunica por contagio, pues existe la propagación imitativa cuando se avecina un foco de intensidad máxima (Durkheim, 2012). Sánchez, Guzmán y Cáceres (2005) en un estudio poblacional de 1,985 participantes menores de edad, encontraron riesgos considerables en la conducta de imitación cuando una persona cercana ya sea familiar o amigo comete suicidio, especialmente cuando existe un diagnóstico psiquiátrico referente a trastornos del estado de ánimo como la depresión y antecedentes familiares de suicidio.

En el sentido que la intencionalidad suicida es todo acto en donde un individuo se causa daño a sí mismo, por tanto, es entendido que este proceso que comienza desde la ideación continua con el intento y puede llegar a consumar la muerte de quien la acontece (Muñoz et al, 2006). La intencionalidad, además se conforma por la misma ideación, así como las amenazas de la propia muerte, gestos, tentativa y el hecho consumado siendo la intencionalidad y el suicidio las formas más representativas de la conducta suicida (Cortés, 2014).

Etiológicamente el suicidio tiene influencia de la depresión clínica, la desesperación cercana a lo patológico se considera como factor de causalidad suficiente para iniciar la conducta suicida. Al empeorar un estado depresivo, la persona puede mantener ideas donde la única solución posible a sus problemas sea el acto suicida, este como un estado continuo de la patología, por tanto, a mayor profundidad de la depresión, más intensos serán los pensamientos de un acto suicida (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2012). La OMS (2014), además de identificar factores de

riesgo suicida, también argumenta que en este fenómeno de salud pública existen factores como los trastornos psicológicos, tales son trastornos afectivos como la depresión en sus diferentes dimensiones, la esquizofrenia, trastornos de ansiedad, pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, la etnia afectado en mayor medida a las poblaciones minoritarias y la religión debido al sentimiento de culpa (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2012).

La ideación suicida se correlaciona con el bajo rendimiento académico, con actitud negativa a la escuela y a las actividades escolares; así como la inasistencia a la escuela se asocia de manera positiva a la ideación e intencionalidad suicida (Vargas y Saavedra, 2012). Los suicidios se producen como consecuencia de la ansiedad, depresión, estrés, soledad, desesperanza, exigencias sociales, sentimientos de culpa y rechazo (Hernández et al., 2011). En este sentido el suicidio deja detrás de él un rastro de afectaciones y dolencias a las familias y amigos, pues repercute a grupos amplios y provoca sentimientos de abandono, culpa, vergüenza, sentimientos de estigma que victimizan a la familia y sobre todo sentimientos autodestructivos (Garcíandía, 2013). Es decir que las repercusiones alcanzan a todos los grupos sociales debido a una tasa anual de 800,000 suicidios a nivel mundial; se estima que hasta 14.4 millones de personas pueden ser gravemente afectadas por el duelo por suicidio cada año según los resultados obtenidos por Handschmidt, Lehning y Riedel (2016) pues un sobreviviente de suicidio se define aquí como alguien que ha perdido a una persona importante por suicidio, pues, este fenómeno tiene un efecto de impacto a largo plazo para las personas allegadas y puede generarse a cualquier edad.

#### **Costos económicos relacionados a la conducta suicida.**

Además, el costo económico relacionado con el suicidio la OPS (2013) estima que los costos económicos asociados con la muerte por suicidio o con las lesiones suman miles de millones de dólares estadounidenses al año, puesto que un intento de suicidio en cualquier etapa de la vida puede afectar la utilidad en las etapas futuras de dos maneras, con posibles lesiones corporales

hasta discapacidad permanente, esto puede ser mayor si se consuma el suicidio (Marcotte, 2003). Al ser una de las principales prioridades en temas de salud pública, los costos por suicidio no recaen exclusivamente en muertes humanas, sino también el estrés mental, físico y emocional en amigos y familiares que este provoca (Cohen, Spirito y Brown, 2013).

Al 2013 en Estados Unidos, aproximadamente el 20% de las muertes por lesiones se debieron a suicidio teniendo un costo de 50,800 millones de dólares, siendo la población varonil el 82%, representando gastos de 41.7 mil millones de dólares (Florence, Simon, Hagerin, Lou y Zhou, 2015). Para este mismo año en Norteamérica los costos médicos por suicidio y de intentos de suicidio se reporta en 58.4 mil millones, siendo la pérdida de productividad como la mayor parte de este costo pues equivale al 97.1% de la pérdida total de los costos indirectos según datos del Sistema de Consulta e Informe de Estadística de Lesiones Basado en la Web (Shepard, Gurewich, Lwin, Reed y Silverman, 2016) lo anterior independientemente de los costos emocionales que significa para parientes y amigos y, en general, para el entorno del que se suicida (Lyons et al., 2019).

## **Antecedentes**

### **Tratamientos para depresión y conducta suicida.**

#### ***Intervenciones farmacológicas para la conducta suicida.***

Se expone la necesidad del tratamiento con terapia psicológica debido a que existen pacientes que no responden a los fármacos pues solo cerca del 60% de pacientes que toman fármacos tricíclicos también conocido como antidepresivos tales; Amoxapina, Amitriptilina, Doxepina, Nortripilina, que responden de manera positiva al tratamiento, por tanto, es necesario desarrollar e implementar métodos para este 40% restante, siendo la terapia cognitiva un procedimiento activo, directivo y de tiempo estructurado que trabaja con las cogniciones del individuo desarrolla a partir de eventos anteriores, siendo esquemas de pensamientos automáticos

(Beck, Rush, Shaw y Emery, 1981). Se ha buscado separar los procedimientos que resultan ser efectivos y eficaces para reducir la conducta suicida viendo el desarrollo de elementos eficaces para la desesperanza, poder incluir a los pacientes de manera pronta y eficaz al tratamiento, incrementar el uso de los servicios de salud y el apoyo social (Toro, 2013).

El efecto de los medicamentos antidepresivos, con la existencia de riesgo, radica en la disminución de la impulsividad causada por los receptores de la serotonina, pues el efecto serotoninérgico que actúa en el litio cumple con los mecanismos de acción de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), así como la Clozapina ayuda a reducir los intentos de suicidio en sus usuarios, además el uso de las benzodiazepinas tales como el alprazolam y clonazepam tienen un efecto rápido y eficaz ante la sintomatología de ansiedad, el litio actúa como un estabilizador anímico ejecutando un efecto antidepresivo (Nizama, 2011).

Estudios recientes exponen la posibilidad de utilizar los antidepresivos de segunda generación que funcionan como inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y norepinefrina, debido a su menor toxicidad en sobredosis por los inhibidores tricíclicos y el uso de las quetiapinas como antipsicóticos en tratamientos para la depresión, ciertos efectos secundarios de estos SGA implican el aumento de peso y movimientos involuntarios (Bauer et al., 2015; Qaseem, Barry y Kansagara, 2016)

### ***Intervenciones conductuales para el comportamiento suicida.***

Organismos de salud como la OMS y la OPS en su guía Programa de acción para superar las brechas en salud mental mhGAP que se utilizan en primer nivel de atención, el cual es utilizado por personal médico no especializado en salud mental, recomiendan la aplicación de intervenciones psicosociales avanzadas como técnicas para la resolución de problemas, para ayudar a las personas que han cometido actos de autolesión en el último año, el cual otorga un apoyo práctico, pues se trabaja en equipo terapeuta y participante en la identificación de los problemas principales que

provocan el malestar emocional y mental, con la finalidad de organizar tareas específicas que ayuden a disminuir estos problemas (OMS, 2017).

El Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 de la OPS (2017), indica que la prevención de suicidio es una de las prioridades de mayor importancia elaborar y poner en práctica estrategias nacionales integrales de prevención del suicidio, sensibilizando los aspectos políticos, públicos y mediáticos, restringiendo el acceso a los medios para la autolesión y suicidio, ofreciendo información responsable y la promoción de iniciativas de prevención del suicidio en el trabajo y la optimización del apoyo psicosocial con los recursos disponibles de la comunidad para quienes hayan intentado y a familiares de personas que se hayan suicidado.

Por lo anterior, la OPS (2013) incrementó esfuerzos para abordar de manera más apropiada este problema y en su Plan Estratégico (2014-2019) incluyó al suicidio como uno de los indicadores de impacto a evaluar en la Región de las Américas (OPS, 2014). Mientras que el plan estratégico 2014- 2019 pretende disminuir la mortalidad por suicidio en los adolescentes entre 15-24 años al menos en un 6% (OPS, 2013). Por las razones antes expuestas, se considera que esta estrategia ayudará a los adolescentes de Ciudad Juárez a afrontar y disminuir el riesgo de continuar con conductas autodestructivas. Estos resultados concuerdan con estudios como en el realizado por Baltodano-Chacón y Márquez-Cueva (2014), quienes trataron a mujeres privadas de libertad con conducta autolesiva suicida, mismas que presentaban evidentes ideas irracionales, es decir, pensamientos que generan conductas específicas y sentimientos que nutren la ideación suicida. Así, se puede establecer una conexión entre la parte cognitiva y la parte emotiva de los adolescentes para disminuir los factores estresantes que pueden aumentar el riesgo suicida, ya que puede estar cargado de emociones negativas, tales como la pérdida de un ser querido, las disputas generadas

entre amigos y familiares, por tanto, apoyar en la toma de decisiones racionales y aumentar la autoestima.

### ***Intervenciones Psicoterapéuticas Cognitivo-Conductuales.***

Los modelos psicoterapéuticos de corte cognitivo-conductual muestran resultados eficaces en el tratamiento de adolescentes con sintomatología depresiva, así como ideación e intencionalidad suicida reporta menor índice de hospitalizaciones en el área psiquiátrica al postratamiento, además de reducciones en alto grado en las ideaciones suicidas (Rathus y Miller, 2002). En 2006 se realizó un estudio en población norteamericana donde los hallazgos señalan que los tratamientos cognitivo-conductuales resultan ser eficaces al compararlos con terapias no conductuales, lo que demuestra mayor efectividad en la prevención de intentos de suicidio con este tipo de intervención y se ha encontrado que estos pueden reducirse a la mitad, disminuyendo incluso las hospitalizaciones y visitas de emergencia a pacientes por intento suicida, donde además se presenta el doble de eficacia en el mantenimiento del tratamiento (Linehan., 2006).

### ***Terapia Dialéctico Conductual para la conducta suicida.***

Los resultados de la tercera ola de terapias en adolescentes resultaron tener mayor efecto que los cuidados habituales en la reducción de autolesiones, ideación suicida y síntomas depresivos tales como la Terapia Dialéctico Conductual (TDC), la Terapia de Activación Conductual (AC) y la Terapia de Resolución de Problemas (TRP) (Mehlum et al., 2014). Este modelo de terapias tiene como principio crear habilidades cognitivas para para personas con tendencia suicida, se encuentra basada en la teoría biosocial de la irregularidad emocional. Estas habilidades son implementadas bajo un esfuerzo constante para conseguir un equilibrio dialéctico entre aceptar la realidad tal cual es y cambiar las conductas que deben ser modificadas. Existen cuatro modos de tratamiento de la TDC estándar que serán descritos a continuación: terapia individual, entrenamiento de habilidades grupales, entrenamiento telefónico y el equipo de consulta con el terapeuta. Cada uno desempeña

un papel en las funciones principales de la terapia según expresa Linehan (1991; 2015), que son: 1) Mejorar las habilidades del beneficiario, 2) utilizar estas habilidades en el entorno, 3) aumentar y mantener la motivación del beneficiario para cambiar, 4) aumentar la motivación y las habilidades del terapeuta y 5) modificar el entorno para mejorar la implementación del tratamiento (Prada, Perroud, Rufenacht, y Nicastr, 2018).

Desde hace algunas décadas el suicidio ha sido tema de preocupación y se ha abordado desde distintos lugares. Los investigadores, Rathus y Miller (2002), dan a conocer una investigación cuasiexperimental abordando una adaptación de la Terapia Dialéctico Conductual (TDC) donde se atendió un grupo de adolescentes con intento suicida, quienes recibieron un tratamiento individual de 12 semanas y un grupo de entrenamiento en habilidades familiares, donde participaron 29 adolescentes con depresión e intentos suicidas en este modelo implementado por Marsha Linehan (1993), proveniente de la teoría biosocial, la TDC conceptualiza los comportamientos para suicidas como funciones mal adaptadas ante un problema a solucionar basándose en cuatro módulos que son: mindfulness, efectividad intrapersonal, regulación emocional y tolerancia a la angustia y a quienes se mantenían en el tratamiento se les impartía un entrenamiento en grupo para mejorar situaciones de la vida diaria y mantenimiento de las habilidades con el entrenamiento de los miembros de la familia que actuarían de tutores para los adolescentes, reportando resultados más favorables que el grupo con Tratamiento de Costumbre el cual consiste en ejercicios psicodinámicos de apoyo acompañado de terapia familiar ya que el tratamiento DBT reporta menor índice de hospitalizaciones psiquiátricas postratamiento, además de reducciones en alto grado en las ideaciones suicidas (Rathus y Miller, 2002).

En 2006 se realizó un estudio en población norteamericana donde los hallazgos señalan que la TDC resulta ser un tratamiento eficaz al compararla con terapias no conductuales, como el tratamiento comunitario por expertos en el trabajo con pacientes con riesgo suicida; demostrando

mayor efectividad en la prevención de intentos de suicidio. Con este tipo de intervención se ha encontrado que pueden reducirse a la mitad reduciendo incluso las hospitalizaciones y visitas de emergencia a pacientes por intento suicida, donde además se presenta el doble de eficacia en el mantenimiento del tratamiento (Linehan et al., 2006).

Gautreau (2018), por su parte, expresa que actualmente la mayor parte de las estrategias de prevención y los tratamientos para la conducta suicida en uso, no cuentan con sustento empírico que prueben su efectividad mediante estudios de investigación y, en general, existen pocos ensayos clínicos aleatorios para intervenciones y tratamientos suicidas y el principal tratamiento empíricamente apoyado para el suicidio es la TDC, la cual, es una variación de la Terapia Cognitiva Conductual de Beck.

#### ***Terapia de activación conductual para la conducta suicida.***

Estudios como el de McCauley et al. (2016) sugieren que la Activación Conductual (AC) es un tratamiento con alto grado de eficiencia para tratar la depresión pues a diferencia de la Terapia Cognitivo-Conductual, esta busca principalmente identificar las conductas que son importantes para el contexto de la persona a tratar, estas promueven las metas y la experiencia sobre el placer del mismo y logran evitar el contrataque, además en algunos estudios se argumentan la eficacia en población adolescente para tratar la depresión (Chu, 2009; Ritschel, 2011; Jacob, 2013 como se citó en McCauley et al., 2016).

La evidencia científica indica que la programación de actividades como tratamiento conductual para la depresión aporta un aprendizaje a los pacientes sobre su estado de ánimo y actividades que realizan día a día, mediante un metaanálisis evaluado por Cuijipers, Van, Straten y Warmerdam (2007) con 16 estudios distintos con 780 participantes en donde se confirma la eficiencia de la terapia de AC ante las terapias de corte cognitivo. La Terapia Cognitivo-Conductual es recomendada para el tratamiento de la depresión moderada y grave en jóvenes, en sus faces

interpersonal, terapia familiar. Específicamente se recomienda la AC pues tiene sus bases en la teoría del comportamiento de la depresión y su objetivo trata en mejorar el estado de ánimo aumentando los reforzadores positivos de los comportamientos saludables, resultados basados en un metaanálisis sugieren que tiene comparación similar a las terapias cognitivo conductuales para pacientes con depresión y resulta tener mayor efecto de beneficio que la medicación, Pass, Lejuez y Reynolds (2014) con el fin de diseñar una intervención más breve, realizaron la adaptación de la Activación breve del comportamiento para el tratamiento de la depresión con la idea de tener una estructura aceptable para los jóvenes y que además lograra ser impartida por una variedad de profesionales, teniendo como resultados una alta tasa de finalización y una significativa disminución de síntomas depresivos, siendo que el 65% de los participantes no necesitó mayor atención después.

#### ***Terapia de Resolución de Problemas.***

Finalmente, cabe señalar igualmente la efectividad de la TRP por ser la modalidad que será asumida en la presente intervención, debido al impacto beneficioso que se puede alcanzar en aplicación, es un enfoque cuyo método puede ser utilizado cuando un sujeto ha desarrollado diversos problemas emocionales derivados de lidiar las dificultades que se presentan día a día, de tal manera que el objetivo de esta estrategia es que cada persona aborde sus problemas, así como las estrategias y otros medios que puedan ejecutar para resolver estos problemas, es decir, la Terapia de Resolución de Problemas apela a esta estrategia como su eje central debido a que un individuo recurre al suicidio cuando siente que las situaciones no tienen soluciones y decide quitarse la vida como la única alternativa viable. De hecho, las personas con comportamiento suicida se señalan que tienen grandes deficiencias en sus habilidades para resolver problemas, refutando que quienes tenían un historial de mayor número de intentos poseen cada vez menos habilidades para resolver sus problemas. Por lo tanto, su principal objetivo se encarga de prevenir

la aparición de dificultades psicológicas, lo que ayuda a las personas a manejar eficazmente dichos problemas diarios antes que estos generen diversas patologías psicológicas.

De tal manera que este enfoque puede ser considerado como la aplicación clínica de la información sobre la resolución de problemas y la toma de decisiones recopilada a través de la psicología académica (Eskin, 2013). Para Eskin, un individuo recurre al suicidio cuando siente las situaciones sin soluciones y quitarse la vida, como la única solución, debido a que las personas con comportamiento suicida tienen grandes deficiencias en sus habilidades para resolver problemas, refutando que quienes tenían un historial de mayor número de intentos poseían cada vez menos habilidades para resolver dichos problemas.

El poder resolver un problema requiere la habilidad de generar gran número de soluciones enfocadas a un solo problema, la capacidad de ser creativo y versatilidad cognitiva, necesaria para interactuar entre una estrategia y otra. Debido a que las personas que intentan suicidarse se encuentran atrapadas con una visión de túnel enfocada al problema sin quitar el foco de atención de este, por tanto, es imposible ver alternativas de soluciones variadas cuando se enfrentan a problemas. Por este motivo la resolución de problemas señala la importancia de la creatividad y la flexibilidad cognitiva, una visión de resolución ocupa un lugar importante en la disminución de conductas suicidas, de tal manera que contar con una habilidad ineficaz para lograr resolver problemas, derivado de la rigidez cognitiva, es un factor determinante que tiene un efecto determinante para que el sujeto sea propenso al suicidio. En esta situación, el sujeto puede caer en la desesperanza, cuya característica es común y básica de las personas que intentan o se han suicidado (Eskin, 2013)

Se realizó un estudio en donde se aplicaron sesiones de Activación Conductual (AC) y TRP para reducir la depresión y la ideación suicida y al mismo tiempo incrementar la esperanza en 80 pacientes, con la evaluación sobre la aplicación de ambos tratamientos, se reveló una

disminución en la depresión y en ideaciones suicidas, así también, un aumento en la esperanza, resultados que se mantuvieron a los 12 meses de seguimiento (Hopko et al., 2013). De este modo la terapia de AC es un recurso estructurado, con gran eficacia y establecido de manera adecuada para tratar la depresión, pues con este modelo de intervención se han logrado reducir los puntajes en depresión (Cullen, 2006 como se citó en Bianchi y Henao, 2015). Por otra parte, los tratamientos que se enfocan en trabajar con los aspectos negativos y los impulsos de los problemas pueden ayudar a eliminar los ciclos de acumulación de estrés y desesperanza, uno de ellos es la TRP, la cual ayuda a hacer frente a los diversos problemas con mayor efectividad, logrando evitar síntomas relacionados a la depresión y desesperanza al incurrir en escenarios estresantes (Gibbs et al., 2009).

En este sentido la TRP ofrece un enfoque científico para la intervención clínica que principalmente se focaliza en la enseñanza de actitudes y habilidades que permitan la resolución de problemas, siendo el objetivo primordial de la TRP el componente cognitivo que en este punto, se enfoca en resolver, e identificar y desafiar los pensamientos automáticos negativos y un componente afectivo incrementa las habilidades para hacer frente a emociones de gran intensidad y con esto reducir el comportamiento impulsivo, mediante protocolos modulares, logrando objetivos específicos en las sesiones vistas (Chang, D’Zurilla y Sanna, 2009; D’Zurilla y Nezu, 2007; Wolff, Jandasek, Michel, Bec-ker y Spirito, 2017).

De tal manera Eskin, Ertekin y Demir (2008) proponen una solución para disminuir los sentimientos de desesperanza, depresión, baja autoestima, inutilidad y a su vez las ideaciones y conductas suicidas mediante un tratamiento terapéutico de resolución de problemas, ya que la deficiencia en la capacidad de resolver problemas es un factor de gran importancia para la depresión, pues esta incapacidad resulta ser un elemento de gran relevancia en la conducta suicida de los jóvenes. En su revisión de trabajos de Arean (1993), Biggam y Power (2002), Dowrick (2000) y Nezu (1986) expresan la eficacia de este tipo de tratamientos para tratar la depresión y los

problemas suicidas, los resultados de Eskin, Ertekin y Demir (2008), expresan la eficacia de este modelo de tratamiento para disminuir los síntomas depresivos y del potencial suicida en adolescentes, un factor de gran importancia se debió al nivel alto de la alianza terapéutica, además, Dowrick y su equipo en 2000, encontraron en sus resultados que la TRP tiene resultados más eficaces además, la adhesión al tratamiento es cerca de dos tercios mayor en comparación a los cursos de prevención de depresión y los resultados a seis meses reportan ser positivos y con menores posibilidades de presentar síntomas depresivos (Eskin et al., 2008; Dowrick et al., 2000).

Una intervención en 2014 realizada por Choi y compañeros, demostraron la eficacia de la TRP enfocado en el entrenamiento de habilidades de resolución de problemas de corto plazo para la atención de síntomas de depresión, además demuestra mantener efectos positivos a largo plazo, así muestra tener potencial para una aplicación con menos dificultades en comparación de otros modelos como la TDC. Dos años más tarde Choi y compañeros realizaron un nuevo análisis con población hispana de la TRP en donde durante seis sesiones se trataron a diversos participantes con ideación e intencionalidad suicida, desde leve/persistente, hasta moderada/frecuente que presentaban depresión leve y aguda, cuyos resultados ofrecían evidencia de la disminución de la desesperanza y a su vez la ideación de muerte durante el seguimiento y su hallazgo de mayor importancia recae en la importancia que existe entre la asociación entre la desesperanza y la ideación, y cómo la TRP es un enfoque efectivo para dar alivio a los participantes, de tal manera que incrementa la esperanza y ofrece un reforzamiento positivo a la autoeficacia (Choi, Marti y Conwell, 2016), a la par que Gustavson et al. (2016) obtuvieron resultados favorables al aportar mejoría en la ideación suicida de los participantes por medio de la TRP después de 12 semanas de tratamiento consiguiendo el doble de efectividad en comparación a la terapia de soporte, con resultados positivos para la TRP en su modalidad de 36 semanas.

Al trabajar con grupos de adolescentes Mexicoamericanos entre 13 y 19 años, reclutados de barrios hispanos y con dificultades económicas debido a los bajos ingresos y además sufrían altas tasas de criminalidad, estos participantes, en el Inventario de Depresión para niños (CDI) obtuvieron puntajes que los posiciona en grupos de riesgo de depresión e ideación suicida debido a la dificultad de resolver problemas relacionados a su entorno (Cowell, Gross, McNaughton, Ailey y Fogg, 2005). Tomando los resultados anteriores como antecedentes, en un nuevo estudio Cowell et al. (2009) aplicaron un programa de resolución de problemas enfocado a las dificultades con sus familias, cuyos resultados demuestran significativos efectos positivos en las diversas concepciones de los menores de edad en la escuela, trabajo y las familias y reportan resultados casi significativos en los síntomas de depresión de  $p = .055$ .

Al trabajar con las habilidades para resolver problemas y estrategias de adaptación como las creencias positivas reforzadas de un fuerte apoyo social se incrementaron las resistencias al estrés y desesperanzado, este beneficio actúa como un amortiguador de la conducta suicida en los jóvenes (Khan, Hamdan, Ahmad, Mustaffa y Mahalle, 2016). Aunque los déficits de resolución de problemas y las ideaciones suicidas mantienen una relación transversal fuerte, es necesario investigar más sobre los diferentes aspectos de los déficits de resolución de problemas y los posibles mecanismos que mantienen esta relación negativa, además remarca que cuando mayor nivel de evitación existía en el participante, aumentaron los síntomas depresivos en el individuo en el tercer mes, lo que ocasiona mayor severidad de la ideación suicida a partir del sexto mes (López et al., 2020).

En conclusión, a pesar de la eficacia de las modalidades terapéuticas mencionadas, la problemática de conductas suicidas sigue en ascenso en el mundo, Ciudad Juárez no está exento del auge de esta situación especialmente entre los adolescentes como grupo poblacional vulnerable. La propuesta terapéutica de Resolución de Problemas como aquí se ha abordado, constituye una

herramienta de probado rigor científico para contrarrestar el aumento de dicho fenómeno. Por consiguiente, vale la pena su continua implementación en vistas de redoblar esfuerzos para contener la creciente ola de este tipo conductas. Por ello, relacionado con los antes abordado, la presente investigación se ha trazado como problema científico dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿En qué medida la Terapia de Resolución de Problemas propuesta por Mehmet Eskin puede contribuir a disminuir los síntomas de depresión, desesperanza, ideación e intencionalidad suicida de adolescentes de Ciudad Juárez?

### **Objetivos del estudio**

#### **Objetivo general.**

Evaluar la efectividad de la Terapia de Resolución de Problemas mediante la medición de los síntomas de depresión, desesperanza y la ideación e intencionalidad suicida en adolescentes de nivel bachillerado de Ciudad Juárez.

#### **Objetivos específicos.**

1. Identificar síntomas de depresión, desesperanza, niveles de estructuración de conductas suicidas y capacidad de resolver problemáticas en un grupo de adolescentes escolarizados en Ciudad Juárez, previo a la implementación de un programa basado en la Terapia de Resolución de Problemas.
2. Evaluar un programa de terapia de resolución de problemas dirigido a disminuir los síntomas de depresión, desesperanza y riesgo suicida en adolescentes escolarizados de Ciudad Juárez.
3. Analizar el impacto que tuvo el programa basado en la Terapia Resolución de Problemas en la disminución de los síntomas de depresión, desesperanza y riesgo suicida en adolescentes escolarizados de Ciudad Juárez mediante una comparación pre-post prueba al finalizar la intervención

## Hipótesis

Las hipótesis planteadas para el programa de intervención son:

H1; Una vez concluido el programa de Terapia de Resolución de Problemas, los participantes del estudio habrán disminuido sus síntomas de desesperanza asociados a la falta de motivación, los sentimientos y expectativas sobre el futuro en comparación de su evaluación inicial cuya significancia sea ( $p \leq 0.05$ ) (Eskin et al., 2008).

Ho; Una vez concluido el programa, los participantes del programa presentarán niveles iguales o mayores de desesperanza a los iniciales.

H2; Una vez concluido el programa de Terapia de Resolución de Problemas, los participantes del estudio habrán disminuido el riesgo suicida derivados de ideación e intentos, falta de circunstancias protectoras y malestar asociado principalmente a los propios intentos en comparación de su evaluación inicial cuya significancia sea ( $p \leq 0.05$ ) (Eskin et al., 2008).

Ho; Una vez concluido el programa, los participantes del estudio manifestarán niveles mayores de riesgo suicida en comparación de su evaluación inicial.

## **Metodología del estudio**

### **Alcance, enfoque y diseño de la investigación**

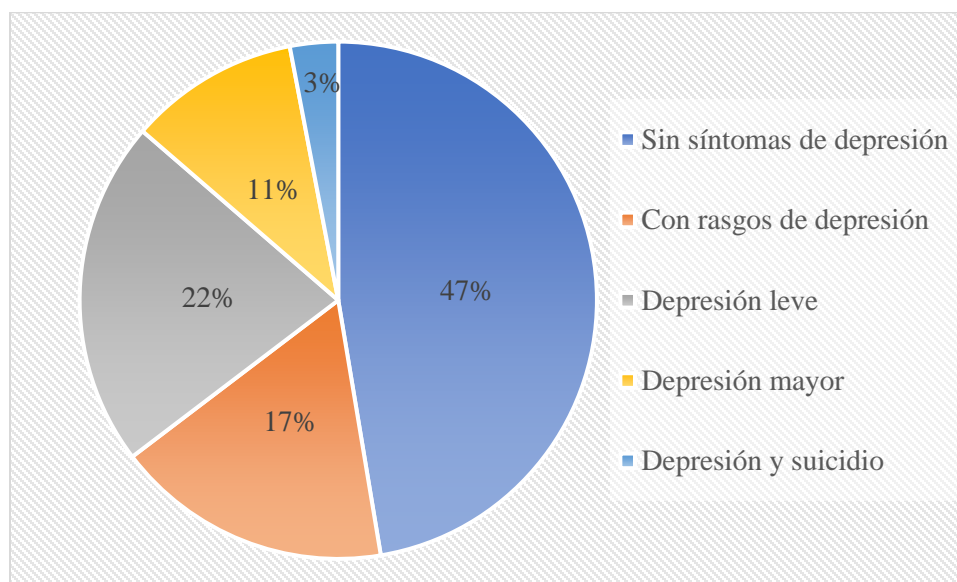
Esta investigación se realizó desde un enfoque cuantitativo mientras que su alcance es correlacional, para establecer relación entre las variables con la finalidad de dar una explicación sobre su causalidad, el diseño con el que se lleva a cabo es un preexperimento de preprueba/posprueba con un solo grupo, la intención de establecer un punto de referencia inicial, ya que se administró un tratamiento de resolución de problemas lo que permitió llegar a una conclusión sobre las hipótesis anteriormente descritas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

### **Participantes**

Con la finalidad de identificar a los sujetos de estudio para este programa se realizó un tamizaje en un plantel de nivel bachillerato ubicado en los límites de ciudad Juárez Chihuahua, en donde se aplicó el Cuestionario de Salud del Paciente 9 (PHQ 9) a 798 entre 15 y 17 años con la finalidad de identificar casos en donde se presentan síntomas de depresión en los estudiantes de los tres grados cursados. Los resultados indican que 420 de los participantes correspondiente al 52.63% presentaron síntomas desde leves hasta agudos de depresión entre los cuales 222 (27.81%) resultaron del sexo femenino y 198 (24.81%) masculino y 24 participantes puntuaron alto en al menos cinco síntomas de depresión y riesgo de suicidio lo que corresponde al 3% del total.

Para fines de este estudio se procede a trabajar únicamente con los alumnos que presentan ideaciones e intenciones de suicidio previos, los participantes fueron seleccionados dentro del grupo de 24 alumnos que presentaban niveles altos de depresión y riesgo de suicidio. Mientras que el resto de los participantes evaluados en el tamizaje fueron referidos a un programa de intervención cognitivo-conductual en jóvenes con sintomatología depresiva, por lo que no fueron considerados para este estudio.

Figura 5

*Evaluación de síntomas depresivos del PHQ-9*

A partir de este tamizaje la muestra para el estudio fue seleccionada a conveniencia identificando casos específicos, estos participantes fueron escogidos dentro del grupo de 24 alumnos que presentaban síntomas de depresión y riesgo de suicidio, a quienes se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión. Donde 4 participantes de sexo femenino fueron escogidos para el programa de TRP, mientras que los participantes evaluados en el tamizaje que no entraron al programa fueron canalizados a las autoridades escolares con la finalidad de buscar apoyo psicoterapéutico externo. Las cuatro participantes del estudio presentaban historial de reportes hacia dirección por parte de sus profesores y prefectos debido a problemas académicos, conductuales y emocionales, pues algunos presentaban autolesiones y escritos donde atentaban contra su propia vida. Los participantes evaluados que no formaron parte del estudio, fueron excluidos debido a que no contaron con el consentimiento de sus padres, no desearon participar en el programa y en la evaluación y entrevista inicial no contaban con resultados que apuntarían a un

riesgo suicida. Las participantes del estudio tenían una edad promedio de 16.2 años y Desviación estándar ( $\sigma$ ): 0.83, siendo desde los 15 hasta los 17, tal y como se demuestra en la tabla 2.

### **Criterios de inclusión.**

Para ser participantes del programa de investigación los adolescentes fueron seleccionados de la siguiente manera:

- Estar en el rango de edad de 15 y 19 años
- Estar cursando algún grado de preparatoria
- Presentar probabilidad de riesgo suicida en la escala de riesgo suicida de Plutchik.
- Presentar antecedentes de intento suicida.

### **Criterios de exclusión.**

- No cumplir con el rango de edad.
- No deseen participar.
- En caso de no contar con el permiso de sus tutores legales.
- Estar al momento de la investigación bajo un tratamiento psicoterapéutico enfocado en disminuir el riesgo suicida.
- Presentar dependencia a alguna sustancia psicotrópica.

## **Instrumentos**

### **Entrevista clínica.**

Instrumento desarrollado exprofeso por Reyes-López (2019) para sondear aspectos específicos del desenvolvimiento de los participantes a fin de obtener conocimientos generales del caso, cuyo objetivo se enfoca en evaluar al participante en las diversas esferas de su vida social, familiar, escolar y su finalidad busca conocer las pautas y formas en que se desarrolla en estas esferas, identificar características patológicas. La entrevista tiene como principal objetivo

identificar, datos sociodemográficos, hábitos, factores protectores y conductas de riesgo suicida en los participantes para ser tomados en cuenta durante el proceso de intervención.

Gracias a este instrumento se recolectaron datos específicos sobre los participantes en relación con factores protectores y de riesgo ante la problemática de suicidio, en donde se identificó si consideraban que algún miembro de su familia les ofrecía apoyo emocional, además de explorar el método con que habían intentado privarse de la vida, las horas de sueño, sus hábitos alimenticios considerando comidas balanceadas a lo largo del día y finalmente se evaluó la autopercepción de cada participante respecto a la capacidad para resolver los problemas que se presentan en su día a día como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2

*Percepción de los participantes hacia los factores protectores y factores de riesgo*

<b>Variables</b>	<b>Participantes del estudio</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Sexo</i>		
Masculino	0	0%
Femenino	4	100%
<i>Escolaridad</i>		
Preparatoria	4	100%
<i>Factores protectores</i>		
<i>Apoyo Familiar</i>		
Grande	0	0%
Medio	3	75%
Bajo	1	25%

## Autopercepción para resolver problemas

Alta	0	0%
Mediana	0	0%
Baja	4	100%

---

*Factores de riesgo*

## Deseos de suicidio

Menos de una semana	3	75%
Últimos 12 meses	1	25%
Más de un año		0%

## Intentos de suicidio

Menos de una semana		0%
Últimos 12 meses	1	25%
Más de un año	3	75%

## Métodos para quitarse la vida

Cortes	1	25%
Envenenamiento	2	50%
Ahorcamiento por estrangulación	1	25%

## Hábitos de sueño

6hr+	2	50%
5hr-	2	50%

## Hábitos alimentarios

Una vez al día	1	25%
Dos veces al día	2	50%

Más de tres veces al día	1	25%
Enfermedades crónico-degenerativas		
Sí	1	25%
No	3	75%
Farmacodependencia		
Sí	2	50%
No	2	50%

---

Nota: N: Número de participantes; %: porcentaje de participantes

### **Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ 9) (Arrieta et al., 2017).**

Es un instrumento validado en población mexicana el cual fue evaluado mediante un método de diseño transversal, cuenta una consistencia interna en su alpha de Cronbach de 0.81 utilizando un intervalo de confianza del 95% el análisis factorial confirmatorio arroja como resultado un factor el cual se ajusta adecuadamente. Este cuestionario cuenta con nueve reactivos con formato Likert, altamente utilizado para detectar y apoyar en el diagnóstico de depresión en los entornos de atención primaria, cuenta con validación para población mexicana por Arrieta y colaboradores en 2017.

### **Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS-A) (Hernández y Lucio, 2006).**

Instrumento de 50 reactivos en formato Likert su análisis factorial confirmatorio muestra una validez con una varianza explicada del 57.6%, el inventario cuenta con tres subescalas identificadas como ideación suicida (8, 1, 12, 16, 27, 32 y 44) que expresa los pensamientos hacia la propia muerte tuvo una varianza de 21.8% y un  $\alpha=.92$ , depresión y desesperanza (4, 20, 23, 30, 40, 43 y 47) se define como con la interacción del estado de ánimo y las expectativas negativas sobre el futuro con una varianza de 18.1% y un  $\alpha=.86$  y ausencia de circunstancias protectoras (1, 3, 5, 7, 9 y 31) que se explica como la falta de apoyo familiar y de círculos sociales mantiene una varianza

de 17.7% y un  $\alpha=.82$  así como con un índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida (13, 14, 35 y 48), gracias a estas es posible conocer aspectos importantes de la vida del adolescente relacionados con el acto suicida, sus resultados de validación entre ideación suicida, además es posible identificar diferentes signos de alerta en áreas personales. Las subescalas de Ausencia de protección y la de Malestar psicológico (Hernández y Lucio, 2006).

**Escala de Desesperanza de Beck (Quiñonez-Tapia, Méndez-Luevano y Castañeda-Camey, 2019).**

Instrumento de 20 reactivos en formato dicotómico Falso/Verdadero, validado en población mexicana evaluó el coeficiente omega de McDonald ( $\omega$ ) con la finalidad de identificar su fiabilidad debido a ser un documento traducido, por tanto, obteniendo una calificación de 0.89 Sentimientos sobre el Futuro (1, 6, 13, 15 y 19), cuyo  $\omega = .73$ ; Falta de Motivación (2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20),  $\omega = .64$ ; y Expectativas sobre el Futuro (4, 7, 8, 14 y 18),  $\omega = .50$ . Los análisis para fiabilidad de la escala por grupos muestran un  $\omega$  de .87 para el grupo de los hombres y .90 para las mujeres; para los adolescentes y adultos fue de .89. Además, se obtuvo un valor omega en los participantes que se encontraban estudiando de .90 y de .88 para los estudiantes de nivel superior. Instrumento que resulta ser válido gracias a su estructura factorial interna y las propiedades psicométricas para evaluar a estudiantes de que estudian en nivel medio superior, así como para poblaciones clínicas (Quiñonez-Tapia et al., 2019).

**Escala de Ideación Suicida de Beck (González, Díaz, Ortiz, González y González, 2000).**

Instrumento de 20 reactivos con formato por incisos, cuenta con validación en población mexicana realizada por el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, esta escala cuenta con un coeficiente alpha de Cronbach = .84, manteniendo las cuatro subescalas originales propuestas por

Beck, Actitudes hacia la vida y la muerte ( 1, 2, 3, 4 y 5) cuyo cuya consistencia interna de Alpha = 0.90, Características del pensamiento y de los deseos de suicidarse (6, 7, 8, 9, 10 y 11) obtuvo un coeficiente de Alpha = 0.65, Características del intento suicida (12, 13, 14 y 15.) mantiene una consistencia interna de Alpha = 0.61 y La actualización del intento (16, 17, 18, 19 y 20) obtuvo un Alpha = 0.45. Como el último reactivo indaga sobre el número de intentos suicidas llevados a cabo anteriormente, se evaluó también su consistencia con sólo los 19 reactivos restantes, y alcanzó el mismo nivel de confiabilidad: alpha = .84 (González et al., 2019).

#### **Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Santana-Campas y Santoto, 2018).**

Instrumento de 15 reactivos de formato dicotómico Si/No, cuenta con validación para población mexicana realizada por Santana-Campas y Santoyo, esta validación obtuvo un alpha de Cronbach de 0.749 y el análisis factorial confirmatorio revela un ajuste óptimo de 0.065 con una varianza explicada del 49%. La escala releva que los cuatro factores de la Escala de Riesgo de Suicidio mantienen cargas factoriales satisfactorias, Sentimiento de inutilidad (3, 6, 8 y 12) obtuvo un alpha de Cronbach = 0.562, Ideación Suicida (2, 13 y 14) un alpha de Cronbach = 0.555, Desesperanza (5, 7 y 9) un alpha de Cronbach = 0.259 y Factores sociales (1, 4, 10, 11 y 15) un alpha de Cronbach = 0.441. Así también se correlacionaron entre sí, es de esta manera que los sentimientos de inutilidad, ideación suicida, desesperanza y factores sociales, son elementos con gran relación con el riesgo de suicidio. Mantener puntuaciones elevadas incrementa la posibilidad que se manifieste alguna conducta suicida, además esta validación encontró una correlación significativa y positiva entre la Escala de Desesperanza y la Escala de Riesgo de Suicidio (Santana-Campas et al., 2018).

#### **Test de Esperanza-Desesperanza (TED) (Pereira, 2014).**

Instrumento realizado por Pereyra (2014), el coeficiente del alpha de Cronbach obtuvo un promedio de 0.89 en sus diferentes muestras para su validación. Es un cuestionario de tipo Likert,

de cinco opciones y 28 preguntas, la cual se compone de tres escalas (global, esperanza y desesperanza). El análisis factorial identifica 6 factores definidos como: Pesimismo (2, 8, 10, 12, 14, 16, 24, 26 y 28), Prospección (7, 13, 15, 19, 21 y 27), Optimismo (9, 17 y 25), Afrontamiento (1, 3, 5 y 23), Regresión (6, 20 y 22) y Desconfianza (4, 11 y 18). Su validación exhibió altos puntajes, por ejemplo, el alpha de Cronbach se situó entre 0.89 y 0.90, el coeficiente de Spearman-Brown fue de 0.92 utilizado para sus mediciones no paramétricas de la correlación de los rangos y la estabilidad temporal fue medida por test-retest a 30 días, obteniendo,  $r=0.79$ ,  $p<0.001$ . En el presente estudio, el alpha de Cronbach obtuvo un puntaje de 0.83. Además de constituir un instrumento útil y confiable para la investigación social. Además, el instrumento cuenta con tres dimensiones de esperanza e igual número de desesperanza. Las dimensiones de esperanza son: Prospección, metas y propósitos que se esperan alcanzar, mientras que las de desesperanza son: Regresión, rememoración, nostalgia del pasado.

## Variables

### Conceptualización de las variables.

Las variables para intervenir en el siguiente trabajo es la ideación e intencionalidad suicida, las cuales se componen de diversos factores que serán descritos en la tabla 3.

Tabla 3

#### *Conceptualización de las variables de estudio*

<b>Factor</b>	<b>Conceptualización</b>
<b>Ideación suicida</b>	Pensamientos de desvalorización de la misma vida hasta llegar a un punto de organizar un acto mortal en contra de uno mismo, intervienen factores personales, familiares y escolares. Deseos fuertes de estar muerto, así como irse de este mundo, su existencia se percibe como algo horrible a lo cual no desean estar atados, generalmente se cuenta con un lugar en donde han planeado su muerte y un

pensamiento recurrente sobre su muerte como lo mejor para todo aquel quien lo rodea y grandes deseos por no haber nacido (Muñoz et al., 2006).

<b>Intencionalidad suicida</b>	Se compone por falta de valor de la vida, hasta la preparación de un acto letal contra uno mismo, pasando por deseos de mayor o menor intensidad sobre la muerte y, en algunos casos, una intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva (Muñoz et al., 2006).
<b>Depresión</b>	Ideas de fracaso recurrente ocasionando dificultad para la concentración, confusión, desilusión y rumiación por venganza.
<b>Desesperanza</b>	La visualización del mundo como algo malo (Anastasiades et al., 2016).
<b>Falta de circunstancias protectoras</b>	Se observa que en la mayoría de los casos la percepción del participante sobre la falta de apoyo en la familia o en la escuela, entre otros rubros, ha aumentado.
<b>Malestar asociado al riesgo suicida</b>	Principalmente asociado a las ideas o pensamientos relacionados a la muerte, o intenciones de suicidio, así, como la relación directa sobre personalidad, intelecto que conllevan a las amenazas de suicidio directamente.
<b>Sentimientos sobre el futuro</b>	Capacidad de obtener lo que se desea, tener esperanza en que mejores cosas sucederán más adelante.
<b>Falta de motivación</b>	No conseguir cambiar aspectos y elementos de la vida diaria que suelen ser hostiles, darse por vencido con facilidad.
<b>Expectativas sobre el futuro</b>	Pensamientos recurrentes sobre los fracasos que este atraerá, grandes sentimientos de enojo y tristeza.
<b>Actitudes hacia la vida/muerte</b>	Expresa las diversas características sobre los deseos y razones para vivir, morir, así como los deseos existentes de suicidarse.

<b>Pensamientos/de seos de suicidio</b>	El sujeto, éste imagina que lo lleva a cabo (ideación y fantasías suicidas). Cuando el sujeto piensa y ensaya un método, se crea un proceso autónomo que va cobrando fuerza hasta que comete el acto suicida.
<b>Características del intento</b>	Es un continuo en el que hay que otorgarle especial atención a los deseos y a los planes para cometerlo (ideas suicidas), a los sentimientos de inutilidad, a las pérdidas recientes, al aislamiento social, a la desesperanza y a la incapacidad para pedir ayuda.
<b>Actualización del intento</b>	Refiere a la preparación real, notas suicidas, sobre disculpas y las acciones finales de la preparación de la muerte.
<b>Sentimiento de inutilidad</b>	Dificultad para mantener el control sobre las emociones y el ambiente que lo rodea, a llegar al grado de desear matar a alguien debido a la gran ira que estalla, acompañado de un gran sentimiento de inutilidad, diversos estudios han demostrado que los Sentimientos de inutilidad son un rasgo pre-suicida que es subestimado, pues las falsas creencias apuntan a el suicida no expresará su deseo de morir directamente, además minimizan las señales que se dan, ya que un tercio de las víctimas estudiadas realizaron en algún momento verbalizaciones sobre pesimismo hacia el futuro, soledad, pérdida de concentración e inutilidad (García-Pérez, 1998).
<b>Factores Sociales</b>	Poco interés por relacionarse en nuevos círculos sociales e incluso con sus amigos.
<b>Pesimismo</b>	Se conforma por ideas de fatalismo, pesimismo, destrucción y pesimismo, que enfatizan la idea de abatimiento, desanimo e ideas suicidas.
<b>Prospección</b>	Se enfatizan las ideas relacionadas a tener metas, proyectos, así como cosas importantes para hacer en el futuro, teniendo fe en que se cumplirán.
<b>Optimismo</b>	Enfatiza la idea de tener esperanza, así como fe en el futuro para lograr lo que se propone y ayuda a superar la angustia.

<b>Afrontamiento</b>	Muestra la esperanza como recurso para enfrentar la adversidad, adaptándose y superando las crisis haciendo "algo útil y productivo".
<b>Regresión</b>	Manifiesta la predisposición a revivir el pasado y experiencias dolorosas, que continúan sucediendo.
<b>Desconfianza</b>	Se enfoca en la poca fe de las relaciones interpersonales.

---

### **Factorización de las variables.**

Pensamientos de desvalorización de la misma vida hasta llegar a un punto de organizar un acto mortal en contra de uno mismo, intervienen factores personales, familiares y escolares. Deseos fuertes de estar muerto, así como irse de este mundo, su existencia se percibe como algo horrible a lo cual no desean estar atados, generalmente se cuenta con un lugar en donde han planeado su muerte y un pensamiento recurrente sobre su muerte como lo mejor para todo aquel quien lo rodea y grandes deseos por no haber nacido (Muñoz et al., 2006).

Se compone, además, por falta de valor de la vida, hasta la preparación de un acto letal contra uno mismo, pasando por deseos de mayor o menor intensidad sobre la muerte y, en algunos casos, una intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva (Muñoz et al., 2006).

Tabla 4

#### *Dimensiones de ideación e intencionalidad suicida de IRIS-A y su medición*

<b>Dimensiones</b>	<b>Número de preguntas</b>	<b>Contenido de los ítems</b>
Ideación e intencionalidad suicida	8, 1, 12, 16, 27, 32 y 44	Expresan pensamientos hacia la propia muerte.
Depresión y desesperanza	4, 20, 23, 30, 40, 43 y 47	Interacción del estado de ánimo y las expectativas negativas sobre el futuro

Falta de circunstancias protectoras	1, 3, 5, 7, 9 y 31	Falta de apoyo familiar y de círculos sociales.
Índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida	13, 14, 35 y 48	Aspectos importantes de la vida del adolescente relacionados con el acto suicida, sus resultados de validación entre ideación suicida además es posible identificar diferentes signos de alerta en áreas personales.

Tabla 5

*Dimensiones de desesperanza de Beck y su medición*

<b>Dimensiones</b>	<b>Número de preguntas</b>	<b>Contenido de los ítems</b>
Sentimientos sobre el futuro	1, 6, 13, 15 y 19.	Autopercepción como la capacidad de obtener lo que se desea, esperanza en que mejores cosas sucederán más adelante.
Falta de motivación	2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20.	Dificultad de la persona para conseguir cambiar aspectos y elementos de la vida diaria que suelen ser hostiles, darse por vencido con facilidad.
Expectativas sobre el futuro	4, 7, 8, 14 y 18.	Pensamientos recurrentes sobre los fracasos que este atraerá, grandes sentimientos de enojo y tristeza.

Tabla 6

*Dimensiones de ideaciones suicidas de Beck y su medición*

<b>Dimensiones</b>	<b>Número de preguntas</b>	<b>Contenido de los ítems</b>
Actitudes hacia la vida/muerte	1, 2, 3, 4 y 5.	Características sobre los deseos y razones para vivir, morir, así como los deseos existentes de suicidarse.
Pensamientos/deseos de suicidio	6, 7, 8, 9, 10 y 11.	Nivel de intensidad de las ideaciones y deseos, así como imaginar que lo lleva a cabo.
Características del intento	12, 13, 14 y 15.	Deseos y planes para cometerlo (ideas suicidas), sentimientos de inutilidad, pérdidas recientes, aislamiento social, desesperanza e incapacidad para pedir ayuda.
Actualización del intento	16, 17, 18, 19 y 20.	Preparación real del intento, notas suicidas, disculpas y acciones finales de la preparación de la muerte.

Tabla 7

*Dimensiones de riesgo suicida de Plutchik y su medición*

<b>Dimensiones</b>	<b>Número de preguntas</b>	<b>Contenido de los ítems</b>
Sentimiento de inutilidad	3, 6, 8 y 12	Dificultad para mantener el control sobre las emociones y el ambiente, rasgo presuicida que es subestimado, verbalizaciones sobre pesimismo hacia el futuro, soledad, pérdida de concentración y soledad.
Ideación suicida	2, 13 y 14	Pensamientos de desvalorización hacia la misma vida, llegar al punto de organizar un acto mortal contra uno mismo.
Desesperanza	5, 7 y 9	Visualización del mundo como algo malo y difícil de arreglar.
Factores sociales	1, 4, 10, 11 y 15	Existencia de poco interés a relacionarse en nuevos círculos sociales e incluso amistades previamente establecidas.

Tabla 8

*Dimensiones de TED y su medición*

<b>Dimensiones</b>	<b>Número de preguntas</b>	<b>Contenido de los ítems</b>
Pesimismo	2, 8, 10, 12, 14, 16, 24, 26 y 28.	Ideas de fatalismo, pesimismo, destrucción y pesimismo, idea de abatimiento, desanimo e ideas suicidas.
Prospección	7, 13, 15, 19, 21 y 27.	Ideas relacionadas a tener metas, proyectos, así como cosas importantes para hacer en el futuro, teniendo fe en que se cumplirán.
Optimismo	9, 17 y 25.	Idea de tener esperanza, fe en el futuro para lograr lo que se propone y ayuda a superar la angustia.
Afrontamiento	1, 3, 5 y 23.	Existencia de la esperanza como recurso para enfrentar la adversidad, adaptándose y superando las crisis haciendo "algo útil y productivo"
Regresión	6, 20 y 22.	Predisposición de la persona a revivir el pasado y experiencias las dolorosas, que continúan sucediendo y generan malestar emocional.
Desconfianza	4, 11 y 18.	Poca fe en sus relaciones interpersonales especialmente familiares, de trabajo y amorosas, además ideas de posibles traiciones.

## **Consideraciones éticas**

Tomando en cuenta los estatutos del Código Ético del Psicólogo en México, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1984, la Ley de Salud Mental del Estado de Chihuahua se toman en consideración los derechos universales de la población a intervenir, con la finalidad de salvaguardar la integridad de estos, por lo que al ser menores de edad se toma en cuenta la NOM-037, haciendo de conocimiento a los tutores legales de los participantes mediante un consentimiento informado que deben firmar para estar al tanto de los aspectos que se trabajaran durante la intervención, a cada participante se le dio una carta de consentimiento informado para ser leída y posteriormente firmada por sus tutores legales y una carta de asentimiento en donde cada participante estaba de acuerdo con la finalidad del tratamiento, pueden verse en anexo 12 y 13.

La Ley de Salud Mental del Estado de Chihuahua, es una consideración que promueve los derechos humanos universales de las personas con trastornos mentales, con la final de salvaguardar la integridad de esta población, además se encarga de regular el acceso a los servicios médicos específicos de la problemática y contexto social y cultural. Para efectos del programa de intervención se plantean los artículos 1º; donde el objetivo principal es la protección de la salud mental de la población y por tanto procurar el goce pleno de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, para ofrecer servicios médicos adecuados y pertinentes 2º; este cuidado y protección de manera en que se protege la reintegración de estas personas a la comunidad, permitiendo evaluar, diagnosticar y llevar un tratamiento integral y rehabilitación psicosocial, integrando a la familia por medio de la creación de programas que apoyen a la causa y 6º; permitiendo el goce de recibir atención especializada psicológica y terapéutica, recibiendo trato digno, información clara y adecuada y de suma importancia, recibir el

tratamiento mediante un diagnóstico, siendo otorgado el consentimiento informado para su tratamiento (Ley Estatal de Salud, 2019).

Por lo que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la OMS, aun manteniendo perspectivas distintas orientan las leyes que rigen y dirigen los derechos de las personas sobre la salud mental, uno de parte del modelo social y el otro sobre el modelo medico psiquiátrico. Haciendo referencia a esta temática, la Ley de Salud del Estado de Chihuahua, expone en su primer artículo, situado en el primer capítulo, la necesidad de salvaguardar el derecho a la protección de la salud mental de la población y con este constructo, poder garantizar la libertad de los derechos humanos a todo ciudadano que padezca de un trastorno mental y/o del comportamiento, de igual manera los mecanismos adecuados y pertinentes para la promoción, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y fomento de la salud mental en las instituciones de salud pública del Estado, por entendido, los derechos humanos y la eliminación de la discriminación que existe contra las personas que presentan alteraciones o trastornos mentales y del comportamiento en la comunidad.

La OMS (2014) toma un modelo unifactorial y publicó un libro de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación, cuyo objetivo se centra en apoyar a los gobiernos y legisladores a adoptar y utilizar una legislación adecuada de salud mental que ofrezca respeto al cumplimiento de los derechos humanos universales.

Así pues, se abordan en los artículos, la atención, evaluación, tratamiento integral habilitación y rehabilitación psicosocial de las personas con trastorno mental agudo y crónico. Ahora, revisando el artículo 5º., toma en cuenta que salud mental, psicosocial, al internamiento como a los centros u hospitales, clínicas encargadas de la salud mental en el territorio de la salud mental. Mientras con el artículo 6º. el cual indica que las personas que padecen trastorno mental y del comportamiento, gozaran de recibir atención integral mediante el derecho de ser atendidos por

médicos, psiquiatras, psicólogos y terapeutas especializados mediante un equipo multidisciplinario, a través de la Red de Atención Institucional.

## **Procedimiento**

### **Perspectiva diagnóstica.**

La variable de intervención en el siguiente trabajo es la ideación e intencionalidad suicida. Esta se compone por falta de valor de la vida, hasta la preparación de un acto letal contra uno mismo, pasando por deseos de mayor o menor intensidad sobre la muerte y, en algunos casos, una intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva (Muñoz et al., 2006).

Diversos estudios han demostrado que los sentimientos de inutilidad y la desesperanza son rasgos pre-suicidas que suelen ser subestimados, pues las falsas creencias apuntan a que el suicida no expresará su deseo de morir directamente, además las señales que se dan son minimizadas por quienes rodean a la víctima, ya que un tercio de las víctimas estudiadas realizaron en algún momento verbalizaciones sobre pesimismo hacia el futuro, soledad, pérdida de concentración e inutilidad (García, 1998).

### **Proceso de la intervención.**

#### ***Adaptación del programa de TRP.***

La intervención proviene del modelo de intervención de Mehmet Eskin, quien lo aplicó en 2007 a un grupo de adolescentes en Turquía que presentaban antecedentes de ideaciones e intentos de suicidio, el manual de esta intervención fue publicado en 2013. Para aplicar este modelo en los participantes del estudio fue necesario traducir del inglés aplicando el método de Traducción retraducción, con la finalidad evitar sesgos ocasionados por regionalismos y errores en la misma traducción. Este manual consta de un proceso de seis módulos estructurados, los cuales se centran en la identificación y definición del problema, al momento de ser definido se procede a identificar

los síntomas emocionales que estos desatan por medio de los tres componentes de la emoción (cogniciones automáticas, sensaciones y conducta) (Eskin, 2013).

### ***Selección de los participantes.***

La intervención dio inicio el 03 de octubre del 2019 realizando el primer contacto en un colegio bachillerato de Ciudad Juárez, donde el primer contacto se realizó con el orientador educativo del plantel, posteriormente se obtuvo la autorización del director de la escuela para llevar a cabo la investigación, de tal manera que se cumplieron con todos los requisitos formales de solicitud para dicha intervención mediante un oficio proporcionado por la Coordinación de la Maestría en Psicología de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Al tener estos requisitos cubiertos se inició la etapa diagnóstica, en donde el primer paso consistió en extender un formato de consentimiento informado para que los padres y/o tutores legales aprobarán dicho estudio en aplicar el PHQ-9, instrumento que ayudó a realizar un tamizaje, esto con la finalidad de seleccionar el grupo a conveniencia para el preexperimento. Una vez seleccionados, se realizó la entrevista clínica con la finalidad de obtener datos sociodemográficos y posibles factores de riesgo que pudieran afectarles y pretest aplicando los diversos instrumentos de evaluación descritos anteriormente, además, una sesión de psicoeducación con los padres, cuya finalidad fue concientizarlos sobre los mitos y realidades del fenómeno del suicidio y ofrecer técnicas de apoyo para las participantes del estudio.

### ***Aplicación de la intervención.***

El paso principal de la TRP fue crear una buena relación con el participante, como en cada tratamiento cognitivo-conductual, debido a que esta es una práctica basada en la cooperación por tanto el participante trabajó de forma activa durante el proceso.

*Primera sesión.*

De esta manera, los participantes en la primer sesión “Definición del Problema” (Tabla 9), conocieron la finalidad del programa y cómo este funcionaría para la investigación, además, identificaron la necesidad de definir los problemas que les afectan cotidianamente, dado que percibirlos y tener una orientación positiva ante este, es una condición necesaria para obtener una resolución efectiva y exitosa del problema, de tal manera que el participante debe ser capaz de utilizar un estilo propio y/o pasos realistas y racionales para la resolución de problemas. Por este motivo cada participante definió el problema que causaba mayor malestar para ser trabajado durante el proceso y en equipo con el terapeuta se definió por medio de la técnica de las tres columnas de los elementos de la emoción (cognitivo, sentimiento y conducta) y su componente adaptativo, con la finalidad de disipar dudas en los mismos, creando conexiones entre los problemas y el síntoma. Hasta este momento el participante ha aprendido que los factores que le molestan son síntomas y parte del problema en conjunto. Como tarea se les encomendó reflexionar en los elementos de la emoción y cómo se manifiestan cuando el problema se presenta.

Tabla 9

*Sesión # 1. Definición del problema*

<b>Actividad</b>	<b>Materiales</b>	<b>Duración</b>
Presentación del terapeuta con los participantes y establecimiento de rapport.	Ninguno	5 minutos
Dar a conocer las razones detrás del tratamiento.	Ninguno	5 minutos
Explicación de los objetivos del tratamiento.	Ninguno	10 minutos

Identificación del problema y síntomas emocionales.	*Lápiz *Hoja de registro “Tres componentes de la emoción”.	25 minutos
Implementación de tareas: reflexión sobre el problema que mayor conflicto le ocasione en su día a día.	*Lápiz *Hoja de papel	5 minutos

---

#### Descripción de las actividades:

##### 1. Presentación del terapeuta con los participantes y establecimiento de rapport:

El terapeuta se presenta como facilitador del programa de TRP ante los participantes, animándolos a expresarse de manera libre y sin temores al prejuicio y a la crítica destructiva.

##### 2. Dar a conocer las razones detrás del tratamiento:

Se explica a cada participante acerca de la importancia documental de los pasos a seguir y cómo esta investigación ayudará en la obtención de datos empíricos para su posterior aplicabilidad en más instituciones académicas.

##### 3. Explicación de los objetivos del tratamiento:

Se explica a los participantes la necesidad de la identificación de las diversas problemáticas que se viven día a día y cómo estas contribuyen al desarrollo del malestar emocional en el cual se derivan los sentimientos de desesperanza, depresión, ansiedad, pues al no ser atendidos adecuadamente y sin una estructura funcional pueden provocar ideas y conductas autolesivas y como consecuencia final el acto de suicidio.

##### 4. Identificación del problema y síntomas emocionales:

Se le otorga a cada participante el formato de los tres componentes de la emoción, en el cual, junto con el terapeuta este selecciona un problema o acontecimiento y reconoce que emoción adversa se despierta, posteriormente se identifican los diversos elementos cognitivos, fisiológicos y comportamentales que se desencadenan, acción que ayuda a aminorar la percepción de las emociones como un elemento atroz.

#### 5. Implementación de tareas:

Finalmente se implementa la tarea de identificar el problema que causa mayor dificultad en el día a día y posteriormente identificar los tres elementos de la emoción para ser trabajado durante la próxima sesión.

#### *Segunda sesión.*

En la segunda sesión, “Selección de metas” (Tabla 10) que consistió en la selección de metas, el participante llega con un problema bien definido, el cual debe resolverse. Antes de ingresar al tratamiento ya se cuenta con varios intentos de resolverlo sin obtener éxito, debido a la falta de un objetivo en concreto, la gran importancia de establecer metas radica en la necesidad y utilidad para el desarrollo saludable y el funcionamiento adecuado de cada individuo. Es por esto, que mediante el dialogo cada participante y el terapeuta trabajan mano a mano, identificaron y seleccionaron en la Tabla de Registro de metas, una meta realista que cada participante pudiera alcanzar al finalizar el tratamiento, dado que este punto es el centro de impulso para los participantes en la psicoterapia, de tal forma que el establecer metas cuenta con cuatro funciones centrales; primero, los objetivos permiten al participante dirigir la atención hacia un solo punto, esto evitará que deambulen sin rumbo, segundo los objetivos terapéuticos claramente identificados activarán tanto la energía como los esfuerzos del participante y del terapeuta, tercero los objetivos motivan a los clientes a encontrar formas de alcanzarlos por tanto un participante que esté dispuesto a alcanzar los objetivos estará abierto a cambios cuarto las metas claramente establecidas aumentan

la persistencia y mantenimiento del tratamiento, es decir, si el participante entiende los objetivos correctamente, mostrará la determinación de alcanzarlos. Por este motivo, es que los participantes identificaron el camino óptimo para llegar a la meta, mediante cinco pasos prácticos que aplicarían durante el proceso. Para reforzar el compromiso del tratamiento, se identificaron las fortalezas y recursos humanos, los recursos educativos, tiempo libre y recursos materiales, personas que pudieron brindar apoyo social y finalmente se identificaron los diversos grupos en los cuales poder apoyarse para enfrentar los problemas.

Tabla 10

*Sesión # 2. Selección de metas*

<b>Actividad</b>	<b>Materiales</b>	<b>Duración</b>
Revisión de tarea	Ninguno	10 minutos
Selección de meta terapéuticas mediante el dialogo que serán efectuadas durante el tratamiento	*Tabla de registro de metas    *Lápiz	15 minutos
Cinco pasos realistas para alcanzar la meta	*Lápiz *Hoja de papel	10 minutos
Identificación de recursos personales para la resolución de problemas	*Lápiz *Hoja de papel	10 minutos

## Descripción de las actividades:

## 1. Revisión de Tarea:

Se revisa la tarea encomendada al final de la sesión anterior y se discuten las inquietudes, dificultades y aspectos clave de los componentes de la emoción y sus componentes, así como la intensidad del acontecimiento activador.

2. Selección de meta terapéutica:

En este punto del programa de la TRP el participante definirá el resultado que obtendrá al terminar el proceso mediante metas que sean realistas a sus capacidades y recursos, teniendo en cuenta que podrá resolver los diversos problemas a los que se enfrenta día con día.

3. Cinco pasos realistas para alcanzar la meta:

Partiendo de haberlo logrado definir la meta final del tratamiento, el participante con ayuda del terapeuta definirá en cinco pasos claros, estructurados y realistas el camino que recorrerá para llegar hasta la meta esperada.

4. Identificación de recursos personales:

El participante, con ayuda del terapeuta identificará los diversos recursos personales, tales como las diversas fortalezas y debilidades con las que actualmente se encuentra, además de la identificación de sus recursos educativos y materiales, así como de tiempo libre para poder hacer uso de ellos, también deberá identificar a los agentes que podrán intervenir como un apoyo directo en la resolución de los problemas y conflictos, y la identificación de grupos de autoayuda que le sirvan para enfrentar las adversidades.

*Tercera sesión.*

Para la tercera sesión “Generar Soluciones Alternativas” (Tabla 11), el terapeuta ayuda al participante por medio de una lluvia de ideas a idear tantas soluciones alternativas como le sea posible imaginar para poder resolver el problema definido en la primera sesión, explicando que existirán ocasiones en que una estrategia no tendrá el resultado esperado, razón por la cual es necesario contar con un mayor panorama en la solución de problemas. En este punto, el terapeuta apoya y ayuda al participante enumerando las posibles soluciones al problema, en la tabla de soluciones alternativas. Estas soluciones pueden no ser perfectas, la prioridad en este punto es

alentar al participante a generar tantas alternativas de solución como sea posible independientemente de su naturaleza. La necesidad de generar tantas alternativas de solución como sea posible es tener un número suficiente de soluciones potenciales cuando se seleccione una solución. Dado que las personas con riesgo suicida tienden a ser cognitivamente rígidas, se ven inmersos en una visión de túnel y actúan con la primera idea que a su mente llega, es de suma importancia generar más de una sola solución a un problema en concreto.

Tabla 11

*Sesión # 3. Generar soluciones alternativas*

<b>Actividad</b>	<b>Materiales</b>	<b>Duración</b>
Charla psicoeducativa soluciones alternativas	Ninguno	10 minutos
Implementación de lluvia de ideas	*Lápiz *Hoja de papel	25 minutos
Pros y contras de las diversas soluciones	*Tabla de soluciones alternativas *Lápiz	15 minutos

Descripción de las actividades:

1. Charla Psicoeducativa soluciones alternativas:

Se expone la necesidad de generar diversas soluciones alternativas que conducirán a alcanzar la meta establecida durante la sesión anterior, se explica la importancia debido a la posibilidad de fallo en alguna de las posibles soluciones contar con un plan de contingencia, cuya finalidad es evitar caer en la desesperanza.

2. Luvia de ideas:

Con ayuda del terapeuta, el participante anotará en una hoja de papel todas las ideas que a su mente lleguen que puedan ofrecer solución a la problemática identificada en la primera sesión.

### 3. Pros y contras de las soluciones:

Utilizando la tabla de soluciones alternativas, el paciente evaluará a consciencia los aspectos positivos y negativos de ejecutar y no ejecutar las ideas concebidas gracias a la lluvia de ideas.

#### *Cuarta Sesión.*

En la cuarta sesión “Toma de Decisiones” (Tabla 12), en esta sesión la tarea terapéutica es elegir la solución más adecuada entre las alternativas de solución generadas en la sesión anterior. Se aplica la tabla de Evaluación de las Soluciones Alternativas para introducir las diferentes soluciones identificadas en la sesión anterior mediante la lluvia de ideas y proseguir a evaluar cada una de ellas, cada aspecto positivo y negativo que sucederá si se aplica y si no se aplica la solución, teniendo en cuenta que estas deben ser aplicables para lograr alcanzar la meta seleccionada durante la segunda sesión. El participante pronto toma medidas para resolver el problema identificado y alcanzar la meta que estableció para su tratamiento. Aquí se toma la decisión sobre la alternativa más apropiada para la resolución del problema, tomar la decisión entre el participante y el terapeuta, sin olvidar que el participante es el que tiene la mejor información sobre su propia vida, eligiendo la solución más adecuada para el problema. En este punto se aplicó un juego de roles con cada participante en donde se trataron diversas situaciones en que podrían afrontar el problema seleccionado. Finalmente, la principal estrategia seleccionada obtendrá por nombre “La regla de oro” cuya estrategia será la principal en aplicar cuando los problemas se presenten, siempre y cuando sea una alternativa de solución que se pueda aplicar de manera práctica, debido a que una

alternativa de solución debe ser capaz de resolver el problema, cumplir con el objetivo y, al mismo tiempo, ser aplicable para ser considerado como una solución adecuada.

Tabla 12

*Sesión # 4. Toma de decisiones*

Actividad	Materiales	Duración
Elegir la solución más adecuada	*Tabla de evaluación de soluciones alternativas *Lápiz	25 minutos
Tomar medidas para resolver el problema	Ninguno	20 minutos
Tarea	*Lápiz *Hoja de papel	5 minutos

Descripción de la actividad:

1. Elegir la solución más adecuada:

Apoyados en la tabla de soluciones alternativas, habiendo analizados los aspectos positivos y negativos de las posibles soluciones, el paciente evaluará mediante la tabla de evaluación de soluciones alternativas la congruencia con la meta, su aplicabilidad y la aceptabilidad con sus recursos personales.

2. Tomar medidas para resolver el problema:

Se debe tener en cuenta la solución más aceptable y que concuerde en mayor medida con la meta establecida en la segunda sesión, para este punto se aplica el concepto “Regla de oro” la cual trata sobre la solución que mayor satisfacción produzca y, por tanto, facilite el tratamiento, esta regla de oro será utilizada como estandarte del participante en el programa.

3. Tarea:

El participante deberá tomar conciencia sobre las soluciones que diseñó e identificará la regla de oro que utilizará para dar solución a la problemática que se identificó en la primera sesión.

#### *Quinta sesión.*

En la quinta sesión “Implementación de Soluciones” (Tabla 13). Lo primero que debe hacer durante la terapia antes de implementar la solución alternativa es discutir y lidiar con los temores del participante, después de elegir las alternativas de solución apropiadas entre las alternativas que resolverán el problema definido y cumplirán el objetivo identificado, es hora de implementar la solución, punto clave, ya que aquí comienza la etapa de acción. El terapeuta instruirá al participante en la obtención de las herramientas psicológicas y sociales necesarias para la implementación de la regla de oro y las diversas soluciones con mayor probabilidad de efectividad, se aplicó un juego de roles con cada participante en donde se trataron diversas situaciones en que podrían afrontar el problema seleccionado. La implementación de una solución significa que el participante comienza a realizar cambios en sí mismo. Un cambio que se implementa a nivel personal contiene riesgos y temores, por lo tanto, el terapeuta debe centrarse en los temores del participante y en los riesgos percibidos durante la etapa de implementación. Para este punto, papel del terapeuta de la TRP es verificar y dar los pasos que ayudan al participante a estar listo para la implementación, sin forzarlo y sin apuros, debido a que forzar a este cuando no se está listo no podrá cumplir con los principios de la psicoterapia y esto resultará en un fracaso, por tanto, el participante debe sentirse listo para la implementación de las soluciones establecidas.

Tabla 13

*Sesión # 5. Implementación de soluciones*

<b>Actividad</b>	<b>Materiales</b>	<b>Duración</b>
Revisión de tareas	Ninguno	5 minutos
Identificación de los antecedentes de la búsqueda de soluciones	Ninguno	10 minutos
Implementación de las soluciones (juego de roles)	Ninguno	25 minutos
Tarea	Ninguno	5 minutos

## Descripción de la actividad:

## 1. Revisión de tareas:

Se revisa la tarea encomendada en la sesión anterior, para este punto la regla de oro debe estar definida adecuadamente y encaminada a la meta establecida, pues gracias a ella, el participante tendrá mayor facilidad para resolver el problema identificado y consecuentemente logrará resolver los problemas a los que se enfrenta día a día.

## 2. Identificación de los antecedentes de la búsqueda de soluciones:

En este punto el terapeuta solicita al participante que exprese sus inquietudes y dificultades sobre sus experiencias al momento de intentar resolver los problemas por su propia cuenta, reflexionando en las nuevas habilidades adquiridas y creas conciencia sobre los elementos de los cuales carecía y que a partir de este momento podrá aplicar.

## 3. Implementación de las soluciones:

Se instruye y anima al participante a implementar las diversas estrategias que desarrolló para la resolución de problemas mediante un juego de roles entre él y terapeuta, donde

aplicará la regla de oro como estrategia principal y desarrollará la habilidad necesaria para poder cambiar entre estrategias diversas.

4. Tarea:

El participante aplicará la solución desarrollada a lo largo del tratamiento en el problema, esta acción deberá cumplir con los pasos definidos para llegar a la meta establecida y poder solucionar el problema identificado en el inicio del tratamiento.

*Sexta sesión.*

En la última sesión “Valoración y Verificación” (Tabla 14), este es el momento en donde se evalúa la implementación de las soluciones implementadas durante el tratamiento de la TRP y cullo objetivo es identificar y evaluar cómo fue la implementación. Aquí, el participante y el terapeuta evalúan y evalúan los resultados de la implementación y los de la terapia en general. En esta sesión se enfatizan dos puntos. La primera es la evaluación de la implementación de la solución y la segunda es la evaluación del tratamiento en general. Para lograr esto, se abrió una discusión entre cada participante y el terapeuta acerca del grado de efectividad que han obtenido con la implementación de las diversas soluciones elegidas, poniendo especial atención en la regla de oro y se evalúa la efectividad del tratamiento en función de las metas establecidas y los pasos definidos, revisando posibles deficiencias y puntos fuertes de las ideas seleccionadas.

Finalmente, se evalúa el proceso terapéutico en su conjunto, en el éxito de la terapia, el terapeuta debe hacer exploraciones sobre los tipos de prácticas que el participante considera que han sido efectivas o ineficaces. Los resultados de esta exploración ofrecen un importante panorama para el participante y para el terapeuta. Basados en los resultados, el terapeuta puede encontrar nuevas oportunidades en las prácticas de la TRP y el participante encuentra la oportunidad de revisar y meditar en todo el proceso y así pensar en los procesos implementados durante la terapia. Esta revisión le da al participante la oportunidad de retener la información y las habilidades que ha

logrado adquirir durante el proceso de la terapia, así como metacogniciones que se adentran en su memoria y utilizarlas en el futuro.

Tabla 14

*Sesión # 6. Valoración y verificación*

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tarea	Ninguno	10 minutos
Evaluación de la eficacia de las soluciones	Ninguno	25 minutos
Evaluación de la eficacia del tratamiento	Ninguno	20 minutos

Descripción de la actividad:

1. Revisión de tarea:

El participante del programa expone al terapeuta la funcionalidad de la implementación de la solución ejecutada en el lapso de la sesión anterior y la actual.

2. Evaluación de la eficacia de las soluciones:

Se evalúa si la implementación de las soluciones identificadas ha sido efectiva, en este sentido, se identifican los pasos que fueron definidos en la segunda sesión, la aplicabilidad.

Es posible apoyarse de las siguientes preguntas ¿La implementación de las soluciones alternativas han funcionado? ¿Cuáles son los resultados que obtuviste al implementar las soluciones? ¿Se ha resuelto el problema identificado con la implementación?

3. Evaluación de la eficacia del tratamiento:

En este punto se evalúa el proceso terapéutico en su totalidad sin importar si la terapia tuvo el éxito esperado o no, de ser exitosa, el terapeuta explora sobre las practicas que le fueron funcionales al participante ¿Se ha cumplido el objetivo terapéutico?

Finalmente, se aplicó una evaluación post al tratamiento con los instrumentos utilizados en la fase pre, con la finalidad de poder evaluar los cambios en cada participante, además como estímulo social se les extendió un reconocimiento por haber participado y concluido el programa, sellado y firmado por la institución y por el encargado del programa.

### **Evaluación de la intervención.**

Al haber sido seleccionadas las participantes del estudio, fue posible evaluar la efectividad de la Terapia de Resolución de Problemas con esta población clínica y los datos fueron recabados mediante el uso de una entrevista clínica y de instrumentos y pruebas estandarizadas y validados en población mexicana como el Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS-A), la Escala de Desesperanza de Beck, la Escala de Ideación Suicida de Beck, Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, Test de Esperanza-Desesperanza (TED) con la finalidad de comprender la naturaleza y diversidad de los diversos factores de riesgo que atraviesan los participantes del estudio y de esta manera ampliar el panorama del conocimiento de este fenómeno en una población en riesgo (Martínez-Miguélez, 2006). Por lo cual, una vez concluido el programa de Resolución de Problemas se realizó una exploración postratamiento y de esta manera dar respuesta a la pregunta de investigación planteada y comprobar o refutar las hipótesis, al tiempo que se recolectaron y analizaron datos mediante programas estadísticos (Hernández et al., 2014). Todos los participantes del programa de Terapia de Resolución de Problemas recibieron seis sesiones individualmente. Las sesiones contaron con una duración entre 45 y 60 minutos dentro del instituto educativo.

Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS versión 25 mediante una prueba de normalidad para cada instrumento utilizado durante la evaluación, con la finalidad de identificar la correlación existente entre los diversos factores de los instrumentos aplicados y verificarlos con la evidencia antes expuesta se utilizó el método de Spearman ( $\rho$ ), además de realizar los valores de las medias antes y al finalizar el tratamiento, así como la desviación estándar de las medias. Para

cuantificar la eficacia del tratamiento se utilizaron pruebas no paramétricas debido a la condición de contar con un único grupo menor de 30 participantes lo que imposibilita la distribución normal de los datos, además se analizó el tamaño del efecto mediante la  $d$  de Cohen  $d \geq 0.20$  indica un tamaño de efecto pequeño;  $d \geq 0.50$  indica tamaño de efecto mediano; y  $d \geq 0.80$  resultado que indica efectividad grande.

## Resultados

### Análisis de Correlaciones

#### Análisis de las correlaciones del pretest.

Mediante la correlación de Spearman se evaluó la interacción pretratamiento entre las variables de Ideación e Intencionalidad Suicidas, con las variables del Sentimiento de Inutilidad, obteniendo un coeficiente de correlación  $r=0.800$  ( $p=0.200$ ), expresando una correlación positiva alta, lo que indica que, entre más pensamientos e intentos de privarse de la vida, los sentimientos de inutilidad son mayores. La ideación e intencionalidad suicida tiene una interacción positiva con el factor de desesperanza:  $r=0.949$  ( $p=0.051$ ), indicando elevados niveles de desesperanza cuando se presentan las ideas e intentos de muerte, mientras que su correlación con el factor de prospección interactúa de forma negativa  $r=-1.00$  ( $p=0.001$ ), manifestando que, al no identificar planes y metas concretas a futuro, se incrementan los deseos de muerte. Además, al analizar el factor de depresión y desesperanza con el sentimiento de inutilidad se identifica un coeficiente de correlación  $r=0.800$  ( $p = 0.20$ ), lo que indica que al aumentar las ideas de fracaso recurrente y la visualización del mundo como desalentador, incrementa la dificultad para mantener el control sobre las emociones y el ambiente que lo rodea, este factor de depresión y desesperanza se correlaciona de forma negativa con la prospección mostrando un coeficiente de  $r-1.00$  ( $p=0.001$ ), lo que indica que al presentar mayores rasgos de depresión y pérdida del sentido de vida, las metas definidas, así como planes a futuro realistas disminuyen, estos resultados pueden verse en la Tabla 15.

Tabla 15

*Análisis de correlaciones de Spearman en el pretratamiento de los factores del IRIS-A, Plutchik y TED*

<b>Factor</b>		<b>Sentimiento de inutilidad</b>	<b>Desesperanza</b>	<b>Prospección</b>
<b>Ideación e intencionalidad suicidas</b>	Coeficiente de correlación	0.800	0.949	-1.000**
	Sig. (bilateral)	0.200	0.051	
<b>Depresión y desesperanza</b>	Coeficiente de correlación	0.800	0.949	-1.000**
	Sig. (bilateral)	0.200	0.051	

*Nota:* IRIS-A: Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes; Plutchik: Inventario de Riesgo Suicida de Plutchik; TED: Test de Esperanza-Desesperanza; \*\*  $p < 0.001$

#### **Análisis de las correlaciones del postest.**

Además, se evaluó la interacción entre estas variables al finalizar el tratamiento se realizó un análisis de correlación de Spearman en el pretratamiento postratamiento entre las variables de ideación e intencionalidad suicidas, con el sentimiento de inutilidad obteniendo un coeficiente de correlación  $r=0.833$  ( $p=0.167$ ), identificando una correlación positiva, lo que indica que, entre mayor número de pensamientos e intentos de privarse de la vida, los sentimientos de inutilidad y fracaso aumentan. La ideación e intencionalidad suicida tiene una interacción positiva con el factor de desesperanza:  $r=1.00$  ( $p=0.001$ ) indicando niveles elevados de desesperanza cuando se presentan las ideas e intentos de muerte, este factor de ideación e intencionalidad suicida mantienen una correlación positiva de  $r=0.056$  ( $p=0.944$ ), lo que indica que, aun existiendo planificación e

intentos de la propia muerte, existen planes y metas a futuro. Analizando el factor de depresión y desesperanza con el sentimiento de inutilidad se identifica un coeficiente de correlación  $r=0.949$  ( $p=0.051$ ), esto manifiesta que al aumentar las ideas de fracaso recurrente y la visualización del mundo como algo malo, incrementa la dificultad para mantener el control sobre las emociones y el ambiente que lo rodea y el factor de depresión y desesperanza se correlaciona de forma negativa con la prospección mostrando un coeficiente de  $r=-0.738$  ( $p=0.262$ ), manifestando que al presentar rasgos de depresión y pérdida del sentido de vida, las metas definidas, así como planes a futuro realistas disminuyen, estos resultados pueden verse en la Tabla 16.

Tabla 16.

*Análisis de correlaciones de Spearman en el postratamiento de los factores del IRIS-A, Plutchik y TED*

<b>Factor</b>		<b>Sentimiento de</b>	<b>Desesperanza</b>	<b>Prospección</b>
		<b>inutilidad</b>		
<b>Ideación e</b>	Coeficiente de	0.833	1.000**	0.056
<b>intencionalidad</b>	correlación			
<b>suicidas</b>	Sig. (bilateral)	0.167		0.944
<b>Depresión y</b>	Coeficiente de	0.949	0.632	-0.738
<b>desesperanza</b>	correlación			
	Sig. (bilateral)	0.051	0.368	0.262

*Nota:* IRIS-A: Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes; Plutchik: Inventario de riesgo suicida de Plutchik; TED: Test de Esperanza-Desesperanza; \*\*  $p < 0.001$

## **Evaluación de la efectividad del programa de Resolución de Problemas**

El programa se desarrolló mediante un diseño preexperimental en donde los participantes del estudio fueron evaluados por pretest y postest. Los instrumentos utilizados fueron una Entrevista Clínica en donde se recolectó información pertinente para el diagnóstico además de pruebas estandarizadas como el IRIS-A, la Escala de Desesperanza de Beck, ISB, Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y el TED. Para cada instrumento aplicado se realizaron los análisis estadísticos de prueba  $t$  para muestras no paramétricas con la finalidad de obtener resultados fiables de una muestra reducida, por esta razón se realizaron las mediciones en muestras no paramétricas, lo que permite identificar el tamaño de efecto de los factores que contiene cada uno de los instrumentos mediante la  $d$  de Cohen. Los resultados para cada uno de los instrumentos en el pretest y en el post test, son los siguientes:

### **Resultados del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRIS-A.**

A partir de la aplicación del pretest y postest se recabaron los datos acerca de la ideación y el intento suicida, la depresión y desesperanza, la ausencia de elementos protectores y malestar psicológico. A partir de la aplicación de la prueba  $t$  para muestras relacionadas se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de depresión y desesperanza, estos resultados pueden ser observados en la Tabla 17.

Tabla 17

*Resultados de prueba t, pre y postest para muestras independientes, y tamaño de efecto IRIS-A*

<b>Sub escalas IRIS-A</b>	<b>Medias</b>	<b>(DE)</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	<b>d de Cohen</b>
<b>Ideación e Intencionalidad Suicida</b>						
• Pre	19.75	8.99	2.41	3	0.104	N/A
• Post	10.75	1.89				
<b>Depresión y Desesperanza</b>						
• Pre	27.50	5.68	4.27	3	0.024	3.32
• Post	15.25	1.70				
<b>Falta de Circunstancias Protectoras</b>						
• Pre	21.50	4.65	2.57	3	0.082	N/A
• Post	14.75	2.87				
<b>Malestar Riesgo Suicida</b>						
• Pre	14.25	2.50	2.31	3	0.104	N/A
• Post	9.50	1.91				

*Nota:* DE= desviación estándar; gl= grados de libertad;  $p < 0.05$ ; N/A: No Aplica, esto debido al bajo nivel en la significancia estadística que revela la tabla.

### **Resultados de la Escala de ideación Suicida de Beck.**

Los datos estadísticos para la escala de ideación suicida de Beck muestran diferencias estadísticamente significativas entre el pre y postratamiento, al igual que los resultados del análisis de la prueba *t* para muestras relacionadas revela diferencias estadísticamente significativas en las

cuatro subescalas del instrumento, reporta significancias cuyo valor es  $p < 0.05$  y tamaños de efecto superiores a  $d = 0.80$  como se demuestra en la tabla 18.

Tabla 18

*Resultados de prueba t, pre y postest para muestras independientes, y tamaño de efecto Escala de Ideación Suicida de Beck*

<b>Sub escala ISB</b>	<b>Medias</b>	<b>(DE)</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	<b>d de Cohen</b>
<b>Actitudes hacia la vida y muerte</b>						
• Pre	6.50	1.29	3.26	3	0.047	2.65
• Post	2.5	1.73				
<b>Pensamientos y deseos de suicidio</b>						
• Pre	7.75	2.5	3.45	3	0.041	2.87
• Post	3.00	0.81				
<b>Características del intento</b>						
• Pre	5.25	1.89	5.65	3	0.011	2.82
• Post	1.25	0.95				
<b>Intento de suicidio</b>						
• Pre	6.75	0.50	5.75	3	0.07	5.67
• Post	2.50	1.00				

*Nota:* DE= desviación estándar; gl= grados de libertad;  $p < 0.05$ .

### Resultados de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

Los resultados para esta prueba revelan medias inferiores en la postevaluación sobre las mediciones obtenidas en el pretest. La prueba  $t$  para muestras relacionadas se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de desesperanza y factores sociales manifestando valores  $p < 0.016$  y  $p < 0.014$  y  $d = 2.76$  y  $d = 2.29$  respectivamente (Tabla 19).

Tabla 19

*Resultados de prueba  $t$ , pre y postest para muestras independientes, y tamaño de efecto de la Escala de ideación suicida de Plutchik*

Sub escalas Plutchik	Medias	DE	$t$	gl	$p$	$d$ de Cohen
Sentimiento de inutilidad						
• Pre	3.00	1.41	1.56	3	0.215	N/A
• Post	2.25	1.70				
Ideación suicida						
• Pre	2.75	0.50	1.25	3	0.318	N/A
• Post	1.75	1.25				
Desesperanza						
• Pre	2.25	0.95	4.89	3	0.016	2.76
• Post	0.25	5.00				
Factores sociales						
• Pre	2.50	0.57	5.19	3	0.014	2.29
• Post	1.00	0.81				

*Nota:* DE= desviación estándar; gl= grados de libertad;  $p < 0.05$ ; N/A: No Aplica, esto debido al bajo nivel en la significancia estadística que revela la tabla.

### Resultados Escala de desesperanza de Beck.

En el análisis de la prueba *t*, de la Escala de Desesperanza de Beck, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las medias en el pretratamiento con respecto al postratamiento, pues se identificaron disminuciones en las subescalas de falta de motivación con una  $p < 0.035$  y una fuerza del tratamiento fuerte: *d* de Cohen de 1.52. Asimismo, se obtuvo una reducción en el postratamiento de las medidas de las subescalas de Sentimientos sobre el futuro y Expectativas sobre el futuro, resultados visibles en la Tabla 20.

Tabla 20

*Resultados de prueba t, pre y postest para muestras independientes, y tamaño de efecto de la Escala de Desesperanza de Beck*

<b>Sub escala Desesperanza</b>							<b><i>d</i> de</b>
<b>de Beck</b>	<b>Medias</b>	<b>DE</b>	<b><i>t</i></b>	<b>gl</b>	<b><i>p</i></b>	<b>Cohen</b>	
Sentimientos sobre el Futuro							
• Pre	2.75	1.25	2.87	3	0.063	N/A	
• Post	0.25	0.50					
Falta de Motivación							
• Pre	4.75	1.50	3.56	3	0.035	1.52	
• Post	3.00	0.81					
Expectativas sobre el futuro							
• Pre	2.25	0.95	1.41	3	0.252	N/A	
• Post	1.25	0.95					

*Nota:* DE= desviación estándar; gl= grados de libertad;  $p < 0.05$ ; N/A: No Aplica, esto debido al bajo nivel en la significancia estadística que revela la tabla.

### Resultados Test de Esperanza-Desesperanza.

Los resultados del TED revelan medias superiores en el postratamiento con los factores de optimismo y afrontamiento, en comparación al pretratamiento, mientras que factores como pesimismo, prospección, regresión y desconfianza son finalizaron con medias más bajas respecto al pretratamiento, tal como se puede visualizar en la Tabla 21 a partir de los datos obtenidos al realizar una prueba  $t$  para muestras relacionadas. siendo el factor de optimismo casi significativo en su tamaño de efecto.

Tabla 21

*Resultados de prueba  $t$ , pre y postest para muestras independientes, y tamaño de efecto del Test de Esperanza-Desesperanza*

Sub escala TED	Medias	DE	$t$	gl	$p$ .	$d$ de Cohen
Pesimismo						
• Pre	33.25	5.85	2.39	3	0.096	N/A
• Post	21.75	5.73				
Prospección						
• Pre	18.00	5.47	-1.83	3	0.163	N/A
• Post	25.25	2.87				
Optimismo						
• Pre	6.50	1.73	-3	3	0.058	N/A
• Post	8.00	2.44				
Afrontamiento						
• Pre	10.25	2.98	-1.95	3	0.145	N/A
• Post	15.00	2.16				

## Regresión

• Pre	11.25	1.25	1.19	3	0.319	N/A
• Post	9.75	2.21				

## Desconfianza

• Pre	11.25	3.50	1.56	3	0.215	N/A
• Post	9.00	2.82				

*Nota:* DE= desviación estándar; gl= grados de libertad;  $p < 0.05$ ; N/A: No Aplica, esto debido al bajo nivel en la significancia estadística que revela la tabla.

## Discusión y Conclusiones

### Discusión

Este estudio tuvo la finalidad de evaluar la efectividad que tiene la Terapia de Resolución de Problemas en el tratamiento para disminuir la conducta e ideación suicida en adolescentes escolarizados de nivel Bachillerato. Para esto, cuatro mujeres adolescentes de una escuela preparatoria seleccionadas por conveniencia, fueron asignadas al proceso de intervención para este estudio. Fue necesario apoyarse en el Manual *Problem Solving Therapy* en su idioma original y realizar una traducción para la aplicación de seis sesiones con una duración aproximada de 45 minutos por sesión para cada participante, quienes percibían la alianza terapéutica en alto nivel y aceptable, tal y como lo recomiendan en el manual antes citado (Eskin, 2013).

Gracias a los resultados obtenidos en este estudio, se evidencia que la Terapia de Resolución de Problemas es una estrategia admisible y positiva, en el caso de esta investigación, resultó útil para tratar de forma efectiva con mujeres estudiantes de nivel bachillerato el fenómeno de la ideación e intencionalidad suicida, mismo que conlleva problemas emocionales relacionados a la desesperanza y depresión. Factores determinantes encontrados en las evaluaciones previas al tratamiento y que coinciden con la literatura expuesta en el documento, estos elementos son desencadenados por sentimientos de baja autoestima, la cual se manifiesta en las participantes, como una pobre percepción de sí mismas, pesimismo sobre el futuro, enojo, tristeza, dificultad para concentrarse, que es un gran impedimento para su óptimo aprovechamiento académico y aumenta las posibilidades de no concluir satisfactoriamente el ciclo escolar y a máximas estancias la deserción escolar. Esto se encuentra íntimamente relacionado con la falta de motivación y sentimientos de inutilidad que usualmente son acompañados de pensamientos e intentos de suicidio en adolescentes, tal y como se demuestra en los resultados de este estudio descritos en las tablas

19 y 20, resultados que son similares a los encontrados por Ceballos et al. (2014), Garcia (1998) y Muñoz et al. (2006).

Con las correlaciones obtenidas en los resultados preevaluación de la intervención, es posible corroborar que las adolescentes que participaron en este estudio presentan ideaciones e intentos de suicidio tienen deficiencias en las interacciones familiares y dificultades en la integración escolar. En este sentido, Sánchez-Sosa et al. (2010) argumentan que este fenómeno afecta directamente la autoestima del sujeto, lo que promueve la sintomatología depresiva y por consiguiente los sentimientos de desesperanza que genera que los jóvenes presenten ideaciones e intenciones de suicidio. Así mismo los resultados demostraron que en esta población cuando se presenta el pensamiento dicotómico y los comportamientos impulsivos como las autolesiones suelen estar acompañados de sentimientos constantes de inutilidad y pérdida de interés en las actividades diarias (Álvarez et al., 2016; Paredes-Bernal, 2019). Con estos resultados se identifica cómo la conducta suicida mantiene una correlación positiva con la desesperanza lo que indica que, al presentarse las ideas, los planes y los intentos de privarse de la vida se presentan conductas desadaptativas que entorpecen el procesamiento de la información y la memoria, eso como consecuencia explica el bajo rendimiento escolar y altas posibilidades de desertar de esta (Barzilay y Apter, 2014; Klonsky, 2015), este factor de ideación e intencionalidad suicidas manifiesta una correlación negativa con el factor de prospección lo que explica la carencia de planes a futuro adecuadamente estructurados y proyectos de vida realistas se asocian positivamente con la dificultad para manejar emociones intensas y el ambiente que los rodea, resultados congruentes con los encontrados en el trabajo de García-Pérez (1998).

Para lograr una evaluación con datos más extensos, se midió el factor de depresión y desesperanza con el factor de sentimientos de inutilidad, el resultado obtenido es respaldado con la investigación Mojica et al. (2009) pues también identifica que los adolescentes con rasgos de

depresión atraviesan constantes sentimientos de inutilidad y pérdida de interés por todo, quienes a su vez, frecuentemente viven con sentimientos de desesperanza hacia el futuro. De la misma manera, la depresión se correlaciona de forma positiva con la desesperanza debido a que la conducta suicida aumenta sus probabilidades de ocurrir si en los adolescentes prevalece un trastorno depresivo mayor (Paredes-Bernal, 2019), finalmente, al ser analizada la depresión con el factor de prospección apoya la teoría de la triada cognitiva negativa de Beck, que afirma que cuando existe un sentimiento de depresión el individuo solo percibe el mundo como un lugar sombrío, hostil y sin esperanza (Beck, 1981). Así, podemos inferir, que mientras más se presenten los pensamientos, planes y actos de atentar contra la propia vida, mayor será la aparición de sentimientos y rasgos de depresión, así como los sentimientos de inutilidad y baja autoestima, por tanto, la carencia de pilares de apoyo, así como la inexistencia de un núcleo familiar armónico o grupos de amigos adecuados son rasgos característicos de esta población en riesgo, es así que se posibilita que los adolescentes presenten menor esperanza en el futuro, pues lo visualizan como un elemento atroz, este es un fenómeno que identificaron Arenas-Landgrave, Lucio y Forns (2012), con la presencia de un mayor número de síntomas de ansiedad, dificultades para tomar decisiones, desesperanza e ideación de suicida, los planes a futuro son poco comunes. La investigación de Duarte et al. (2012) concuerda con los resultados obtenidos pues define que la desesperanza y diversas ideas negativas hacia el futuro, son factores de riesgo más fuertemente relacionados con la conducta suicida, ocasionan malestar emocional asociado a un pobre autoconcepto como un agente que se relaciona fuertemente con la conducta autolesiva suicida y no suicida.

Estos resultados fortalecen los datos respecto a la teoría descrita, además, están muy ligados a la problemática de la carencia de factores sociales protectores, pocos o nulos sentimientos sobre un futuro esperanzador, y la pobre capacidad de afrontamiento ante los altos niveles en la actualización del intento, la falta de motivación y la regresión, por tanto, la deficiencia de las

circunstancias protectoras aumentan la problemática, pues la dificultad para resolver problemas y por tanto mantenerse más concentrado en el presente que orienta directamente al futuro desastroso se ha evidenciado que se relaciona con la conducta suicida, sin dejar de mencionar la falta de un soporte social, que es un factor determinante para que se presente este comportamiento (Vargas y Saavedra, 2012).

Al analizar los factores de depresión y desesperanza se logró identificar la disminución de sus medias y en sentido negativo se observó el aumento de la prospección, resultados que permiten confirmar la primer hipótesis planteada en el estudio de investigación, tal como Eskin expuso, este modelo se enfoca en hacer frente con gran efectividad a los diversos problemas a los que el participante se enfrenta diariamente, lo que ayuda a evitar síntomas relacionados con depresión y desesperanza al enfrentarse a situaciones estresantes (Chang, D’Zurilla y Sanna, 2009; Eskin et al., 2008; Gibbs et al., 2009) . Por otra parte, la segunda hipótesis que se planteó para este trabajo es posible confirmarla dado que al analizar los datos del post-test fue posible identificar la efectividad de la TRP para disminuir el riesgo suicida, ya que las medias de los factores de ideación e intencionalidad suicidas disminuyeron en gran medida. Y al correlacionarlos con el factor de prospección muestra un cambio importante: actualmente las participantes presentan niveles menores de deseos, planes e intentos de terminar con su vida tal y como se expresó en las investigaciones realizadas por Chang, D’Zurrilla y Sana (2009), pues ahora las participantes son capaces de concretar mejores ideas enfocadas al cumplimiento de metas y proyectos importantes bien definidos para hacer en el futuro, sobre todo, manifestando confianza en que realmente será concretado, este cambio es posible debido a que la TRP tiene como principal objetivo la enseñanza de actitudes y habilidades que permiten lidiar con problemas, identificar y desafiar los pensamientos automáticos negativos, lo que apoya en la reducción del comportamiento impulsivo (Chang, D’Zurilla y Sanna, 2009; D’Zurilla y Nezu, 2007).

Los resultados previamente descritos son coincidentes con los de investigaciones expuestas en el marco teórico, estos problemas que atraviesan los adolescentes en edad escolar de bachillerato llegan a ser muy comunes lo que provoca grandes dificultades en el desarrollo y el desenvolvimiento tanto psicológico, físico, escolar y social, (Álvarez et al., 2012; Duarte et al., 2012; INEGI, 2019; Klonsky et al., 2016; Larraguibel et al., 2000; Muñoz et al., 2006; Rosselló et al., 2011). La depresión y desesperanza que evalúa el IRIS-A se mostraron disminuidas significativamente en las participantes del programa una vez que concluyó el tratamiento y se encontró que el tamaño de efecto alcanzados en estos factores es alto lo que apunta a la efectividad de la intervención. Estos resultados aportan evidencia empírica de la efectividad que ofrece el tratamiento de la aplicación de la TRP en pacientes con conducta e ideación suicida, lo que puede verse en las tablas de la 17 a la 21, obteniendo resultados positivos, si bien, no contando con una significancia estadística en cada uno, es posible identificar resultados muy favorables del tratamiento en cada participante.

De tal manera que la escala de desesperanza de Beck en sus diversos factores aporta más información sobre los resultados aportados por los Eskin (2008) con población adolescente y sigue una línea con Xavier, Otero, Blanco y Vázquez (2019), reproduciendo y fortaleciendo sus hallazgos con adolescentes brasileños con múltiples factores de riesgo de suicidio, al desarrollar habilidades para resolver problemas fue posible disminuir los niveles de desesperanza, tal como lo indica la tabla 16, pues la falta de motivación disminuyó al finalizar el tratamiento mostrando un tamaño de efecto fuerte (Khan, Hamdan, Ahmad, Mustaffa y Mahalle, 2016).

### **Limitaciones.**

Ahora bien, los hallazgos encontrados en este trabajo de investigación no son una verdad absoluta, pues metodológicamente la intervención presenta limitaciones con el modelo utilizado, ya que los preexperimentos tienen un grado de control mínimo, además de la carencia de un grupo

para controlar las variables, debido a estos factores, sería muy apresurado dictar una causalidad entre los resultados obtenidos y la muestra seleccionada.

Otro limitador que interfirió para que no se obtuviera la significancia estadística, es la población de cuatro participantes debido a que en los análisis no paramétricos es poco común conseguir datos con significancia estadística, es por esta razón que los resultados no son generalizados y no pueden ser considerados absolutos pues la carencia de participantes ocasiona poca representatividad.

Además, ya que la evidencia científica apunta a la terapia dialéctica conductual como una de las mejores estrategias de tratamiento para pacientes con antecedentes de intentos de suicidio, para este estudio no se contaba con el equipo pertinente para ser llevada a cabo de forma adecuada, la carencia de psiquiatras, coach telefónicos y trabajadores sociales impedía este modelo fuese aplicado adecuadamente, razón por la que se optó por el modelo de TRP ya que era más factible llevarlo a cabo.

Como explica López (2020), existen déficits en la resolución de los diversos problemas que incrementan las ideas e intenciones suicidas, y aunque es un protocolo que tiene resultados aceptables, y ayuda en la disminución de los rasgos de depresión y ansiedad, este no es un tratamiento especializado en tratar directamente estos trastornos.

### **Futuras líneas de investigación.**

Debido a que este no es un tratamiento especializado en tratar trastornos de depresión y ansiedad es necesario abarcar esa problemática en futuras investigaciones, apoyados del personal necesario y capacitado en el modelo con la finalidad de replicar con un mayor número de participantes para aplicar un diseño cuasiexperimental con pruebas paramétricas y de este modo poder obtener resultados con mayor confiabilidad y protocolos con mayor evidencia científica en sus resultados de efectividad.

Tomando en cuenta que la habilidad para resolver problemas es una de las primicias dentro de la terapia dialectico conductual y que este modelo muestra los mejores resultados estadísticos tanto en adherencia al tratamiento como en disminución de los intentos y deseos, se retomará esta línea con la finalidad de llevar a cabo una intervención con mayor rigor en su metodología y proceso, lo que ayudará a aumentar la información en el tratamiento para adolescentes con ideaciones e intenciones suicidas.

### **Fortalezas de la investigación.**

La mayor fortaleza de este trabajo de investigación reside en su propia naturaleza de validar un programa de terapia de resolución de problemas para prevenir las ideaciones e intenciones de suicidio en adolescentes en la zona norte del país, ya que si bien existen diversos estudios estadísticos sobre la incidencia del fenómeno el suicidio tanto a nivel local como nacional, la información de protocolos de intervención validados en el país es limitada y aún más a nivel estatal y municipal, con este trabajo inicia un registro de la urgencia de fortalecer la línea de investigación sobre intervenciones basadas en evidencia con poblaciones más extensas para atender la problemática del fenómeno del suicidio.

Al ser un estudio piloto de un programa de intervención para la prevención de la problemática de suicidio en adolescentes, los resultados de este proyecto brindan información muy valiosa sobre estrategias funcionales para disminuir diversos factores de riesgo asociados a la ideación y conducta suicida, como desesperanza, los sentimientos de inutilidad, baja autoestima, depresión, así como el aumento de factores de protección necesarios como la prospección, optimismo y el afrontamiento de las circunstancias que acontecen en el día a día.

Por ende, este trabajo ofrece un punto de partida para futuras investigaciones relacionadas a la intervención para la prevención de conductas suicidas en población adolescente, pues reúne

información detallada de las terapias de tercera generación con mayor porcentaje de efectividad y mantenimiento en el tratamiento para tratar este problema.

Finalmente, identifica al fenómeno del suicidio como una problemática de gran repercusión en la salud mental y física que afecta principalmente a las poblaciones de entre 15 a 24 años, con información estadística de la región y datos sobre los principales factores que se presentan en la población en riesgo.

### **Conclusiones**

Con los resultados obtenidos del estudio, es posible argumentar que el modelo psicoterapéutico de Resolución de Problemas resulta ser una estrategia de intervención funcional para atender a los adolescentes con historial de ideación e intención suicida, ya que, al terminar satisfactoriamente el tratamiento, las participantes del programa han logrado disminuir los pensamientos relacionados a terminar con su vida, así como los propios intentos. Los sentimientos de inutilidad disminuyeron, obteniendo resultados casi estadísticamente significativos en diversos factores de la conducta suicida reflejados en la Tabla 17.

Con los datos obtenidos en la revisión literaria es posible argumentar la inmediata necesidad de realizar intervenciones de prevención de suicidio y conductas autodestructivas que proporcionen herramientas psicológicas para lograr afrontar diversos malestares psicológicos, tales como la depresión, la desesperanza, baja autoestima y sentimientos de inutilidad en los adolescentes de ciudad Juárez, de la misma forma en que se ha efectuado en diversos países como Turquía y Brasil con el modelo de resolución de problemas (Eskin, 2008; Xavier et al., 2018) y diversas estrategias de terapias de tercera generación como en Estados Unidos de América y centro de México (Linehan et al., 2006). Además las correlaciones pre al tratamiento, apoyan en la argumentación de ofrecer especial cuidado con los adolescentes que manifiestan los deseos de terminar con su vida, que presentan síntomas de depresión y desesperanza tales como dificultad para concentrarse,

ideaciones de venganza y que frecuentemente se perciben con grandes fracasos la mayor parte del tiempo, jóvenes con escasas circunstancias protectoras como vivir en un hogar con violencia o poco apoyo, así como con figuras de apoyo emocional y que no manifiestan tener metas a futuro y proyectos de vida.

La estrategia de intervención empleada para este estudio abona información sobre la noción acerca de las terapias cognitivo-conductual que resultan ser una opción aceptable dada su confiabilidad y sustento teórico para afrontar los sentimientos de depresión y desesperanza, los cuales resultan ser los que afectan de manera más intensa a los adolescentes escolarizados de nivel bachillerato y bajo este precepto continuar y desarrollar mayor número de investigaciones con este tipo de intervención. Los participantes del estudio hasta al momento presentan mejorías considerables respecto al inicio del tratamiento por este motivo se puede suponer que el modelo de intervención ha resultado efectivo en la población aplicada.

Por su parte, la adaptación a población mexicana parece ser exitosa, debido a que los resultados son similares en comparación con el estudio de Eskin (2008), donde los factores de depresión disminuyeron al finalizar el tratamiento en comparación a la evaluación previa a este.

Además, el tratamiento es probablemente eficaz por lo que tiene sentido replicarla en un mayor número de participantes y grupos más grandes con la finalidad de poder seguir investigando y lograr obtener resultados estadísticamente significativos.

Un punto para resaltar refiere a las condiciones de logística en el programa y de las instituciones a las cuales se acudió para intervenir, debido a la dificultad y limitadas posibilidades de adentrarse en una institución educativa y aunque algunas permiten el trabajo en equipo con la universidad, existen espacios donde se trabaja con gran recelo ofreciendo poco o nulo apoyo colaborativo, provocando una situación alarmante, ya que aumenta la dificultad para que la información se transmita óptimamente. Otro factor que aumenta la dificultad refiere a los tiempos

académicos, debido que al abordar estas instituciones un contratiempo para tener en cuenta se remonta a las fechas de aplicación de exámenes, situación que complica la posibilidad de llevar a cabo las sesiones con los distintos participantes, la razón principal se debe a que atraviesan, además, una situación académica complicada por bajas calificaciones, deben poner especial atención en sus estudios y para recuperar clases, por lo que en algunos casos se considera más importante que los estudiantes aprovechen las horas para recuperar una calificación aprobatoria, que la propia necesidad de atención a sus problemas emocionales.

Esta situación podría ser relacionada al campo donde se realizó el estudio, pues si se considera como parte de las variables extrañas, elementos que podrían ser diferentes de haberse tenido la oportunidad de ser efectuados en un laboratorio, lugar donde las variables extrañas pueden ser reducidas al mínimo y contar con resultados más hipotetizados.

## Referencias

- Adams, J., & Adams, M. (1996). The association among negative life events, perceived problem solving alternatives, depression, and suicidal ideation in adolescent psychiatric patients. *Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37(6), 715–720. doi: 10.1111/j.1469-7610.1996.tb01463.x
- Álvarez, L. J., Cañon, B. S., Castaño, C. A., Bernier, O. L., Cataño, M. J., Galindo, C. P., ... Sánchez, R. C. (2012). Factor de riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de una institución educativa de Palestina-Caldas (Colombia). *Archivos de Medicina*, 13(2), 127-141. doi: 10.30554/archmed.13.2.153.2013
- Amador, R. G. (2015). Suicidio: Consideraciones Históricas. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 91-98.
- Anastasiades, M. H., Kapoor, S., Wooten, J., & Lamis, D. A. (2016). Perceived stress, depressive symptoms, and suicidal ideation in undergraduate women with varying levels of mindfulness. *Archives of Women's Health*, 20(1), 129-138. doi: 10.1007/s00737-016-0686-5
- Anrubia, A. E., & Gaona, P. C. (2015). Sentido y Suicidio. *Opción*, 31(6), 15-35.
- Arenas-Landgrave, P., Lucio, E., & Forns, M. (2012). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 32(2), 79-104. doi: 10.21865/RIDEP54.1.12
- Arrieta, J., Aguerrebere, M., Raviola, G., Flores, H., Elliott, P., Espinosa, A., & Reyes, A. (2017). Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Psychology*, 73(9), 1076-1090. doi: 10.1002/jclp.22390

- Asarnow, J. R., Berck, M., Hughes, J. L., & Anderson, N. L. (2015). The safety program: A treatment-development trial of a cognitive-behavioral family treatment for adolescent suicide attempters. *Journal of clinical child & adolescent psychology, 44*(1), 194-203. doi: 10.1080/15374416.2014.940624
- Baltodano-Chacón, M., & Márquez-Cueva, M. (2014). Ideación suicida en privados de libertad: Una propuesta para su atención. *InterSedes, 15*(32), 223-248.
- Barzilay, S., & Apter, A. (2014). Psychological Models of Suicide. *Archives of Suicide Research, 18*(4), 295–312. doi: 10.1080/13811118.2013.824825
- Bauer, M., Severus, E., Koholer, S., Whybrow, P., Angst, C., & Moller, H. (2015). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders. Part 2: Maintenance Treatment of Major Depressive Disorder-Update 2015. *World Journal of Biological Psychiatry, 16*(2), 76-95. doi: 10.3109/15622975.2014.1001786.
- Beck, A., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(2), 343-352. doi: 10.1037//0022-006x.47.2.343
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1981). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Desclée De Brouwer.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*(6), 861-865. doi: 10.1037/h0037562
- Bianchi, J., & Henao, Á. (2015). Activación conductual y depresión: Conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia Psicológica, 33*(2), 69–80. doi: 10.4067/S0718-48082015000200002

- Bondy, B., Buettner, A., & Zill, P. (2006). Genetics of suicide. *Molecular Psychiatry*, *11*(4), 336-351. doi: 10.1038/sj.mp.4001803
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, *52*(4), 292-304.
- Brent, D. A., & Mann, J. J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics Seminars in Medical Genetics*, *133C*(1), 13-24. doi: 10.1002/ajmg.c.30042
- Caballero, J. (22 de febrero de 2017). Mexicanos, con ingreso per cápita más bajo del mundo. *El Economista*. Recuperado de <https://www.economista.com.mx/economia/Mexicanos-con-ingreso-per-capita-mas-bajo-del-mundo-20170222-0069.html>
- Cano, K. (6 de marzo de 2018). Intentan suicidarse más de 30 personas diariamente. *El Diario*. Recuperado de [http://diario.mx/Local/2018-03-06\\_169334b3/intentan-suicidarse-mas-de-30-personas-diariamente/](http://diario.mx/Local/2018-03-06_169334b3/intentan-suicidarse-mas-de-30-personas-diariamente/)
- Ceballos, O. G., Suarez, C. Y., Suescún, A. J., Gamarra, V. M., González, K., & Sotelo, M. (2014). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa María. *Revista Duazary*, *12*(1), 15-22. doi: 10.21676/2389783X.1394
- Chang, E. C., D’Zurilla, T. J., & Sanna, L. J. (2009). Social problem solving as a mediator of the link between stress and psychological well-being in middle-adulthood. *Cognitive Therapy and Research*, *33*(1), 33–49. doi: 10.1007/s10608-007-9155-9
- Choi, N. G., Marti, C. N., Bruce, M. L., Hegel, M. T., Wilson, N. L., & Kunik, M. E. (2014). Six-month postintervention depression and disability outcomes of in-home telehealth problem-solving therapy for depressed, low-income homebound older adults. *Depression and Anxiety*, *31*(8), 653–661. doi: 10.1002/da.22242

- Choi, N. G., Marti, C. N., & Conwell, Y. (2016). Effect of Problem-Solving Therapy on Depressed Low-Income Homebound Older Adults' Death/Suicidal Ideation and Hopelessness. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 46*(3), 323–336. doi: 10.1111/sltb.12195
- Cohen, Y., Spirito, A., & Brown, L. K. (2013). Suicide and Suicidal Behavior. En R. DiClemente, W. Hansen & L. Ponton (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 193–224). Boston: Springer.
- Conejero, I., Lopez-Castroman, J., Giner, L., & Baca-Garcia, E. (2016). Sociodemographic Antecedent Validators of Suicidal Behavior: A Review of Recent Literature. *Current Psychiatry Reports, 18*(10), 94. doi: 10.1007/s11920-016-0732-z
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Córdova, O. M., Rosales, P. J., & Montufa, M. E. (2015). Ideación Suicida en estudiantes de educación media superior: descripción con base en la aproximación dialéctico conductual. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 17*(1), 79-100.
- Cortés, A. A. (2014). Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 30*(1), 132-139.
- Cowell, J. M., Gross, D., McNaughton, D., Ailey, S., & Fogg, L. (2005). Depression and suicidal ideation among Mexican American school-aged children. *Research and Theory for Nursing Practice, 19*(1), 77–94. doi: 10.1891/rtnp.19.1.77.66337
- Cowell, J. M., McNaughton, D., Ailey, S., Gross, D., & Fogg, L. (2009). Clinical Trial Outcomes of the Mexican American Problem Solving Program (MAPS). *Hispanic Health Care International, 7*(4), 178–189. doi: 10.1891/1540-4153.7.4.178
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 7*(3), 318-326. doi: 10.1016/j.cpr.2006.11.001

- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3ª ed.). New York: Springer.
- De la Fuente, R. (2013). *La patología mental y su terapéutica*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- De la Serna, J. M. (28 de junio de 2016). ¿Cuáles son las consecuencias de los intentos de suicidio? Catedra abierta de psicología y neurociencias [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://juanmoisesdelaserna.es/psicologia/cuales-son-las-consecuencias-de-los-intentos-de-suicidio>
- Dowrick, C., Wilkinson, G., Birkbeck, G., Borge, T., Costello, M., Cuijpers, P., ... Vazquez-Barquero, J. L. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: Multicentre randomised controlled trial. *British Medical Journal*, *321*(7274), 1450–1454. doi: 10.1136/bmj.321.7274.1450
- Dryden, W., & Ellis, A. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. España: Desclée De Brouwer.
- Duarté, V. Y., Lorenzo, L. L., & Rosselló, J. (2012). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, auto- concepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, *23*, 1-17.
- Durkheim, E. (2012). *El suicidio* (2ª ed.). Madrid: Ediciones Akala.
- Ellis, A., & Grieger, R. (2003). *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. España: Desclée De Brouwer.
- Eskin, M. (2013). Processes and Sessions of Problem-Solving Therapy. En M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 147-180). Newnes: Elsevier.

- Eskin, M., Ertekin, K., & Demir, H. (2008). Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 32(2), 227–245. doi: 10.1007/s10608-007-9172-8
- Esparza, O. (2017). Análisis de problemática de suicidio en Juárez. Plan estratégico urbano. Recuperado de [http://www.planjuarez.org/images/docs/presentaciones/presentacion\\_suicidio.pdf](http://www.planjuarez.org/images/docs/presentaciones/presentacion_suicidio.pdf)
- Expansión. (2020). México: Economía y demografía. Recuperado de <https://datosmacro.expansion.com/paises/mexico>
- Farfán-Méndez, C. (2 de agosto de 2018). Rising suicides in Mexico expose the mental health toll of living with extreme, chronic violence. *The Conversation*. Recuperado de <http://theconversation.com/rising-suicides-in-mexico-expose-the-mental-health-toll-of-living-with-extreme-chronic-violence-99131>.
- Fernández, D. V. (13 de marzo de 2019). El suicidio: una realidad desconocida. *The Conversation*. Recuperado de <https://theconversation.com/el-suicidio-una-realidad-desconocida-113050>
- Florence, C., Simon, T., Hagerin, T., Luo, F., & Zhou, Z. (2015). Estimated lifetime Medical and Work-loss Costs of Fatal Injuries- United States, 2013. *Morbidity and Mortality Weekly report*, 64(38), 1074-1077. doi: 10.15585/mmwr.mm6438a4
- Forbes Staff. (11 de abril de 2019). ¿Cuánto debes ganar en México para pertenecer a la clase media o alta? *Forbes*. Recuperado de [https://www.forbes.com.mx/cuanto-debes-ganar-en-mexico-para-pertenecer-a-la-clase-media-o-alta/#:~:text=en%20la%20que%20se%20debe,ingresos%20\(en%20moneda%20nacional\).&text=En%20M%C3%A9xico%20los%20ingresos%20medios,la%20metodolog%C3%A Da%20de%20la%20instituci%C3%B3n](https://www.forbes.com.mx/cuanto-debes-ganar-en-mexico-para-pertenecer-a-la-clase-media-o-alta/#:~:text=en%20la%20que%20se%20debe,ingresos%20(en%20moneda%20nacional).&text=En%20M%C3%A9xico%20los%20ingresos%20medios,la%20metodolog%C3%A Da%20de%20la%20instituci%C3%B3n).

- Freeman A., & Reinecke M. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. New York: Desclée De Brouwer.
- Fresán, A., González-Castro, T. B., Peralta-Jiménez, Y., Juárez-Rojo, I., Pool-García, S., Velázquez-Sánchez, M. P., & Tovilla-Zárate, C. A. (2015). Gender differences in socio-demographic, clinical characteristics and psychiatric diagnosis in/of suicide attempters in a Mexican population. *Acta Neuropsychiatrica*, 27(3), 182–188. doi: 10.1017/neu.2015.6
- García-Pérez, T. (1998). La autopsia psicológica en el suicidio. Modalidad: conferencia. *Medicina legal de Costa Rica*, 15(1-2), 22-24.
- Garciandía, I. J. (2013). Familia suicidio y duelo. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 43(1), 71-79.
- Gautreau, D. (2018) *Suicide treatment and possible contributions of existential psychotherapy: why not treat an existential issue with an existential intervention?* (Doctoral thesis). Recuperada de ProQuest Dissertations Publishing. (10821829)
- Gibbs, L. M., Dombrowski, A. Y., Morse, J., Siegle, G. J., Houck, P. R., & Szanto, K. (2009). When the solution is part of the problem: problem solving in elderly suicide attempters. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(12), 1396–1404. doi: 10.1002/gps.2276
- Gjertsen, F., Bruzzone, S., & Griffiths, C. (2019). Burden of suicide presented as one of the leading causes of death: uncover facts or misrepresent statistics? *Journal of Global Health*, 9(1). doi: 10.7189/jogh.09.010401
- González, S., Díaz, A., Ortiz, S., González, C., & González, J. J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21–30.
- Guibert, R. W., & Torres, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 453-60.

- Gustavson, K. A., Alexopoulos, G. S., Niu, G. C., McCulloch, C., Meade, T., & Areán, P. A. (2016). Problem-Solving Therapy Reduces Suicidal Ideation in Depressed Older Adults with Executive Dysfunction. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 24*(1), 11–17. doi: 10.1016/j.jagp.2015.07.010
- Gvion, Y., & Apter, A. (2012). Suicide and Suicidal Behavior. *Public Health Reviews, 34*(9), 1-20. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2
- Hankin, B. L. (2005). Adolescent depression: Description, causes, and interventions. *Epilepsy and Behavior, 8*(1), 102-114. doi: 10.1016/j.yebeh.2005.10.012
- Hawton, K., & Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet, 373*, 131-138. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60372-X
- Handschmidt, F., Lehnig, F., & Riedel, H. S. (2016). The stigma of suicide survivorship and related consequences- A systematic review. *PLOS ONE, 11*(9), 1-16. doi: 10.1371/journal.pone.0162688
- Hernández-Bringas, H., & Flores-Arenales, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de población, 17*(68), 69-101.
- Hernández, Q. (2007). *Estrategia de intervención para adolescentes en riesgo suicida* (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Hernández, Q., & Lucio, E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología, 23*(1), 45-52.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C., & Baptista, L. P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ª ed.). México: McGraw Hill.
- Hopko, D. R., Sanchez, L., Hopko, S. D., Dvir, S., & Lejuez, C. W. (2003). Behavioral activation and the prevention of suicidal behaviors in patients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders, 17*(5), 460-478. doi: 10.1521/pedi.17.5.460.22970

- Hopko, D. R., Funderburk, J. S., Shorey, R. C., McIndoo, C. C., Ryba, M. M., File, A. A., ... Vitulano, M. (2013). Behavioral Activation and Problem-Solving Therapy for Depressed Breast Cancer Patients: Preliminary Support for Decreased Suicidal Ideation. *Behavior Modification, 37*(6), 747–767. doi: 10.1177/0145445513501512
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). Estadística de los suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2011. Recuperado de [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2011/702825047436.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2011/702825047436.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Comunicado de Prensa núm. 410/18. *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (Datos Nacionales)*. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). Comunicado de Prensa núm. 455/19. *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (Datos Nacionales)*. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019_Nal.pdf)
- Jiménez-Ornelas, R., & Cardiel-Téllez, L. (2013). El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. *Papeles de población, 19*(77), 205-229.
- Jimenez-Treviño, L., Blasco-Fontecilla, H., Braquehais, M. D., Ceverino-Dominguez, A., & Baca-García, E. (2011). Endophenotypes and suicide behaviour. *Actas Españolas de psiquiatría, 39*(1), 61-69.

- Jiménez T. A., & González-Forteza, C. (2003). Instituto Nacional de Salud. *Panorama*, 26(51), 1–45
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Khan, A., Hamdan, A. R., Ahmad, R., Mustaffa, M. S., & Mahalle, S. (2016). Problem-Solving Coping and Social Support as Mediators of Academic Stress and Suicidal Ideation Among Malaysian and Indian Adolescents. *Community Mental Health Journal*, 52(2), 245–250. doi: 10.1007/s10597-015-9937-6
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. doi: 10.1521/ijct.2015.8.2.114
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual review of clinical psychology*, 12, 307-330. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204
- Lahire, B. (2007). Infancia y adolescencia: de los tiempos de socialización sometidos a constricciones múltiples. *Revista de antropología social*, 16, 21-37. doi: 10.5209/rev\_RASO.2007.v16.9963
- Larraguibel, Q. M., González, M. P., Martínez, N. V., & Valenzuela G. R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 71(3), 183-191. doi: 10.4067/S0370-41062000000300002
- Ley Estatal de Salud N° 42. Periódico Oficial del Estado No. 30, Chihuahua, México, 25 de mayo de 2019.
- Linehan, M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., & Korslnad, K. E. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline

Personality Disorder. *American Medical Association*, 63, 757-766. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757

Loboa, R. N., & Morales O. D. (2016). Perfil de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados, Villahermosa – Tolima. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1), 96-104. doi: 10.17533/udea.rfnsp.v34n1a12

López, R., Brick, L. A., Defayette, A. B., Whitmyre, E. D., Wolff, J., Frazier, E., ... Esposito-Smythers, C. (2020). Depressive symptom severity mediates the association between avoidant problem-solving style and suicidal ideation. *Journal of Affective Disorders*, 274, 662–670.

Lozada Lora, R., & Casas Casas, A. (2010). *Enfoques para el análisis político: historia, epistemología y perspectivas de la ciencia política*. Bogotá, D.C.: Pontificia Universidad Javeriana.

Luján, F. (6 de marzo de 2018). Todos los días en Juárez 33 intentan suicidarse. *Norte Digital*. Recuperado de <https://nortedigital.mx/todos-los-dias-juarez-33-intentan-suicidarse/>

Lyons, B. H., Walters, M. L., Jack, S. P., Petrosky, E., Blair, J. M., & Lvey-Stephenson, A. Z. (2019). Suicides Among Lesbian and Gay Male Individuals: Findings from the National Violent Death Reporting System. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(5), 512-521. doi: 10.1016/j.amepre.2018.11.012

McCauley, E., Gudmundsen, G., Schloredt, K., Martell, C., Rhew, I., Hubley, S., & Dimidjian, S. (2016). The Adolescent Behavioral Activation Program: Adapting Behavioral Activation as a Treatment for Depression in Adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 45(3), 291–304. doi: 10.1080/15374416.2014.979933

- Mann, J. J., & Malone, K. M. (1997). Cerebrospinal fluid amines and higher-lethality suicide attempts in depressed inpatients. *Biological Psychiatry*, *41*(2), 162–171. doi: 10.1016/S0006-3223(96)00217-X
- Manrique, V. E., Ellis, A., & Lega, L. I. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. España: Siglo XXI.
- Marcotte, D. E. (2003). The Economics of Suicide, Revisited. *Southern Economic Journal*, *69*(3), 628-643. doi: 10.2307/1061698
- Martínez, M. A., & Ríos, R. F. (2006). Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, (25).
- Martínez-Miguélez, M. (2006). Conocimiento científico general y conocimiento ordinario. *Cinta de Moebio*, *27*, 219-229.
- Mehlum, L., Tormoen, A., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L., Laberg, S., ... Stanley, B. H. (2014). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Repeated Suicidal and Self-harming Behavior: A Randomized Trial. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, *53*(10), 1082-1091. doi: 10.1016/j.jaac.2014.07.003
- Ministerio de Ciencia e Innovación. (2009). *Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave*. España: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Ministerio de Ciencia e Innovación. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Galicia: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.
- Mojica, C. A., Sáenz, D. A., & Rey-Anacona, C. A. (2009). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *38*(4), 681-692.

- Muñoz, M. J., Pinto, M. V., Callata, C. H., Napa, D. N., & Perales, C. A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(4), 239-247.
- Nizama, V. M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 81-85.
- Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*, 37(3), 209-223.
- Organización Mundial de la Salud. (8 de septiembre de 2004). Suicide huge but preventable public health problema, says WHO. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/en/>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Global school-based student health survey (GSHS) 2004 Core Questionnaire Module Rationale*. Geneva: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Preventing Suicide: A global imperative*. Washington, DC: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada Versión 2.0*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2 de septiembre de 2018). Suicide. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad. Plan estratégico de la OPS 2014-2019*. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/Plano-Estrat-2014-2019-ExecESP-2.pdf?ua=1>

- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe Regional*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015) Therapeutic Interventions for Suicide Attempts and Self-Harm in Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 54(2), 97-107. doi: 10.1016/j.jaac.2014.10.009
- Padrós, B. F., Gutiérrez, H. C., & Medina, C. M. (2015). Propiedades Psicométricas de la escala de satisfacción con la vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(2), 223–232. doi: 10.12804/apl33.02.2015.04
- Pass, L., & Reynolds, S. (2014). *Treatment manual for brief behavioural activation (brief BA) for depressed adolescents*. Unpublished manual: University of Reading.
- Pass, L., Lejuez, C. W., & Reynolds, S. (2018). Brief Behavioural Activation (Brief BA) for Adolescent Depression: A Pilot Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(2), 182–194. doi: 10.1017/S1352465817000443
- Pardo, A. G., Sandoval, D. A., & Umbarilla, Z. D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 17-32.
- Paredes-Bernal, J. (2019). Salud y bienestar: trastornos del estado de ánimo y suicidio en estudiantes de bachillerato. *Revista Psicología UNEMI*, 2(4), 24-31.
- Pereyra, M. (2014). *Test de Esperanza-Desesperanza (TED y TED-R)*. México: Manual Moderno.
- Pérez-Martínez, V., & Lorenzo-Parra, Z. (2004). Repercusión familiar del comportamiento suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(5-6).
- Pérez-Olmos, I., Rodríguez-Sandoval, E., Dussán-Buitrago, M. M., & Ayala-Aguilera, J. P. (2007). Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil,

- 2003-2005. *Revista de Salud Pública*, 9(2), 230–240. doi: 10.1590/s0124-00642007000200007
- Pérez, P. M., Martínez, B. L., Vianchá, P. M., & Avedaño, P. B. (2016). Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá – Colombia. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 13(1), 91-101. doi: 10.15332/s1794-9998.2017.0001.07
- Peñafiel, P. E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso: Revista de Educación*, (32), 147–173.
- Plener, P. L., Kaess, M., Smahl, C., Pollak, S., Fegert, J. M., & Brown, R. C. (2018). Nonsuicidal self-injury in adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(3), 23-30.
- Peters, E. M., Balbuena, L., Marwaha, S., Baetz, M., & Bowen, R. (2016). Mood instability and impulsivity as trait predictors of suicidal thoughts. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(4), 435–444. doi: 10.1111/papt.12088
- Plutchik, R., Van Praag, H. M., Conte, H. R., & Picard, S. (1989). Correlates of suicide and violence risk: The suicide risk measure. *Comprehensive Psychiatry*, 30(4), 296-302. doi: 10.1016/0010-440x(89)90053-9
- Prada, P., Perroud, N., Rufenacht, E., & Nicastro, R. (2018). Strategies to deal with suicide and non-suicidal self-injury in borderline personality disorder, the case of DBT. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-6. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02595
- Qaseem, A., Barry, M. J., & Kansagara, D. (2016). Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients with Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *American College of Physicians*, 164(5), 350-366. doi: 10.7326/M15-2570

- Quintero, Y., Aristizabal, O., Barraza, F., Morroy, A., Martínez, J., & Cano, G. (2010). Suicidio: Revisión De Aspectos Neurobiológicos. *Revista de Investigaciones Universidad del Quindío*, 1(21), 186-193.
- Quiñonez-Tapia, F., Méndez-Luévano, T. E., & Castañeda-Camey, N. (2019). Análisis factorial confirmatorio y propiedades psicométricas de la Escala de Desesperanza de Beck en estudiantes en contextos de pobreza en México. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(2), 59-70. doi: 10.5944/rppc.24104
- Rathus, J. H., & Miller, A. (2002). Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents. *Suicide and life-Threatening Behavior*, 32(2), 146-157. doi: 10.1521/suli.32.2.146.24399
- Richard-Devantoy, S., & Courtet, P. (2015). Neurocognitive Processes and Decision Making in Suicidal Behaviour. *Advances in Biological Psychiatry*, 30, 88–100. doi: 10.1159/000434739
- Rivera Sánchez, M. M., & Herrera Cruz, L. (2002). Marco teórico. En M. M. Rivera Sánchez y L. Herrera Cruz (Eds.), *Perfil psicológico de personas con intento suicida* (pp. 15-19). México, D. F: Instituto Politécnico Nacional.
- Romero-Pimentel, A. L., Mendoza-Morales, R. C., Fresan, A., García-Dolores, F., González-Saenz, E. E., Morales-Marín, M. E., & Borges, G. (2018). Demographic and Clinical Characteristics of Completed Suicides in Mexico City 2014–2015. *Frontiers in psychiatry*, 9, 402. doi: 10.3389/fpsy.2018.00402
- Roy, A. (1993). Genetic and biologic risk factors for suicide in depressive disorders. *Psychiatric Quarterly*, 64(4), 345–358. doi: 10.1007/BF01064927
- Rosselló, J., Duarte-Vélez, Y., Bernal, G., & Zuluaga, M. (2011). Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor. *Interamerican Journal of Psychology*, 45(3), 321-329.

- Sales, C. (2009). Aspectos metodológicos de la investigación de la psicoterapia. Panorama histórico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 383-403. doi: 10.4321/S0211-57352009000200007
- Salvo, L., Ramírez, J., & Castro, A. (2019). Factores de riesgo para intento de suicidio en personas con trastorno depresivo en atención secundaria. *Revista Médica de Chile*, 47(2), 181-189. doi: 10.4067/s0034-98872019000200181
- Sánchez, P. R., Guzmán, Y., & Cáceres, R. H. (2005). Estudio de la imitación como factor de riesgo para la ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 12-25.
- Sánchez-Sosa, J. C., Villarreal-González, M. E., Musitu, G., & Martínez, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 279-287.
- Santana-Campas, M. A., & Santoyo Telles, F. (2018). Propiedades psicométricas de la escala riesgo suicida de Plutchik en una muestra de jóvenes mexicanos privados de la libertad. *Avances en Psicología*, 26(1), 57-64. doi: 10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1127
- Serebrinsky, H. (2012). Psicoterapia de grupo. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 10(2), 132-155.
- Shepard, D. S., Gurewich, D., Lwin, A. K., Reed, G. A., & Silverman, M. M. (2016). Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 46(3), 352-362. doi: 10.1111/sltb.12225
- Silva, D., Vicente, B., Saldivia, S., & Kohn, R. (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista Médica de Chile*, 141(10), 1275-1282. doi: 10.4067/S0034-98872013001000006
- Smetana, J. G. (1995). Parenting style and conceptions of parental authority during adolescence. *Child Development*, 66(2), 299-316. doi: 10.1111/j.1467-8624.1995.tb00872.x

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 282(18), 1737–1744. doi: 10.1001/jama.282.18.1737
- Tapia, A., & González-Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, 26(6), 35-46.
- Terroba, G. G., Heman, A., Saltijeral, M. T., & Martínez L., P. (1986). Factores clínicos y sociales asociados con el parasuicidio y con el suicidio consumado. *Salud Mental*, 9(1), 74-80.
- Tindall, L., Mikocka-Walus, A., McMillan, D., Wright, B., Hewitt, C., & Gascoyne, S. (2017). Is behavioural activation effective in the treatment of depression in young people? A systematic review and meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(4), 770-796. doi: 10.1111/papt.12121
- Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 2(1), 93-102.
- Toro-Tobar, R. A., Grajales-Giraldo, F. L., & Sarmiento-López, J. C. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16(4), 473-486. doi: 10.5294/aqui.2016.16.4.6
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behavior. *The Lancet*, 387, 1227-1239.
- Valdivia-Pareja, Á. (2014). *Suicidología. Prevención, tratamiento psicológico e investigación de procesos suicidas*. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.
- Vargas, H. B., & Saavedra, J. E. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 75(1), 19-28. doi: 10.20453/rnp.v75i1.1539

- Vázquez-Vega, D., Piña-Posas, 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(2), 62-69. doi: 10.15174/au.2015.855
- Wolff, J. C., Jandasek, B., Michel, B. D., Becker, S. J., & Spirito, A. (2017). Concurrent Treatment of Depression in Parents and Adolescents: A Case Example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(1), 14–25. doi: 10.1016/j.cbpra.2016.02.001
- Woodberry, K. A., & Popenoe, E. J. (2008). Implementing Dialectical Behavior Therapy with Adolescents and Their Families in a Community Outpatient Clinic. *ScienceDirect*, 15(3), 277-286. doi: 10.1016/j.cbpra.2007.08.004
- Xavier, A., Otero, P., Blanco, V., & Vázquez, F. L. (2019). Efficacy of a problem-solving intervention for the indicated prevention of suicidal risk in young Brazilians: Randomized controlled trial. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(6), 1746-1761. doi: 10.1111/sltb.12568
- Yankura, J., & Dryden, W. (2000). *Terapia Conductual Racional Emotiva (REBT) Casos ilustrativos*. Español: Desclée De Brouwer.

**Anexos**

**Anexo 1: Entrevista Clínica Inicial.**

Entrevista Clínica		
Nombre: _____		Fecha: _____
		Teléfono: _____
Genero: <u>  M  </u> <u>  F  </u>		Fecha de nacimiento: _____
Teléfono: _____		Contacto de emergencia: _____
Estado civil:		
Actualmente vive con:	Edad	Relación
Padre: _____		
Madre: _____		
Hermanos: _____		
Pasatiempos:		
Área de pareja		
Área escolar		
Área social		
Área espiritual		
Área de salud		

Enfermedad Crónica

Farmacodependencia

Alcoholismo

Alucinaciones

Drogas

Ciclos de sueño

Alimentación

Redes de apoyo

Pensamientos suicidas

Frecuencia

¿Cuándo se presenta?

Intentos suicidas

Método

Frecuencia

¿Cuándo se presenta?

Problemática:

Capacidad para  
resolver problemas:

**Anexo 2: PHQ-9.**

<b>Cuestionario sobre la salud del paciente - 9 (PHQ - 9)</b>				
Durante las últimas dos semanas ¿Qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a)- o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario - muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal.	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

### **Anexo 3: Inventario del Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS-A).**

#### **Inventario del Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS-A)**

**1. Creo o siento que mi familia conoce y comprende mis intereses, ideas y sentimientos.**

*a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca*

**2. Creo o siento que algo está mal conmigo.**

*a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca*

**3. En mi vida ha habido buenos momentos.**

*a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca*

**4. Creo o siento que soy un fracaso.**

*a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca*

**5. Me he sentido satisfecho (a) con mi vida.**

*a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca*

**6. He sentido ganas de lastimarme o lastimar a alguien.**

*a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca*

**7. Me han tomado en serio.**

*a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca*

**8. Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo.**

*a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca*

**9. Me he sentido lleno (a) de energía.**

*a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca*

**10. El tema de la muerte ha llamado mi atención.**

*a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca*

**11. He deseado estar muerto (a).**

*a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca*

**12. Quisiera irme de este mundo.**

*a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca*

**13. En la escuela hay gente que me ha molestado, se ha burlado, o se ha aprovechado de mí.**

*a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca*

**14. He perdido la paciencia.**

*a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca*

**15. Mis maestros están en mi contra.**

- a) *Todos mis maestros* b) *Casi todos* c) *Algunos* d) *Un maestro* e) *No, ninguno*

**16. He creído o sentido que mi existencia es horrible, odiosa.**

- a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

**17. He preferido estar solo (a).**

- a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

**18. Creo o siento que mi futuro es prometedor y puedo llegar a ser alguien especial.**

- a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

**19. Mis maestros me ignoran.**

- a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

**20. Me siento triste.**

- a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

**21. Tengo dificultades con mis materias.**

- a) *Con todas mis materias* b) *Con casi todas* c) *Con algunas* d) *Con una* e) *Con ninguna*

**22. Tengo problemas para hacer nuevos amigos o iniciar un noviazgo.**

- a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

**23. Me siento enojado (a) y/o frustrado (a).**

- a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

**24. He causado problemas a la gente a mi alrededor.**

- a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

**25. He pensado en suicidarme.**

- a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

**26. He tenido ideas de cómo alguien podría quitarse la vida.**

- a) *Cuatro o más ideas* b) *Tres ideas* c) *Dos ideas* d) *Una idea* e) *Ninguna*

**27. Conozco o tengo un lugar donde me gustaría morir.**

- a) *Cuatro o más lugares* b) *Tres lugares* c) *Dos lugares* d) *Un lugar* e) *No, ninguno*

**28. He conocido a personas cercanas que intentaron quitarse la vida y sobrevivieron.**

- a) *Cuatro o más personas* b) *Tres personas* c) *Dos personas* d) *Una persona* e) *No, a nadie*

**29. Conocí gente cercana a mí que se suicidó.**

- a) *Cuatro o más personas* b) *Tres personas* c) *Dos personas* d) *Una persona* e) *No, a nadie*

**30. Creo o siento que la gente a mi alrededor estaría mejor sin mí.**

- a) *Todo este tiempo*   b) *Casi siempre*   c) *Algunas veces*   d) *Rara vez*   e) *No, nunca*

**31. Se preocupan por mí.**

- a) *Todos*   b) *Muchos*   c) *Algunas personas*   d) *Una persona*   e) *No, nadie*

**32. Creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas en mi vida.**

- a) *Todo este tiempo*   b) *Casi siempre*   c) *Algunas veces*   d) *Rara vez*   e) *No, nunca*

**33. Si muriera me gustaría que me acompañaran (también muriendo conmigo).**

- a) *Todos*   b) *Muchos*   c) *Algunas personas*   d) *Una persona*   e) *No, nadie*

**34. Me he lesionado intencionalmente (cortándome, pinchándome, quemándome, golpeándome, por ejemplo) para ver hasta dónde aguanto el dolor.**

- a) *Todo este tiempo*   b) *Casi siempre*   c) *Algunas veces*   d) *Rara vez*   e) *No, nunca*

**35. Mi mejor amigo (a) o mis amigos cercanos me han traicionado.**

- a) *Todo este tiempo*   b) *Casi siempre*   c) *Algunas veces*   d) *Rara vez*   e) *No, nunca*

**36. Me deshice de posesiones preciadas para mí (por ejemplo: regalando, donando, tirando, quemando).**

- a) *Todas mis posesiones*   b) *Casi todas*   c) *Algunas*   d) *Una posesión*   e) *No, de ninguna*

**37. Duermo más que de costumbre o me cuesta trabajo conciliar el sueño.**

- a) *Todo este tiempo*   b) *Casi siempre*   c) *Algunas veces*   d) *Rara vez*   e) *No, nunca*

**38. Me cuesta trabajo concentrarme.**

- a) *Todo este tiempo*   b) *Casi siempre*   c) *Algunas veces*   d) *Rara vez*   e) *No, nunca*

**39. He sufrido decepciones amorosas.**

- a) *Siempre*   b) *Muchas*   c) *Algunas*   d) *Una decepción amorosa*   e) *No, ninguna*

**40. Me siento confundido (a) respecto a...**

- a) *Todo*   b) *Muchas cosas*   c) *Algunas cosas*   d) *Una cosa*   e) *No, a nada*

**41. Me he reconciliado con personas con las que había tenido problemas.**

- a) *Con todas esas personas*   b) *Con casi todas*   c) *Con algunas*  
d) *Con una persona*   e) *No, con ninguna*

**42. Como más que de costumbre o he perdido el apetito.**

- a) *Todo este tiempo*   b) *Casi siempre*   c) *Algunas veces*   d) *Rara vez*   e) *No, nunca*

**43. Me he sentido desilusionado (a) de la vida.**

- a) *Todo este tiempo*   b) *Casi siempre*   c) *Algunas veces*   d) *Rara vez*   e) *No, nunca*

**44. Desearía no haber nacido.**

- a) *Todo este tiempo*    b) *Casi siempre*    c) *Algunas veces*    d) *Rara vez*    e) *No, nunca*

**45. He dejado de hacer cosas que antes me gustaban.**

- a) *Todas*    b) *Casi todas*    c) *Algunas*    d) *Una*    e) *No, ninguna*

**46. Perdí a personas importantes para mí.**

- a) *A todas*    b) *A casi todas*    c) *Algunas*    d) *A una persona*    e) *No, a ninguna*

**47. He pensado en desquitarme o vengarme por lo que me sucede.**

- a) *Todo este tiempo*    b) *Casi siempre*    c) *Algunas veces*    d) *Rara vez*    e) *No, nunca*

**48. He necesitado desahogarme de mis problemas.**

- a) *Todo este tiempo*    b) *Casi siempre*    c) *Algunas veces*    d) *Rara vez*    e) *No, nunca*

**49. He planeado mi propia muerte.**

- a) *Todo este tiempo*    b) *Casi siempre*    c) *Algunas veces*    d) *Rara vez*    e) *No, nunca*

**50. He intentado quitarme la vida.**

- a) *Cuatro o más veces*    b) *Tres veces*    c) *Dos veces*    d) *Una vez*    e) *No, nunca*

**Anexo 4: Inventario de Desesperanza de Beck.****Inventario de Desesperanza de Beck**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son: verdadera (V) o falsa (F).			
Num.	Reactivo	V	F
1	Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.	( )	( )
2	Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo.	( )	( )
3	Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así.	( )	( )
4	No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.	( )	( )
5	Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.	( )	( )
6	En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar.	( )	( )
7	Mi futuro me parece oscuro.	( )	( )
8	Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio.	( )	( )
9	No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro.	( )	( )
10	Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro.	( )	( )
11	Todo lo que puedo ver delante de mí es más desagradable que agradable.	( )	( )
12	No espero conseguir lo que realmente deseo.	( )	( )
13	Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora.	( )	( )
14	Las cosas no marchan como yo quisiera.	( )	( )
15	Tengo una gran confianza en el futuro.	( )	( )
16	Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa.	( )	( )
17	Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.	( )	( )
18	El futuro me parece vago e incierto.	( )	( )
19	Espero más bien épocas buenas que malas.	( )	( )
20	No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.	( )	( )

**Anexo 5: Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB).****Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB)**

NOMBRE \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE.**

1. Deseo de vivir. ( )

- 0. Moderado a fuerte
- 1. Poco (Débil).
- 2. Ninguno (No tiene).

2. Deseo de morir. ( )

- 0. Ninguno (No tiene).
- 1. Poco (Débil).
- 2. Moderado a fuerte.

3. Razones para Vivir/Morir. ( )

- 0. Vivir supera a morir.
- 1. Equilibrado (es igual).
- 2. Morir supera a vivir.

4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo. ( )

- 0. Ninguno (inexistente).
- 1. Poco (Débil).
- 2. Moderado a fuerte.

5. Deseo pasivo de suicidio. ( )

- 0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
- 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.
- 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

**II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO.**

6. Duración. ( )

- 0. Breves, periodos pasajeros.
- 1. Periodos largos.
- 2. Continuos (Crónicos), casi continuos.

7. Frecuencia. ( )

- 0. Rara, ocasionalmente.
- 1. Intermitente.
- 2. Persistentes y continuos

8. Actitud hacia los pensamientos/deseos. ( )

- 0. Rechazo.
- 1. Ambivalente; indiferente.
- 2. Aceptación.

9. Control sobre la acción/deseo de suicidio. ( )

- 0. Tiene sentido de control.
- 1. Inseguridad de control
- 2. No tiene sentido de control.

10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar). ( )

- 0. No lo intentaría porque algo lo detiene.
- 1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
- 2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar qué factores tienen.

11. Razones para pensar/desear el intento suicida. ( )

- 0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.
- 1. Combinación de 0-2.
- 2. Escapar, acabar, salir de problemas.

### **III. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO.**

12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento. ( )

- 0. Sin considerar.
- 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.
- 2. Detalles elaborados / bien formulados.

13. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento. ( )

- 0. Método no disponible, no oportunidad.
- 1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
- 2. Método y oportunidad disponible
- 2ª. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.

14.Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento. ( )

0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente.
1. No está seguro de tener valor.
2. Está seguro de tener valor.

15.Expectativa/ anticipación de un intento real. ( )

0. No.
1. Sin seguridad, sin claridad.
2. Sí.

#### **IV. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO.**

16.Preparación real. ( )

0. Ninguna.
1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos).
2. Completa.

17.Nota Suicida. ( )

0. Ninguna.
1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.
2. Escrita. Terminada.

18.Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos). ( )

0. No.
1. Sólo pensados, arreglos parciales.
2. Terminados

19.Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida. ( )

0. Revela las ideas abiertamente.
1. Revela las ideas con reservas.
2. Encubre, engaña, miente.

20.Intentos de suicidio Anteriores. ( )

0. No.
1. Uno.
2. Más de uno.

**Anexo 6: Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS).****Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)**

<b>Instrucciones:</b> Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho.		
Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.		
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SÍ	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SÍ	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SÍ	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SÍ	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SÍ	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SÍ	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SÍ	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SÍ	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SÍ	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SÍ	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SÍ	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SÍ	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SÍ	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SÍ	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SÍ	NO

**Anexo 7: Test de Esperanza Desesperanza TED.****Test de Esperanza Desesperanza TED**

Ítem	Nunca	Muy pocas veces	A veces si, a veces no	Muchas veces	Siempre
1. Tengo mucha facilidad para adaptarme a las nuevas situaciones de la vida.	1	2	3	4	5
2 Pienso que la suerte está escrita y muy poco se puede hacer para cambiar el destino.	1	2	3	4	5
3 La adversidad y los problemas en lugar de aplastarme me estimulan a luchar.	1	2	3	4	5
4 Yo creo que la gente es tan falsa que no se puede confiar en nadie.	1	2	3	4	5
5 Procuero hacer cada día algo útil y productivo.	1	2	3	4	5
6 Recuerdo experiencias del pasado que me han marcado como con fuego.	1	2	3	4	5
7 Tengo fe, de que al fin, todas mis cosas van a mejorar.	1	2	3	4	5
8 A través de los años, he tenido experiencias desagradables similares ajenas a mi voluntad.	1	2	3	4	5
9 Creo que con la ayuda de Dios es posible lograr lo que uno se propone.	1	2	3	4	5
10 Una sensación de abatimiento y desesperanza se apodera de mi...	1	2	3	4	5
11 Tiendo a confiar en la gente y esperar lo mejor de ella.	1	2	3	4	5
12 He pensado seriamente que la vida carece de sentido.	1	2	3	4	5
13 Tengo metas y propósitos que espero alcanzar	1	2	3	4	5
14 Veo el panorama muy oscuro en mi vida.	1	2	3	4	5
15 Me atraen los proyectos nuevos y la posibilidad de crear cosas diferentes.	1	2	3	4	5
16 Me persigue la mala suerte y tengo la sensación de que las cosas van a seguir mal.	1	2	3	4	5
17 En los momentos de angustia y sufrimiento intenso, la esperanza me ayuda a superarlos.	1	2	3	4	5

18 Tengo que estar atento (a), porque si me descuido, hasta el mejor amigo me puede traicionar	1	2	3	4	5
19 Realmente disfruto de cada día y deseo vivir lo más posible.	1	2	3	4	5
20 Tengo la tendencia a rememorar las experiencias del pasado.	1	2	3	4	5
21 Yo creo que se puede rescatar algo bueno hasta de la peor tragedia.	1	2	3	4	5
22 Estoy convencido (a) de que hay experiencias significativas en la vida que se vuelven a repetir.	1	2	3	4	5
23 En los momentos críticos es cuando he tomado las mejores decisiones de mi vida.	1	2	3	4	5
24 Me desanimo y deprimó con mucha facilidad.	1	2	3	4	5
25 Miro hacia el mañana depositando mi confianza en Dios.	1	2	3	4	5
26 Se me aparece la idea de terminar con mi vida.	1	2	3	4	5
27 Siento que todavía tengo cosas muy importantes que hacer en la vida.	1	2	3	4	5
28 Me da miedo pensar en las cosas horribles que podrían ocurrir en el futuro.	1	2	3	4	5

**Anexo 8: Cronograma de Intervención.**

Sesión	Fase	Objetivo	Actividades	Estrategias	Instrumento de Registro	Resultado Esperado
1	Definición del problema	Dar a conocer las razones detrás del tratamiento  Identificar el problema y los síntomas emocionales	El terapeuta y el paciente trabajan juntos para definir un problema	Identificar los síntomas y problemas emocionales Formulación del problema Crear conexiones entre los problemas y los síntomas emocionales Definir el problema		El terapeuta relaciona los síntomas emocionales con los problemas y definición de los problemas en términos de comportamiento
2	Selección de metas	En esta sesión, la tarea terapéutica es establecer metas que serán efectuadas durante el proceso de intervención	Entrevista enfocada en el dialogo en donde el terapeuta y el paciente trabajan mano a mano para establecer metas claras, realistas y que apoyen a la permanencia del tratamiento	A: Identificación de las fortalezas y recursos del participante  B: Identificación de recursos educativos, de tiempo libre y recursos materiales	Tabla registro de metas	1.- Obtener objetivos que permiten a los clientes dirigir su atención y comportamiento hacia un solo punto  2.- Objetivos que activan la energía y los esfuerzos del participante

				C: Identificación de personas que pueden brindar apoyo social		3.- Objetivos que motiven a los participantes a encontrar formas de alcanzarlos
				D: Conocimiento de grupos de autoayuda que pueden ayudar a los clientes a enfrentar sus problemas		4.- Objetivos claramente establecidos para aumentar la persistencia
3	Generar soluciones alternativas	Animar al participante a producir soluciones alternativas al problema definido durante la primera sesión	El terapeuta le indica al participante que no sea crítico y que produzca tantas soluciones como sea posible	"Lluvia de ideas" y "Consejos para un amigo que tiene el mismo problema"	Tabla de soluciones alternativas	Facilitar la generación de soluciones más alternativas
4	Toma de decisiones	La tarea terapéutica en esta sesión es elegir la mejor solución al problema	Elegir la solución más adecuada entre las alternativas de solución generadas en la sesión anterior.	Aplicación de la regla de oro "La alternativa de solución apropiada debe resolver ambos	Tabla de evaluación de soluciones alternativas	la mejor solución debe ser aplicable por el paciente y debe alcanzar la meta establecida durante la segunda sesión

			Tomar medidas para resolver el problema identificado para alcanzar la meta que él o ella estableció para su tratamiento	problema y lograr la meta"	
5	Implementación de soluciones	Inicia la implementación de las soluciones encontradas Enseñar al paciente las habilidades necesarias para implementar la solución elegida	Se instruye al participante en las habilidades necesarias para la implementación de la solución seleccionada	Juego de roles y similares para cada participante,	Para contrarrestar el déficit de habilidades
6	Valoración y verificación	La implementación de la solución se evalúa y verifica	Discusión entre el participante y el cliente sobre la efectividad que ha obtenido ante las estrategias implementadas	Evaluar la eficacia de la implementación de las distintas soluciones  Evaluar la eficacia del tratamiento empleado	¿La implementación de la alternativa de solución elegida ha sido exitosa?  ¿Cuáles son los resultados de la implementación?

**Anexo 9: Registro de metas.**

Problema	
Meta	
Meta	
Problema	
Meta	
Meta	
Problema	
Meta	
Meta	

**Anexo 10: Evaluación de soluciones**

Solución Alternativa	Resolución de problema					Congruencia con la meta					Aplicabilidad					Aceptabilidad					Puntuación total	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		

**Anexo 11: Soluciones alternativas.**

No.	Soluciones alternativas
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

## **Anexo 12: Carta de Consentimiento Informado.**

### **Hoja de Consentimiento Informado**

#### **Programa de Intervención cognitivo-conductual en jóvenes con ideación suicida.**

Su hijo \_\_\_\_\_ ha sido seleccionado, para participar en la aplicación métodos y técnicas de terapia bajo el modelo cognitivo-conductual que será llevado a cabo dos veces por semana, en un periodo de 6 sesiones diferentes, de manera individual según el programa. Esta intervención será realizada por el psicólogo Marcos Alejandro Reyes López, alumno del programa de maestría en Psicología, de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. El propósito de esta investigación es que cada participante se pueda expresar de una manera natural y sencilla por medio de las diferentes técnicas e instrumentos que le serán entregados para ser respondidos por él.

Su hijo es seleccionado a participar en el desarrollo de este programa, debido a que reúne los requisitos como la edad y lugar que fue contemplado para la aplicación de este programa de intervención. Se espera que en este estudio participen aproximadamente 5 personas como voluntarias. Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará que colabore en el llenado de dos escalas, una al inicio y otra al final del programa. El periodo de la sesión será aproximadamente de 30-60 minutos.

El beneficio que obtendrá es la convivencia, utilizando pensamientos y reflexiones que le ayuden a un mejor razonamiento. El riesgo al que se puede ver expuesto es molestia al pedirle información personal o incomodidad. En caso de no sentirse cómodo (a) con las actividades, podrá retirarse en el momento que lo desee y se le podrá ofrecer acciones alternativas en caso de que él/ella crea necesitarlo.

Su identidad y todos sus datos personales serán protegidos, la información que él/ella nos proporcione se utilizará exclusivamente con el objeto de la investigación en la que su hijo (a) estará participando por lo que los datos como su nombre, dirección, o cualquier actividad que él/ella comparta se manejarán de manera anónima y estrictamente confidencial.

Tengo conocimiento de que mis datos personales serán protegidos. He leído el contenido de esta hoja, he comprendido acerca de lo que se va a realizar durante este proceso y acerca de los posibles riesgos o beneficios que esta me pueda provocar.

Los resultados sobre el estudio podrán solicitarlos al correo electrónico; mareyespsic@hotmail.com una vez que este haya concluido.

---

**Nombre (Tutor legal)**

---

**Firma**

---

**Fecha**

### **Anexo 13: Carta de Asentimiento.**

#### **Carta de Asentimiento**

##### **Participación en el programa de intervención cognitivo-conductual en jóvenes con ideación suicida.**

Hola soy Marcos Alejandro Reyes López, psicólogo y actualmente estudiante de la maestría en Psicología, de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Actualmente el programa incluye metodología de la investigación, la cual requiere la especialización sobre algún tema específico y actual que esté afectando a la sociedad para poder brindar un beneficio a la misma. Esta intervención es para beneficio de los jóvenes que presentan ideación suicida ya que se plantea bajo el método científico que la intervención cognitivo-conductual bajo el modelo de Marsha Linehan ayuda a la modificación de esta afección.

Tú has sido seleccionado a participar en el desarrollo de este trabajo, debido a que reúnes los requisitos como la edad y lugar que fue contemplado para el desarrollo de este programa. Se espera que en este estudio participen aproximadamente 5 personas como voluntarias. Si aceptas participar en la elaboración de este estudio, se te solicitará que colabores en el con los ejercicios y técnicas programas en el transcurso de 6 sesiones semanales con una duración 30-60 minutos aproximadamente.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que proporcionas será exclusivamente para el desarrollo de la intervención y con el objetivo de mejorar las técnicas o herramientas que se utilicen

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o los resultados de tus mediciones, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. En caso de ser necesario a excepción de tus padres con el objeto de proteger tu integridad o la de otros.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (X) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Sí quiero participar (  )

Nombre: \_\_\_\_\_ grupo \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

\_\_\_\_\_

Fecha: a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_