



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

PROYECTO TERMINAL

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA
PROMOCIÓN DE RESILIENCIA EN ADOLESCENTES
CON IDEACIÓN SUICIDA**

Para obtener el grado de
Maestra en Psicología de la Salud

PRESENTA

Lic. Brissia Stephanie Fuentes Carmen

Directora
Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortíz

Co-Directora
Dra. Norma Angélica Ortega Andrade

Pachuca de Soto, Hgo., México., enero de 2022



18 de enero de 2022

ICSa/MPS/020/2022

Asunto: Asignación de Jurado de Examen

Brissia Stephanie Fuentes Carmen
Alumna de la Maestría en Psicología de la Salud
Presente

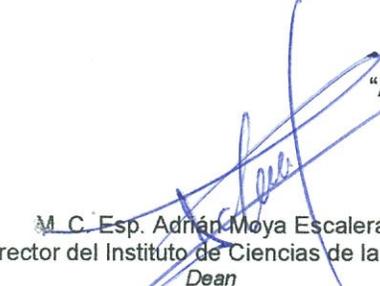
Por medio de este conducto le comunico el jurado que le fue asignado a su Tesis titulada "Intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida", con el cual obtendrá el **Grado de Maestría en Psicología de la Salud**. Después de revisar la tesis mencionada y haber realizado las correcciones acordadas, han decidido autorizar la impresión de la misma.

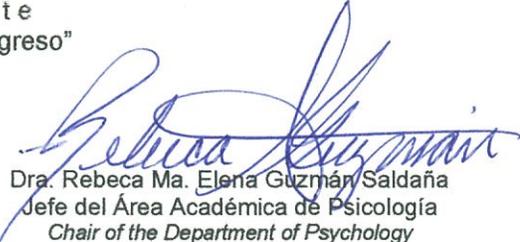
A continuación, se anotan las firmas de conformidad de los integrantes del jurado:

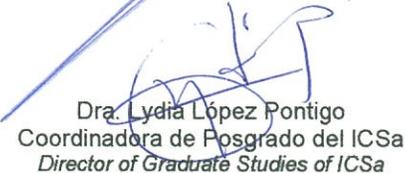
PRESIDENTE	Dr. David Jiménez Rodríguez	
SECRETARIO	Dra. Norma Angélica Ortega Andrade	
PRIMER VOCAL	Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz	
SUPLENTE	Dr. Sergio Galán Cuevas	
SUPLENTE	Dra. Ana Olivia Ruiz Martínez	

Sin otro en particular, reitero a usted la seguridad de mi atenta consideración.

Atentamente
 "Amor, Orden y Progreso"


 M.C. Esp. Adrián Moya Escalera
 Director del Instituto de Ciencias de la Salud
 Dean


 Dra. Rebeca Ma. Elena Guzmán Saldaña
 Jefe del Área Académica de Psicología
 Chair of the Department of Psychology


 Dra. Lydia López Pontigo
 Coordinadora de Posgrado del ICSa
 Director of Graduate Studies of ICSa


 Dra. Lilian Elizabeth Bosques Brugada
 Coordinadora del Programa Educativo
 Director of Graduate Studies

C.c.p. Archivo
 LEBB

Este proyecto de investigación se realizó con el apoyo del Programa Nacional de Posgrados de Calidad (**PNPC**) y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (**CONACYT**) encargados de promover el avance de la investigación científica, bajo el proyecto denominado “Intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida”, con número de **CVU 1036193**. Bajo la responsabilidad de la Dra.Valencia-Ortiz y revisión del Dr.Galán-Cuevas, Dra. Ruíz- Martínez, Dra. Ortega- Andrade y Dr. Jimenez- Rodríguez como parte del cuerpo académico salud emocional (**UAEH-ICSA**) de la Maestría en Psicología de la Salud Orientada a la investigación con número de cuenta **436152**.

*En mi corazón, tú vivirás
Desde hoy será y para siempre
En mi corazón, no importa qué dirán
Dentro de mí, estarás siempre.*

*Para el amigo que se fue...
Yoset*

Agradecimientos

1. A la Doctora Andrómeda Ivette Valencia Ortíz por la confianza, la atención y los conocimientos compartidos. Gracias por ser un modelo de empatía, optimismo y esperanza.
2. Al Doctor Sergio Galán Cuevas por su sabiduría, guía y apoyo para culminar esta tesis con éxito y tener una afable titulación profesional.
3. A la Doctora Ana Olivia Ruíz Martínez, quien me impulsó y me mostró la maravilla de la investigación.
4. Al Doctor Santos Noé Herrera Mijangos, quien confió en mí, guió y ayudó a publicar mi primer artículo de investigación.
5. A mi familia quien me ha forjado a ser una persona responsable, comprometida e independiente "*mis carmelitos*".
6. A mis amigos por aportar buenas cosas a mi vida, felicidad y de diversas emociones que siempre me han causado.
7. A Moisés, quien colaboró para que mis proyectos lucieran más bonitos, por su amor, cariño y comprensión.
8. Agradezco sinceramente a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo por abrirme las puertas para cumplir un sueño, de pertenecer al Programa Nacional de Posgrados de Calidad-CONACyT.
9. A Dios por seguir iluminando mi camino, gracias por tu fortaleza y amor.
10. Finalmente, agradezco cada segundo que este mundo me ha podido dar, visitar muchos lugares, las cosas que he hecho, sí, con todo y los huesos rotos.

Índice

Resumen	9
Abstract	10
Introducción	11
Capítulo I. Suicidio en la adolescencia	13
1.1 Definición	13
1.2 Epidemiología del suicidio	16
1.3 Teorías explicativas del suicidio	18
1.4 Comportamiento suicida	24
1.5 Tipos de comportamiento suicida	25
1.6 Evaluación del suicido	27
1.7 Ideación suicida en adolescentes	29
1.8 Factores de riesgo asociados a la ideación suicida.....	30
1.9 Factores de protección asociados a la ideación suicida.....	32
Capítulo II. Resiliencia en la adolescencia	35
2.1 Definición de resiliencia	35
2.2 Modelos que explican la resiliencia	37
2.3 Componentes de la resiliencia.....	42
2.4 Habilidades de las personas resilientes.....	45
2.5 Investigaciones sobre resiliencia en el adolescente	46
2.6 Medición de la resiliencia	48
2.7 Resiliencia e ideación suicida	51
Capítulo III. Intervenciones psicológicas para prevención del suicidio	54
3.1 Prevención del suicidio	54
3.2 Técnicas cognitivo - conductuales	57
3.3 Primera generación.....	57
3.4 Segunda generación.....	59
3.5 Tercera generación.....	61
3.6 Intervenciones psicológicas para prevención del suicidio	63
3.7 Desarrollo de la resiliencia en intervenciones de prevención del suicidio	68
Método general	72
Justificación	72
Pregunta de investigación.....	72
Objetivo general	73
Objetivos específicos	73

Método Fase I	74
Pregunta de investigación.....	74
Objetivo general	74
Objetivos específicos	74
Tipo de estudio	74
Tipo de diseño	74
Variables	74
Hipótesis de estadísticas	75
Participantes	75
Criterios de inclusión.....	75
Criterios de exclusión.....	75
Criterios de eliminación.....	76
Instrumentos	76
Análisis de datos propuesto.....	76
Consideraciones éticas.....	77
Procedimiento Fase I	77
Resultados Fase I	78
Método Fase II	92
Pregunta de investigación.....	92
Objetivo general	92
Objetivos específicos	92
Tipo de estudio	92
Variables	92
Participantes	93
Tipo de muestreo	93
Criterios de inclusión.....	93
Criterios de eliminación.....	93
Instrumentos	93
Análisis de datos propuesto.....	94
Consideraciones éticas.....	94
Procedimiento Fase II	94
Resultados Fase II	95
Método Estudio I	109
Pregunta de investigación.....	109
Objetivo general.....	109

Objetivos específicos	109
Tipo de estudio	109
Tipo de diseño	109
Variables	109
Hipótesis de investigación	110
Participantes	110
Tipo de muestreo	110
Criterios de inclusión.....	110
Criterios de exclusión.....	110
Criterios de eliminación.....	111
Escenario	111
Instrumentos	111
Análisis de datos.....	112
Consideraciones Éticas	112
Procedimiento Estudio I.....	112
Resultados del Estudio I	114
Discusión y conclusión.....	122
Referencias.....	129
Apéndice.....	143
Apéndice A.....	143
Apéndice B.....	146
Apéndice C	151
Apéndice D	152
Apéndice E.....	153

Índice de tablas

Tabla 1. Concepto de resiliencia en diferentes disciplinas	36
Tabla 2. Definiciones sobre resiliencia en psicología	36
Tabla 3. Categorías de factores resilientes	42
Tabla 4. Factores de resiliencia	43
Tabla 5. Medidas de prevención del suicidio	55
Tabla 6. Aproximaciones primera, segunda y tercera generación	63
Tabla 7. Intervención para prevenir el comportamiento suicida	67
Tabla 8. Operacionalización de las variables	74
Tabla 9. Descriptivos del cuestionario de resiliencia total y por factor en adolescentes	79
Tabla 10. Descriptivos del inventario multifacético de la ideación suicida	84
Tabla 11. Correlación resiliencia e ideación suicida	91
Tabla 12. Variable independiente	92
Tabla 13. Variable dependiente	93
Tabla 14. Grado académico de los jueces expertos	95
Tabla 15. Experiencia en la practica clínica en terapia cognitivo conductual	95
Tabla 16. Experiencia en el uso de estrategias con componentes de resiliencia	95
Tabla 17. Objetivos generales de las sesiones de la intervención	98
Tabla 18. Variable independiente	109
Tabla 19. Variable dependiente	110
Tabla 20. Discurso de la participante al concluir la intervención	121

Índice de figuras

Figura 1. Panorama del espectro suicida: tipos de suicidio.....	15
Figura 2. Pirámide del suicidio.....	25
Figura 3. Señales de alerta.....	32
Figura 4. Modelo de la casita.....	38
Figura 5. Mirada de la resiliencia desde el modelo ecológico	40
Figura 6. La rueda de la resiliencia.....	41
Figura 7. Habilidades resilientes en adolescentes	45
Figura 8. Esquema general de investigación.....	73
Figura 9. Distribución de los participantes por edad.....	78

Figura 10. Distribución de los participantes por grado	78
Figura 11. Diagrama de cajas de la resiliencia total por sexo y nivel escolar	80
Figura 12. Diagrama de cajas del factor protector interno por sexo y nivel escolar	80
Figura 13. Diagrama de cajas del factor protector interno por sexo y nivel escolar	81
Figura 14. Diagrama de cajas del factor empatía por sexo y nivel escolar	82
Figura 15. Resiliencia total.....	82
Figura 16. Factor protector interno	83
Figura 17. Factor protector externo	83
Figura 18. Factor empatía.....	84
Figura 19. Diagrama de cajas Ideación suicida total por sexo y nivel escolar	85
Figura 20. Diagrama de cajas dominio agresividad por sexo y nivel escolar	86
Figura 21. Diagrama de cajas dominio ansiedad por sexo y nivel escolar.....	86
Figura 22. Diagrama de cajas dominio autoestima por sexo y nivel escolar.....	87
Figura 23. Diagrama de cajas dominio relaciones familiares por sexo y nivel escolar.....	88
Figura 24. Diagrama de cajas dominio tolerancia a la frustración por sexo y nivel escolar	88
Figura 25. Diagrama de cajas dominio pensamientos suicidas por sexo y nivel escolar	89
Figura 26. Diagrama de cajas dominio autoeficacia por sexo y nivel escolar	90
Figura 27. Diagrama de cajas dominio depresión por sexo y nivel escolar.....	90
Figura 28. Diagrama de cajas dominio desesperanza por sexo y nivel escolar.....	91
Figura 29. Estructura de la intervención	97
Figura 30. Resultados dos del cuestionario de resiliencia.....	114
Figura 31. Resultados de los factores del cuestionario de resiliencia	115
Figura 32. Resultados del inventario multifacético de la ideación suicida.....	115
Figura 33. Resultados de las dimensiones del IMIS-V	116
Figura 34. Split alegría.....	117
Figura 35. Split tristeza	117
Figura 36. Split tristeza análisis clínico.....	118
Figura 37. Split enojo	118
Figura 38. Split miedo.....	119
Figura 40. Split pensamiento	120
Figura 41. Split agradecimiento	120

Resumen

El suicidio adolescente es un grave problema de salud pública que se ha registrado con un incremento significativo a nivel mundial. Es la cuarta causa de muerte entre los 15 y los 19 años. Aun tratándose de un grave problema de salud pública, se puede prevenir con intervenciones oportunas y basadas en evidencia. Es por ello, que la presente investigación tuvo como objetivo demostrar la efectividad de una intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida, dividida en dos fases y un estudio. En la fase I, consistió en un análisis descriptivo correlacional para reportar ideación suicida y resiliencia baja en 452 estudiantes de un Bachillerato Tecnológico del Estado de San Luis Potosí. Se utilizó el cuestionario de resiliencia (González-Arratia,2016) y el Inventario Multifacético de la Ideación Suicida IMIS V-Preparatorias (Galán et al., 2015). Los resultados obtenidos demostraron la presencia de ideación suicida en el 4.4% de la muestra y en el 1.3% resiliencia baja. Considerando los resultados previos y mediante la revisión de la bibliografía. La fase II, consistió en el diseño y validación por 7 jueces expertos en el campo de la psicología de la salud donde se demostró que la intervención se encontraba teóricamente respaldada y emplea las técnicas psicológicas específicas para mitigar pensamientos suicidas, incrementar componentes de resiliencia y mejorar la calidad de vida. Finalmente, en el estudio I se procedió con la implementación de la intervención a modo de estudio de caso único. Para medir los resultados antes y después del tratamiento, mediante el uso de los instrumentos de la fase I y autorregistros que medían la intensidad de las emociones, pensamientos y agradecimiento de la participante. Se encontró una diferencia en su evaluación pre y post con una alta significancia clínica. Se concluye, que es una propuesta de intervención adecuada para adolescentes y puede ser utilizada como estrategia de promoción y prevención de la salud en la escuela.

Palabras clave: ideación suicida, resiliencia, adolescencia, intervención cognitivo-conductual.

Abstract

Adolescent suicide is a serious public health problem that has increased significantly worldwide. It is the fourth leading cause of death among 15-19 year olds. Although it is a serious public health problem, it can be prevented with timely and evidence-based interventions. Therefore, the present research aimed to demonstrate the effectiveness of a cognitive behavioral intervention for the promotion of resilience in adolescents with suicidal ideation, divided into two phases and a study. Phase I consisted of a descriptive correlational study to report suicidal ideation and low resilience in 452 students of a Technological High School in the State of San Luis Potosi. The resilience questionnaire (González-Arratia,2016) and the Multifaceted Inventory of Suicidal Ideation IMIS V-Preparatory (Galán et al., 2015) were used. The results obtained showed the presence of suicidal ideation in 4.4% of the sample and low resilience in 1.3%. Considering the previous results and by reviewing the literature. Phase II consisted of the design and validation by 7 expert judges in the field of health psychology, where it was demonstrated that the intervention was theoretically supported and used specific psychological techniques to mitigate suicidal thoughts, increase resilience components and improve quality of life. Finally, study I proceeded with the implementation of the intervention as a single case study. To measure the results before and after the treatment, using the phase I instruments and self-registers that measured the intensity of the participant's emotions, thoughts and gratitude. A difference was found in their pre and post evaluation with a high clinical significance. It is concluded that it is an appropriate intervention proposal for adolescents and can be used as a strategy for health promotion and prevention at school.

Key words: suicidal ideation, resilience, adolescence, cognitive-behavioral intervention.

Introducción

La magnitud de la problemática suicida en nuestro país ha crecido de manera consciente en los últimos treinta años hasta alcanzar proporciones de reto para la salud pública. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) reportó cerca de 703,000 personas se quitan la vida lo que representa aproximadamente un suicidio cada 40 segundos. Uno de los hallazgos más preocupantes a nivel mundial es el aumento de las tasas de suicidio entre los jóvenes de 15 a 19 años que se sitúa en la cuarta causa de muerte más frecuente en este grupo de edad.

Además, nos encontramos ante un fenómeno que lejos de disminuir se ha incrementado en la actualidad a pasos agigantados, afecta de manera directa a los adolescentes, población considerada aparentemente sana, pero totalmente expuesta a factores de riesgo que determinan la aparición de problemas graves de salud, sin embargo, no sólo afecta al adolescente que lo comete, pues tanto las causas como el acto mismo involucra a su entorno (Cuesta-Revé, 2017). La adolescencia se caracteriza por la búsqueda de identidad, aceptación e independencia. En esa búsqueda se enfrentan a situaciones de riesgo que de no ser manejadas adecuadamente pueden convertirse en factores que propician la conducta suicida (Rosabal et al., 2015).

Si bien es sabido, el suicidio es poco frecuente en la infancia y la adolescencia temprana. Sin embargo, las cifras para el 2018, en México sucedieron 641 fallecimientos por lesiones autoinfligidas del grupo de niñas, niños y adolescentes de 10 a 17 años. Lo anterior representa una tasa de 3.6 fallecimientos por cada 100 mil niñas, niños y adolescentes, situación que ha permanecido prácticamente sin cambios desde 2014 donde se encontraba en 3.7. Por sexo, la tasa en hombres de 10 a 17 años se encuentra en 4.2 por cada 100 mil niñas, niños y adolescentes, mientras que, para las mujeres de estas edades, fue de 2.9 por cada 100 mil. Es decir, los niños y adolescentes masculinos son más propensos que los niñas y adolescentes femeninas a las tentativas suicidas (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020b).

De este modo, la conciencia sobre el efecto del comportamiento suicida en nuestra sociedad ha ido en aumento, así como el interés por las medidas para prevenir o minimizar el daño causado. La etiología del suicidio es compleja y multifactorial que puede variar en cada territorio o con el tiempo, lo cual impone a contar con sistemas de información robustos y a combinar intervenciones de diversa naturaleza. Es por ello, que constituye un óptimo paradigma de intervención compleja de salud pública (Gabilondo, 2020).

Décadas de investigación sobre el suicidio se han centrado principalmente en los factores de riesgo de la conducta suicida, mientras que pasan por alto factores protectores como la resiliencia que pueden ayudar a abordar esta importante crisis de salud pública. Esta falta de atención a los factores protectores en el suicidio juvenil es alarmante dado que no hemos mejorado nuestra capacidad para prevenir el suicidio juvenil (Curtin et al., 2016).

La resiliencia como objetivo del tratamiento no recibe una atención significativa en el campo de la terapéutica. Mejorar la resiliencia debería ser parte del plan de tratamiento de cada paciente (Sher, 2019). Autores como Teruel y Bello (2014) rescatan la importancia del fomento de la resiliencia ante el suicidio ya que ha ofrecido cierta luz sobre este aspecto, han demostrado que diversos grupos de variables, de forma sumativa o en interacción, promueven la protección de adolescentes y jóvenes ante respuestas como la ideación, tentativa o suicidio consumado, amortiguando incluso el efecto de las variables de riesgo.

Es por ello, que en los últimos años la resiliencia se ha convertido en un foco de investigación y prevención del suicidio como parte de las intervenciones preventivas, universales o selectivas debido a su gran potencial para guiar el desarrollo de intervenciones eficaces en poblaciones de riesgo mediante el uso de estrategias y técnicas reconocidas para la aplicación clínica (Southwick & Charney, 2012; Sher, 2019).

La presente investigación consta de tres capítulos, los cuales se describen a continuación. El primer capítulo corresponde a la definición, epidemiología y teorías explicativas del suicidio, de igual manera se aborda el comportamiento suicida, los factores de riesgo y protección asociados a la ideación suicida. El segundo capítulo plantea la definición de resiliencia, los modelos explicativos, investigaciones sobre la resiliencia en adolescentes, así como su relación con la ideación suicida. Finalmente, en el tercer capítulo se presentan las intervenciones psicológicas basadas en evidencia para la prevención del suicidio, desde el modelo cognitivo conductual. Para así demostrar la efectividad de una intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida.

Capítulo I. Suicidio en la adolescencia

La adolescencia ha sido identificada como un periodo de transición de la niñez hacia la adultez temprana, entre los 10 y los 19 años que se caracteriza por grandes cambios emocionales, sociales y físicos. De igual manera, en este periodo se experimentan cambios frecuentes en las metas de vida, en los vínculos románticos, en las aspiraciones de estudio y en la visión del mundo. La manera en que se afrontan estos eventos podrían facilitar que algunos adolescentes muestren síntomas depresivos o conductas suicidas, por la incapacidad de enfrentar los cambios que se les presentan (Rosabal et al., 2015).

Desde la posición de Cuesta-Revé (2017) considera que el suicidio en la adolescencia no se trata de una mera entidad psicopatológica, sino de un fenómeno complejo. Incluso en algunos casos aparece como un comportamiento funcional porque otorga un final al sufrimiento que la persona padece. La magnitud de la problemática suicida en nuestro país ha crecido de manera consistente en los últimos treinta años hasta alcanzar proporciones de reto para la salud pública. Uno de los hallazgos más preocupantes a nivel mundial es el aumento de las tasas de suicidio entre los jóvenes de 15 a 29 años que se sitúa en la tercera causa de muerte más frecuente en este grupo de edad (Organización Mundial de la Salud [OMS],2019).

Aunado a lo anterior, este incremento ha modificado la percepción del suicidio en México, por lo que ha pasado a ser un fenómeno de atención personal a un problema social que debe ser analizado y entendido como objeto de estudio e intervención multidimensional por lo que es imprescindible trabajar en el campo de la prevención primaria con la identificación de factores protectores y una secundaria a través de la detección de elementos de riesgo que requiere de manera urgente, estrategias y programas de promoción para la salud mental que reviertan o disminuyan su incidencia (Ibarra-Lopez & Morfín-Lopez, 2017).

1.1 Definición

Etimológicamente, el término suicidio proviene de las expresiones latinas: *sui* y *caedere* que significa “matarse a sí mismo”, el suicidio, por tanto, es el acto autoinfligido para causar la muerte en forma voluntaria y deliberada (Echeburúa, 2015).

Para Baader et al. (2011), el suicidio es una conducta o acto autodestructivo, que tiene como meta alcanzar la muerte, con un elevado deseo de morir y con el conocimiento, esperanza y

creencia, de que con el método elegido es posible alcanzar la muerte. Por otro lado, Durkheim (2012), señala que el suicidio es todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la misma víctima, a sabiendas del resultado.

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), definió al suicidio como una autolesión intencionada, así como una conducta de afrontamiento. El suicidio es considerado como el acto liberador de quitarse la vida de manera intencionada (OMS, 2019).

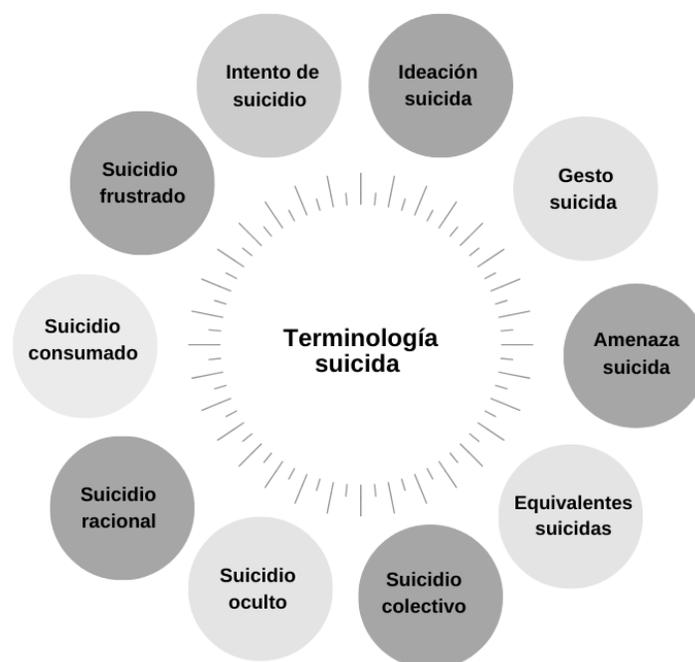
El uso de términos y definiciones vagos o inconsistentes ha obstaculizado el progreso en la investigación y la teoría del suicidio. Por ejemplo, algunos usan el término comportamiento suicida como un término general que abarca cualquier pensamiento o acción suicida sin tomar medidas adicionales para distinguir los pensamientos de los planes, los intentos no fatales y los intentos que resultan en la muerte. Dentro del dominio de la violencia suicida autodirigida, el suicidio se define como la muerte causada por un comportamiento perjudicial autodirigido con la intención de morir como resultado del comportamiento; intento de suicidio se define como un comportamiento no fatal, autodirigido, potencialmente perjudicial con la intención de morir como resultado del comportamiento, incluso si el comportamiento no resulta en una lesión; y la ideación suicida se define como pensar, considerar o planificar el suicidio (Klonsky et al., 2016).

Por tanto, el comportamiento suicida es toda conducta humana impregnada de fantasías, deseos o ideas de muerte que pueden o no terminar en un acto autodestructivo. El concepto abarca desde una fantasía hasta la decisión firme de morir, pasando por los gestos suicidas, los intentos de suicidio hasta el suicidio frustrado por mencionar algunos (Rocamora, 2013).

Con base en Quintanar (2007), para hacer referencia a este fenómeno se presenta el espectro suicida más conocido (ver Figura 1).

Figura 1

Panorama del espectro suicida: tipos de suicidio



Nota. Elaboración propia con base en Quintanar (2007).

A continuación, se describe brevemente cada uno de los términos empleados en el panorama del espectro suicida desde el punto de vista de Quintanar (2007), que incluye:

- **Suicidio consumado:** conducta autodestructiva y auto infringida que termina con la muerte de la persona que lo lleva a cabo
- **Suicidio frustrado :** suicidio que no llega a consumirse por un imprevisto con el cual no contaba el sujeto, lo interrumpe.
- **Intento de suicidio:** tiene todos los elementos del suicidio consumado, excepto que las personas sobreviven usualmente a las circunstancias, buscando el intento controlado.
- **Ideación suicida:** tiene pensamientos de fantasías acerca de la muerte.
- **Gesto suicida:** amenaza con hechos sobre una conducta autodestructiva que se llevará a cabo. Suele estar representada por simbolismos.
- **Amenaza suicida:** amenaza verbal con expresiones autodestructivas.
- **Equivalentes suicidas:** automutilaciones que puede hacerse una persona y que pueden poner en riesgo su vida.

- **Suicidio colectivo:** la conducta autodestructiva la llevan a cabo varias personas a la vez. En este tipo de suicidio es normal que una persona del grupo sea la inductora y el resto los dependientes.
- **Suicidio oculto:** actitud pasiva que se asume con la intención reconocida o no, de terminar con la propia vida de una manera vedada.
- **Suicidio racional:** tras una larga enfermedad, la persona llega a la conclusión de que lo mejor que puede hacer es suicidarse

Si bien, la conducta suicida es un fenómeno complejo, con implicaciones existenciales, psicopatológicas, sociales incluso morales, es difícil de definir y de delimitar el tema por la confusión que pudiera traer consigo los diferentes actos suicidas, debido a que cada uno es parte del mismo fenómeno, pero en circunstancias temporales distintas (Rocamora, 2013). Ahora bien, en el siguiente apartado se abordara la distribución y la frecuencia de factores o eventos relacionados con el suicidio mediante datos estadísticos a nivel mundial, nacional y estatal del comportamiento suicida.

1.2 Epidemiología del suicidio

A nivel mundial, el suicidio representa aproximadamente el 6% de todas las muertes entre los jóvenes, como la segunda causa principal de mortalidad entre las mujeres y la tercera causa principal entre los hombres de 10 a 24 años, el suicidio juvenil es una de las principales preocupaciones mundiales de salud pública (McKinnon et al., 2016).

Para ello, la OMS (2021) señaló que cerca de 703.000 personas se quitan la vida, lo que significa un deceso por esta causa cada 40 segundos. El suicidio se puede producir en cualquier edad; sin embargo, en 2021 se reportó la mortalidad prematura en personas de 15 a 19 años como la cuarta causa de muerte más frecuente en este grupo de edad. Además, que en ese mismo año se detectó que el 77% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos.

En los países ricos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la razón hombre:mujer es mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer. Se estima que los medios más frecuentes utilizados para el suicidio a nivel mundial se encuentra la ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego. Sin, embargo,

también se recurre a muchos otros métodos, que varían según el grupo de población (OMS, 2014).

Los investigadores McKinnon et al. (2016), analizaron datos de estudiantes de entre 13 y 17 años que participaron en las encuestas de salud escolares globales de 2003-2012 en 32 países, de los cuales 29 son ingresos bajos y medios. En todos los países, la prevalencia agrupada de 12 meses de ideación suicida fue del 16,2% (intervalo de confianza del 95%, IC: 15,6 a 16,7) entre las mujeres y del 12,2% (IC del 95%: 11,7 a 12,7) entre los hombres y la ideación con un plan fue 8.3% (IC 95%: 7.9 a 8.7) entre mujeres y 5.8% (IC 95%: 5.5 a 6.1) entre los hombres. La ideación del suicidio en la Región de las Américas de la OMS fue mayor en mujeres que en hombres, con una razón de prevalencia estimada de 1.70 (IC 95%: 1.60 a 1.81), mientras que esta razón fue 1.04 (IC 95%: 0.98 a 1.10) en la OMS Región Africana. Los factores asociados con la ideación suicida en la mayoría de los países incluyeron experiencias de acoso y violencia física, soledad, apoyo limitado de los padres y uso de alcohol y tabaco.

En la República Mexicana, Pérez-Amezcuca et al. (2010) examinaron datos de 12424 adolescentes de entre 14 y 19 años de edad estudiantes provenientes de 149 escuelas en México. Los estudios arrojaron las prevalencias de ideación e intento suicida en las 32 entidades del país: Michoacán tiene la mayor prevalencia de ideación (56%), seguida de San Luis Potosí (54%) y Tlaxcala (54%). Sonora y Zacatecas presentaron la prevalencia más baja de este problema (35%). En relación con el intento suicida, la mayor prevalencia fue en Tabasco (15%), seguida de Morelos, Oaxaca y San Luis Potosí, con 14%, mientras que Hidalgo y Tamaulipas tuvieron menor prevalencia (5%). En conclusión, casi la mitad de los (as) estudiantes del nivel medio superior presentaron al menos un síntoma de ideación. Para disminuir esta problemática se deben considerar los factores asociados: el consumo de sustancias adictivas, género, antecedentes de abuso sexual y depresión.

Las cifras para el 2016, en México aumentaron a un total de 6 291 suicidios, lo cual representa una tasa de 5.1 suicidios por cada 100 000 habitantes. Además, que ocho de cada 10 suicidios ocurridos durante ese mismo año fueron cometidos por un hombre (5116), mientras que dos de cada diez (1 173), por mujeres de los 6 291 casos de suicidio según datos del Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. El análisis de las tasas de suicidio por grupo de edad y sexo permite observar que, en la población masculina, las tasas se presentan entre los grupos de edad de 20 a 44 años, siendo la de los jóvenes de 20 a 24 la más alta con 16 suicidios por cada 100.000 hombres. En tanto que las mujeres, la tasa más alta se presenta en el grupo

de 15 a 19 años con 4 suicidios por cada 100.000 mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018a).

El volumen de suicidios varía entre zonas geográficas y entidades federativas, para 2016, las entidades federativas que tuvieron mayores tasas de suicidio fueron Chihuahua y Yucatán con 11.4 y 10.2 suicidios por cada 100 000 habitantes respectivamente; niveles que duplican la tasa nacional, a las entidades mencionadas le siguen Aguascalientes (9.6), Campeche (9.1) y Colima (8.5). En el otro extremo, con las tasas más bajas se encuentran Guerrero, Veracruz y Oaxaca, con 2.1, 2.5 y 2.9 suicidios por cada 100 000 habitantes, respectivamente (INEGI, 2018a).

El primer análisis realizado en Pachuca de Soto, Estado de Hidalgo en el año de 1997 se realizó un estudio para indagar la problemática suicida en estudiantes de secundaria y bachillerato. En la cual, se encontró una prevalencia de conductas suicidas de 8.3% con una proporción de dos mujeres por cada varón: 13.3% y 6.3%, de manera representativa y la edad de inicio en que se llevó a cabo esta conducta fue de los 13 años en ambos sexos (González-Forteza, et al.,1998). En una universidad pública del Estado de Hidalgo se llevó a cabo una investigación con 203 estudiantes que acudieron atención psicológica con un rango de edad entre 17 a 32 años, con un promedio de edad de 21 años, dónde se encontró que el 49.96% de los estudiantes mencionó haber tenido pensamientos suicidas (Suberbiel, 2018).

Por lo tanto, aun cuando las tasas de suicidio e intento de suicidio adolescente en el país no sean las más altas en comparación con los otros países, no deja de ser el comportamiento suicida un problema importante de salud pública. Casi cinco de cada diez personas que intentaron suicidarse en México tenían una edad menor de 24 años (Dávila et al., 2015). Ahora bien, en el subsecuente apartado se plantean las principales interpretaciones teóricas que intentan dar una explicación coherente al fenómeno suicida desde el punto de vista sociocultural, psicoanalítico, cognitivo y biológico-genético.

1.3 Teorías explicativas del suicidio

Las formas en que se ha conceptualizado el suicidio a lo largo de la historia van desde el punto filosófico hasta llegar a los campos sociológicos, médicos y psicológicos por mencionar los principales (Rivera, 2015).

Teoría sociológica

Representada por el francés Émile Durkheim, quien en el año de 1897 publicó uno de los primeros estudios acerca del suicidio desde la perspectiva sociológica. Frente a un comportamiento habitualmente explicado por razones psicológicas intrínsecas a un individuo particular, el sociólogo mostró la forma en que la tasa social de suicidios sólo es explicable sociológicamente.

La aplicación de la teoría social durkheimiana a la explicación de un fenómeno social específico. En dicha aplicación se entrecruzan supuestos sistemáticos acerca de lo que constituye la esencia de la sociedad y sus condiciones de posibilidad, supuestos metodológicos acerca de cómo acceder científicamente a fenómenos sociológicos, y supuestos políticos sobre el papel de la ciencia en la sociedad moderna. Durkheim considera a la sociedad como una instancia *sui generis* que no podría ser explicada a través de las conciencias individuales que la componen, sino que se relaciona con un conjunto de sentimientos, ideas, creencias y valores que surgen a partir de la organización social (Neira, 2018).

Durkheim considera que los hechos sociales deben ser estudiados como cosas, es decir, realidades que son exteriores al individuo. Por esta razón la tasa del suicidio no puede ser explicada por motivaciones personales, sino que representa una inclinación de una sociedad hacia el suicidio, por lo que esta tasa se mantendrá estable hasta que el carácter de la sociedad no cambie (Eguíluz et al., 2010).

La orientación sociológica explica el suicidio como resultado de las condiciones y estructuras de la sociedad. Se considera, que en cada grupo social existe una tendencia específica al suicidio dependiente de aspectos sociales. Es decir, no son los individuos los que se suicidan, sino la sociedad que lo hace a través de ellos (Sánchez et al., 2014).

Siendo el suicidio un fenómeno social, las causas de su variación deben encontrarse en los diferentes tipos de sociedad, que dan lugar a diferentes tipos de suicidio. Partiendo de esta idea distingue tres tipos que responden a tres diferentes modos o estructuras de sociabilidad: el egoísta, altruista, anómico y fatalista. Cada uno representativo de un tipo de estructura social (Neira, 2018). En resumen, Durkheim propuso una explicación social de la tasa de suicidios,

potenciada por una falta o un exceso de integración o regulación en la sociedad, es decir, el suicidio es el resultado de las influencias y el control de la sociedad (Kołodziej-Sarzyńska et al., 2019).

Teoría cognitivo conductual

El principal representante de la teoría es Aaron Beck. Su teoría dice que los hombres crean categorías internas o mentales de acuerdo con sus experiencias y a partir de estas categorías la persona percibe, interpreta y estructura la realidad. Beck interpreta el suicidio desde el marco de la depresión, la cual, dice se produce cuando un sujeto sufre distorsiones en el procesamiento de la información. Beck consideraba que la depresión era una pérdida de la energía vital, que a su vez es el resultado de una fila de expectativas originadas por las percepciones erróneas de la persona, surgiendo de la triada cognitiva: visión negativa de uno mismo, visión negativa del futuro y visión negativa del mundo. En el marco de esta teoría, se cree que los individuos suicidas tienen una estructura cognitiva especial, diferente a la de las personas que no presentan perturbaciones. En el suicida hay una ambivalencia entre el deseo de vivir y morir, lo cual origina un conflicto antes del acto suicida. Es decir, Beck planteó que el suicidio es una expresión del deseo de escapar de las situaciones que no se pueden soportar (Eguiluz et al., 2010).

La estructura cognitiva de cada individuo se ha ido generando a lo largo de su biografía, partiendo de la concepción que tiene de sí mismo y de su entorno, dando lugar a una forma personal e intransferible de entender y valorar la existencia humana. Los esquemas y presunciones básicas son los pilares sobre los que se construye la estructura cognitiva de cada persona. Respecto al suicidio los esquemas (estructuras cognitivas inconscientes que mantienen el sistema de valores de la persona y provocan los sentimientos automáticos del individuo) de estos individuos se centran frecuentemente en temas específicos de vulnerabilidad a la pérdida, al abandono y a su incapacidad o desmerecimiento de amor. Se ha comprobado que los individuos suicidas muestran deficiencias en su capacidad para generar y evaluar soluciones. Las distorsiones cognitivas se mantienen mediante los esquemas y presunciones básicas "rigidez cognitiva", que conduce al individuo a contemplar el suicidio como la única salida posible (Rocamora, 2013).

El modelo cognitivo de Beck, menciona que los pensamientos y la manera de interpretar los eventos de la vida tiene un rol causal en las respuestas emocionales y conductuales a tales

eventos, esto significa que existen factores de vulnerabilidad disposicional que predisponen al individuo para desarrollar psicopatologías y estas incrementan la probabilidad de cometer actos suicidas como factores que predisponen al individuo a cometer actos suicidas sin tener un antecedente de psicopatología (Galindo & Bahamón, 2017).

Teorías psicoanalíticas

En la teoría freudiana encontramos una aproximación a cierta explicación psicodinámica del suicidio. La primer mención que hace Freud del suicidio, se encuentra en su obra "Psicopatología de la vida cotidiana" (1901), en la cual advierte que el suicidio es el desenlace del conflicto psíquico. A su vez, sugiere que los daños casuales poseen una determinación inconsciente autopunitiva, la cual se suele exteriorizar en los pacientes neuróticos mediante los autorreproches. En este caso, Freud hacía referencia a aquellas situaciones que, no siendo buscadas de manera deliberada (conscientemente), desembocan en accidentes fatales para la víctima (Massa & França, 2016).

Además, afirmó la existencia de dos tipos de pulsiones que operan en el inconsciente: Eros (instinto de vida) y Thanatos (instinto de muerte). Los sentimientos ambivalentes generados por estas energías han desatado fuertes conflictos anímicos en donde el sujeto no siempre sale bien librado, pero también han permitido un equilibrio o estabilidad en la persona. Sin embargo, como menciona el autor en Duelo y melancolía (1915), en el suicidio intervienen sentimientos de melancolía, agresividad, ira y hostilidad que al no poder ser canalizados hacia el objeto fuente, son proyectados hacia el Yo. Es decir, la persona que experimenta esta furia, la revierte para satisfacer ese deseo de destrucción o aniquilación; esto igual puede ser entendido como un sadismo dirigido al Yo mismo (Jiménez & Cardiel, 2013).

Por otro lado, Adler (1968) sostenía que el suicidio es común en personalidades dependientes, egoístas, con autoestima baja y con sentimientos de inferioridad. Por su parte Klein (1935) señalaba que la melancolía tenía que ver con la incapacidad del sujeto de manejar el dolor característico de la posición depresiva y de esta manera, el suicidio sería una posibilidad para la solucionar aquello (Vega de la Puente, 2014).

Ahora bien, desde la perspectiva de Jung afirma que la muerte era algo irremediable, que con el tiempo le llegaría a cada persona, pero existían personas que tienden a oponerse al tiempo y tratan de apresurarla de manera activa. Jung mencionaba que el yo (self) tiene un lado oscuro

y un lado brillante; que cuando el que predomina es el lado oscuro, la muerte parece más deseable. En otras palabras, considera al suicidio como la destrucción de la armonía entre lo consciente y lo inconsciente derivado de impulsos agresivos reprimidos (Ferreyra, 2018).

Teoría biológica

La teoría biológico-genética plantea si lo que se transmite es una herencia específica del suicidio o de la enfermedad mental. Varios estudios han señalado la asociación entre el suicidio y depresión. Las explicaciones iniciales de las teorías genéticas intentan dar una interpretación en aquellos casos donde existían familias con alta incidencia de suicidios, en las cuales se encontró riesgo significativamente más alto de suicidio en las familias de los pacientes depresivos y maníacos que habían cometido suicidio, que en los familiares de aquellos que no lo habían cometido (Lutz et al., 2017)

Respecto a los factores biológicos asociados a la conducta suicida se han registrado niveles anormales de cortisol. Sin embargo, los resultados son contradictorios, pues se observan niveles tanto altos como bajos en las personas con tentativas suicidas (Ibarra-Lopez & Morfín-Lopez, 2015). Otro factor biológico observado es la desregulación en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) en pacientes con desordenes del estado de ánimo y conducta suicida. Esta actividad se refleja en la secreción de cortisol, ya que las altas concentraciones de este en la orina fueron encontradas en pacientes que han intentado o completado un suicidio (Eguíluz et al., 2010).

Estudios *posmortem* documentan alteraciones en el sistema noradrenérgico central en víctimas del suicidio. Los niveles bajos en la respuesta noradrenérgica se han asociado con el riesgo suicida. Asimismo, se han examinado los sistemas neurotransmisores de serotonina, noradrenalina y dopamina, donde encontraron baja actividad de neuronas presinápticas serotoninérgicas 5-HT en corteza prefrontal, hipotálamo y tallo cerebral. Se han observado bajos niveles de noradrenalina. El sistema dopaminérgico se ha visto alterado durante el trastorno depresivo y existen pocos estudios para determinar cómo pudiera estar implicado en el suicidio (Ibarra-Lopez & Morfín-Lopez, 2015).

En los estudios más recientes sobre suicidio con base en Turecki y Brent (2016) familiares muestran que el riesgo de intentos es mayor en los familiares de personas que murieron por suicidio, y que el riesgo de morir por suicidio es mayor en los familiares de personas con

antecedentes de intentos de suicidio. Es poco probable que estos efectos resulten de la imitación porque los estudios de adopción muestran concordancia entre parientes biológicos, pero no adoptivos. Aunque los trastornos psicopatológicos también se agregan en las familias, la transmisión del comportamiento suicida parece estar mediada por la transmisión de la agresión impulsiva. Los estudios de gemelos y de adopción sugieren que los factores genéticos tienen en cuenta para parte de la transmisión familiar de la conducta suicida, con estimaciones de heredabilidad del 30-50% (Fu et al., 2002). Sin embargo, cuando se tiene en cuenta la heredabilidad de otras condiciones psiquiátricas, la heredabilidad específica del suicidio se estima en 17.4% para los intentos de suicidio. y 36% para ideación suicida. La ideación parece estar transmitida junto con los trastornos del estado de ánimo y muestra un patrón distinto para la transmisión del comportamiento suicida (Turecki & Brent, 2016).

Dicho con palabras de Ibarra-Lopez & Morfin-Lopez (2017) sobre el suicidio consideran que se trata de un problema multicausal debido a la interacción de diversos factores de riesgo que afectan de manera diferenciada en las diversas etapas de la vida en la cual se presentan. Entre sus causas se identifican aspectos biológicos, en específico los genéticos y neurobiológicos; algunos factores psicológicos relacionados son la impulsividad, poca tolerancia a la frustración, sentimientos de soledad y desesperanza.

Dado lo anterior, es interesante señalar por qué estudiar el suicidio desde la teoría cognitiva para esta investigación, debido a que los individuos elaboran categorías mentales en función de sus experiencias. Con dichas categorías los individuos perciben, estructuran e interpretan la realidad. Las categorías distorsionadas generan depresión, la cual provoca conducta suicida, producida porque el individuo elabora una imagen distorsionada de la realidad (Galindo & Bahamón, 2017). Ahora bien, en las tendencias actuales en el entrenamiento de profesionales de la salud, incluyendo el desarrollo de experiencias didácticas y de prácticas en intervenciones cognitivas-conductuales, reflejan una mayor aceptación de los principios y los métodos de esta terapia, por lo cual la efectividad de sus usos y aplicaciones clínicas ha llegado a ser más reconocidas. Ya que ofrece un amplio cuerpo de técnicas, terapias y procedimientos de intervención psicológica muy heterogéneos, que permiten el diseño creativo de programas de tratamiento para los problemas más novedosos, resistentes, particulares o con las presentaciones clínicas más complicadas como es el caso del suicidio (Salazar, 2017). Ahora bien, en el subtema posterior se describe la progresión de riesgo en base a comportamientos

suicidas tales como los pensamientos, planes, intento y en el peor de los escenarios el suicidio consumado.

1.4 Comportamiento suicida

Los comportamientos suicidas incluyen ideación suicida, planificación del suicidio, intentar suicidarse hasta desembocar en el suicidio consumado. Además, se considera que este conjunto de comportamientos se puede agrupar bajo el término de suicidabilidad, incorporando aspectos cognitivos y conductas suicidas. El componente cognitivo incluye cualquier pensamiento de conducta autodestructiva, tales como ideas vagas acerca de la posibilidad de quitarse la vida hasta planes concretos que incluyen lugar, método y tiempo para llevar a cabo el intento (McKinnon et al., 2016).

Ahora bien, el componente conductual corresponde al comportamiento de intencionalidad autodestructiva, pudiendo incluir el gesto suicida (conductas que simulan el acto suicida tal como ponerse la pistola en la cabeza o el cuchillo en las muñecas), el intento suicida (conducta autodestructiva que no culmina con la muerte) y el suicidio consumado (Echavarría et al., 2017).

Considerando exclusivamente la gama de conductas implicadas en el comportamiento suicida, se observa una progresión de riesgo a medida que se combinan unas con las otras. Tal incremento de riesgo se expresa a través de lo que se ha denominado como pirámide del suicidio, donde además se modela la proporcionalidad que se da entre cada uno de los componentes de la suicidabilidad y el trayecto que se sigue desde el primer componente hasta el último (Eguíluz et al., 2010).

Figura 2*Pirámide del suicidio*

Nota. Con base en Van (2001)

El concepto de pirámide del suicidio muestra que en el trayecto del pensamiento suicida al suicidio consumado una proporción importante de personas desiste o cambia su intención, sin llegar a los siguientes niveles. Sin embargo, en los casos más fatídicos cada escalón es un paso a la muerte de la persona. (Eguíluz et al., 2010). Ahora bien, en el siguiente apartado se plantean los tipos de comportamiento suicida que dan una explicación coherente desde el punto de vista sociológico y cognitivo.

1.5 Tipos de comportamiento suicida

La perspectiva sociológica de Durkheim (2012) clasifica a la conducta suicida en cuatro tipos, que elabora basándose en la perturbación respecto de la sociedad que los causa las cuales incluye:

- **Suicidio egoísta:** la principal causa de este suicidio es que el individuo presenta falta de interés por las estructuras sociales, por la cual hay poca adherencia a ellas. Esta forma de suicidio tiende a darse más en las sociedades modernas en las que la dependencia de la familia es menor que las tradicionales. Según el autor los suicidas egoístas son todos aquellos que no están integrados a ningún grupo social. Esto explica porque los solteros

son más vulnerables que los casados al suicidio y porque en las comunidades rurales existen menos suicidios.

- **Suicidio altruista:** en él existe una renuncia en favor de los otros, es decir, la influencia de la sociedad es muy estrecha y a su vez la persona tiene poco individualismo.
- **Suicidio fatalista:** en este caso existe una excesiva reglamentación por parte de la sociedad hacia el individuo, lo que provoca en el individuo vea un futuro con pocas opciones limitadas.
- **Suicidio anómico:** se refiere a todos aquellos cuya integración en la sociedad está alterada, sea cual fuera la causa. Este tipo de suicidios se da en sociedades cuyas instituciones y lazos de convivencia se hallan en situación de desintegración.

Por otra parte, la perspectiva cognitiva Freeman y Reinecke (1995, como se cita en Eguíluz et al., 2010) divide la conducta suicida en cuatro tipos: suicidas desesperados, suicidas impulsivos, suicidas psicóticos y suicidas racionales, ninguno de los cuales excluye a los otros, los cuales se mencionan a continuación:

- **Suicidas desesperados:** como la palabra lo indica, el sentimiento que predomina es la desesperación, este sentimiento es provocado por la percepción de que no existe esperanza de que mejoren las cosas y por lo tanto no se cree que exista razón alguna para seguir viviendo. Ante esta situación el individuo opta por quitarse la vida como una opción para quitar el dolor psicológico que él percibe como intolerable.
- **Suicidas impulsivos o históricos:** son aquellos individuos que usan el intento suicida como fuente de estimulación. El terapeuta los clasifica como manipulativos o motivados por la necesidad de llamar la atención, ya que sus intentos de suicidio son muchas veces extravagantes.
- **Suicidas psicóticos:** son aquellos individuos que intentan suicidarse por el efecto de alucinaciones impositivas o voces que recibe de ellas.
- **Suicidas racionales:** son individuos que a partir de una reflexión racional han decidido morir, generalmente hace referencia al paciente enfermo de cáncer en fase terminal y con dolor incontrolable.

Las ideas expuestas a lo largo de la historia son muchas y muy variadas; sin embargo, en la actualidad ya podemos hablar de marcos teóricos y clasificar los tipos de suicidios (Ferreyra,

2018). Es por ello que en la siguiente parte revisaremos las principales medidas de evaluación para evaluar la conducta suicida.

1.6 Evaluación del suicidio

Si bien es sabido, la evaluación de la conducta suicida es aún más compleja y diversa. En México la metodología para la medición suele basarse en encuestas, entrevistas cara a cara hasta el uso de cuestionarios, escalas, inventarios e instrumentos para obtener estudios especializados referentes al tema (Tascón et al., 2017). A continuación se describen algunos de los instrumentos más utilizados para medir la conducta suicida.

Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB)

Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas. La ISB consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2, que indican un grado creciente de severidad y/o intensidad de la intencionalidad suicida. La suma total indica la severidad de las ideas suicidas. El punto de corte planteado es una puntuación mayor o igual a 10 que indicaría que existe ideación suicida. El índice de confiabilidad para la escala completa es de $\alpha = 0.84$ (Teruel et al., 2014).

Escala de Probabilidad de Riesgo Suicida

Es un instrumento elaborado para México por Lazard (1988), que predice la probabilidad de riesgo que tiene una persona de cometer suicidio con base a su experiencia previa y en su situación actual. Consta de 36 afirmaciones, integrada por cuatro subescalas: la desesperanza, la ideación suicida, la actitud negativa del self y la hostilidad. La existencia de riesgo suicida se obtiene con base en las cuatro escalas antes mencionadas. A mayor calificación en las subescalas, mayor probabilidad de riesgo suicida. Los puntajes globales en las cuatro escalas sitúan a los participantes en riesgo suicida leve, moderado o severo. El índice de confiabilidad para la escala completa es de $\alpha = 0.84$ (Alcaráz et al., 2013).

Escala de Riesgo Suicida (RS)

Es una escala tipo Likert diseñada por Plutchik (1989), que busca diferenciar a las personas que presentan algún riesgo de presentar un intento de suicidio de los que no. La escala

se compone de 15 ítems cuyas opciones de respuesta son de Si o No, cada respuesta afirmativa suma un punto, para un total de 15; a mayor puntaje mayor es el riesgo suicida. Consta de cuatro factores: sentimientos de inutilidad, ideación suicida, desesperanza y factores sociales. La prueba presenta una consistencia interna de .90 y su fiabilidad test-retest es de .89 (Santana & Telles, 2018).

Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI)

Es un cuestionario diseñado por Osman et al. (2002), que consta de 14 ítems, 6 de ideación suicida positiva (factores protectores) y 8 de ideación suicida negativa (factores de riesgo), evalúa la frecuencia en que el individuo ha tenido alguno de los 14 pensamientos en las últimas dos semanas. Su escala es de 5 puntos que oscilan entre 0 (nunca) a 4 (siempre). Consta dos subescalas: ideación negativa e ideación suicida. El índice de confiabilidad para la escala completa es de $\alpha=.89$ (Tabares et al., 2020).

Escala de Potencialidad Suicida en el Adolescente

Es una escala elaborada por Amezcua (2003), evalúa los factores de riesgo suicida en adolescentes escolarizados. Consta de 104 afirmaciones que describen eventos, pensamientos e intenciones de siempre (5) a nunca (1). Integrada por 19 dimensiones: religiosidad, familia: disciplina y métodos, familia: manejo de conflictos y de la agresividad, dinámica de la pareja, familia: comunicación y expresión de solidaridad, dificultades escolares, dificultades financieras, sentimientos de soledad y abandono, aislamiento, factores suicidas, uso de alcohol, uso de drogas, depresión y equivalentes depresivos, manifestaciones psicopáticas, patrones neuróticos de comportamiento, patrones psicóticos, Impulsividad y tratamientos psiquiátricos anteriores. El coeficiente de confiabilidad obtenido para la escala completa fue = 0.93 (Calleja, 2011).

Finalmente, son algunas de las aportaciones que existen referentes a la medición del suicidio que permiten valorar su importancia y cuentan con aportaciones sólidas que han permitido ampliar el nivel de comprensión del constructo que permita obtener información confiable en relación con el fundamento psicológico de los individuos. Es por ello, que el uso y selección de cualquier instrumento debe ser considerado y validado para la población objetivo. Además, de ser cuidadosos en la aplicación del mismo, debido a que los contenidos de este tipo de instrumentos son sensibles y un mal manejo de resultados puede causar confusión y errores en la identificación de los sujetos evaluados. Ahora bien, en el subsecuente apartado se

describen las cogniciones que van desde los pensamientos hasta el deseo de atentar contra la vida como primer escalón de riesgo en adolescentes.

1.7 Ideación suicida en adolescentes

Existen diversas concepciones en torno a la ideación suicida, con base en Lefio (2019) menciona que la ideación suicida es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado y la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir.

Para Ceballos et al. (2015), se entiende la ideación suicida como el deseo, pensamiento o plan acerca del acto de cometer suicidio, o bien la cognición orientada a imágenes sobre la pérdida del sentido de la vida o autodestructivas. Por lo cual, a través de la ideación se puede estar alerta frente a los riesgos potenciales. Autores como Vianchá et al. (2013), refieren a la ideación suicida como las cogniciones que van desde pensamientos fugaces sobre el no querer una vida, pasando por fantasías autodestructivas y llegando a planes explícitos y meditados para matarse.

Por su parte, Blandón et al., (2015), han definido la ideación suicida como el pensamiento y el deseo de quitarse la vida, sin que ello implique que se llegue a intentarlo. Estos pensamientos pueden variar, puesto que, la ideación suicida podría presentarse en diversas formas: el deseo de morir, la representación suicida, la idea de autodestrucción sin planteamiento de la acción, la ideación suicida con un plan indeterminado o inespecífico aún.

El suicidio se conceptualiza de esta forma como un proceso, pues este implica un conjunto de acciones con las que se asume que una persona busca quitarse la vida. Por lo anterior, es importante estudiar los procesos que anteceden a los suicidios como son la ideación y el intento para así conocer y atender esta problemática de manera oportuna (Lefio, 2019). Es por eso que en la siguiente parte revisaremos los principales factores de riesgo que aumentan las probabilidades de que un adolescente manifieste conductas suicidas.

1.8 Factores de riesgo asociados a la ideación suicida

Los factores de riesgo hacen referencia a las características individuales o ambientales que aumentan la probabilidad de que una persona pueda cometer un acto suicida. Unos factores pueden tener más peso que otros y sobre todo la combinación de varios factores de riesgo pueden provocar la potencialización del suicidio (Lefio, 2019). Esto no quiere decir que la existencia de alguno de estos factores determine un suicidio, pero son elementos a tener en cuenta.

La ideación suicida como etapa inicial del suicidio es un fenómeno multifactorial, complejo e interrelacionado en donde intervienen factores psicológicos, sociales y biológicos. Además, es preciso considerar que estos factores de riesgo de suicidio se influyen recíprocamente, por lo que la identificación de dichos factores y su relación con el comportamiento suicida mortal y no mortal son elementos esenciales en la prevención del suicidio (Hernández & Villarreal, 2015).

Si bien es sabido, la idea de que la adolescencia es una etapa conflictiva, donde el comportamiento del adolescente es por naturaleza desorganizado y hasta patológico, se encuentra como factor de riesgo: la depresión debido a la dificultad que tiene los adolescentes para afrontar la frustración, así como la disfunción familiar, el abuso sexual, la no satisfacción de necesidades básicas y maltrato (Ruiz & Chaves, 2017).

Por su parte, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2017), destacó entre los factores de riesgo más comunes ante el riesgo suicida los problemas familiares graves como situaciones de violencia o agresividad, abuso sexual, los problemas en la escuela, en algunos casos, acoso escolar a través de burlas y agresiones. También, pueden ser factores de riesgo las dificultades en torno a la identificación sexual y el temor a la reacción de la familia. Y, especialmente, los intentos previos de suicidio.

Además, existen algunos síntomas a los que es importante prestar atención. Por ejemplo, el desgano y desinterés, la tristeza y la soledad que pueden estar asociados a una depresión. En otros casos, los adolescentes manifiestan la depresión a través de un alto grado de excitabilidad. Hay algunos otros más observables como los cambios en la forma de alimentarse (pérdida o aumento de apetito) o los trastornos en el sueño (UNICEF, 2017).

La OMS (2014), ha reconocido un espectro amplio de factores de riesgo los principales se enlistan a continuación:

- A. **Sistemas de salud:** barreras para obtener acceso a la atención de salud.
- B. **Sociedad:** acceso a medios utilizables para suicidarse, notificación inapropiada por los medios de comunicación y estigmas asociados con comportamientos de búsqueda de ayuda.
- C. **Comunidad:** Desastres, guerras, conflictos, discriminación, traumas y abuso.
- D. **Relaciones:** sentido de aislamiento, falta de apoyo social, conflictos en las relaciones o pérdidas.
- E. **Individuales:** intento de suicidio anterior, trastornos mentales, consumo nocivo de alcohol, desesperanza, factores genéticos y biológicos.

De manera general, entre los factores de riesgo para cometer suicidio se pueden enumerar: padecer enfermedades mentales, trastornos de conducta o de personalidad como agresividad e impulsividad. El abuso de drogas o alcohol. Antecedentes de conductas suicidas personales y familiares, así como haber tenido padres adictos o enfermos mentales se encuentran entre los factores de riesgo más importantes (Ibarra-Lopez & Morfín-Lopez, 2015).

La identificación oportuna y específica de factores de riesgo puede servir de base para desarrollar planes preventivos ya que parece muy posible que una intervención oportuna durante la adolescencia pudiera disminuir la probabilidad de suicidios posteriores (Shain, 2016). Ahora bien, las personas que se encuentran en riesgo suicida, presentan signos o señales de alerta que sirven como indicadores de riesgo conscientes o inconscientes y, en muchas ocasiones, es una señal de una persona que no es capaz de expresar lo mal que se siente (Varengo, 2016) incluye:

Figura 3*Señales de alerta*

Nota. Elaboración propia con base en Varengo (2016)

Las señales de advertencia de sentimientos, pensamientos o comportamientos suicidas comunican desesperación y un grito de ayuda. En general, los signos de alarma estarán presentes y es preciso identificar adolescentes que pueden estar en riesgo de quitarse la vida ya que con frecuencia el suicidio puede ser prevenible (Echeburúa, 2015). Ahora bien, en el subsecuente apartado se plantean los factores de protección que resultan ser aquellas condiciones que disminuyen la probabilidad de un riesgo de suicidio, es decir, que mitigan la probabilidad de involucrarse en comportamientos suicidas.

1.9 Factores de protección asociados a la ideación suicida

Los factores protectores, son entendidos como las condiciones que impiden la aparición del riesgo, disminuyen la vulnerabilidad y favorecen la resistencia al daño. Se consideran como tales las fuerzas internas y externas que contribuyen a que la persona resista los efectos del riesgo, e implican variables genéticas, disposiciones personales y factores psicológicos, situacionales y sociales (McClatchey et al., 2019).

Los factores protectores se han caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un mundo insano. Es decir, son

aquellos que potencialmente disminuyen la probabilidad de caer en un comportamiento de riesgo. Siendo actitudes, circunstancias, conductas individuales y colectivas que se van formando en un medio social y que incluyen salud, educación, vivienda, afecto, conductas sanas y saludables (Sánchez-Teruel et al., 2018).

Sin embargo, no existen muchos estudios sobre factores protectores ante el suicidio en adolescentes. De hecho, la mayor parte de estos estudios se han centrado en factores de riesgo, en particular, analizan los mecanismos epigenéticos, antecedentes familiares de suicidio, las relaciones disfuncionales entre iguales o la existencia de antecedentes de abuso. El conocimiento sobre factores de riesgo en la literatura científica o meta análisis, es más que abundante, pero muy escaso el relacionado con factores que promueven la protección ante el riesgo de tentativa suicida (Teruel & Bello, 2014).

La UNICEF (2017), reconoce la existencia de factores que ayudan a evitar el suicidio en adolescentes tales como: poseer habilidades sociales, que le permitan integrarse a los grupos propios de la adolescencia en la escuela y la comunidad de forma positiva; poseer confianza en sí mismo, para lo cual los adolescentes deben ser educados destacando sus éxitos, sacando experiencias positivas de los fracasos, sin humillarlo ni crearle sentimientos de inseguridad. Otros factores son tener capacidad de autocontrol sobre su propio “destino”, y tener una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia, perseverancia, razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad.

El cultivo y el mantenimiento de relaciones estrechas sanas pueden aumentar la capacidad de recuperación individual y actuar como un factor protector contra el riesgo de suicidio. El círculo social más cercano de una persona, es decir la pareja, los familiares, compañeros, amigos y otros, puede tener gran influencia y ser propicio en épocas de crisis. La fe misma puede ser un factor protector al proporcionar normalmente un sistema estructurado de creencias y promover un comportamiento que puede considerarse física y mentalmente beneficioso. La estabilidad emocional, el optimismo y una identidad personal desarrollada ayudan a hacer frente a las dificultades de la vida. Una buena autoestima, la competencia personal y la capacidad de resolver problemas, que incluye la capacidad para buscar ayuda cuando sea necesario, pueden mitigar la repercusión de los factores estresantes y de las adversidades de la niñez (OMS, 2014).

Harris et al. (2019) realizaron una investigación cualitativa, mediante entrevistas semi estructuradas a veinte individuos con diagnósticos de psicosis o esquizofrenia no afectivos que tenían experiencia de pensamientos y comportamientos suicidas. Los participantes informaron que la resiliencia psicológica a los pensamientos y comportamientos suicidas implicaba un esfuerzo continuo. Este esfuerzo continuo abarcaba: la comprensión de las experiencias (incluida la reconciliación con las experiencias de salud mental y la búsqueda de razones para vivir), los comportamientos activos (que incluyen hablar con las personas y mantenerse ocupado), y la dinámica de la relación (incluido el sentirse respaldado por personas significativas y profesionales de la salud mental). Se concluyó que para fomentar la resiliencia psicológica, las intervenciones deben centrarse en apoyar la comprensión y el manejo de los síntomas de psicosis y las experiencias suicidas concomitantes.

Aunado a lo anterior, se estudia a la resiliencia como un factor protector importante por la rápida recuperación ante situaciones vitales estresantes, negativas o adversas y un crecimiento psicosocial que anteriormente a la exposición no existía. Estos factores protectores conforman un perfil que pudiera ser utilizado en intervenciones sobre este fenómeno para ampliar este efecto protector y minimizar el impacto de variables de riesgo (Teruel & Bello, 2014). En resumen, todos aquellos agentes que protegen al adolescente y que disminuyan la probabilidad de aparición de algún proceder suicida, deben fortalecerse desde la infancia y la adolescencia para así mitigar la aparición de conductas de riesgo.

En general, a lo largo del capítulo se abordó la conceptualización del suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida. Así como su prevalencia, debido al incremento de la mortalidad en las últimas décadas que constituye un grave problema de salud pública. Uno de los hallazgos más preocupantes a nivel mundial es el aumento de las tasas de suicidio entre los jóvenes de 15 a 29 años que se sitúa en la segunda causa de muerte más frecuente en este grupo de edad. Si bien es sabido, durante la adolescencia se experimentan cambios frecuentes en las metas de vida, en los vínculos románticos, en las aspiraciones de estudio y en la visión del mundo. Estos eventos podrían facilitar que algunos adolescentes muestren síntomas depresivos o conductas suicidas por la inhabilidad de enfrentar los cambios que se les presentan. De este modo, la conciencia sobre el efecto del comportamiento suicida en nuestra sociedad ha ido en aumento, así como el interés por las medidas para prevenir o minimizar el daño causado a través de estrategias o intervenciones basadas en evidencia.

Capítulo II. Resiliencia en la adolescencia

El interés por la resiliencia en el campo psicológico es antiguo, aunque ha sido en los últimos años cuando ha cobrado una gran relevancia. Su interés se debe a los diversos estudios que demuestran la capacidad de las personas para salir adelante ante las circunstancias de vida (Fuentes, 2018). Esta capacidad a sido estudiada en múltiples oportunidades y hasta el momento se sabe que, a pesar de las situaciones degradantes y traumáticas, la mayoría de los niños y adolescentes que vivieron estas experiencias terminan adaptándose y superando dicha situación, es por ello que se ha convertido en un tema central en el estudio y en la intervención con adolescentes (Masten, 2021).

Estas cualidades pueden ser desarrolladas en adolescentes sin pasar previamente por una situación difícil que genere resiliencia. Por esta razón es importante guiarlos para desarrollar formas constructivas de enfrentar la existencia, sus dificultades y sus contingencias de modo que puedan sobrellevarlas sin sufrir un trauma o daño.

2.1 Definición de resiliencia

El concepto de resiliencia tiene su origen en el latín de la palabra *resilio* que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar (Real Academia Española [RAE], 2019). En cambio, para la Asociación Americana de Psicología (APA, 2011), menciona que la resiliencia es un conjunto de conductas, pensamientos y acciones que permiten al sujeto adaptarse de buena manera a traumas, tragedias, amenazas o fuentes de tensión significativas tales como: problemas familiares, personales, de salud y socioeconómicas.

El concepto de resiliencia se viene estudiando aproximadamente desde los últimos 50 años. El origen de los trabajos sobre resiliencia se remonta a la observación de comportamientos individuales de superación que parecían casos aislados, anecdóticos y al estudio evolutivo de niños que habían vivido en condiciones difíciles. En primer lugar, el término hasta el momento ha sido definido de diferentes formas dependiendo del área de conocimiento donde se ha estudiado (Hornor, 2017).

Tabla 1*Concepto de resiliencia en diferentes disciplinas*

Disciplinas	Definiciones
Ingeniería	Cantidad de energía que puede absorber un material antes de que empiece la deformación plástica.
Física	Capacidad de un material de recobrar su forma original luego de someterse a altas presiones.
Ecología	Capacidad de las comunidades de soportar perturbaciones.
Sociología	Capacidad que tienen los grupos para sobreponerse a los resultados adversos.
Psicología	Capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas.

Nota. Con base en Piña (2015).

De este modo, la resiliencia fue adoptada por las ciencias sociales para caracterizar aquellos sujetos que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos. En psicología el concepto no se limita a la resistencia sino a un proceso dinámico que implica que el individuo traumatizado se sobrepone y reconstruye. Es decir, la resiliencia humana no se limita únicamente a resistir, sino que permite la reconstrucción (González-Arratia, 2016). A continuación, en la siguiente tabla, se mencionan algunas de las definiciones más relevantes de la resiliencia en psicología.

Tabla 2*Definiciones sobre resiliencia en psicología*

Autor (es)	Definiciones
Cornejo (2010)	La resiliencia en tanto cualidad de la personalidad, es la capacidad de los individuos, grupos o colectivos para afrontar diferentes tipos de adversidades y haciendo uso de recursos personales y sociales, asumir acciones resueltas para lograr éxitos, auto o socio-realización y transformar dicha realidad.
Gaxiola y Frías (2007)	La capacidad para exhibir respuestas adaptativas ante condiciones de riesgo la cual combina un conjunto de atributos personales adquiridos a través del desarrollo psicológico y a partir del contacto con factores protectores disponibles en los entornos propios de las personas en riesgo.

Autor (es)	Definiciones
González-Arratia (2016)	Capacidad para adaptarse y ajustarse a través de la combinación o interacción entre los atributos del individuo y su ambiente familiar; social y cultural, que lo posibilitan para superar la adversidad de forma constructiva.
Obando et al. (2010)	Potencial humano para crear desde y para sí un sentido nuevo desde la adversidad, entendiendo que la tragedia no se ignora, sino que se reorganiza en función de los objetivos y metas del individuo.
Richardson et al. (1990)	Define la resiliencia como el proceso de afrontamiento con eventos vitales desgarradores, estresantes o desafiantes de un modo que proporciona al individuo protección adicional y habilidades de afrontamiento.

La resiliencia se concibe como una respuesta adaptativa cuando una persona enfrenta condiciones adversas o de riesgo. Es por ello, la importancia de esta característica y su fortalecimiento. Sin olvidar que no solo es cuestión de resistencia sino de poder reconstruirse posteriormente a situaciones poco favorecedoras (Fuentes, 2018). Ahora bien, en el subtema posterior se describirán los principales modelos o interpretaciones teóricas que intentan dar una explicación coherente al constructo de resiliencia

2.2 Modelos que explican la resiliencia

El concepto de resiliencia no siempre es fácil de comprender. El amplio número de teorías y modelos que se han desarrollado en torno a este término muchas veces contribuye a dar la imagen de un constructo demasiado amplio y complejo. Sin embargo, toda esta complejidad no es más que una manifestación de la enorme riqueza que el constructo de resiliencia puede ofrecer (Gil, 2010).

Modelo de la casita Vanistendael

Uno de los máximos exponentes de la resiliencia dentro del marco europeo es el sociólogo Stefan Vanistendael quien introduce una visión moral de la resiliencia, entendida como la capacidad para tener éxito de modo aceptable para la sociedad a pesar de los riesgos y la adversidad. La resiliencia según Vanistendael tiene dos componentes: resistencia frente a la destrucción, que se traduce en la capacidad para proteger la propia identidad bajo presión y la

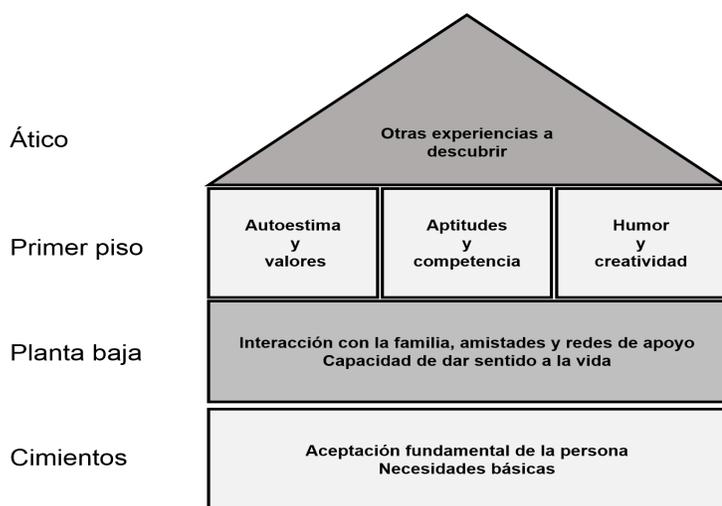
capacidad de formar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles (Garrido & Sotelo, 2005).

La casita de resiliencia es una metáfora la cual consiste en una representación gráfica de los diferentes pilares que constituyen la resiliencia, planteando que esta es una construcción compleja, Vanistendael y Lecomte (2002), compararon con una pequeña casita que se construye con sólidos cimientos, es decir, cada estancia representa un campo de intervención posible, para quienes pretenden contribuir a construir, mantener o restablecer la resiliencia (Guillén et al., 2013).

Los cimientos representan las necesidades básicas y la aceptación fundamental de la persona. La planta baja se refiere a la interacción cotidiana con la familia, amistades y redes de apoyo que permiten dar un sentido de la vida. En cuanto al primer piso, que cuenta con tres habitaciones, son la autoestima y los valores, el desarrollo de aptitudes y competencias para la vida, y el sentido del humor y creatividad. Finalmente, el ático simboliza a las otras experiencias a descubrir (Gil, 2010).

Figura 4

Modelo de la casita



Nota. Con base en Vanistendael y Lecomte (2002).

Modelo Ecológico de Bronfenbrenner

La teoría ecológica de Bronfenbrenner (1979) contempla el desenvolvimiento humano en forma ampliada, focalizado en las interacciones mutuas entre el individuo y su medio ambiente. Esta propuesta es útil para comprender la influencia dinámica de múltiples factores en el desarrollo del niño o adolescente. Para este modelo, el desarrollo humano es un proceso dinámico, bidireccional y recíproco donde el niño reestructura de modo activo su ambiente y recibe el influjo de los factores vinculados con él.

El modelo está compuesto por cuatro núcleos que están interrelacionados y se denominan: persona, proceso, contexto y tiempo. El primer núcleo es la persona, vista con sus características innatas, biológicas, emocionales y son aquellas constituidas por el contacto con el ambiente. El proceso o segundo núcleo es la forma en que la persona interactúa con el contexto, sus características particulares, la forma cómo vive sus experiencias y el rol que desempeña en su vida (Cassol & De Antoni, 2006).

Para explicar el proceso de interacción entre el individuo y su contexto se incluyen dos grandes dimensiones: la dimensión de riesgo y la dimensión de protección, como se observa en la figura 5. La interrelación entre ambas puede generar un mecanismo de protección que daría lugar a la resiliencia o en caso contrario, un mecanismo de riesgo que lleva a la vulnerabilidad (Morelato, 2011).

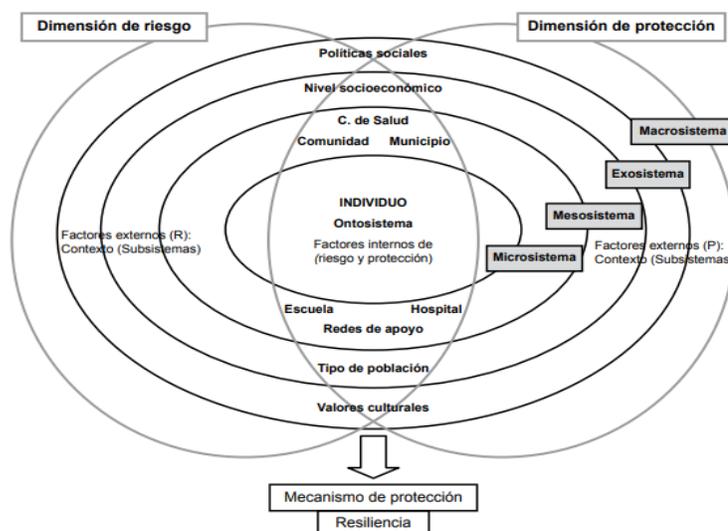
El impacto de un factor de riesgo puede depender del momento de desarrollo evolutivo, lo cual se entiende mejor teniendo en cuenta que a edades más tempranas existe mayor predisposición a la vulnerabilidad. Los factores de riesgo o los de protección abarcan todos los subsistemas, por lo tanto podrían ubicarse en cualquiera de ellos. La familia, los vínculos significativos y las características internas de estos miembros son parte del microsistema que incluyen su grado de estabilidad emocional, su historia y aspectos personales, entre otras cosas (Greco et al., 2007).

El resto de los factores externos forman parte de otros subsistemas. El mesosistema, por ejemplo, involucra la calidad de las relaciones de la familia con la escuela, la comunidad, la familia extensa y el acceso a vías de contención social y educativa (escuela, hospital, municipio). Estas también pueden denominarse redes de apoyo secundarias. Asimismo, el exosistema estaría conformado por la relación entre las instituciones, si se trata de un ambiente urbano, rural, urbano

marginal, pobre o de clase media, junto con el nivel socioeconómico y el tipo de población al que corresponde. Finalmente, el macrosistema está relacionado con las políticas sociales, la cultura del país y el momento histórico que transcurre como significativo para el desarrollo (Morelato, 2011; Bronfenbrenner, 1979).

Figura 5

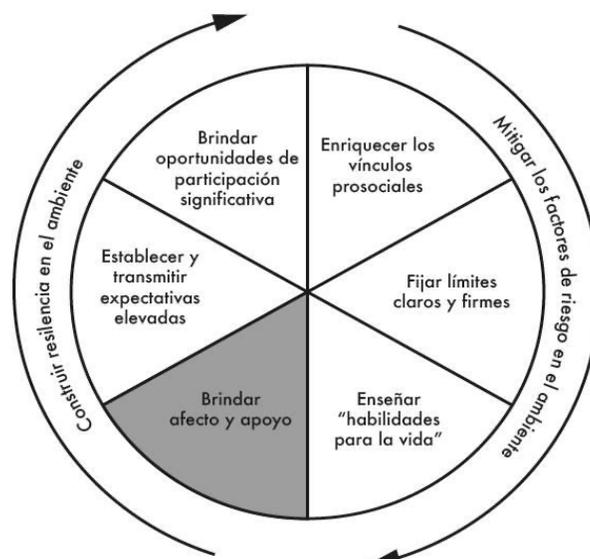
Mirada de la resiliencia desde el modelo ecológico



Nota. Con base en Morelato (2011).

Modelo de la resiliencia en la escuela

Milstein y Henderson (2003), elaboraron un modelo cuya pretensión es promocionar la resiliencia en contextos educativos, es decir, en el salón de clases y entre los mismos estudiantes. Presentan un modelo de seis pasos que contribuye a la construcción de resiliencia. Los tres primeros pasos consisten en mitigar el riesgo e incluyen el enriquecer vínculos sociales, el fijar límites claros y firmes y el enseñar habilidades para la vida. Los tres últimos pasos contribuyen a construir resiliencia a través de tres grandes condiciones: brindar afecto y apoyo, establecer y transmitir expectativas elevadas y proveer oportunidades de participación significativa. Estos pasos se han organizado gráficamente en la llamada rueda de la resiliencia (ver Figura 6).

Figura 6*La rueda de la resiliencia*

Nota. Con base en Henderson y Milstein (2003)

A continuación se describen de forma breve los seis pasos mencionados anteriormente (Acevedo & Restrepo, 2012).

- A. Enriquecimiento de los vínculos: tiene que ver con la promoción de relaciones entre las personas. Se piensa que proporcionar un clima positivo, donde haya respeto, confianza, apoyo y estímulo entre los miembros de la comunidad escolar.
- B. Fijar límites claros y firmes: se refiere a la existencia de pautas de comportamiento claras en la escuela que promuevan la cooperación, el respaldo y sensación de ser parte de algo superior a uno.
- C. Enseñar habilidades para la vida: incluye el pensamiento crítico y la resolución de problemas, también el fomento de conductas cooperativas, el trabajo en equipo y el establecimiento de metas compartidas.
- D. Brindar afecto y apoyo: la escuela puede convertirse en un lugar donde se geste una sensación de pertenencia en lugar de un sentimiento de alineación.
- E. Establecer y transmitir expectativas elevadas: las escuelas están en capacidad de contribuir a que sus estudiantes y maestros sepan que son capaces y que es importante que les vaya bien y den lo máximo de sí mismos.

- F. Brindar oportunidades de participación significativa: tiene que ver con la posibilidad de otorgar poder a los diferentes miembros de una institución. Implica un cambio de actitud de la pasividad a la actividad y la asunción de responsabilidades.

El modelo de la rueda de la resiliencia es flexible e involucra la participación activa de los maestros en la construcción de resiliencia, a través de su propia formación en el campo, de creer en sus conocimientos para trabajar y de utilizar los recursos que tienen en el salón de clase (Acevedo & Restrepo, 2012). Ahora bien, en el subsecuente apartado se plantean los principales elementos de la resiliencia, basados en fortalezas y recursos de las personas.

2.3 Componentes de la resiliencia

La resiliencia es un concepto con un enorme potencial para todas aquellas profesiones que reconocen en su objeto de intervención la prevención basada en las fortalezas y recursos propios de las personas y del entorno con el que se relacionan (Ortuno & Guevara, 2016). En base a ello, existen investigaciones tales como: estudios de Grotberg (2006), Saavedra y Villalta (2008) y González-Arratia (2016), que analizan las componentes o factores asociados en la construcción de resiliencia en los individuos. A continuación, se presenta la descripción de componentes resilientes aportados desde la postura de los diferentes autores anteriormente mencionados. En primer lugar, Grotberg (2006) promueve la aparición de ciertos factores resilientes, ver Tabla 3.

Tabla 3

Categorías de factores resilientes

Yo tengo	Yo soy	Yo puedo
-Personas del entorno en quienes confió y que me quieren incondicionalmente.	-Una persona por la que otros sienten aprecio y cariño.	-Generar nuevas ideas o nuevos caminos para hacer las cosas.
-Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas.	-Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.	-Realizar una tarea hasta finalizar.
-Personas que muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.	-Respetuoso de mí mismo y del prójimo.	-Encontrar el humor en la vida y utilizarlo para reducir tensiones.

Yo tengo	Yo soy	Yo puedo
-Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.	-Alguien que logra aquello que se propone y que planea para el futuro.	-Expresar los pensamientos y sentimientos en la comunicación con los demás.
-Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro.	-Responsable de sus propias acciones y acepta sus consecuencias.	-Resolver conflictos en diferentes ámbitos: académico, laboral, personal y social.
	-Seguro de sí mismo, confiado y con muchas ganas de esperanza.	

Nota. Con base en Grotberg (2006)

Desde el punto de vista de González-Arratia (2016), durante sus investigaciones propone tres factores específicos de la resiliencia basados en los postulados de Grotberg los cuales incluye:

- A. Factores protectores internos: los cuales denotan habilidades para la solución de problemas como la disposición, el temperamento, inteligencia, sentido del humor y locus de control.
- B. Factores protectores externos: se refieren a la cohesión familiar y la calidez con la que los niños y adolescentes son valorados, protegidos y amados por sus padres.
- C. Empatía: comportamiento altruista o prosocial.

De forma similar Saavedra y Villalta (2008), enriquecen la comprensión de los factores de resiliencia los cuales se definen a continuación (ver Tabla 4).

Tabla 4

Factores de resiliencia

Factor	Descripción
Identidad	Refiere a juicios generales que son formas particulares de interpretar los hechos y las acciones a lo largo de la historia personal.
Autonomía	Refiere a juicios sobre el vínculo que el sujeto establece consigo mismo para definir su aporte particular al entorno sociocultural.
Satisfacción	Refiere a juicios que develan un estado de satisfacción personal, sentimientos de logro y autovaloración desde el cual el sujeto aborda una situación problemática.

Factor	Descripción
Pragmatismo	Refiere a juicios que develan un sentido práctico de interpretar las acciones que realiza. Alude a una orientación positiva hacia la acción.
Vínculos	Refiere a las relaciones vinculares cercanas e intensas en la infancia que definen estructuras de apego que orientan sistemas de creencias.
Redes	Alude a las condiciones sociales y familiares que constituyen un apoyo para el sujeto.
Modelos	Juicios que refieren a personas y situaciones que sirven de guía al sujeto para enfrentar sus problemas.
Metas	Alude a coherencia de objetivos y acciones hacia un fin claro y realista a perseguir. Tiene que ver con comportamientos como trabajar sin distraerse, ser resistente, metódico y planificador.
Afectividad	Juicio que refiere al auto reconocimiento y valoración positiva de la vida emocional los cuales favorecen la flexibilidad en los métodos, hábitos y preferencias, en la adaptación a situaciones.
Autoeficacia	Implica la autopercepción de capacidad para poner límites, poder controlar los impulsos, responsabilizarse por las acciones y manejar el estrés.
Aprendizaje	Implica aprovechar la experiencia vivida, aprender de los errores, evaluar el propio actuar, y corregir la acción.
Generatividad	Juicios que refieren a la capacidad de pedir ayuda a otros para solucionar situaciones problemáticas.

Nota. Con base en Páucar (2010).

La Asociación Americana de Psicología (APA, 2020) menciona que uno de los factores más importantes en la resiliencia es tener relaciones de cariño y apoyo dentro y fuera de la familia. Relaciones que emanan amor y confianza, que proveen modelos a seguir, y que ofrecen estímulos y seguridad, que contribuyen a afirmar la resiliencia de la persona.

Es importante señalar que una persona resiliente no necesita tener todos los aspectos, pero uno solo no es necesario. Un niño puede tener un ambiente favorable, pero si no tiene las herramientas sociales para relacionarse con el medio, no desarrolla su resiliencia. Un niño puede tener una excelente autoestima, pero si no sabe cómo comunicarse con los otros o resolver problemas y no tiene a nadie que lo ayude, no es resiliente (Dubowitz et al., 2016). La mayoría de las personas ya cuentan con algunos de estos factores solo que no poseen los suficientes y desconocen la manera en cómo utilizarlos trayendo consigo repercusiones y el hundimiento en

la vida (González-Arratia, 2016). Es por ello que en la siguiente parte revisaremos las principales capacidades de una persona para hacer frente a la adversidad y habilidades para la vida.

2.4 Habilidades de las personas resilientes

Los niños y adultos resilientes se caracterizan como individuos socialmente competentes, poseedores de habilidades para la vida tales como el pensamiento crítico, la capacidad de resolver problemas y de tomar la iniciativa. Además los niños resilientes son firmes en sus propósitos y tienen una visión positiva de su propio futuro. Tiene intereses especiales, metas y motivaciones para salir adelante en la escuela y en la vida como se muestra en la Figura 7 (Milstein & Henderson, 2003).

Figura 7

Habilidades resilientes en adolescentes



Nota. Elaboración propia

La resiliencia se relaciona con nuestra capacidad para protegernos de situaciones de riesgo y afrontar los problemas como una oportunidad de superación. Las personas resilientes, cuando se hallan en una situación problemática, tienen la habilidad de utilizar factores protectores para sobreponerse a la adversidad, crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como seres adultos competentes, a pesar de los pronósticos desfavorables (UNICEF, 2014).

Estimular la capacidad de resiliencia requiere que los seres humanos puedan darse la oportunidad de transformar en sentido positivo los eventos desfavorables, puedan ejercer el control de sus emociones e impulsos, manteniendo la autonomía, sentido del humor, una comprensión positiva sobre nosotros mismos, desarrollando empatía y una mayor comprensión y análisis de las situaciones (Daly, 2020).

La mayoría de las características asociadas a la resiliencia pueden aprenderse para ellos la UNICEF (2014), propone algunas actividades que se pueden emplear para estimular la capacidad de resiliencia:

1. Hablar sobre las cosas que asustan o inquietan
2. Buscar la manera de resolver problemas, empleando creatividad visualizando diversos escenarios para la revolución de los mismos
3. Buscar el momento apropiado para hablar con alguien y actuar. Buscar apoyo y colaborar para solventar las dificultades
4. Desarrollar competencias sociales, fomentar las relaciones interpersonales positivas, sentido del humor.
5. Actuar con independencia y autonomía
6. Expresar las emociones y ser asertivo
7. Tener presente metas y objetivos, enfocarse en el futuro buscando realizar prácticas que permitan alcanzar dichas metas.

Las personas resilientes son aquellas que consiguen hacer frente a las dificultades de la vida, las afrontan y salen reforzadas de las mismas. En el momento en el que vivimos es fundamental la actitud con la que nos enfrentamos a los acontecimientos, evitando la resistencia al cambio. Es por eso que en la siguiente parte revisaremos las principales investigaciones científicas sobre el constructo de resiliencia en los adolescentes.

2.5 Investigaciones sobre resiliencia en el adolescente

Si bien es sabido, la resiliencia implica adaptación ante situaciones de riesgo o estrés significativo, en el caso de los adolescentes, la resiliencia tiene que ver con fortalecer la autonomía y aplicación, es decir, con la capacidad de gestionar sus propios recursos de modo responsable y diligente. En esta edad muestran una serie de características que se asocian

directamente con la capacidad de afrontar adecuadamente los problemas, mayor autonomía, habilidad para tener apoyo de los demás y confianza en sí mismos (Babić et al., 2020).

Hasta ahora, estudios empíricos ofrecen datos de la resiliencia en preadolescentes y adolescentes tales como: González-Arratia y Valdez (2012), en su investigación respecto al optimismo- pesimismo y resiliencia en adolescentes de una universidad pública. Encontraron que en mayor medida los adolescentes presentan un nivel alto de resiliencia de los cuales quizá podría ser un indicador que favorece a los individuos para desenvolverse en el ámbito social y relacionarse con los estilos de afrontamiento directo, autoestima, locus de control interno, los cuales están estrechamente relacionados con la resiliencia. Sin embargo, también encontraron adolescentes que fueron clasificados como no resilientes por lo que indican un déficit en la variable estudiada y consideraron que requieren de mayores habilidades cognitivas, interpersonales y emocionales a fin de sobreponerse a alguna situación de adversidad. El análisis de correlación de Pearson entre los puntajes totales de las escalas considerando una $p \leq 0.05$, revela que la resiliencia y optimismo se correlacionan positiva y significativamente ($r = 0.534$, $p = 0.001$), mientras que resiliencia con pesimismo se asocian negativamente ($r = -0.193$, $p = 0.001$).

Gómez-Azcarate et al. (2014), analizaron la resiliencia y felicidad de adolescentes frente a la marginación urbana en México a 1201 estudiantes mexicanos de secundaria y bachillerato. En base a los resultados, se encontró una tendencia en la que conforme se incrementa el grado de marginación urbana, disminuye la capacidad de los adolescentes a resistir y recuperarse de la adversidad. Esto limita a los jóvenes más marginados y los mantiene en un estado de indefensión y fragilidad social. Es decir, se observó cómo las condiciones de vida marginales afectan la capacidad de resiliencia de los adolescentes, aunque no la predicen dado que el individuo puede transformarse a sí mismo y a su realidad adversa ya que la felicidad no se asocia a las condiciones del contexto, excepto en relación a la edad y familia. Además, se confirmó que la felicidad no se explica en función de las condiciones del contexto, sino en función de lo que representa o significa para cada quien. En conclusión, la marginación al ser un problema estructural, ofrece pocas oportunidades para los adolescentes y sus familias, requiriendo además de niveles aceptables de fortaleza interna y confianza en uno mismo, apoyo social y familias. En este sentido, el reto está en fortalecer las dimensiones de la capacidad de resiliencia y transformar la realidad social.

Asimismo González-Arratia y Valdez (2015), examinaron los niveles de resiliencia considerando diferencias de edad y sexo en una muestra de 607 participantes divididos en cuatro grupos de edad niños, adolescentes, adultos jóvenes y adultez media de la ciudad de Toluca, México. Los resultados arrojaron que los niños poseen mayores factores protectores internos al igual que los adultos jóvenes, mientras que los adolescentes y el grupo de adultez media disponen de factores protectores externos. Respecto a la diferencia entre sexos, se encontró que las mujeres puntuaron más alto en las tres dimensiones de resiliencia. Finalmente, estos resultados nos permiten considerar que se debe continuar con el estudio de los factores como la edad y el sexo, así como su ambiente afectan a la igualdad de las personas, lo que significa que se deben incorporar, objetivos, metas e indicadores que respondan a las diferentes etapas de la vida. Así, el estudio de la resiliencia durante toda la vida puede encaminarse a entender la forma de reducir el tiempo en que las personas pasan con mala salud, es decir, que promover una adecuada salud mental y hábitos saludables en todas las edades, las enfermedades pueden ser prevenidas o retrasadas desde los niños hasta los adultos mayores, lo cual será motivo de estudio para los investigadores.

González et al. (2016), realizaron un estudio en relación a las disposiciones resilientes y las situaciones de victimización en adolescentes mexicanos; 444 hombres y 354 mujeres, estudiantes de una secundaria con edades entre 11 y 17 años. Los resultados arrojaron que los hombres son más víctimas de agresión física y daños a la propiedad, mientras que, las mujeres son más víctimas de agresión verbal y exclusión social. Respecto a las disposiciones resilientes, en general, los adolescentes se autoevaluaron con puntajes moderados a altos. Además, las mujeres se percibieron más resilientes que los hombres, durante la investigación se destacó la importancia de las capacidades resilientes ante situaciones de violencia escolar. Ahora bien, en el subtema posterior revisaremos las principales medidas de evaluación para evaluar la resiliencia en adolescentes mediante escalas de medición estandarizadas.

2.6 Medición de la resiliencia

La resiliencia es una de las variables con mayor relevancia debido a la implicación que tiene para la prevención y la promoción del desarrollo humano. Por ello, resulta prioritario identificar escalas con validez y confiabilidad para la evaluación de este constructo con la finalidad de medir el impacto y la eficacia de los programas de intervención (Hoffman & Hancock,

2017). A continuación se presenta una breve descripción de las escalas e instrumentos para medir la resiliencia:

El Inventario de Resiliencia (IRES)

Instrumento conformado por 24 ítems que evalúan diez dimensiones del tipo disposicional que probabilizan comportamientos adaptativos en situaciones de riesgo: afrontamiento, actitud positiva, sentido del humor, empatía, flexibilidad, perseverancia, religiosidad, autoeficacia, optimismo y orientación a la meta. Entre los ítems se encuentran "veo lo positivo de la vida y de las cosas que me pasan" y "a pesar de mis problemas procuro ser feliz". La escala cuenta con cinco opciones de respuesta, donde 1 es nada y 5 es siempre. El inventario reportó un alfa de Cronbach de .93 en la escala total, y alfas que van de .65 a .95 para cada uno de sus factores (Gaxiola et al., 2011).

Escala de resiliencia Mexicana (RESI-M)

La escala fue desarrollada por Lever y Valdés, (2010), contiene 54 opciones de respuesta en escala Likert (nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) y evalúa la resiliencia partiendo de cinco dimensiones y una puntuación alta refleja fortaleza en cada una de ellas : 1) fortaleza y confianza en sí mismo (preguntas 1 al 19) claridad en los objetivos, esfuerzo para alcanzarlos, confianza en sí mismos, optimismo, y tenacidad que presentan los individuos; 2) competencia social (preguntas 20 al 27) competencia de los individuos para relacionarse con los demás, facilidad para hacer amigos, hacer reír a las personas y disfrutar de una conversación; 3) apoyo familiar (preguntas 28 al 33) apoyo que brinda la familia al individuo, lealtad entre los miembros de la familia y la existencia de visiones similares de la vida, así como la existencia de tiempo compartido; 4) apoyo social (preguntas 34 al 38) apoyo de amigos en momentos difíciles, personas dispuestas a ayudar, dar aliento y se preocupen por el individuo; y 5) estructura (preguntas 39 al 43) capacidad de las personas para organizarse, planificar actividades y el tiempo, así como tener reglas y actividades aún en momentos difíciles. La confiabilidad de los factores va de .67 a .90 y la confiabilidad de la escala total es de .93.

Cuestionario de resiliencia para niños y adolescentes

Instrumento de autoinforme previamente desarrollado en México para niños y adolescentes que mide factores específicos de la resiliencia basada en los postulados de Grotberg (2006) organizados en cuatro categorías: yo tengo (apoyo), yo soy y estoy (atañe al desarrollo de fortaleza psíquica) yo puedo (remite a la adquisición de habilidades

interpersonales). Consta de 32 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (varianza 37.82% Alpha de Cronbach total = 0.9192). Del análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal (varimax) se cumple el criterio de Kaiser ($kmo = 0.90$, $p = 0.001$). La consistencia interna con los 32 ítems para esta investigación es alta ($\alpha = 0.885$). El cuestionario está integrado por tres dimensiones que son: a) Factores protectores internos. Mide habilidades para la solución de problemas ($\alpha = 0.8050$ con 14 reactivos). B) Factores protectores externos. Evalúa la posibilidad de contar con apoyo de la familia y/o personas significativas para el individuo ($\alpha = 0.7370$ con 11 reactivos). C) Empatía. Se refiere a comportamiento altruista y prosocial ($\alpha = 0.7800$, con 7 reactivos). Los valores altos indican mayor resiliencia (González- Arratia, 2016).

Escala de resiliencia escolar

Escala desarrollada para niños entre 9 y 14 años: la escala desarrollada por Saavedra y Castro (2009) es un instrumento autoadministrado a la población de niños entre 9 y 14 años con conocimiento de la lectura y escritura. Se puede aplicar de manera individual o colectiva. El tiempo aproximado de administración es de 20 minutos. Consta de 27 ítems, con 5 alternativas de respuesta cada ítem (5 indica muy de acuerdo y 1 muy en desacuerdo). El puntaje máximo es de 135 puntos y el mínimo de 27 puntos. Se considera una resiliencia baja entre 96 y 110 puntos; resiliencia moderada entre 111 y 124 puntos; y resiliencia alta entre 125 y 135 puntos. La escala también mide cinco dimensiones de la resiliencia, denominadas (a) identidad autoestima, que se refiere a las fortalezas personales y condiciones internas de la persona (ítems del 1 al 9), (b) redes-modelos, que aluden al apoyo o posibilidad de apoyo percibido de parte de otras personas, así como la posibilidad de generar recursos en red (ítems del 10 al 18), (c) aprendizaje-generatividad, que se relaciona con las habilidades de la población infantil para relacionarse y resolver sus problemas (ítems del 19 al 27), (d) recursos internos, que muestran las características de dependencia más personal del sujeto y las estructurales (ítems 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 16, 17, 18, 20, 26, 27), y (e) recursos externos, que indican las características interaccionales que la persona establece con su entorno (ítems 4, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 23, 24, 25). Posee un coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach de .88 en los 27 reactivos y una validez de constructo de .78.

Finalmente, son algunas de las aportaciones que existen referentes a la medición de la resiliencia que permiten valorar su importancia y cuentan con aportaciones sólidas que han permitido ampliar el nivel de comprensión del constructo. Dado lo anterior, es interesante señalar por qué el cuestionario de resiliencia para niños y adolescentes es el adecuado para esta

investigación, si bien es sabido, se revisaron diferentes instrumentos para la medición de la resiliencia. Sin embargo, este instrumento fue desarrollado para población mexicana y el cual fue validado específicamente para niños y adolescentes el cual arroja un análisis factorial total = 0.9192. Lo que significa que el instrumento cuenta con las características estadísticamente potenciales para medir e interpretar la resiliencia. Es por ello, que en el subsecuente apartado se examinan las relaciones de la resiliencia con el estudio de la ideación suicida en adolescentes.

2.7 Resiliencia e ideación suicida

La mayoría de los esfuerzos en torno al estudio del suicidio se ha orientado a la identificación de factores de riesgo o protección (prevención primaria); no obstante, no se ha abordado el estudio sistemático de estos mismos factores en personas que ya han presentado ideas o intentos de suicidio (prevención secundaria). Desde esta necesidad, el estudio de la resiliencia se enfoca en aquellas condiciones que permiten que el sujeto se abra a un desarrollo más sano y positivo, en vez de centrar su mirada en circuitos que mantienen este tipo de situaciones desfavorables para él (Rose et al., 2019).

Quiceno y Vinaccia (2013), realizaron un estudio para evaluar las relaciones de la orientación positiva hacia el futuro de la resiliencia, la felicidad y la ideación suicida sobre la calidad de vida de 291 adolescentes de colegios públicos en Bogotá, Colombia. A nivel general se encontró que no hay indicadores clínicos de ideación suicida y estos adolescentes tiene una orientación positiva al futuro de resiliencia y la calidad de vida es adecuada, si bien, se debe prestar atención al estado de ánimo en esta etapa ya que por un lado se percibe que están satisfechos con la vida pero por otro manifiestan presencia de emociones negativas. De igual modo las manifestaciones de bullying en el entorno escolar ameritan urgentemente atención clínica a nivel psicosocial. Por otro lado se aprecia una vez más que la resiliencia, es decir el tener ideas claras respecto al futuro y verlo de manera optimista, más los sentimientos de felicidad y un adecuado soporte familiar son factores protectores frente a la ideación suicida. Estos resultados sugieren el desarrollo de programas de intervención focalizados desde la psicología positiva donde se potencie las fortalezas humanas para proteger la salud emocional de los adolescentes.

Badaracco (2013) realizó una investigación de tipo descriptivo correlacional a una población de 49 adolescentes del sexo femenino de una casa hogar de Chiclayo, con el objetivo de conocer si existe correlación entre los factores de resiliencia y riesgo suicida. Se encontró que, el mayor porcentaje de adolescentes muestran un nivel medio de resiliencia con un 51 %;

seguido del 43 % con nivel bajo y el 6 % tienen un nivel alto. En lo que respecta a riesgo suicida el 57 % se encuentra sin tentativa de riesgo y el 43 % con tentativa de riesgo. Ahora bien, en la presente investigación se encontró que existe una relación entre la resiliencia y el riesgo suicida en adolescentes en estado de abandono. Es decir, los factores iniciativa, humor y moralidad se determinó un índice de correlación significativa de -0.394; -0.326 y -0.319 correspondientemente; lo que significa que existe relación entre estos factores de resiliencia y riesgo suicida; indica que a mayores niveles de iniciativa, humor y moralidad menor riesgo suicida. Siendo de sumo interés lo anteriormente descrito, es preciso identificar los factores y niveles de la capacidad resiliente que cuentan los adolescentes de modo que, asuman positivamente situaciones de crisis y las situaciones de vulnerabilidad que podrían llevarlos a desarrollar conductas autolíticas. Con la finalidad de establecer estrategias preventivas adecuadas a cada población y programas de intervención que mejoren la calidad de vida y el bienestar emocional de los adolescentes.

Teruel y Bello (2014) realizaron una revisión sistemática acerca de los factores que promueven la resiliencia ante el suicidio adolescente de 1980 al 2013 seleccionando 32 estudios, que han demostrado que diversos grupos de variables, de forma sumativa o en interacción, promueven la protección de adolescentes y jóvenes ante respuestas como la ideación, tentativa o suicidio consumado, amortiguando incluso el efecto de las variables de riesgo. Estos factores protectores varían según la población estudiada, el contexto, y el resultado. Sin embargo, los estudios revisados muestran que los recursos que promueven la resiliencia ante el intento de suicidio o suicidio consumado en adolescentes y adultos jóvenes son muy heterogéneos. De ahí, que las variables más prometedoras se encuentran; la búsqueda del sentido de la vida mostrándoles todas aquellas cosas positivas, pequeñas y grandes, por las que merece la pena vivir ofrece resultados muy prometedores para la lucha contra las ideas y tentativas suicidas, fomentando así su resiliencia incluso en situaciones de riesgo. Por otro lado, es importante en el fomento de la resiliencia ante el suicidio las habilidades para pedir apoyo y ayuda inmediata así como incrementar las relaciones positivas, el sentido de pertenencia, el activismo social y la amplificación de valores relacionados con la identidad deben ser potenciados en adolescentes. Concluyeron que no existe mucha bibliografía sobre los factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio. Sin embargo, varios aspectos conforman un perfil que pudiera ser utilizado en intervenciones sobre este colectivo para ampliar este efecto protector y minimizar el impacto de las variables de riesgo. Además, la investigación sobre la resiliencia tiene una gran potencial para guiar el desarrollo de intervenciones eficaces en poblaciones de riesgo.

En investigaciones recientes, Chen y Kuo (2019) examinaron los efectos del estrés percibido y la resiliencia sobre el comportamiento suicida. Realizaron un estudio longitudinal con 1,035 estudiantes de secundaria. Los resultados arrojaron que 210 (20,3%) de los participantes informaron tener ideación suicida, 59 (5,7%) tenían planes y 49 (4,7%) lo habían intentado. En conclusión, los resultados de su estudio confirmaron que el estrés es un factor de riesgo significativo de la ideación suicida, planificación e intentar suicidarse en ambos conjuntos de datos transversales y longitudinales, mientras que la resiliencia es un factor protector contra el comportamiento en adolescentes. Los autores mencionan la importancia de la resiliencia en el diseño de futuros programas de prevención e intervención suicidas.

En resumen, a lo largo del capítulo se abordó la conceptualización del constructo de resiliencia como la capacidad de los individuos para adaptarse a situaciones adversas durante el ciclo de la vida. Esta capacidad a sido estudiada en múltiples oportunidades y hasta el momento se sabe que, a pesar de las situaciones degradantes y traumáticas, la mayoría de los niños y adolescentes que vivieron estas experiencias terminan adaptándose y superando dicha situación, es por ello que se ha convertido en un tema central en el estudio y en la intervención con adolescentes. Por esta razón es importante la implementación de este recurso para desarrollar formas constructivas de enfrentar la existencia, sus dificultades y sus contingencias de modo que puedan sobrellevarlas sin sufrir un trauma o daño.

Capítulo III. Intervenciones psicológicas para prevención del suicidio

La prevención del suicidio es una de las áreas de la salud mental que más interés general despierta y hay cierta unanimidad para considerarla uno de los grandes retos de la salud en muchos países. Prevenir el suicidio es uno de los puntos principales y más controvertidos en las políticas de salud que se han desarrollado en la última década puesto que se necesitan estudios de investigación sobre cómo se pueden mitigar los pensamientos suicidas (Gabilondo, 2020). Esto, a su vez, presenta una complejidad que es la dificultad que implica investigar un tema sensible como la conducta suicida en una población vulnerable como son los adolescentes y jóvenes. El suicidio y las conductas suicidas se pueden prevenir a través de diferentes estrategias; la evidencia sobre la eficacia y efectividad de las mismas radican en aquellas intervenciones psicológicas basadas en evidencia tales como las terapias de corte cognitivo conductual que permiten el diseño creativo de programas de tratamiento para los problemas más novedosos, resistentes, particulares o con las presentaciones clínicas más complicadas como es el caso del suicidio (Wenzel, 2017).

3.1 Prevención del suicidio

En los últimos años la conciencia sobre el impacto de la conducta suicida en nuestra sociedad ha ido en aumento, así como el interés por las medidas dirigidas a prevenir o reducir el daño causado. La etiología del suicidio es compleja y multifactorial que puede variar en cada territorio o con el tiempo, lo que obliga a disponer de sistemas de información robustos y a combinar intervenciones de muy diversa naturaleza. Es por ello, que constituye un buen paradigma de intervención compleja de salud pública (Gabilondo, 2020).

Las estrategias nacionales, de manera general, abarcan varias medidas de prevención como la vigilancia, la restricción de los medios utilizables para matarse, directrices para los medios de difusión, la reducción del estigma y la concientización del público, así como la capacitación de personal de salud, educadores, policías y otros guardianes. También suelen incluir servicios de intervención en crisis y servicios post-crisis. Algunos elementos clave del desarrollo de una estrategia nacional de prevención del suicidio consisten en hacer de la prevención una prioridad multisectorial que incluya no solo el sector de la salud sino también los de la educación, el empleo, el bienestar social, la justicia y otros. La estrategia debe adaptarse al

contexto cultural y social de cada país y establecer mejores prácticas e intervenciones basadas en datos científicos con un abordaje integral (OMS, 2014).

En la siguiente tabla se presenta el modelo de prevención del suicidio promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la cual propone combinar acciones de prevención universal, selectiva e indicada, un sólido sistema de vigilancia y una estrategia de prevención del suicidio en cada territorio.

Tabla 5

Medidas de prevención del suicidio

Tipos de prevención		Categorías de factores de riesgo	
Tipo	Descripción	Categoría	Descripción
Universal Afecta a toda la población independientemente del riesgo de suicidio que pudiera tener cada persona.	-Limitación de acceso a medios letales -Campañas de sensibilización e información -Formación de profesionales de los medios -Políticas para reducir el consumo de alcohol	Sociedad	Fácil acceso a medios letales Estigma, desinformación sobre el suicidio y el trastorno mental
Selectiva Se dirige a colectivos con ciertas características sociodemográficas, biológicas o psicológicas que incrementan el riesgo de suicidio	-Programas escolares de educación y sensibilización sobre salud mental y suicidio -Formación de agentes sociales -Líneas telefónicas de ayuda para personas en situación de crisis suicida -Programas de prevención, ámbito laboral (profesiones de riesgo) -Programas de prevención, prisiones	Comunidad, interpersonal	Soledad, aislamiento, discriminación Problemas de relación, pérdidas Problemas económicos, laborales Victimización, trauma
Indicada Se dirige a individuos concretos altamente vulnerables por presentar ciertos síntomas-signos de riesgo suicida o una enfermedad altamente asociada	-Evaluación y tratamiento de la conducta suicida (psicoterapias específicas, continuidad de cuidados y seguimiento tras tentativa) -Evaluación y tratamiento de los trastornos mentales (tratamiento de la depresión, formación de médicos de atención primaria, cribado de riesgo en atención primaria)	Individual	Tentativa suicida previa Trastorno mental Uso perjudicial de alcohol Enfermedad física grave, dolorosa, discapacidad Antecedente familiar de suicidio

Nota. Fuentes revisadas (OMS, 2014; Gabilondo, 2020; Zalsman et al., 2016).

La prevención de las conductas suicidas no se limita a la intervención sanitaria sobre determinantes individuales, sino que como sucede con la mayoría de los condicionantes que afectan la salud mundial en el siglo XXI requiere del enfoque ecológico que se ha extendido al análisis y el abordaje de otros problemas de salud pública y que propone también acciones sobre factores interpersonales, comunitarios y sociales (Hegerl, 2016). Por ello, la importancia de fomentar la práctica profesional de la psicología sobre la evidencia empírica, es decir, demostrar que el tratamiento psicológico en general es eficaz, mediante el uso de estrategias y técnicas reconocidas para la aplicación clínica (Ybarra et al., 2015).

El campo de la psicoterapia cognitivo-conductual ha tenido un crecimiento impresionante como sistema terapéutico en la psicología y la psiquiatría, así como en otras áreas donde hay profesionales de este ámbito, en toda su variedad, están cada vez más interesados en la práctica de la teoría cognitiva. Las tendencias actuales en el entrenamiento de profesionales de la salud, incluyendo el desarrollo de experiencias didácticas y de prácticas en intervenciones cognitivas-conductuales, reflejan una mayor aceptación de los principios y los métodos de esta terapia, por lo cual la efectividad de sus usos y aplicaciones clínicas ha llegado a ser más reconocidas (Thoma et al., 2015).

La terapia cognitivo-conductual (TCC), es una forma de tratamiento psicológico que asume la existencia de cogniciones distorsionadas y conductas disfuncionales que mantienen o causan el malestar asociado a los trastornos mentales. La TCC es una forma de tratamiento en general breve y tiene entre sus objetivos el cambio sintomático, aunque en la medida en que puede suprimir los síntomas del trastorno puede ser resolutive del mismo y no solo supresora del malestar (Crowe & McKay, 2017).

La terapia cognitivo-conductual se caracteriza por ser más directiva, estar orientada en objetivos, centrarse en la modificación de cogniciones y conductas, y por utilizar frecuentemente tareas en casa, es decir, práctica repetida de las habilidades aprendidas. La TCC es tan eficaz o más que otras formas de tratamiento psicológico para la mayoría de trastornos mentales no psicóticos y en algunos de estos se considera tratamiento de primera elección (Salazar, 2017). Es por eso que en la siguiente parte revisaremos las técnicas cognitivo conductuales de primera, segunda y tercera generación.

3.2 Técnicas cognitivo - conductuales

La terapia cognitivo conductual aglutina un amplio cuerpo de técnicas, terapias y procedimientos de intervención psicológica muy heterogéneos, para el tratamiento de los diversos problemas y trastornos psicológicos que pueden afectar al individuo en su interacción con diversos contextos, pero también para el desarrollo y optimización de las potencialidades y habilidades del individuo, favoreciendo así su interacción con diversos contextos, pero también para el desarrollo y optimización de las potencialidades y habilidades del individuo, favoreciendo así su adaptación al entorno y el incremento de la calidad de vida (Wenzel, 2017).

La diversidad que atiende este conjunto de estrategias terapéuticas permiten el diseño creativo de programas de tratamiento para los problemas más novedosos, resistentes, particulares o con las presentaciones clínicas más complicadas. Si bien, muchas técnicas han ido permaneciendo desde que las terapias de la conducta hicieran su aparición la terapia cognitivo conductual no ha dejado de evolucionar en tres grandes olas, estadios o generaciones, las cuales se abordarán a lo largo del capítulo.

3.3 Primera generación

La primera generación de terapia de la conducta se situó en la década de 1950, para fundar una nueva época de la psicología clínica. El principal propósito e interés de esta primera ola o movimiento fue el de romper y superar las limitaciones e inconvenientes de las tradicionales posiciones clínicas imperantes en ese momento: principalmente, las del modelo psicoanalítico. Como alternativa, y en contraste con el modelo vigente, enfatizaron la necesidad de crear una aproximación clínica cuya teoría y tecnología estuvieran, ambas, basadas en los principios y las leyes del comportamiento humano establecidas científicamente (Mañas, 2007).

Como consecuencia de ello, en lugar de apelar a variables o constructos de tipo hipotético o intrapsíquico tales como los conflictos del inconsciente o el complejo de Edipo como causas de los problemas psicológicos, se identificaron otras variables. tales como las contingencias de reforzamiento o el control discriminativo de ciertos estímulos sobre la conducta. Y, en contraste con el empleo de técnicas como la interpretación de los sueños, la hipnosis o la introspección, la terapia de conducta emergente se focalizó directamente sobre el comportamiento problema o clínico de forma directa, es decir, basándose en los principios del condicionamiento y del

aprendizaje. En la cual, se encontraban dos paradigmas básicos: el condicionamiento clásico o pavloviano y el condicionamiento operante o skinneriano (Pérez, 2006; Mañas, 2007).

En la línea del condicionamiento clásico, que corresponde al esquema estímulo-respuesta. En 1960 se desarrollarían las conocidas técnicas de desensibilización sistemática (J. Wolpe) y de exposición (H. Eysenck). Estas técnicas resultan especialmente apropiadas para los problemas clínicos relacionados con el miedo, la ansiedad y las obsesiones. Para 1970 ya existía una amplia aplicación e investigación en lo individual, institucional y comunitario, además de procedimientos sobre la modificación de la conducta (Fernández & Álvarez, 2017).

En la búsqueda de la comprensión del comportamiento humano, ha resultado tentador atribuir la conducta de un organismo como causas de un agente interno. Sin embargo, las intervenciones conductuales de la primera generación proponen la búsqueda de las variables de las cuales la conducta es función, así que la conducta humana es una relación entre variables entre organismo, ambiente e historia del sujeto (Ramírez & Corredor, 2015). Por lo tanto es el eje central de la primera generación cuestionar y comprender la función de la conducta.

Desde la opinión de O'Donohue (2009 citado en mañas, 2007) rescata algunas consideraciones sobre la primera generación de terapeutas de la conducta exhibiendo ciertos rasgos comunes que incluyen:

- La extensa base de conocimiento sobre la investigación de aprendizaje que exhiben todos los clínicos (investigadores).
- La aplicación clínica de los que se consideraban los resultados más actuales de la investigación sobre aprendizaje.
- La visión de la aplicación clínica como formando parte de un programa de investigación y terapia más general.

Aunque la fundamentación en los principios de aprendizaje hubiese sido un punto de acuerdo incuestionable entre los terapeutas de la primera generación, esto no quiere decir que las terapias de la primera ola no fueron satisfactorias para muchos al tratar algunos problemas psicológicos, ya que el análisis funcional estímulo - respuesta, sólo tenía aplicación sobre conductas específicas y las críticas sobre su aplicación a problemas psicológicos complejos no se hicieron

esperar, así que incluyo el supuesto de que la solución a estos problemas está en la modificación de las conductas y en la cognición del sujeto (Ramirez & Corredor, 2015).

3.4 Segunda generación

La segunda generación de la terapia de la conducta se sitúa en torno a 1970, en donde se inició una fase de transformación de la TC caracterizándose conceptualmente por su apertura hacia los aspectos cognitivos y sociales. Considerando que la terapia de la conducta no puede basarse sólo en la psicología del aprendizaje y son bienvenidas otras fuentes de influencia provenientes de los más diversos campos (Rachman, 2015).

Lazarus (1968) estudiante de Wolpe, fue probablemente uno de los primeros en argumentar que los principios del aprendizaje eran insuficientes y que los terapeutas de conducta debían interesarse por otras áreas de la psicología. Señalaba que todos los conocimientos psicológicos son de interés para la terapia de la conducta (emociones, memoria, pensamientos, etc.) y que toda técnica es recibida con independencia de su sustento teórico siempre y cuando sea eficaz y su eficacia está comprobada (Rachman, 2015).

Fue así como en 1970, entró en vigor la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), lo que, sin perjuicio de su éxito, llevó a desvirtuar su sentido contextual e ideográfico, aquél que ponía el acento en las causas ambientales o contextuales y en el caso individual. La terapia cognitivo conductual entiende que las cogniciones (creencias, pensamientos, expectativas, atribuciones) son las causas de los problemas emocionales y conductuales y, aún más, que cada trastorno tiene su condición por no decir déficit o disfunción “cognitiva específica”. Por lo que respecta a su éxito, éste se reconocería en el desarrollo de tratamientos psicológicos eficaces. Sin duda, la terapia cognitivo-conductual es la terapia psicológica más representada en el movimiento de los tratamientos psicológicos que han probado su eficacia incluyendo la comparación con la medicación (Pérez, 2006).

Dos de los pioneros más productivos e influyentes de la terapia cognitiva, son Beck y Ellis, cuyo trabajo proporcionan las bases de este análisis histórico, compartieron la idea de que la mayoría de los trastornos derivan de cogniciones erróneas o de un procesamiento cognitivo erróneo, y el remedio reside en acciones correctivas (Mañas, 2007). Beck postula la teoría cognitiva y Ellis la Terapia Racional Emotiva Conductual; ambas comparten objetivos similares:

corregir, desactivar, modificar los errores del procesamiento cognitivo, sin dejar a un lado totalmente la terapia comportamental, puesto que sigue siendo un medio para adquirir información (Ramirez & Corredor, 2015).

Ahora bien, La TCC mantienen las técnicas centradas en el cambio conductual generadas en la primera ola, sin embargo, las variables de interés por excelencia fueron trasladadas a los eventos cognitivos considerándolos ahora como la causa directa del comportamiento y por lo tanto, transformando el pensamiento como el objetivo principal de intervención (Mañas, 2007).

Una de las clasificaciones más conocidas de las terapias cognitivas es la Mohaney y Arnkkoff (1978, como se cita en Wenzel, 2017), que a pesar de los años sigue teniendo utilidad y vigencia. La división propuesta por estos autores fue la siguiente:

- A. Técnicas de reestructuración cognitiva:** están centradas en la identificación y cambio de las cogniciones que están determinando o manteniendo el problema. Es decir, analizan la racionalidad de los pensamientos o creencias y enseñan al paciente a pensar de manera correcta, atacando las distorsiones que pueden estar produciéndose en el procesamiento de la información.
- B. Técnicas para el manejo de situaciones:** persiguen enseñar habilidades para que un individuo pueda afrontar adecuadamente diversas situaciones problemáticas como las caracterizadas por el estrés o el dolor, por ejemplo.
- C. Técnicas de solución de problemas:** dirigidas a corregir el modo en que la persona aborda los problemas, facilitando un método sistemático para resolver este tipo de situaciones.

A lo largo de los años el panorama de la terapia cognitiva se ha ido mostrando como un espectro cada vez más heterogéneo y amplio. Sin embargo, entre las limitaciones más importantes de la segunda generación destacan los datos experimentales, los cuales indican precisamente que los intentos de control, reducción o eliminación de los eventos privados, justamente los objetivos de intervención de estas terapias, producen paradójicamente y en muchos de los casos, efectos contrarios o de rebote (Moreno, 2012).

3.5 Tercera generación

La tercera generación de la terapia de la conducta se sitúa a partir de la década de 1990, aunque se daría a conocer hasta el 2004. La emergencia de esta nueva generación se debe tanto al desarrollo del análisis de la conducta y del conductismo radical, como a las limitaciones de la terapia cognitivo conductual, a pesar de sus reconocidas aportaciones (Barbieri & Visco-Comandini, 2020).

De acuerdo con Hayes (2016), las terapias de tercera generación buscan cumplir diversos objetivos, entre ellos: abandonar el compromiso de primer orden; adoptar presupuestos básicos de corte más contextualistas; utilizar estrategias de cambio más experimentales en lugar de emplear exclusivamente estrategias de cambio directas o de primer orden, así como ampliar y modificar de forma considerable el objetivo a tratar o cambiar. Hasta el momento se desconoce si la tercera generación de terapias resultará más efectiva que la anterior, sin embargo, cuenta con importantes indicios que marcarán un cambio positivo en las terapias del comportamiento (Moreno, 2012).

A continuación, Zych et al. (2012), describen las principales terapias de tercera generación las cuales son:

- A. **Terapia Dialéctico Conductual (DBT):** fue desarrollada para el tratamiento del trastorno límite de personalidad con tendencias suicidas. Es una terapia orientada al cambio y aceptación, ya que los pacientes con trastorno límite presentan importantes dificultades en aceptarse a sí mismos tal como son. En la DBT se pone énfasis en la aceptación y cambio dentro de la interacción dialéctica, adquisición de habilidades, motivación y reforzamiento de éstas y su generalización fuera del contexto terapéutico.
- B. **Psicoterapia Analítico Funcional (FAP):** resalta la capacidad terapéutica de la interacción psicólogo- paciente. Destaca la situación terapéutica como una situación comportamental más, en la que el intercambio de respuestas y su valor funcional constituyen el elemento principal de la terapia. Este modo de hacer terapia es característico del punto de vista contextual, es decir, dar mayor importancia a las contingencias concretas que a las normas generales de cómo deben de operar.
- C. **Terapia de Pareja Conductual Integrativa (IBCT):** el elemento innovador más importante de esta terapia de tercera generación, es la inclusión de la aceptación en el

caso de la pareja. Las parejas con problemas que parecen no tener ninguna solución pueden construir una relación más íntima, gracias a la aceptación.

- D. Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia (Mindfulness):** tiene como propósito principal centrarse en el presente, es decir, en el momento actual. Se trata de vivir cada momento tal y como es, de manera activa y reflexiva, pero sin valorarlo, aceptando lo que sucede. Esta terapia, fue desarrollada principalmente para el tratamiento de la depresión, los pacientes aprenden a aceptar los pensamientos, sentimientos y emociones tal como son y vivirlos sin intentar eliminarlos, simplemente dejando que pasen por su mente.
- E. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT):** se caracteriza por el intento de eliminar o reducir el control que los pensamientos y emociones tienen sobre la conducta tratando de este modo de dar más importancia a las contingencias externas de la conducta. Al igual que en la Psicoterapia Funcional Analítica, no va dirigida a un trastorno concreto, sino a aquellos casos en que, un excesivo control cognitivo-emocional, es decir, de sucesos sólo accesibles a la propia persona, constituye una fuente de interferencia importante en el comportamiento, lo que se ha denominado trastorno por evitación experiencial.

Los métodos de intervención y técnicas que utilizan las TTG se basan frecuentemente en la experimentación por parte de los clientes, es decir, son técnicas más experimentales en el sentido de experienciar, sentir, vivir en uno mismo que didácticas o directas, como en el caso de las terapias de la primera y segunda generación (Hayes & Hofmann, 2017).

En cuanto a los límites de la terapia cognitivo conductual que pueden estar influyendo en la emergencia de la tercera generación se refiere por un lado a la desvirtualización del sentido contextual e ideográfico original de la terapia de la conducta y por otro, a ciertos problemas relacionados con la eficacia. En concreto, estos problemas tendrían que ver con la estandarización de los tratamientos en perjuicio de aplicaciones más flexibles y ajustadas al caso y no al cuadro ni al protocolo y con cierto empacho cognitivo en detrimento de lo que en realidad resulta "digerible" que no sería sino propiamente la conducta verbal y no verbal (Barbieri & Visco-Comandini, 2020).

Es importante señalar que, a pesar de las limitaciones y críticas que se han ido planteando a los distintos enfoques cognitivo conductuales, y de la pérdida de la identidad inicial de la Terapia de Conducta, lo cierto es que el cambio que se ha ido produciendo no deja de ser positivo, pues

está guiado por la necesidad de optimización de perspectivas anteriores, tratando de atender la globalidad del comportamiento humano y la complejidad de muchos de sus procesos, tanto en la conducta normal, como la considerada anormal (Rachman, 2015).

En la Tabla 6, se presenta un esquema en forma de resumen de las aproximaciones de la primera, segunda y tercera generación de las terapias conductuales.

Tabla 6

Aproximaciones primera, segunda y tercera generación

Primera generación	Segunda generación	Tercera generación
Primeras terapias eficaces fundamentadas experimentalmente alternativas al modelo médico. La conducta del individuo como el resultado de una reacción a estímulos derivados del condicionamiento clásico y operante (Fernández & Álvarez, 2017).	Tácticas terapéuticas tanto cognoscitivas conductuales. Incluyen constructos y procesos tales como pensamientos, creencias, actitudes, ideas, atribuciones, expectativas, distorsiones cognoscitivas, reglas de vida, esquemas (Pérez, 2006).	Desarrollo del análisis funcional de la conducta clínica y de la conducta verbal, en lugar de tratar de eliminar eventos privados (Pérez, 2006). Se focaliza en la alteración de la función psicológica por medio de la modificación de los contextos verbales (Mañas, 2007).

En resumen, la terapia cognitivo conductual no ha dejado de evolucionar en tres grandes olas, estadios o generaciones. La diversidad que atiende este conjunto de estrategias terapéuticas permiten el diseño creativo de programas de tratamiento para los problemas más novedosos, resistentes, particulares o con las presentaciones clínicas más complicadas. Es por eso que en la siguiente parte revisaremos las principales intervenciones psicológicas basadas en evidencia para la prevención del suicidio.

3.6 Intervenciones psicológicas para prevención del suicidio

Los pensamientos y comportamientos suicidas siguen siendo difíciles de tratar. Sin embargo, existen intervenciones basadas en evidencia efectivas. Algunos tratamientos tienen mejor certeza que otros para reducir pensamientos y comportamientos suicidas. Los tratamientos más eficaces para el comportamiento suicida comparten varios elementos comunes: el uso de intervenciones exploratorias para comprender el comportamiento y las intervenciones para alentar comportamientos positivos y desalentar los negativos; centrándose explícitamente en el comportamiento suicida; Hacer que el terapeuta adopte una actitud activa hacia el tratamiento,

incluyendo resolución de problemas; planificación para hacer frente a los impulsos suicidas; y centrándose en precursores emocionales y cognitivos de comportamiento suicida (Turecki & Brent, 2016).

La terapia conductual dialéctica (DBT) es un tratamiento multimodal que combina estrategias conductuales y de aceptación. DBT fue desarrollado para poblaciones con extensas historias de conductas autolesivas o suicidas, y se ha utilizado y estudiado principalmente en muestras con trastorno límite de la personalidad. Los ensayos controlados aleatorios (ECA) han encontrado que los pacientes que recibieron DBT participaron en menos autolesiones (Rudd et al., 2015).

Otro tratamiento, la terapia cognitiva para la prevención del suicidio, basado en la teoría cognitiva de Beck. Considera el suicidio como resultado del sentido de los pacientes de desesperanza y pensamientos automáticos disfuncionales. Por lo tanto se centra en mitigar desesperanza, evaluando y desafiando la precisión de las suposiciones de los pacientes, y proporcionando pacientes con estrategias de afrontamiento y habilidades para resolver problemas (Klonsky et al., 2016).

Autores como Wagner et al. (2020) efectuaron una intervención grupal en línea después de un duelo por suicidio mediante el uso de seminarios web: protocolo de estudio para un ensayo controlado aleatorio. Con el objetivo de reducir la depresión y las tendencias suicidas en las personas después de la muerte de una persona importante por suicidio. Se realizaron tres grupos focales para desarrollar la intervención. La composición de los grupos se basó en género, edad y parentesco con el fallecido. La edad mínima era de 18 años y el tiempo transcurrido desde el suicidio debía ser de al menos 1 año. Los 23 participantes reclutados tenían en promedio 53 años (DE 13, rango 20-72) y el 86% eran mujeres. La intervención grupal cognitivo-conductual de 12 módulos semanales de 90 minutos basada en seminarios web se centró en temas relacionados con el duelo por suicidio, como los sentimientos de culpa, la estigmatización, la reconstrucción del significado y la relación con el difunto. Además, el webinar incluye videos testimoniales y psicoeducación. Los supervivientes del suicidio se asignan al azar a la intervención o la lista de espera en un ensayo controlado aleatorio de grupos. El estudio tiene múltiples fortalezas metodológicas, como la aleatorización en bloques y el uso de un manual estandarizado con procedimientos e instrucciones precisos que se basan en principios cognitivos conductuales. Entre las limitaciones del diseño del estudio actual es que no prueba si la intervención grupal en línea es más efectiva que la psicoterapia estándar. Además, la organización de grupos no siempre está libre de dificultades (por ejemplo, retrasos temporales, dificultades de programación). Esto

podría significar que los participantes deban ser asignados al azar por segunda vez si no pueden participar en la cita grupal asignada. El estudio presenta la estructura general de una propuesta de intervención la cual dará resultados a la comunidad científica al final del tratamiento, lo que aquí se presenta es una propuesta.

En cambio, Hetrick et al. (2017) realizaron una terapia cognitivo-conductual basada en Internet para jóvenes con comportamientos relacionados con el suicidio (Reframe-IT): un ensayo controlado aleatorio. Con el objetivo de probar la efectividad de un programa de TCC basado en Internet (Reframe-IT) para reducir los comportamientos relacionados con el suicidio, la depresión, la ansiedad, la desesperanza y mejorar la resolución de problemas y las habilidades cognitivas y conductuales en estudiantes escolares con comportamientos relacionados con el suicidio. Reclutaron a estudiantes con ideación suicida de 18 escuelas en Melbourne, Australia, entre agosto de 2013 y diciembre de 2016. La intervención comprendió ocho módulos de terapia del comportamiento cognoscitiva (CBT) entregados en línea durante 10 semanas con evaluaciones realizadas al inicio, 10 semanas y 22 semanas. Hubo mejoras mayores en el grupo Reframe-IT en comparación con el grupo de tratamiento habitual (TAU) para el resultado primario de ideación suicida (intervención -61,6, DE 41,6; control -47,1, DE 42,3, desde el inicio hasta la intervención de seguimiento de 22 semanas); sin embargo, las diferencias no fueron significativas ($p = 0,593$). No hubo aumentos en la angustia en la mayoría de los participantes (91,1%) después de completar cada módulo. Los cambios en la depresión y la desesperanza mediaron en parte el efecto de la adquisición de habilidades de TCC sobre la ideación suicida. El ensayo no tuvo el poder estadístico suficiente debido a las dificultades para reclutar participantes como resultado de los complejos procedimientos de reclutamiento que se utilizaron para garantizar la seguridad de los participantes. Aunque no hubo diferencias significativas entre los grupos, los jóvenes participaron de manera segura y generalmente bien en Reframe-IT y experimentaron disminuciones en la ideación suicida y otros síntomas, así como mejoras en las habilidades de la TCC. El estudio es el primer ensayo de intervención en línea a nivel internacional que incluye a jóvenes que demuestran todos los niveles de riesgo de suicidio.

Asimismo, Hill y Pettit (2016) efectuaron un ensayo piloto controlado aleatorizado de LEAP: una intervención preventiva selectiva para reducir la carga percibida por los adolescentes. Esta investigación se basó en la teoría psicológica interpersonal del suicidio en el desarrollo de la intervención LEAP, basada en la web dirigida a las cogniciones de la carga percibida hacia los demás. El ensayo piloto controlado aleatorio consistió en 80 adolescentes (68,8% mujeres, 65,8%

hispanos) de 13 a 19 años de edad que fueron asignados al azar a la intervención LEAP o una condición de control psicoeducativo. Los participantes completaron evaluaciones iniciales, posteriores al tratamiento y de seguimiento a las 6 semanas. Todos los participantes informaron altos niveles de satisfacción con el programa. El presente estudio fue un ensayo piloto controlado aleatorio de LEAP, una breve intervención preventiva selectiva basada en la web para reducir la percepción de agobio entre los adolescentes. Los resultados indicaron un fuerte apoyo a la satisfacción de los adolescentes con la intervención, con margen de mejora en las tasas de finalización. Este último punto es especialmente importante porque los adolescentes que completaron el tratamiento informaron significativamente puntuaciones de carga percibida más bajas en el postratamiento que los asignados al azar a la condición de control. Además, aquellos que completaron el tratamiento informaron significativamente más bajo percibido carga, pertenencia frustrada y depresión puntuaciones de síntomas en una evaluación de seguimiento de 6 semanas en comparación a aquellos en condición de control. Estos hallazgos apoyan la La intervención LEAP como un prometedor, de bajo costo y altamente portátil programa de prevención para reducir la carga percibida entre los adolescentes

Por su parte, Reijas et al., (2013) realizaron la evaluación de un programa de intervención intensiva en conducta suicida. Con el objetivo de analizar la efectividad en la reducción de reintentos de suicidio tras un intento índice en pacientes a seguimiento en el programa de intervención intensiva en conducta suicida (PII). Se realizó un estudio en el que se comparó un cohorte de pacientes expuestos a la intervención en PII con otro cohorte de pacientes expuestos a terapia convencional. La muestra está formada por un total de 191 pacientes, 89 del grupo de tratamiento en PII y 102 pacientes del grupo de tratamiento convencional. Con un seguimiento de 12 meses. El tratamiento psicoterapéutico consta de 10 sesiones de corte cognitivo conductual, siguiendo el modelo de tratamiento de Beck. En la primera fase se realizó una conceptualización cognitiva del caso, en la segunda fase se centraron en la conducta autolítica, ayudar al paciente a desarrollar estrategias tanto cognitivas como conductuales y finalmente en la tercera fase, se enfocó en la prevención de de recaída evaluando los mecanismos de afrontamiento aprendidos en terapia. Entre los resultados se encontró que un 20,6% de los pacientes que reciben tratamiento convencional recaen frente al 10% del grupo de tratamiento en PII ($p=0,047$). Los pacientes atendidos en el programa presentaron un riesgo menor 2,88 veces de recaída ($p=0,015$), esto es independiente del número de intentos previos, edad, sexo, necesidad de ingreso tras el intento índice y diagnóstico agregado. En conclusión, los resultados muestran que los sujetos que reciben tratamiento en el PII tienen menos reintentos, necesitan

ingresar menos, y el tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento y el primer reintento es mayor.

Aunado a lo anterior, se presentan las intervenciones basadas en evidencia revisadas en este capítulo para reducir pensamientos y comportamientos suicidas los cuales se reseñan brevemente en la Tabla 7.

Tabla 7

Intervención para prevenir el comportamiento suicida

Autores	Objetivo	Descripción
Wagner, Hofmann y Maaß (2020)	Reducir la depresión y las tendencias suicidas en las personas después de la muerte de una persona importante por suicidio.	<ul style="list-style-type: none"> -Seminario web grupal, en base a grupos focales -Edades de 18 y 75 años - Comprendió 12 módulos de 90 min. -Centrada en temas como sentimientos de culpa, estigmatización, reconstrucción de significado y la relación con el difunto.
Hetrick et al. (2017)	Probar la efectividad de un programa de TCC basado en Internet (Reframe-IT) para reducir los comportamientos relacionados con el suicidio, la depresión, la ansiedad, la desesperanza y mejorar la resolución de problemas y las habilidades cognitivas y conductuales en estudiantes escolares con comportamientos relacionados con el suicidio.	<ul style="list-style-type: none"> -Ensayo controlado aleatorio paralelo -Estudiantes de 13 a 19 años -Comprendió ocho módulos de TCC entregados en línea durante 10 semanas -Centrada en compromiso e identificación de problemas, reconocimiento emocional y tolerancia a la angustia, identificación de pensamiento automático negativo, activación conductual: búsqueda de ayuda.
Hill y Pettit (2016)	Examinar si la intervención selectiva preventiva basada en la web para el suicidio dirigida a las cogniciones de la carga percibida hacia los demás LEAP produce niveles significativamente más bajos de carga percibida en una evaluación posterior al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> -Basado en la teoría interpersonal-psicológica del suicidio en el desarrollo de la intervención LEAP -Ensayo controlado aleatorio piloto consistió en 80 adolescentes -Edades 13 a 19 años -Los participantes completaron evaluaciones iniciales, posteriores al tratamiento y de seguimiento de 6 semana
Reijas, Ferrer, Gonzalez y Iglesias (2013)	Evaluación de la efectividad en la reducción de reintentos de suicidio tras un intento índice en pacientes a seguimiento en el Programa de	- Intervención específica para pacientes con intentos de suicidio de corte cognitivo-conductual, siguiendo el modelo de tratamiento de Berk

Intervención Intensiva en conducta suicida (PII)	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento psicoterapéutico, con una media de 10 sesiones. - Centrada en conceptualización cognitiva del caso, ayudar al paciente a desarrollar estrategias tanto cognitivas como conductuales y evaluar los mecanismos de afrontamiento aprendidos en terapia
--	--

Finalmente, durante la revisión de la literatura el suicidio es el prototipo de condiciones que no se pueden tratar, sino prevenir, existen diversos modelos conceptuales y programas de prevención del comportamiento basados en evidencia para contribuir en la búsqueda de la promoción y prevención de la salud en la psicología en primer y segundo nivel de intervención. Ahora bien, en el subsecuente apartado se plantean la importancia del desarrollo de la resiliencia en intervenciones para la prevención del suicidio.

3.7 Desarrollo de la resiliencia en intervenciones de prevención del suicidio

Como se ha revisado hasta ahora el suicidio es un problema médico, psicológico y social importante. Décadas de investigación sobre el suicidio se han centrado principalmente en los factores de riesgo de la conducta suicida, mientras que pasan por alto factores protectores como la resiliencia que pueden ayudar a abordar esta importante crisis de salud pública. Esta falta de atención a los factores protectores en el suicidio juvenil es alarmante dado que no hemos mejorado nuestra capacidad para prevenir el suicidio juvenil (Curtin et al., 2016).

La resiliencia como objetivo del tratamiento no recibe una atención significativa en el campo de la terapéutica. Mejorar la resiliencia debería ser parte del plan de tratamiento de cada paciente. Mejorar la resiliencia, el bienestar, el optimismo la capacidad de resolución de problemas mejora la condición de los pacientes psiquiátricos reduce la probabilidad de suicidio. Se ha demostrado que la capacidad de resolución de problemas es un factor compensador contra la ideación y el comportamiento suicidas (Sher, 2019).

Como lo hace notar Teruel y Bello (2014), al rescatar la importancia del fomento de la resiliencia ante el suicidio tales como: las habilidades para pedir apoyo, la eliminación del fácil acceso a el hogar a métodos de suicidio, promover actitudes verbales y no verbales de expresión de emociones y fomento de un ambiente cordial en la familia, donde se planteen pautas eficaces

para la gestión de conflictos. Los aspectos socioculturales y ecológicos también deben ser objeto de atención para el fomento de la resiliencia en adolescentes. Para comprender cómo los adolescentes y jóvenes pueden superar la adversidad y cómo además, este conocimiento puede ser usado para crear y mejorar las fortalezas y afianzar características positivas en sus vidas.

La importancia del fomento de la resiliencia en la población puede reducir la incidencia de trastornos relacionados con el estrés y, en consecuencia, la conducta suicida. Los profesionales de la salud mental deben educar al público en general sobre los problemas relacionados con la resiliencia y el manejo del estrés. Si bien es sabido, el desarrollo de la resiliencia comienza desde edades tempranas. Numerosos estudios y observaciones indican que la excelente conexión y comunicación entre los padres y la familia, la presencia de los padres, las actividades familiares compartidas, la alianza familiar y el apoyo son de importancia crítica para el desarrollo cognitivo y social exitoso de un niño (Siegel & Payne, 2018).

Por ejemplo, las intervenciones preventivas universales dirigidas a los jóvenes que han mostrado efectos duraderos sobre la ideación y el comportamiento suicidas. El Juego del Buen Comportamiento, una intervención en el aula dirigida por el maestro para estudiantes de primer grado para promover el comportamiento prosocial, ha demostrado en un ensayo aleatorizado que reduce las tasas de ideación y comportamiento suicidas en participantes reevaluados entre las edades de 19 y 21 (Wilcox et al., 2008 citado en Brent, 2016). El Proyecto de Desarrollo Social de Seattle (SSDP) es una intervención multifacética para jóvenes en edad de escuela primaria y sus familias que involucró capacitación de maestros en manejo del aula, capacitación infantil en resolución de problemas interpersonales y capacitación en manejo de padres. En un estudio cuasiexperimental, los jóvenes inicialmente asignados a SSDP tenían niveles más bajos de ideación suicida que los asignados al grupo de control a la edad (Brent, 2016).

Por otro lado, la Universidad de Pensilvania (2019) desarrolló el Programa de Resiliencia Penn (PRP) y los Talleres PERMA como programas de capacitación basados en evidencia que han demostrado generar resiliencia, bienestar y optimismo. Estos programas basados en fortalezas equipan a las personas con un conjunto de habilidades prácticas que se pueden aplicar en la vida cotidiana para enfrentar la adversidad y prosperar en entornos desafiantes. La universidad aplica los programas de manera personal o virtual, incluyen presentaciones de grupos grandes y sesiones grupales. En las sesiones grupales, los participantes tienen la oportunidad de practicar el uso de las habilidades a través de ejercicios prácticos (y practicar la

enseñanza de las habilidades en los programas de formación de formadores) y recibir comentarios personalizados de los instructores. En cambio en los ejercicios individuales, en pareja y grupales facilitan el dominio de habilidades al permitir que los participantes practiquen las habilidades de resiliencia e identifiquen estrategias para su aplicación inmediata en sus vidas personales y profesionales.

De esta manera, mejorar la resiliencia debería ser parte del plan de tratamiento de cada paciente psiquiátrico. Los profesionales de la salud mental probablemente tendrán más éxito en la reducción del riesgo de suicidio en los pacientes psiquiátricos si se concentran activamente en aumentar la resiliencia al estrés mediante intervenciones tanto psicosociales como farmacológicas. Es de vital importancia avanzar en el desarrollo de intervenciones farmacológicas y psicológicas para mejorar la resiliencia (Sher, 2019).

Es por ello, que en los últimos años la resiliencia se ha convertido en un foco de investigación y prevención del suicidio como parte de las intervenciones preventivas, universales o selectivas (Southwick & Charney, 2012; Sher, 2019). Además se ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual (TCC) puede ayudar a desarrollar características de personalidad resilientes. La TCC se define como una psicoterapia estructurada y orientada al presente enfocada a resolver problemas actuales y enseñar habilidades individuales para cambiar el pensamiento y los comportamientos desadaptativos (Gøtzsche & Gøtzsche, 2017). La TCC puede funcionar como una herramienta para ayudar a los pacientes a modificar sus percepciones a las de capacidad y control, de esperanzas para el futuro y de su propia capacidad de recuperación. Básicamente, la TCC educa a las personas sobre cómo cambiar su estilo explicativo habitual (Padesky & Mooney, 2012).

Existe un consenso cada vez mayor de que la resiliencia es una característica maleable, en la que se puede desarrollar y mejorar la capacidad de un individuo para adaptarse y "recuperarse" eficazmente de la adversidad (VanMeter & Cicchetti, 2020). Autores como Joyce et al. (2018) sugieren que el entrenamiento de resiliencia, particularmente aquellos basados en la atención plena o habilidades cognitivas y conductuales, pueden mejorar la resiliencia. Los beneficios positivos de estrategias como las intervenciones de tratamiento para las condiciones de salud mental establecidas se han examinado a fondo en el pasado. Se ha destacado el valor de tales habilidades en el tratamiento de condiciones de salud mental comunes como la ansiedad y la depresión.

Por lo tanto, se observa que la combinación entre el modelo cognitivo conductual y la resiliencia pueden brindar importantes beneficios aún más si se generan intervenciones con el objetivo de fomentar la prevención de conductas de riesgo y la promoción de conductas saludables, es decir, las intervenciones para reducir los síntomas depresivos y las estrategias de afrontamiento cognitivo-conductuales desadaptativas del autocastigo y la evitación social cognitiva, y para reforzar la resiliencia psicológica pueden ayudar a mitigar la tendencia al suicidio en esta población (Sher, 2019; Pietrzak et al., 2011).

En general, a lo largo del capítulo se abordó la importancia de la prevención del suicidio mediante el establecimiento de prácticas e intervenciones basadas en evidencia. Con la finalidad de mitigar los pensamientos suicidas en población universal, selectiva o indicada. Además se reconoce la importancia de las intervenciones cognitivo conductuales en el abordaje terapéutico de la conducta suicida. Si bien es sabido, las tendencias actuales en el entrenamiento de profesionales de la salud, incluyendo el desarrollo de experiencias didácticas y de prácticas en intervenciones cognitivas- conductuales, reflejan una mayor aceptación de los principios y los métodos de esta terapia, por lo cual la efectividad de sus usos y aplicaciones clínicas ha llegado a ser más reconocidas. Así mismo, se reconoció la mezcla entre el modelo cognitivo conductual y la resiliencia como la posibilidad de brindar relevantes beneficios para la prevención de conductas de peligro y la promoción de conductas saludables.

Método general

Justificación

Actualmente nadie discute que la adolescencia se configura como una de las etapas más representativas y difíciles que el ser humano experimenta, caracterizada por la sucesión de importantes cambios cognitivos, sociales, emocionales e interpersonales que pueden producir un intenso desajuste psicosocial. Además, para muchos adolescentes y jóvenes, los cambios naturales del desarrollo a veces vienen acompañados por situaciones adversas tales como: cambios en la familia, presión social y de compañeros, cambios de amistades o ruptura de pareja, sentimientos de rechazo, vulnerabilidad ante ambientes caóticos por nombrar algunos, que pueden causar gran perturbación y resultar tremendamente abrumadores (Teruel & Bello, 2014).

Las dificultades psicosociales a las que se ven inmersos durante esta etapa de vida pueden ser detonantes para aumentar la probabilidad de riesgo suicida. En 2021, la Organización Mundial de la Salud señaló cerca de 703, 000 personas mueren por suicidio cada año. Siendo la cuarta causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 19 años en todo el mundo.

Además de las muertes por suicidio, los pensamientos suicidas y los intentos de suicidio no fatales también justifican atención. A nivel mundial, las tasas de prevalencia de por vida son aproximadamente del 9,2% para la ideación suicida y 2.7% por intento de suicidio. La ideación y los intentos de suicidio son fuertemente predictivos de muertes por suicidio (Klonsky et al., 2016).

Es por ello, que surge la necesidad fomentar o entrenar fortalezas y recursos psicológicos que las personas poseen como alternativa para la promoción del bienestar y la salud. Con la finalidad de realizar y validar la propuesta de intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida, sometiendo a jueces expertos, para posteriormente evaluar la eficacia del tratamiento al ponerla en práctica con adolescentes.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la efectividad de una intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida?

Objetivo general

Demostrar la efectividad de una intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida.

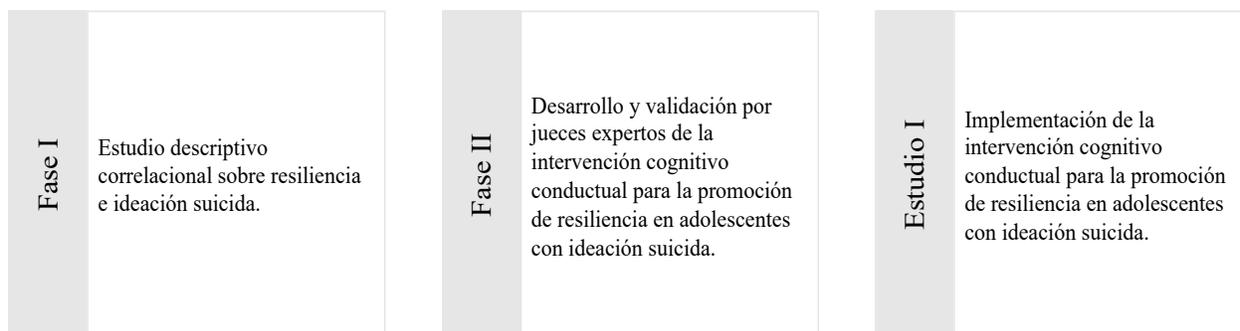
Objetivos específicos

- Detectar la presencia de ideación suicida en adolescentes de 15 a 18 años, del Centro de Bachillerato Tecnológico, San Luis Potosí.
- Determinar la relación entre resiliencia e ideación suicida en adolescentes de 15 a 18 años, del Centro de Bachillerato Tecnológico, San Luis Potosí.
- Diseñar una propuesta de intervención preventiva selectiva para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida.
- Describir el efecto de una intervención con enfoque cognitivo - conductual en población adolescente con ideación suicida.

Para lograr esto la presente investigación se encuentra dividida en dos fases y un estudio (ver Figura 8).

Figura 8

Esquema general de investigación



*Nota.*Elaboración propia

Método Fase I

Pregunta de investigación

¿Existe una correlación entre la resiliencia e ideación suicida en adolescentes de 15 a 18 años, del Centro de Bachillerato Tecnológico Agropecuario No. 143?

Objetivo general

Determinar la relación entre resiliencia e ideación suicida en adolescentes de 15 a 18 años, del Centro de Bachillerato Tecnológico Agropecuario No. 143.

Objetivos específicos

- Describir los niveles de resiliencia que poseen los adolescentes del Centro de Bachillerato Tecnológico Agropecuario No. 143.
- Describir la ideación suicida que poseen los adolescentes del Centro de Bachillerato Tecnológico Agropecuario No. 143.
- Determinar la relación entre resiliencia e ideación suicida en los adolescentes del Centro de Bachillerato Tecnológico Agropecuario No. 143.

Tipo de estudio

Descriptivo correlacional

Tipo de diseño

No experimental, transversal correlacional

Variables

Tabla 8

Operacionalización de las variables

Ideación suicida	Operacionalización
Proceso que se inicia con la ideación en sus diferentes expresiones (preocupación autodestructiva, planificación de un acto letal, deseo de muerte) discurre por el intento suicida y finaliza con el suicidio consumado (Alcaráz et al., 2013).	Puntuaciones obtenidas en el Inventario Multifacético de la Ideación Suicida IMIS IV-Secundarias.

Resiliencia	Operacionalización
Capacidad para adaptarse y ajustarse a través de la interacción entre atributos individuales y su ambiente (familiar, social y cultural), que lo posibilitan para superar el riesgo y adversidad en forma constructiva (González-Arratia, 2016).	Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Resiliencia para niños y adolescentes.

Hipótesis de estadísticas

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la resiliencia y la ideación suicida en adolescentes de 15 a 18 años.

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre la resiliencia y la ideación suicida en adolescentes de 15 a 18 años.

Participantes

Muestra

Estudiantes de 15 a 18 años, del Centro de Bachillerato Tecnológico Agropecuario No. 143 Santa María del Río, San Luis Potosí. Participaron 452 personas de primer a tercer año de los cuales 170 son varones y 282 mujeres.

Muestreo

Probabilístico aleatorio simple

Criterios de inclusión

- Estudiante del Centro de Bachillerato Tecnológico Agropecuario No. 143 Santa María del Río, San Luis Potosí.
- Tener de 15 a 18 años, sexo indistinto.
- Contar con el consentimiento firmado por padres, tutores y autoridades escolares.
- Contar con el asentimiento informado del adolescente

Criterios de exclusión

- No ser estudiante del Centro de Bachillerato Tecnológico Agropecuario No. 143 Santa María del Río, San Luis Potosí.
- Edad inferior o superior a la requerida.

- No contar con el consentimiento informado de los padres, tutores y autoridades escolares.
- No contar con el asentimiento informado del adolescente

Criterios de eliminación

- No terminar alguno de los instrumentos.
- No contestar alguno de los instrumentos.
- Contestar incorrectamente los instrumentos.

Instrumentos

- Inventario Multifacético de la Ideación Suicida IMIS V-Preparatorias es un instrumento elaborado por (Galán et al., 2015), desarrollado en México para adolescentes de 12 a 18 años. Consta de 124 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos, la consistencia interna es de Alpha de Cronbach total =0.92. Las dimensiones del inventario son diez que permiten evaluar el nivel de riesgo: Autoestima ($\alpha=0.426$); Depresión ($\alpha =0.811$); Desesperanza ($a = 0.771$); Ansiedad ($a = 0.753$); Relaciones Familiares ($a = 0.846$); Relaciones escolares ($a = 0.792$); Tolerancia a la frustración ($a = 0.753$); Autoagresión ($a = 0.839$); Eventos Causales ($a =0.649$) y pensamientos suicidas ($a =0.885$). Ver apéndice B
- Cuestionario de Resiliencia: es un instrumento de autoinforme elaborado por González-Arratia (2016), previamente desarrollado en México para niños y adolescentes que mide factores específicos de la resiliencia. Consta de 32 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos 1 (varianza 37.82% Alpha de Cronbach total = 0.9192). Del análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal (varimax) se cumple el criterio de Kaiser ($kmo = 0.90$, $p = 0.001$). La consistencia interna con los 32 ítems para esta investigación es alta ($\alpha = 0.885$). Las dimensiones del cuestionario son tres: Factores protectores internos. Mide habilidades para la solución de problemas ($\alpha = 0.8050$ con 14 reactivos). Factores protectores externos. Evalúa la posibilidad de contar con apoyo de la familia y/o personas significativas para el individuo ($\alpha = 0.7370$ con 11 reactivos). Empatía. Se refiere a comportamiento altruista y prosocial ($\alpha = 0.7800$, con 7 reactivos). Los valores altos indican mayor resiliencia. Ver apéndice A

Análisis de datos propuesto

Para el análisis de la información se analizaron los datos obtenidos estadísticamente con el programa SPSS (versión 27) utilizando estadística descriptiva por cada variable que son resiliencia e ideación suicida para así obtener porcentajes, medias y desviaciones estándar de

los datos. Por último, se usó la estadística inferencial (correlación de Pearson) con la finalidad de conocer la relación entre las variables mencionadas.

Consideraciones éticas

Este estudio está apegado a lo señalado por la Declaración de Helsinki (2017) y lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de investigación. Apegado al código ético del psicólogo avalado por el comité de ética del instituto de ciencias de salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Se protegerá la confidencialidad de la información y se recabará el consentimiento informado.

Procedimiento Fase I

Previo a la evaluación, se realizó el contacto con la institución educativa, a través del personal docente y directivo se solicitó la autorización y firma del consentimiento informado de los padres de familia o tutores de los participantes. Se procedió con la aplicación grupal de los instrumentos de manera digital con el apoyo de la herramienta Formularios de Google, contando con aplicadores calificados para supervisión y resolver dudas de los y las participantes.

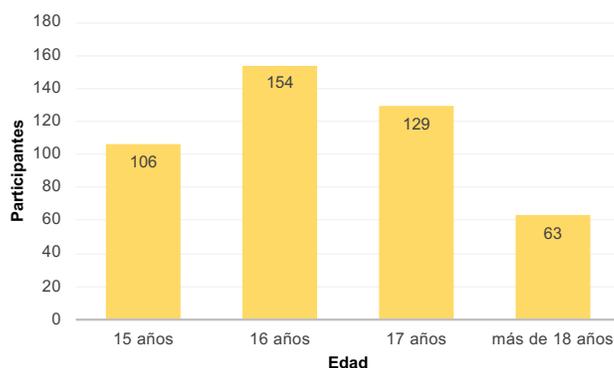
Resultados Fase I

Análisis descriptivos

Al momento de la evaluación, participaron 452 personas de primer a tercer año, el 62.4% son mujeres y el 37.7% hombres. En la Figura 9, se presentan los participantes divididos por edad, mostrando que el grupo de edad con mayor frecuencia es el de 16 años (34.1%) y el grupo de edad con menor número de participantes es el de 18 años (13.9%).

Figura 9

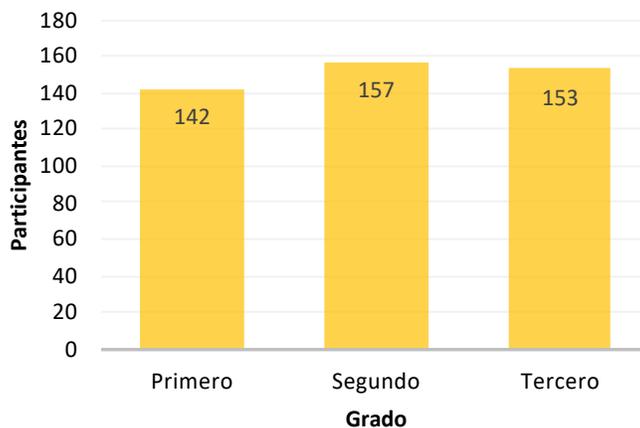
Distribución de los participantes por edad.



En la Figura 10, podemos observar la distribución de los participantes por grado escolar cursando al momento de la evaluación. El grupo de segundo año cuenta con el mayor número de participantes ($n=157$), por el contrario el grado escolar con menor número de participantes son de primer año ($n=142$).

Figura 10

Distribución de los participantes por grado.



Análisis estadístico descriptivo del cuestionario de resiliencia

Al analizar el cuestionario de resiliencia se encontró una media total de 127.92 y una desviación estándar de 17.577 lo que corresponde a que las poblaciones totales de adolescentes encuestados se encuentran con nivel de resiliencia alto, es decir, con un puntaje mayor a 118. (Tabla 9). Ahora bien, aunque el instrumento haya arrojado un nivel de resiliencia alta en la población. La dimensión con mayor puntuación de los adolescentes de 15 a 18 años fue el factor protector interno el cual denota habilidades para la solución de problemas tales como: la disposición, el temperamento, inteligencia, sentido del humor y locus de control. En cuanto al factor con menor puntuación obtenida fue la empatía la cual hace referencia al comportamiento altruista y prosocial (Tabla 9).

Tabla 9

Descriptivos del cuestionario de resiliencia total y por factor en adolescentes

	M	DE	Min	Máx.	Nivel de resiliencia
Resiliencia total	127.92	17.577	64	158	Alta
Factores protectores internos	55.88	8.728	27	70	Alta
Factores protectores externos	44.26	6.585	22	55	Alta
Factor empatía	27.78	4.824	11	35	Alta

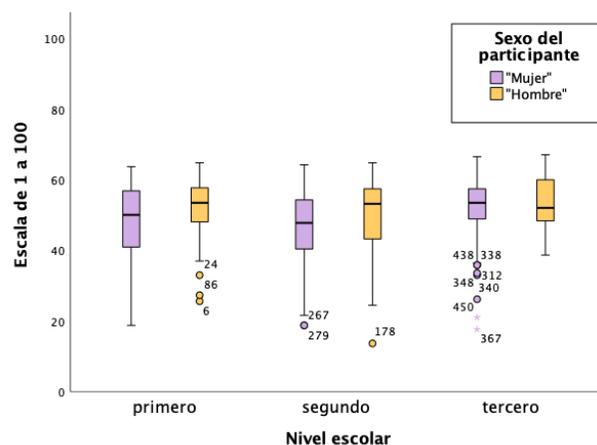
A continuación, se utilizó el método para convertir las puntuaciones directas en puntuaciones transformadas, en el cual se obtienen puntuaciones de dominio a una escala de 1 a 100. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

Resiliencia total

Se aplicó una *t student* para verificar si existían diferencias significativas en ambos sexos, lo cual arrojó una puntuación de $t= 3.058$, $gl= 381.058$, $p= .002$ por lo tanto, se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. En cuanto al análisis de varianza (ANOVA) para comprobar si existían diferencias significativas entre grupos, arrojó una puntuación de $F= 6.844$, $gl= 2$, $p= .001$ por consiguiente, al comparar las medias de la variable de respuesta en los diferentes niveles se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En los análisis de post hoc, al aplicar la prueba HSD de Tukey, se detectó una diferencia en el grupo de tercero con mayor número de casos atípicos de la resiliencia total (ver Figura 11).

Figura 11

Diagrama de cajas de la resiliencia total por sexo y nivel escolar

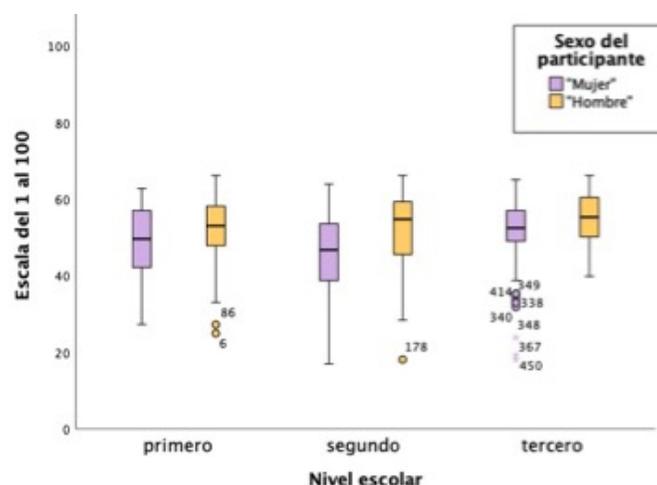


Factor protector interno

Se aplicó una *t student* para verificar si existían diferencias significativas en ambos sexos, lo cual arrojó una puntuación $t = 4.595$, $gl = 388.196$, $p = .001$ por lo tanto, se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. En cuanto al análisis de varianza (ANOVA) para comprobar si existían diferencias significativas entre grupos, arrojó una puntuación de $F = 8.218$, $gl = 2$, $p = .000$ por consiguiente, al comparar las medias de la variable de respuesta en los diferentes niveles se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En los análisis de post hoc, al aplicar la prueba HSD de Tukey, se detectó una diferencia en el grupo de tercero con mayor número de casos atípicos de habilidades de resolución de problemas (ver Figura 12).

Figura 12

Diagrama de cajas del factor protector interno por sexo y nivel escolar

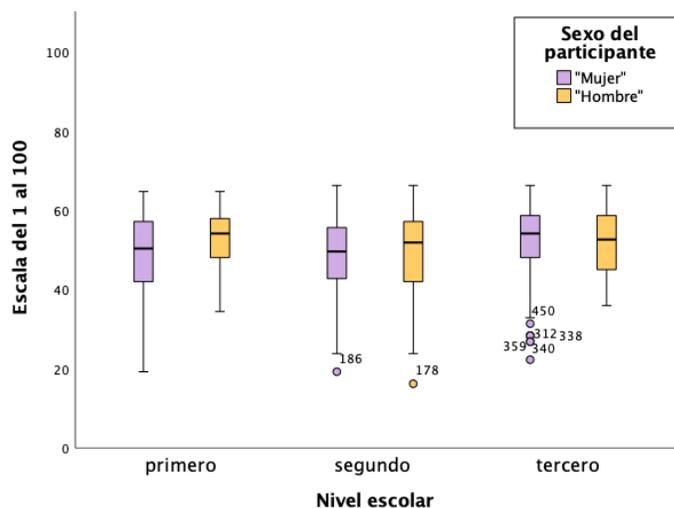


Factor protector externo

Se aplicó una *t student* para verificar si existían diferencias significativas en ambos sexos, lo cual arrojó una puntuación de $t= 1.723$, $gl= 381.741$, $p= .086$ por lo tanto, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. En cuanto al análisis de varianza (ANOVA) arrojó una puntuación de $F= 3.725$, $gl= 2$, $p= .025$ por consiguiente, al comparar las medias de la variable de respuesta en los diferentes niveles se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En los análisis de post hoc, al aplicar la prueba HSD de Tukey, se detectó una diferencia en el grupo de tercero con mayor número de casos atípicos correspondiente al apoyo familiar (ver Figura 13).

Figura 13

Diagrama de cajas del factor protector interno por sexo y nivel escolar

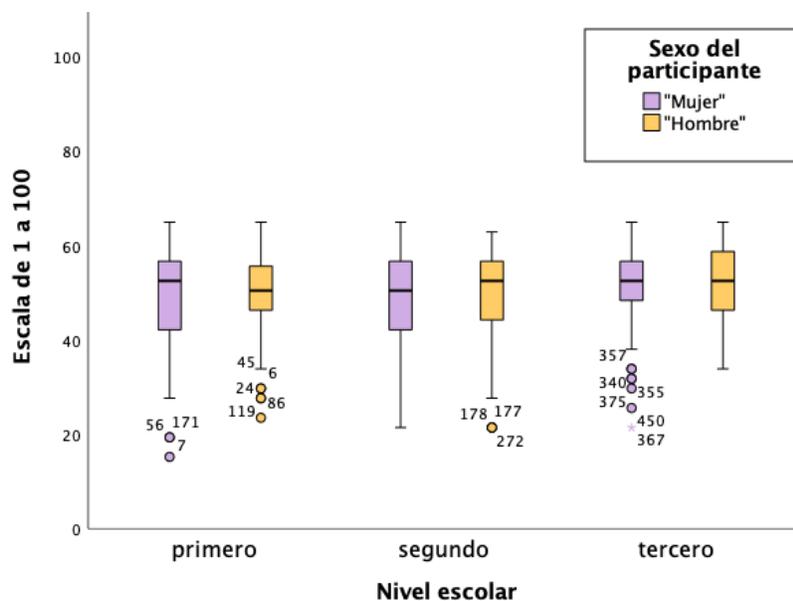


Factor empatía

Se aplicó una *t student* para verificar si existían diferencias significativas en ambos sexos, lo cual arrojó una puntuación de $t= 612$, $gl= 387.287$, $p= .541$ por lo tanto, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. En cuanto al análisis de varianza (ANOVA) arrojó una puntuación de $F= 3.511$, $gl= 2$, $p= .031$ por consiguiente, al comparar las medias de la variable de respuesta en los diferentes niveles si encontraron diferencias estadísticamente significativas (ver Figura 14).

Figura 14

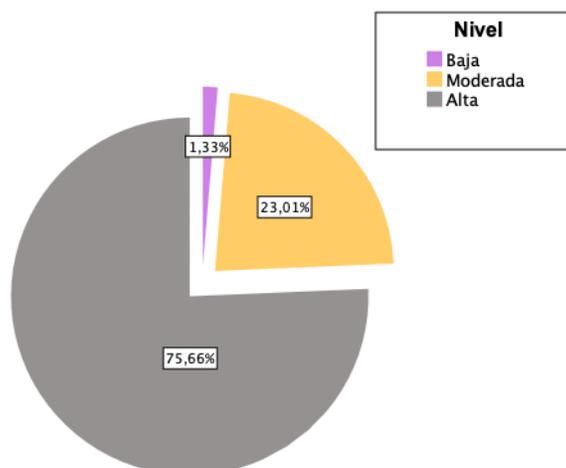
Diagrama de cajas del factor empatía por sexo y nivel escolar



Asimismo, se presentan los datos arrojados del cuestionario de resiliencia por nivel, es decir, alto, moderado y bajo. En la cual, se obtuvo un porcentaje de resiliencia total del 76% alto (n=342), 23% moderado (n=104) y 1% con puntuaciones bajas (n=6). Ver Figura 15.

Figura 15

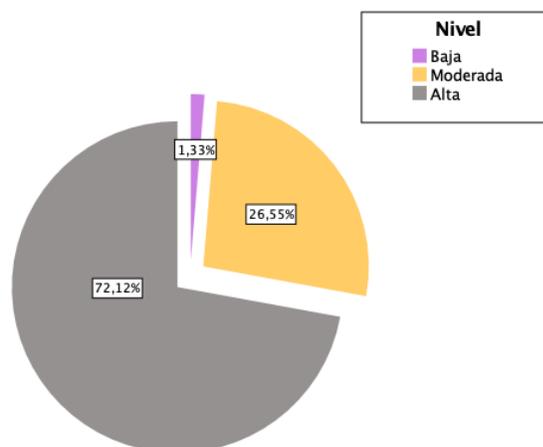
Resiliencia total



En la figura 16, muestra el factor protector interno el cual mide las habilidades para la resolución de problemas arrojando un porcentaje del 72% de la población con resiliencia alta (n=326), 27% moderado (n=120) y 1% bajo (n=6).

Figura 16

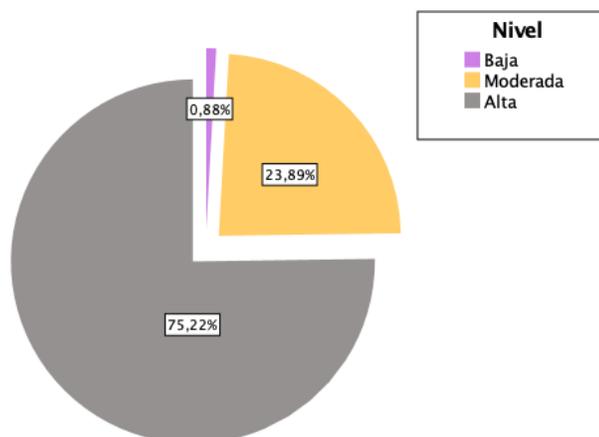
Factor protector interno



En la figura 17, muestra el factor protector externo que evalúa la posibilidad de contar con apoyo de la familia y/o personas significativas para el individuo arrojando un porcentaje del 75% de la población con resiliencia alta (n=340), 24% moderado (n=108) y 1% bajo (n=4).

Figura 17

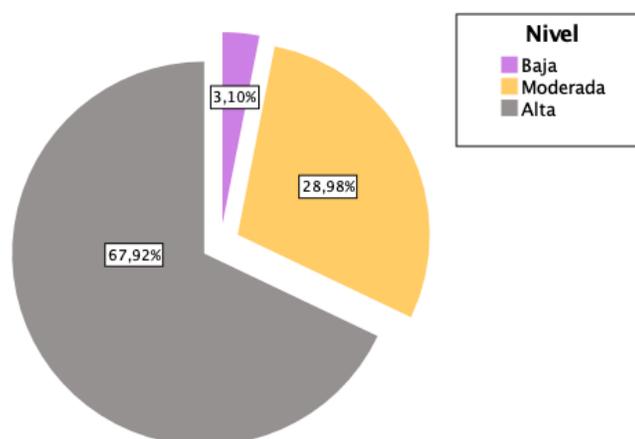
Factor protector externo



En la figura 18, muestra el factor de la empatía que se refiere al comportamiento altruista y prosocial arrojando un porcentaje del 68% de la población con resiliencia alta (n=307), 29% moderado (n=131) y 3% bajo (n=14).

Figura 18

Factor empatía



Análisis estadístico descriptivo del inventario multifacético de la ideación suicida

Al analizar el inventario multifacético de la ideación suicida se encontró una media total de 35.65 y una desviación estándar de 171.98 lo que corresponde a que las poblaciones totales de adolescentes encuestados se encuentran con un nivel de ideación suicida moderado, es decir, con un puntaje mayor a 165 (ver Tabla 10).

Tabla 10

Descriptivos del inventario multifacético de la ideación suicida

Dominio	M	DE	Min	Máx.	Nivel
Ideación suicida total	171.98	35.65	93	306	Moderado
Agresividad	20.53	7.15	13	49	Bajo
Ansiedad	28.71	7.80	12	49	Moderado
Autoestima	31.13	7.80	11	55	Alto
Relaciones familiares	7.48	3.54	4	19	Bajo
Tolerancia a la frustración	11.83	3.65	4	20	Moderado
Pensamientos suicidas	6.45	3.14	5	25	Bajo
Autoeficacia	22.21	5.43	10	46	Bajo
Depresión	27.30	6.76	12	55	Moderado
Desesperanza	16.36	3.12	10	30	Bajo

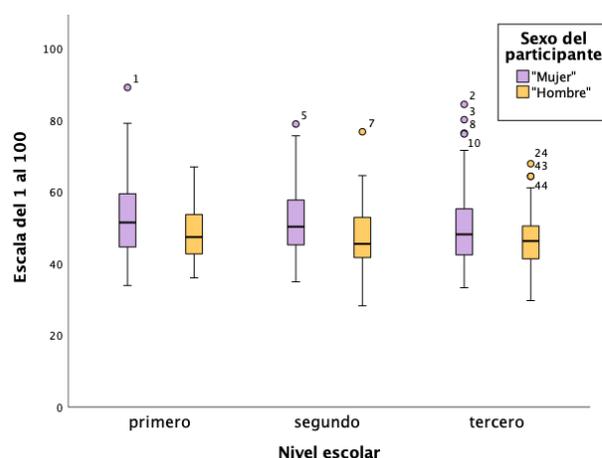
De la misma manera, se utilizó el método para convertir las puntuaciones directas en puntuaciones transformadas, en el cual se obtienen puntuaciones de dominio a una escala de 1 a 100. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

Ideación suicida total

Se aplicó una *t student* para verificar si existían diferencias significativas en ambos sexos, lo cual arrojó una puntuación de $t= 4.302$, $gl= 381.058$, $p=.001$ por lo tanto, se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. En cuanto al análisis de varianza (ANOVA) para comprobar si existían diferencias significativas entre grupos, arrojó una puntuación de $F= 5.514$, $gl= 2$, $p= .082$ por consiguiente, al comparar las medias de la variable de respuesta en los diferentes niveles no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (ver Figura 19).

Figura 19

Diagrama de cajas Ideación suicida total por sexo y nivel escolar

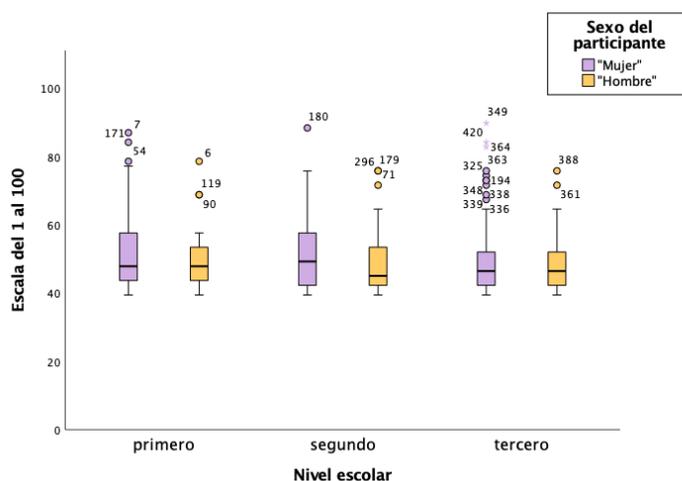


Agresividad

En la Figura 20, se exponen las puntuaciones del dominio agresividad referente a la conducta hostil o destructiva. Se aplicó una *t student* para verificar si existían diferencias significativas en ambos sexos, lo cual arrojó una puntuación de $t= 2.092$, $gl= 450$, $p= .001$ por lo tanto, se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. En cuanto al análisis de varianza (ANOVA) arrojó una puntuación de $F=9.16$, $gl= 2$, $p= .401$ por consiguiente, al comparar las medias de la variable de respuesta en los diferentes niveles no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En resumen, las mujeres mostraron mayor puntaje de agresividad así como mayor número de valores atípicos extremos que representan casos superiores a la altura de las cajas.

Figura 20

Diagrama de cajas dominio agresividad por sexo y nivel escolar

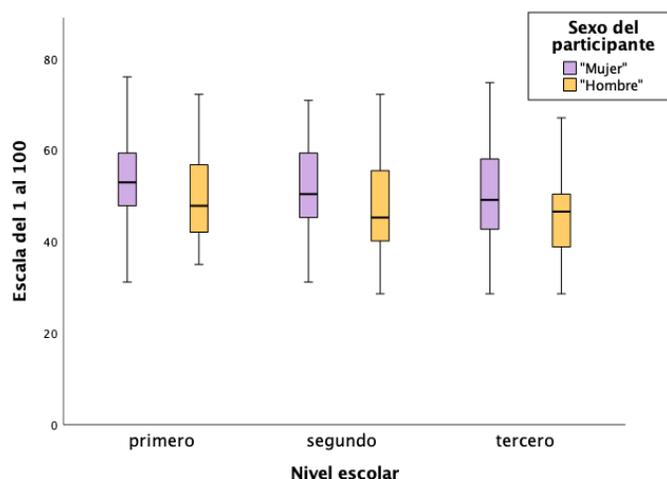


Ansiedad

En la Figura 21, se muestran las puntuaciones del dominio ansiedad alusivo a la respuesta emocional que puede implicar comportamientos desadaptativos. La prueba *t student* arrojó una puntuación de $t= 4.817$, $gl= 450$, $p= .001$ por lo tanto, se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. En cuanto el análisis por varianza (ANOVA) arrojó una puntuación de $F= 4.179$, $gl= 2$, $p= .016$, lo que significa que se encontraron diferencias significativas entre grupos. En los análisis de post hoc, al aplicar la prueba HSD de Tukey, se detectó una diferencia en el grupo de primero, como se observa en el diagrama de cajas.

Figura 21

Diagrama de cajas dominio ansiedad por sexo y nivel escolar

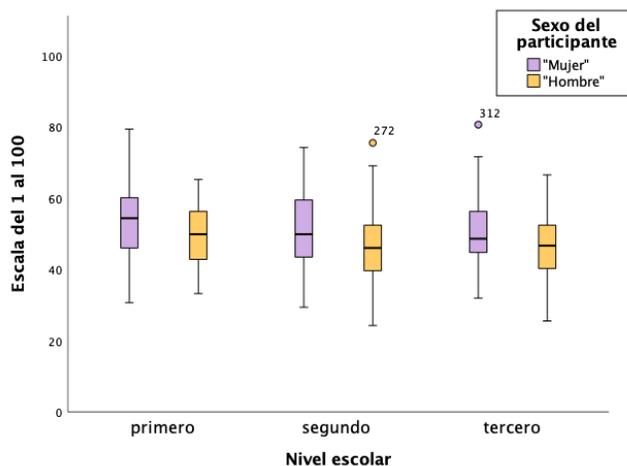


Autoestima

En la Figura 22, se exponen las puntuaciones del dominio autoestima referente a la valoración que se tiene de sí mismo. Se aplicó una *t student* para verificar si existían diferencias significativas en ambos sexos, lo cual arrojó una puntuación de $t= 4.031$, $gl= 450$, $p= .063$ por lo tanto, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. En cuanto el análisis por varianza (ANOVA) arrojó una puntuación de $F= 4.597$, $gl= 2$, $p= .011$, lo que significa que se encontraron diferencias significativas entre grupos. En los análisis de post hoc, al aplicar la prueba HSD de Tukey, se detectó una diferencia en el grupo de primero, como se observa en el diagrama de cajas.

Figura 22

Diagrama de cajas dominio autoestima por sexo y nivel escolar

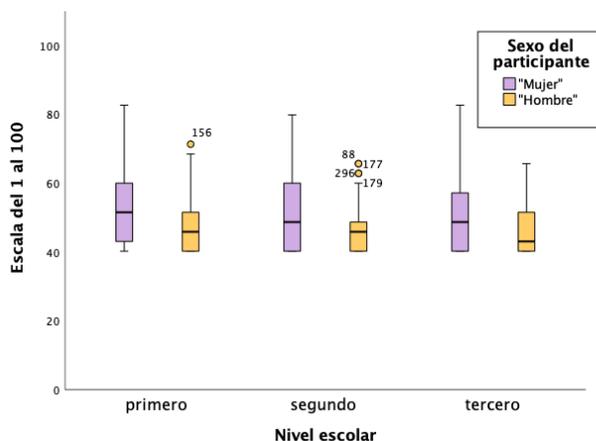


Relaciones familiares

En la Figura 23, se exponen las puntuaciones del dominio relaciones familiares alusivo al medio de comunicación e interacción que hay entre los integrantes de una familia. La prueba *t student* arrojó una puntuación de $t= 4.528$, $gl= 450$, $p= .001$ por lo tanto, se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. Como se observa en el diagrama de cajas los hombres mostraron mayor puntaje de problemas en las relaciones familiares, es decir, valores atípicos. En cuanto el análisis de varianza (ANOVA) arrojó una puntuación de $F= 2.701$, $gl= 2$, $p= .068$, lo que significa que no se encontraron diferencias significativas entre grupos.

Figura 23

Diagrama de cajas dominio relaciones familiares por sexo y nivel escolar

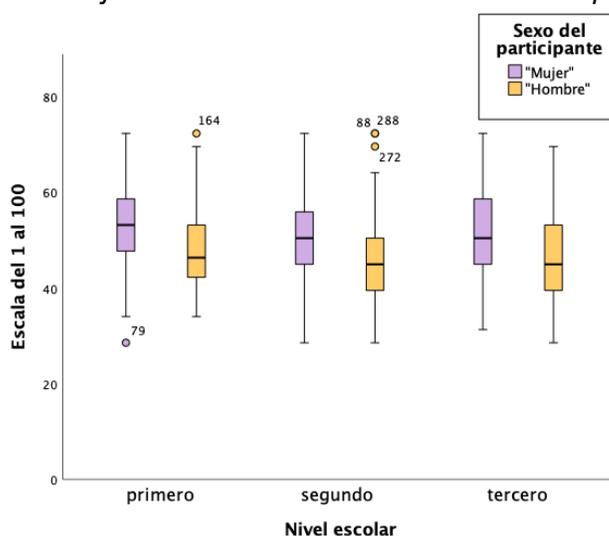


Tolerancia a la frustración

En la Figura 24, se exponen las puntuaciones del dominio tolerancia a la frustración referente al grado en el que se soportan los imperfectos de lo que se lleva a cabo cotidianamente. Se aplicó una *t student* la cual arrojó una puntuación de $t= 5.475$, $gl= 450$, $p= .001$ por lo tanto, se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. En cuanto el análisis de varianza (ANOVA) arrojó una puntuación de $F= 1.767$, $gl= 2$, $p= .172$, lo que significa que no se encontraron diferencias entre grupos. Sin embargo, en el diagrama de cajas podemos observar valores atípicos en hombres de primero y segundo grado.

Figura 24

Diagrama de cajas dominio tolerancia a la frustración por sexo y nivel escolar

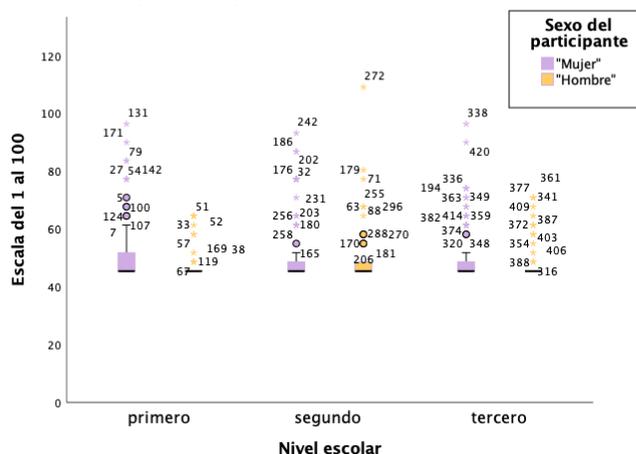


Pensamientos suicidas

En la Figura 25, se exponen las puntuaciones del dominio pensamientos suicidas alusivo a los pensamientos de origen autodestructivo, que van desde pensar en la muerte propia hasta el modo y los instrumentos a utilizar en el suicidio. Se aplicó una *t student* la cual arrojó una puntuación de $t= 2.183$, $gI= 450$, $p=.030$ por lo tanto, se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. En resumen, en el diagrama de cajas podemos observar que las mujeres mostraron mayor puntaje de pensamientos suicidas así como mayor número de valores atípicos extremos que representan casos superiores a la altura de las cajas. En cuanto el análisis de varianza (ANOVA) arrojó una puntuación de $F= .228$, $gI= 2$, $p= .796$, lo que significa que no se encontraron diferencias entre grupos. De este modo, en los diferentes niveles encontramos casos atípicos significativos en primero, segundo y tercer año.

Figura 25

Diagrama de cajas dominio pensamientos suicidas por sexo y nivel escolar

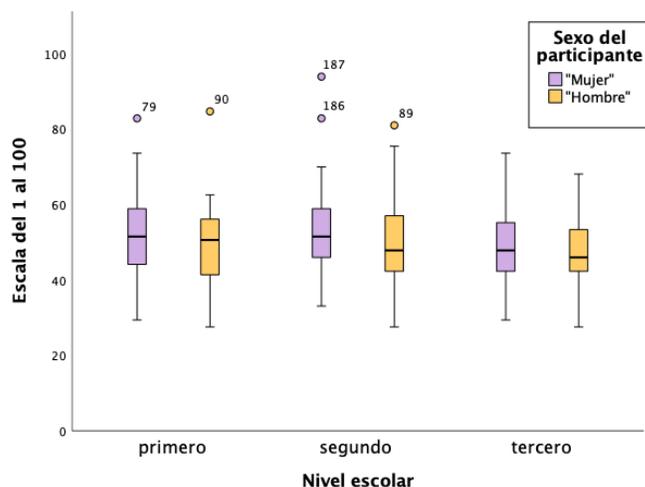


Autoeficacia

En la Figura 26, se exponen las puntuaciones del dominio *autoeficacia* referente al conocimiento que los individuos tienen acerca de sus capacidades y confianza para alcanzar una meta. Se aplicó una *t student* la cual arrojó una puntuación de $t= 1.921$, $gI= 450$, $p= .055$ por lo tanto, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. En cuanto el análisis de varianza (ANOVA) arrojó una puntuación de $F= 4.285$, $gI= 2$, $p= .014$, lo que significa que se encontraron diferencias entre grupos. En los análisis de post hoc, al aplicar la prueba HSD de Tukey, se detectó una diferencia en el grupo de mujeres de segundo, como se observa en el diagrama de cajas.

Figura 26

Diagrama de cajas dominio autoeficacia por sexo y nivel escolar

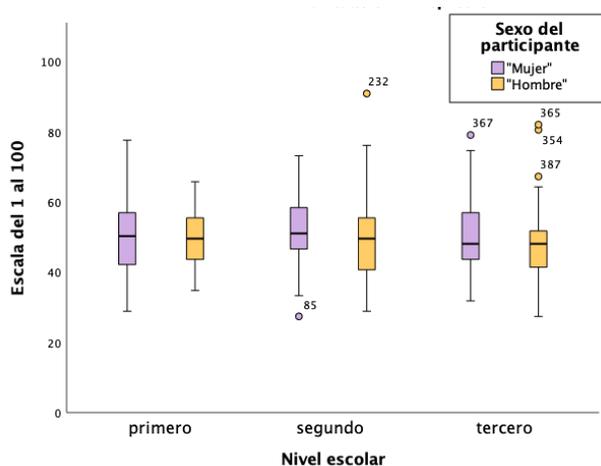


Depresión

En la Figura 27, se exponen las puntuaciones del dominio depresión alusivo al trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. La prueba *t student* arrojó una puntuación de $t= 2.284$, $gl= 450$, $p= .023$ por lo tanto, se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. Como se observa en el diagrama de cajas los hombres mostraron mayor puntaje de depresión, es decir, valores atípicos. En cuanto el análisis de varianza (ANOVA) arrojó una puntuación de $F=.749$, $gl= 2$, $p= .474$, lo que significa que no se encontraron diferencias significativas entre grupos.

Figura 27

Diagrama de cajas dominio depresión por sexo y nivel escolar

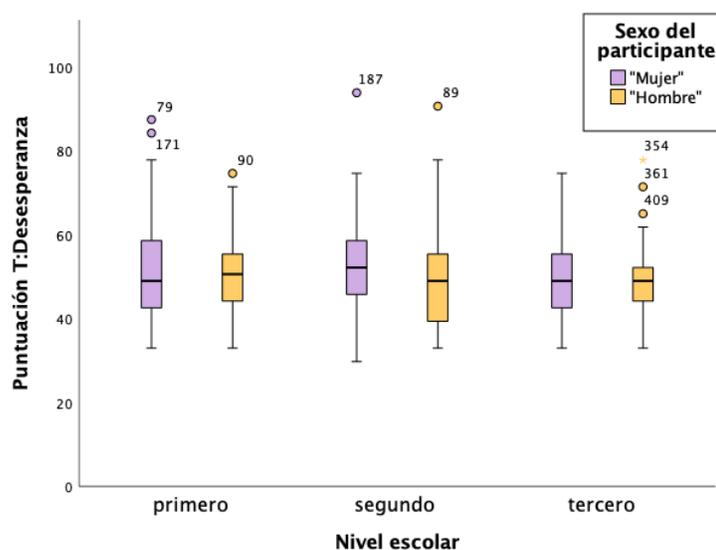


Desesperanza

En la Figura 28, se exponen las puntuaciones del dominio desesperanza referente al estado de ánimo en el que el sujeto pierde o no crea expectativas de vida. Se aplicó una *t student* la cual arrojó una puntuación de $t= .529$, $g/= 450$, $p=.597$ por lo tanto, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. En cuanto el análisis de varianza (ANOVA) arrojó una puntuación de $F= 1.512$, $g/= 2$, $p= .222$, lo que significa que no se encontraron diferencias entre grupos. En suma, podemos visualizar valores atípicos significativos en el diagrama de cajas.

Figura 28

Diagrama de cajas dominio desesperanza por sexo y nivel escolar



Prueba de correlación de Pearson

Se realizó un análisis bivariado para conocer el nivel de relación de las variables resiliencia e ideación suicida. Se obtuvo una $r= .625^{**}$, $p= .000$ lo que indica una correlación estadísticamente significativa entre las variables (ver Tabla).

Tabla 11

Correlación resiliencia e ideación suicida

		Ideación suicida
Resiliencia total	<i>r</i>	-.625**

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral)

Método Fase II

Pregunta de investigación

¿El diseño de la propuesta de intervención cognitivo conductual es adecuada para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida validada por jueces expertos?

Objetivo general

Validar una propuesta de intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida, validada por jueces expertos que cumplan con los criterios éticos y los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencia.

Objetivos específicos

- Diseñar una propuesta de intervención cognitivo-conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida.
- Diseñar material clínico adecuado para propósitos de la intervención.
- Someter a validación por jueces expertos las cartas descriptivas de la intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes para determinar si cumple con los criterios éticos y los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencia.

Tipo de estudio

Descriptivo

Variables

Tabla 12

Variable independiente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida	Conjunto de técnicas grupales cognitivo conductuales para la promoción de resiliencia	Técnicas seleccionadas específicamente para la intervención (Reestructuración cognitiva, técnicas de habilidades de afrontamiento, técnicas de solución de problemas, fortalecimiento de redes de apoyo).

Tabla 13*Variables dependiente*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Validación por jueces	Opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos calificados en éste y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones (Galicía, Balderrama, & Navarro, 2017)	Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida.

Participantes*Muestra*

Está conformada por 7 expertos en la práctica clínica en el campo de la psicología cognitiva conductual.

Tipo de muestreo

No probabilístico, por conveniencia

Criterios de inclusión

- Aceptar participar en la validación por jueces expertos.
- Contar con práctica clínica en el campo de la Psicología con enfoque cognitivo conductual.

Criterios de exclusión

- No aceptar participar en la validación por jueces expertos.
- No contar con práctica clínica en el campo de la Psicología con enfoque cognitivo conductual.

Criterios de eliminación

No terminar de contestar el cuestionario de Jueces expertos para la validación de la intervención cognitivo - conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida.

Instrumentos

Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la intervención cognitivo-conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida. Es una lista de criterios que evalúan las características de la intervención con el propósito de determinar si

cumple con las normas éticas, los objetivos son los adecuados, así como las técnicas y los materiales son los apropiados para la población objetivo.

Análisis de datos propuesto

Análisis estadístico descriptivo de las respuestas de los jueces expertos en el cuestionario de jueces expertos para la validación de la intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida, utilizando el paquete de datos IBM SPSS Statistic 27.

Consideraciones éticas

Apegado al código ético del psicólogo avalado por el comité de ética del instituto de ciencias de salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Se protegerá la confidencialidad de la información y se recabará el consentimiento informado.

Procedimiento Fase II

Se realizó una revisión teórica para identificar los componentes y técnicas cognitivo conductual y de resiliencia que son adecuadas para la implementación en una intervención universal preventiva en adolescentes escolarizados de San Luis Potosí. Se diseñó la carta descriptiva de la población junto con los materiales a emplear para posteriormente ser probados en un pilotaje con un participante donde se identificaron algunas modificaciones a las sesiones. Se realizó un cuestionario para jueces expertos mediante Google Forms y se envió el link y una presentación donde se presenta la intervención para ser evaluada por jueces expertos. Se tomaron las evaluaciones de los jueces para determinar la validez de la intervención.

Resultados Fase II

Análisis descriptivo de la validación por jueces expertos.

En la validación de la intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida participaron 7 jueces, la mayoría de los participantes contaban con maestría (ver tabla 14)

Tabla 14

Grado académico de los jueces expertos

Grado académico	Porcentaje
Licenciatura (1)	14.3%
Maestría (4)	57.1%
Doctorado (2)	28.6%

Como se puede observar en la Tabla 15, la mayoría de los jueces cuentan con más de 5 años de experiencia en la práctica clínica en terapia cognitivo conductual.

Tabla 15

Experiencia en la práctica clínica en terapia cognitivo conductual

Grado académico	Porcentaje
De 1 a 4 años (1)	14.3%
De 5 a 9 años (4)	57.1%
Más de 10 años (2)	28.6%

La mayoría de los jueces expertos tienen entre 5 a 9 años de experiencia en el uso de la resiliencia, como puede observarse en la Tabla 16.

Tabla 16

Experiencia en el uso de estrategias con componentes de resiliencia

Grado académico	Porcentaje
Menor a 1 año (2)	28.6%
De 1 a 4 años (1)	14.3%
De 5 a 9 años (3)	42.9%
Más de 10 años (1)	14.3%

Los datos obtenidos de la aplicación del cuestionario de jueces expertos para la validación de la intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida, se presentan en tres áreas evaluadas:

- a) Objetivos
- b) Procedimiento
- c) Resultados esperados

Objetivos

Los objetivos de la intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida son claros el 71.43% contestó estar totalmente de acuerdo y el 28.57% están de acuerdo. Al preguntar a los jueces si la intervención se encuentra respaldada de forma teórica de acuerdo al modelo cognitivo conductual el 57.14% contestó estar totalmente de acuerdo, el 28.57% están de acuerdo y el 14.29% ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Se les preguntó si los temas a trabajar en cada sesión favorecen el logro del objetivo el 71.43% contestó estar totalmente de acuerdo y el 28.57 % están de acuerdo. Por otro lado, se cuestionó si la secuencia de las sesiones es adecuada para el logro del objetivo el 42.86 % contestó estar totalmente de acuerdo, 42.86 % están de acuerdo y el 14.29% ni de acuerdo ni en desacuerdo. Al cuestionar, si consideraban que la duración de la intervención es apropiada para el logro de los objetivos el 42.9% mencionó estar totalmente de acuerdo, el 28.6 % de acuerdo y el 28.6 % ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Procedimiento

Al interrogar a los jueces si las técnicas cognitivo conductuales seleccionadas son las adecuadas para alcanzar el logro de los objetivos el 57.1% respondió estar totalmente de acuerdo y el 42.9% de acuerdo. De forma similar, se cuestionó a los jueces expertos si las actividades eran adecuadas para la adquisición y práctica de las habilidades el 71.4% contestó estar totalmente de acuerdo y el 28.6% de acuerdo.

Se preguntó sobre las tareas y registros tenían facilidad para usarse y realizarse por parte de los y las participantes de la intervención el 71.4 % contestó estar totalmente de acuerdo, el 14.3% de acuerdo, mientras que el 14.3 % está en desacuerdo. De igual manera, se les cuestionó

si las técnicas, actividades y tareas son apropiadas para la edad de los y las participantes de la intervención el 71.4 % respondió estar totalmente de acuerdo y el 28.6% de acuerdo.

Resultados esperados

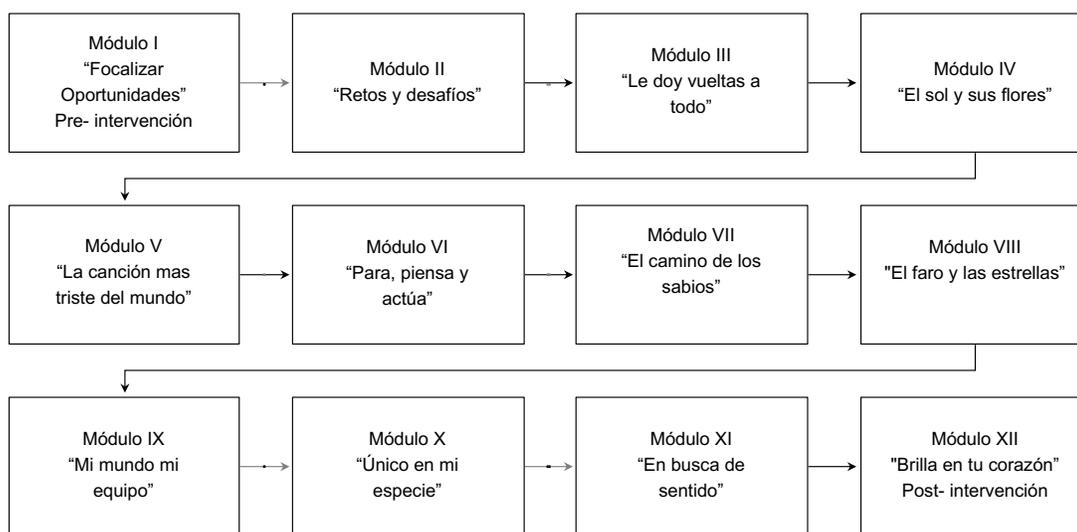
Al cuestionar a los jueces si los objetivos del tratamiento se relacionan con los resultados esperados el 42.9% mencionó estar totalmente de acuerdo, el 42.9% esta de acuerdo y el 14.3% ni de acuerdo ni en desacuerdo. Para concluir, se preguntó de acuerdo a la experiencia de los jueces si consideraban que esta propuesta de intervención, los y las participantes se verán beneficiados el 57.1% contestó estar totalmente de acuerdo, el 28.6% está de acuerdo y el 14.3 ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Descripción de las sesiones

La revisión teórica y la validación por jueces expertos tuvieron como resultado una intervención cognitivo-conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida con duración de doce sesiones de 90 minutos como se muestra en la Figura 29.

Figura 29

Estructura de la intervención



De la misma manera, se presenta cada una de las sesiones y su objetivo específico a cumplir de la intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida como se puede apreciar en la Tabla 17.

Tabla 17

Objetivos generales de las sesiones de la intervención.

No.	Nombre	Temas	Objetivo general
1	Focalizar oportunidades (Pre- intervención)	Evaluación inicial	Detectar la presencia de ideación suicida en adolescentes para establecer la comunidad de aprendizaje.
2	Retos y desafíos	Problemas en la adolescencia	Identificar con mayor entendimiento y claridad las adversidades del adolescente.
3	Le doy vueltas a todo	Pensamientos pesimistas e ideas irracionales	Identificación y reestructuración del pensamiento disfuncional recurrentes en adolescentes para disminuir los pensamientos suicidas.
4	El sol y sus flores	Regulación emocional	Modular emociones negativas e incrementar emociones positivas.
5	La canción mas triste del mundo	Tristeza	Reflexionar y modular nuestra tristeza cuando nos sentimos abatidos
6	Para, piensa y actúa	Control de impulsos	Modificar la ocurrencia, intensidad y duración de las emociones que provocan comportamientos impulsivos en situaciones de presión.
7	El camino de los sabios	Resolución de problemas	Entrenar al participante para la solución de problemas de la vida cotidiana.
8	El faro y las estrellas	Afrontamiento	Generar estrategias cognitivas y conductuales para manejar demandas específicas.
9	Mi mundo mi equipo	Factores de protección	Incrementar relaciones positivas que me permitan hacer frente ante las adversidades.
10	Único en mi especie	Autoestima	Reflexionar sobre la sensibilidad de cuidar de uno mismo y sentirse parte del mundo.
11	En busca de sentido	Sentido de vida	Generar estrategias para aumentar la persistencia y el sentido de vida partiendo de los propios intereses y fortalezas de la persona.
12	Brilla en tu corazón (Post- intervención)	Evaluación final y cierre	Cierre y evaluar la efectividad de la intervención.

A continuación, se describen las sesiones de la intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida y los materiales de cada una:

Sesión I : “Focalizar oportunidades”

Objetivo: Detectar la presencia de ideación suicida en adolescentes para establecer la comunidad de aprendizaje.

Materiales:

- Presentación de Power Point
- Laptop
- Asentimiento informado
- Cuestionario de resiliencia para niños y adolescentes
- Inventario Multifacético de la Ideación Suicida IMIS V-Preparatorias
- Autorregistros

Descripción de la sesión:

En primera instancia se dará la bienvenida a los participantes con el apoyo de material audiovisual, con la finalidad de establecer alianza terapéutica entre los participantes y el terapeuta. Se realizará un encuadre general del programa. Posteriormente, se procederá con la entrega del asentamiento informado con la finalidad de proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como su papel en ella. Después de todo, se aplicará la batería de pruebas psicométricas. Se continuará con la explicación del Manual del participante digital, dándole especial énfasis al entrenamiento para el llenado de autorregistros. Se le proporcionará la liga del formulario de google y se apoyará para llenar de manera adecuada por primera vez. Finalmente, se genera el cierre y agradecimiento por la asistencia y participación en la investigación. Se hará la invitación para asistir a la próxima sesión.

Sesión II : “Retos y desafíos”

Objetivo: Identificar con mayor entendimiento y claridad las adversidades del adolescente.

Materiales:

- Laptop
- Manual digital del participante
- Presentación PPTX
- Video “prestando mis alas”
- Diario de registro del aprendizaje

- Autorregistros

Descripción de la sesión:

Al iniciar la sesión se dará la bienvenida a los participantes, se realizará una dinámica de presentación “ identificación con animales”. Además, se proyectará un video ”prestando mis alas” con la finalidad de sensibilizar y empatizar con los adolescentes. Posteriormente se proyectará una presentación con el tema “resiliencia”. Para complementar la explicación en el manual del participante tendrán un espacio en la cual deberán escribir sus inquietudes, sus temores, dificultades, y desafíos sobre algunas situaciones que ha vivido, vive o está viviendo. Una vez finalizado el instructor, deberá ir dando la palabra aquellos que deseen participar. El instructor deberá ir anotando en una diapositiva todas las opiniones para que al finalizar el turno de palabras pueda señalar las más frecuentes y debatir sobre éstas. Es decir, se dará una breve descripción de los problemas más comunes en la adolescencia. Después, mediante una presentación PPTX se abordarán los problemas más comunes en la adolescencia. Así como las consecuencias y los sentimientos que estas nos ocasionan. A continuación, se le pedirá que recuerde alguna vivencia o experiencia que en su infancia o en su adolescencia le haya sido difícil. Ya sea en el ámbito escolar, familiar, o social. Debe escribirlo dentro del círculo. En los segmentos alrededor de él, recordar los sentimientos que tuvo. Si alguien lo ayudó a superar esta experiencia, debe recordar quién era y cómo lo hizo. Nos podemos apoyar de las dificultades de la actividad anterior. Finalizamos con una técnica de relajación o respiración guiada con los participantes. Se retroalimenta lo aprendido en la sesión mediante el diario de registro del aprendizaje en un formulario breve de google forms.

Sesión III : “Le doy vueltas a todo”

Objetivo: Identificación y reestructuración del pensamiento disfuncional recurrentes en adolescentes

Materiales:

- Laptop
- Manual digital del participante
- Presentación PPTX
- Video “Charlotte y Charly”
- Diario de registro del aprendizaje
- Autorregistros

Descripción de la sesión:

Al iniciar esta sesión se dará la bienvenida a los participantes. Se abordará un breve resumen de la sesión anterior y aclaran dudas si es necesario. Mediante el manual del participante y una presentación PPTX se abordará el modelo yo pienso, siento y actúo. Para familiarizar a los adolescentes con la distinción y relación entre los pensamientos, emociones y conducta. A través de un ejercicio en el manual del participante deberán escribir delante de la frase si corresponde a un pensamiento, conducta o estado de ánimo. Posteriormente, se introducirá la existencia e importancia de los errores del pensamiento. Mediante el manual del participante y un video digital "Charlotte y Charly" en el cual se identificarán los principales errores del pensamiento. A continuación, se presentará un cuadro de creencias irracionales. En el cual deberán escribir las creencias racionales de cada una de las irracionales que se describen en el cuadro. Para finalizar, se trabajará en cómo combatir los pensamientos irracionales, a través de una lista de posibilidades. Se retroalimenta lo aprendido en la sesión mediante el diario de registro del aprendizaje en un formulario breve de google forms.

Sesión IV : "El sol y sus flores"

Objetivo: Modular emociones negativas e incrementar emociones positivas.

Materiales:

- Laptop
- Manual digital del participante
- Presentación PPTX
- Diario de registro del aprendizaje
- Autorregistros

Descripción de la sesión:

Al iniciar esta sesión se dará la bienvenida a los participantes. Se abordará un breve resumen de la sesión anterior y aclaran dudas si es necesario. En el manual, se presentará una lista de emociones las cuales tendrá que clasificar por emociones negativas y positivas. Después, en un cuadro escribe cuatro emociones y describe ¿Cuándo? ¿cómo y dónde las sentiste? Se presentará una breve lectura acerca de una situación en específico. El grupo reflexionará y escribirá en el manual que harían si les pasara a ellos y ellas lo mismo que le ha pasado al sujeto

de la lectura. Posteriormente, se proporcionará una hoja con contenedores en el cual tendrá dentro un rostro. Los participantes tendrán que colocar el nombre de la emoción, así como elegir un color de la misma. Tendrán un apartado para colocar algunas de las razones por las que estas aparecen. Para concluir, se realizará un ejercicio de respiración. Se retroalimenta lo aprendido en la sesión mediante el diario de registro del aprendizaje mediante un formulario breve de google forms.

Sesión V : “La canción mas triste del mundo”

Objetivo: Reflexionar y modular nuestra tristeza cuando nos sentimos abatidos.

Materiales:

- Laptop
- Manual digital del participante
- Presentación PPTX
- Cortometraje “yo tenia un perro negro”
- Cuento “hermanos de corazón”
- Video “Ian”
- Diario de registro del aprendizaje
- Autorregistros

Descripción de la sesión:

Al iniciar esta sesión se dará la bienvenida a los participantes. Se abordará un breve resumen de la sesión anterior y aclaran dudas si es necesario. Se abordará el tema de la tristeza y la depresión. Cuales son las diferencias. Así como los aspectos positivos y negativos de la tristeza. Después, se proyectará el cortometraje “yo tenia un perro negro” para reafirmar los conocimientos adquiridos. Ahora bien, en el manual del participante se retomará el método A-B-C-D, y se realizará la actividad “ hablándole a tus pensamientos” con la finalidad de conversar con el pensamiento que está molestando o hiriendo. Posteriormente, se realizará la lectura del cuento “hermanos de corazón”. Se entregará un cuestionario referente a la lectura. Con la finalidad de retroalimentar a los participantes y tratar los sentimientos de abandono, sentimientos de soledad: no estás solo y fortalecer la seguridad de sí mismos. A continuación, se propone hacer una rueda de las opciones de la tristeza, es decir pensar qué podemos hacer para sentirnos mejor cuando estamos tristes: cada participante hará su propia rueda con sus propias estrategias: pedir un abrazo, llorar, escuchar música, ir a ver a un amigo. Se escribirán cada una de las estrategias

que podemos hacer, y guardamos para cuando sea necesario. Para concluir, proyectará el cortometraje del libro “tristeza” de Eva Eland. Se retroalimenta lo aprendido en la sesión mediante el diario de registro del aprendizaje en un formulario breve de google forms.

Sesión VI : “Para, piensa y actúa”

Objetivo: Modificar la ocurrencia, intensidad y duración de Las emociones que provocan comportamientos impulsivos en situaciones de presión.

Materiales:

- Laptop
- Manual digital del participante
- Presentación PPTX
- Diario de registro del aprendizaje
- Autorregistros

Descripción de la sesión:

Al iniciar esta sesión se dará la bienvenida a los participantes. Se abordará un breve resumen de la sesión anterior y aclaran dudas si es necesario. A continuación, se abordará la definición operacional y los mitos del enojo. Ahora bien, se pedirá a los participantes escribir en el manual aquellos eventos o situaciones que activan el enojo ¿Qué cosas nos enfadan?. El instructor reforzará con una lista de algunos ejemplos de situaciones o asuntos que pueden activar el enojo. Posteriormente, se identificarán las señales que se manifiestan como respuesta a una situación que nos provoca enojo. Además, se clasificaron estas señales en cuatro categorías fisiológicas, conductuales, emocionales y cognitivas (pensamientos). A continuación, se presentará la técnica del volcán para controlar la ira. Representada en el manual del participante. Se abordarán las técnicas cognitivo conductuales para manejar el enojo. Para así ayudarles a desarrollar en conjunto un “plan de control del enojo”. A través de un cuadro donde tendrán que depositar cada una de ellas. Para concluir, se realizará un ejercicio de relajación muscular progresiva. Se retroalimenta lo aprendido en la sesión mediante el diario de registro del aprendizaje en un formulario breve de google forms.

Sesión VII: “El camino de los sabios”

Objetivo: Entrenar al participante para la solución de problemas

Materiales:

- Laptop
- Manual digital del participante
- Video “metáfora del vaso de agua”
- Presentación PPTX
- Diario de registro del aprendizaje
- Autorregistros

Descripción de la sesión:

Al iniciar esta sesión se dará la bienvenida a los participantes. Se abordará un breve resumen de la sesión anterior y aclaran dudas si es necesario. Se comenzará la sesión con la reflexión de la metáfora del vaso de agua a través de un video como preámbulo a los objetivos de la sesión. Ahora bien, se ofrecerá una introducción con el tema de la asertividad y los estilos de respuesta (asertivo, pasivo, agresivo). En una presentación de PPTX se proyectarán ejemplos de comunicación no asertiva y asertiva, a manera de ejemplo. Posteriormente, en el manual tendrán otros ejemplos los cuales tendrán que identificar el tipo de comunicación y las comparaciones entre comunicación. Además, se presentará de manera breve la técnica de respuestas asertivas para hacer frente a una discusión. Finalmente, se abordará un método para actuar asertivamente a través de la utilización del Modelo de Resolución de Conflictos a través de un juego de roles ¿Qué harías tú si? se presentarán una serie de situaciones que pueden usar para el juego de roles. Para concluir, se retroalimenta lo aprendido en la sesión mediante el diario de registro del aprendizaje en un formulario breve de google forms.

Sesión VIII : “El faro y las estrellas”

Objetivo: Generar estrategias cognitivas y conductuales para manejar demandas específicas.

Materiales:

- Laptop
- Manual digital del participante
- Presentación PPTX
- Video “ no estás sola”
- Diario de registro del aprendizaje

- Autorregistros

Descripción de la sesión:

Al iniciar esta sesión se dará la bienvenida a los participantes. Se abordará un breve resumen de la sesión anterior y aclaran dudas si es necesario. Se comentará entre el grupo la tarea de la sesión anterior. Ahora bien, como preámbulo se sensibiliza al grupo con los temas revisados en las sesiones anteriores. Posteriormente, se animará a escribir en privado algún secreto o vivencia personal difícil de los participantes. Se hará entrega online al terapeuta y leerá en voz alta respetando el anonimato de la persona. Cuando se hayan leído las notas, alguna en específico o de todas las y las participantes darán un comentario al respecto de la vivencia del compañero anónimo como fuente de apoyo. La actividad “no estás solo” tiene como objetivo fomentar la confianza en el grupo y generar estrategias de afrontamiento colectivas. Aunado a lo anterior se proyectará el video “ no estás sola” de la serie Sex Education. A continuación, se elaborará en conjunto una lista de las películas donde abordan el tema del afrontamiento, la resiliencia y todas aquellas cintas que ayuden a los participantes a valorar la vida, incluso en situaciones extremas. Para finalizar se solicita a los participantes que dibujen un árbol como ellos prefieran en una hoja blanca disponible en el manual con su nombre en la copa del árbol. Al finalizar, se sugiere que escriban todas sus cualidades y fortalezas, las más importantes. Se pedirá que alguno de los participantes muestre su dibujo y comente las fortalezas que lo hacen importante. Además, se invitará a que en grupo elijan un nombre para su bosque (se hará uso de metáfora). Se retroalimenta lo aprendido en la sesión mediante el diario de registro del aprendizaje en un formulario breve de google forms

Sesión IX : “Mi mundo mi equipo”

Objetivo: Incrementar relaciones positivas que me permitan hacer frente ante las adversidades.

Materiales:

- Laptop
- Manual digital del participante
- Presentación PPTX
- video “no existe la felicidad, sino ser feliz cada día”
- Diario de registro del aprendizaje
- Autorregistros

Descripción de la sesión:

Al iniciar esta sesión se dará la bienvenida a los participantes. Se abordará un breve resumen de la sesión anterior y aclaran dudas si es necesario. Se proyectará un video breve “No existe la felicidad, sino ser feliz cada día” y se reflexionará al respecto. Después, se llevará a cabo la actividad “examinando mi vida” donde se pedirá a los participantes que observen su vida con atención. Nos podemos apoyar con las siguientes preguntas: ¿Qué personas son importantes para ti? ¿Qué ha ocurrido en tu vida hasta ahora? ¿Qué es lo más importante para ti actualmente?. Una vez identificados se procederá a realizar la actividad “Personas de mi vida” del manual. En el centro está el participante, puede dibujar algo que lo caracterice por ejemplo una pelota de fútbol, si siempre estás pensando en jugar fútbol, de unos audífonos, si escuchas mucha música, etc. En los demás campos, escribe el nombre de las personas con las que pasas más tiempo: en la escuela, en tu formación, en tu familia y en tu tiempo libre (Reflexiona sobre cómo es tu relación con estas personas y qué haces con ellas). A continuación, se abordará el tema de las fortalezas especiales. Tus fortalezas y tus características especiales que constituyen tu perfil personal. Esto refleja quién eres y lo que te define hoy en día. Se mostrará un cuadro con algunas fortalezas a manera de ejemplo. En el manual del participante tendrán que escribir sus fortalezas especiales alrededor de su perfil. Finalmente, se retroalimenta lo aprendido en la sesión mediante el diario de registro del aprendizaje en un formulario breve de google forms.

Sesión X : “ Único en mi especie”

Objetivo: Incrementar relaciones positivas que me permitan hacer frente ante las adversidades.

Materiales:

- Laptop
- Manual digital del participante
- Presentación PPTX
- Video “belleza real”
- Diario de registro del aprendizaje
- Autorregistros

Descripción de la sesión:

Al iniciar esta sesión se dará la bienvenida a los participantes. Se abordará un breve resumen de la sesión anterior y aclaran dudas si es necesario. Se comentará entre el grupo la tarea de la

sesión anterior. Posteriormente, se tratará el tema de la autoestima con la actividad “la olla que nadie vigila”. Se abordará la metáfora ¿de que está llena tu olla en este momento? ¿Qué tan lleno está? Se les pedirá a los participantes que piensen en los “mensajes negativos que han recibido”. Con la finalidad de que la persona haga conciencia de estas creencias que de alguna u otra forma están obstruyendo su desarrollo y son parte de la olla que nadie vigila. Ahora bien, en el manual del participante tendrán una segunda olla en la cual estarán las cosas que solo los participantes desean llenar, quitar o meter y que sacar de ella. Posteriormente se proyectará un breve video “belleza real” se reflexionará acerca del video y comentará al respecto. Aunado a lo anterior, se solicitará a los participantes que realicen la actividad “conócete a ti mismo” ¿Quién realmente eres? En el manual los participantes tendrán un cuadro que llenarán señalando los aspectos que más les agraden de ellos mismos (aspectos físicos y aspectos personales). Para concluir, se realizará un ejercicio de relajación autoinstructiva, con el objetivo que ellos mismos puedan relajarse, en cualquier espacio. Finalmente, se retroalimenta lo aprendido en la sesión mediante el diario de registro del aprendizaje en un formulario breve de google forms.

Sesión XI : “ En busca de sentido”

Objetivo: Generar estrategias para aumentar la persistencia y el sentido de vida partiendo de los propios intereses y fortalezas de la persona.

Materiales:

- Laptop
- Manual digital del participante
- Presentación PPTX
- Video “leer me salvó la vida, escribir le dio un sentido”
- Plan de seguridad
- Carta del perdón
- Diario de registro del aprendizaje
- Autorregistros

Descripción de la sesión:

Al iniciar esta sesión se dará la bienvenida a los participantes. Se abordará un breve resumen de la sesión anterior y aclaran dudas si es necesario. Se comentará entre el grupo la tarea de la sesión anterior. Ahora bien, se proyectará un video “leer me salvó la vida, escribir le dio un sentido”. Aunado a lo anterior, se retroalimenta acerca del video anterior y se realiza la actividad

“la línea de la vida” donde se plasmará los momentos significativos que han ocurrido en su vida hasta ahora y cómo se han sentido. Posteriormente, se elaborará un plan de seguridad en el manual del participante con la finalidad de prevenir las recaídas. Para concluir, se animará a los participantes a realizar una carta de despedida a ellos mismos, para liberar el pasado, perdonar al mundo, incluyéndose a ellos mismos. Finalmente, se abrirá un espacio para mencionar las cosas positivas que pueden ver del resto de sus compañeros, es decir, invitar a rescatar alguna característica que ha observado durante las últimas sesiones, pueden ser piropos, algún elogio, dedicar una canción o algo significativo. Todos deben participar del mismo modo, todos deben recibir un elogio. Se retroalimenta lo aprendido en la sesión mediante el diario de registro del aprendizaje en un formulario breve de google forms.

Sesión XII : “Brilla en tu corazón”

Objetivo: Evaluar la efectividad de la intervención

Materiales:

- Presentación de Power Point
- Cuestionario de resiliencia para niños y adolescentes
- Inventario Multifacético de la Ideación Suicida IMIS V-preparatoria
- Reconocimiento

Descripción de la sesión:

Al iniciar esta sesión se dará la bienvenida a los participantes. Se abordará un breve resumen de la sesión anterior y aclaran dudas si es necesario. Después de todo, se aplicará la batería de pruebas psicométricas Cuestionario de Resiliencia para Niños y Adolescentes e Inventario Multifacético de la Ideación Suicida IMIS V-preparatoria mediante un formulario de google forms. Finalmente, se agradecerá la participación a los adolescentes y se entregarán reconocimientos por su participación durante el taller.

Método Estudio I

Pregunta de investigación

¿Cuál es la efectividad de una intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida?

Objetivo general

Demostrar la efectividad de una intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida.

Objetivos específicos

- Describir los efectos de la intervención para aumentar los niveles de resiliencia.
- Describir los efectos de la intervención en los niveles de ideación suicida.
- Determinar si existen diferencias clínicas y estadísticamente significativas en la medición de resiliencia antes y después de participar en la intervención cognitivo conductual.

Tipo de estudio

Estudio de caso único (N= 1), diseño A-B

Tipo de diseño

El tipo de diseño de esta fase es Cuasiexperimental (Pretest-Postest) con el que se pretende estudiar el impacto del tratamiento (García, 2009).

Variables

Tabla 18

Variable independiente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida.	Conjunto de técnicas grupales cognitivo conductuales para la promoción de resiliencia.	Técnicas seleccionadas específicamente para la intervención (Reestructuración cognitiva, técnicas de habilidades de afrontamiento, técnicas de solución de problemas, fortalecimiento de redes de apoyo).

Tabla 19*Variable dependiente*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Resiliencia	Capacidad para adaptarse y ajustarse a través de la interacción entre atributos individuales y su ambiente (familiar, social y cultural), que lo posibilitan para superar el riesgo y adversidad en forma constructiva (González-Arratia, 2016).	Puntuaciones obtenidas en el cuestionario de resiliencia para niños y adolescentes mexicanos.

Hipótesis de investigación

H1: Existen diferencias clínicas y estadísticamente significativas en los adolescentes de 15 a 18 años antes y después de la intervención.

H0: No existen diferencias clínicas y estadísticamente significativas en los adolescentes de 15 a 18 años antes y después de la intervención.

Participantes

- Femenino de 17 años de edad

Tipo de muestreo

No probabilístico por sujetos tipo

Criterios de inclusión

- Contar con el consentimiento informado firmado de los padres de familia o tutor
- Contar con el asentimiento informado del adolescente
- Tener entre 15 a 18 años de edad
- Ser alumnos pertenecientes al Centro de Bachillerato Tecnológico Agropecuario No. 143. Santa María del Río, San Luis Potosí
- Tener más de 60% de asistencias en la intervención
- Contestar los instrumentos completos antes y después de la intervención

Criterios de exclusión

- No contar con el consentimiento informado firmado de los padres de familia o tutores

- No contar con el asentimiento informado del adolescente
- No ser alumnos pertenecientes al Centro de Bachillerato Tecnológico Agropecuario No. 143. Santa María del Río, San Luis Potosí.
- No tener entre 15 a 18 años de edad

Criterios de eliminación

- No terminar alguno de los instrumentos antes y después de la intervención
- Tener más de tres faltas en la intervención
- No contestar alguno de los instrumentos antes y después de la intervención
- Contestar incorrectamente los instrumentos

Escenario

La intervención tuvo lugar en el Centro de Bachillerato Tecnológico Agropecuario No. 143. Santa María del Río, San Luis Potosí vía online. Las sesiones con las participantes se llevaron a cabo los días lunes y jueves en un horario de 17:00 a 18:30, las cuales se realizaron mediante la plataforma Zoom Meetings.

Instrumentos

Se integrará una batería de instrumentos con el fin de evaluar a los y las participantes, las cuales se describen brevemente a continuación:

- Inventario Multifacético de la Ideación Suicida IMIS V-Preparatorias: es un instrumento elaborado por (Galán et al., 2015), desarrollado en México para adolescentes de 12 a 18 años. Consta de 124 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos, la consistencia interna es de Alpha de Cronbach total =0.92. Las dimensiones del inventario son diez que permiten evaluar el nivel de riesgo: Autoestima ($\alpha = 0.426$); Depresión ($\alpha = 0.811$); Desesperanza ($a = 0.771$); Ansiedad ($a = 0.753$); Relaciones Familiares ($a = 0.846$); Relaciones escolares ($a = 0.792$); Tolerancia a la frustración ($a = 0.753$); Autoagresión ($a = 0.839$); Eventos Causales ($a = 0.649$) y pensamientos suicidas ($a = 0.885$). Ver apéndice B
- Cuestionario de Resiliencia: es un instrumento de autoinforme elaborado por González-Arratia (2016), previamente desarrollado en México para niños y adolescentes que mide factores específicos de la resiliencia. Consta de 32 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos 1 (varianza 37.82% Alpha de Cronbach total = 0.9192). Del análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal (varimax) se cumple el criterio de

Kaiser ($kmo = 0.90$, $p = 0.001$). La consistencia interna con los 32 ítems para esta investigación es alta ($\alpha = 0.885$). Las dimensiones del cuestionario son tres: Factores protectores internos. Mide habilidades para la solución de problemas ($\alpha = 0.8050$ con 14 reactivos). Factores protectores externos. Evalúa la posibilidad de contar con apoyo de la familia y/o personas significativas para el individuo ($\alpha = 0.7370$ con 11 reactivos). Empatía. Se refiere a comportamiento altruista y prosocial ($\alpha = 0.7800$, con 7 reactivos). Los valores altos indican mayor resiliencia. Ver apéndice A

- Autorregistros: estrategia de análisis funcional de la conducta acuñado por Skinner (Kaholokula et al., 2013) que se refiere a las demostraciones empíricas de la relación causa-efecto identificada en el contexto y la conducta presentada. Consiste en un análisis individual de las conductas específicas a observar, en el cual se establecen las variables que determinan la conducta objetivo y que puedan ser controladas para lograr un cambio (Ruiz et al., 2012). Para la intervención se desarrolló un autorregistro diario para que las participantes registran la topografía (intensidad y frecuencia) de emociones (positivas o negativas), cogniciones (distorsionadas) y conductas asociadas a la resiliencia que se presentaron durante las sesiones, para obtener datos cuantitativos y cualitativos.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos cuantitativos, se utilizó el paquete de datos IBM SPSS Statistic 27. Mientras que para el análisis de datos obtenidos de los autorregistros se utilizó la técnica de partición de mitades (Split Middle Technique).

Consideraciones Éticas

Este estudio está apegado a lo señalado por la Declaración de Helsinki (2017) y lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de investigación. Apegado al código ético del psicólogo avalado por el comité de ética del instituto de ciencias de salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Se protegerá la confidencialidad de la información y se recabará el consentimiento informado.

Procedimiento Estudio I

Para este estudio, se presentó la propuesta al personal directivo y docente de la escuela para la implementación de la intervención, con quién se establecieron los horarios y espacio donde se llevó a cabo. Se realizó una junta informativa y de sensibilización con los padres y madres de los participantes para obtener la firma del consentimiento informado. Posteriormente, de manera no probabilístico por sujetos tipo se llevó a cabo la conformación de grupos.

Conforme a las fechas indicadas de acuerdo con la institución, se aplicó la batería de pruebas de pre a los participantes, utilizando la herramienta digital Google Forms en el aula de medios de la escuela (o en su caso vía mail a cada estudiante), constanding con aplicadores previamente entrenados. Los datos obtenidos se analizaron con el paquete de datos SPSS versión 27.

Se procedió a la aplicación de la intervención, conforme a las cartas descriptivas desarrolladas en la Fase 2 de esta investigación, la cual se diseñó en versión presencial y en versión OnLine. Una vez finalizadas las sesiones, se llevó a cabo la evaluación Post, siguiendo el mismo procedimiento que se realizó en la evaluación Pre. Finalmente, se analizaron los datos obtenidos en la batería de instrumentos y se integraron con los datos de los autorregistros contestados previamente por los y las participantes para identificar si hubo diferencias clínicas y estadísticas antes y después de la intervención.

Resultados del Estudio I

Identificación del paciente

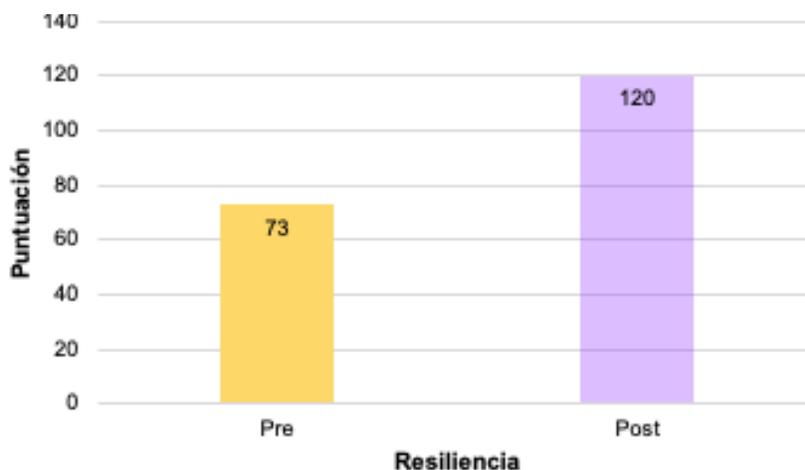
Adolescente del sexo femenino, cuya edad es de 17 años, estudiante del tercer año de la carrera de ofimática en un Bachillerato Tecnológico del turno matutino en Santa María del Río, Estado de San Luis Potosí. Actualmente, se encuentra en espera de su primera hija cuando inició el tratamiento. Vive con su pareja y padres de familia de la participante. Tiene dos hermanos y consume alcohol. Ha tenido pensamientos suicidas, menciona sentirse insegura, necesita desahogarse porque suele enojarse y llorar la mayoría del tiempo.

Resultados pre - post de los instrumentos

Los resultados obtenidos del cuestionario de resiliencia para niños y adolescentes arrojaron que antes de la intervención la participante presentaba niveles bajos de resiliencia, que incrementó de manera positiva después de la intervención, ya que el punto de corte para resiliencia alta es de 118 (Figura 30).

Figura 30

Resultados del cuestionario de resiliencia

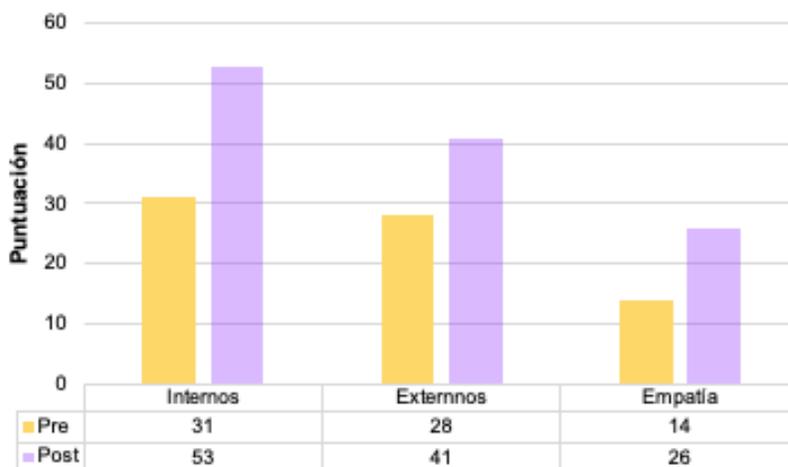


Como se puede observar en la Figura 31, los cambios en las dimensiones del cuestionario de resiliencia para niños y adolescentes son importantes. El factor protector interno, externo y la empatía han experimentado un alta significativa con respecto a las puntuaciones obtenidas en la

pre-evaluación. Destacando el factor protector interno referente a la habilidad para solución de problemas, la disposición, la inteligencia y el sentido del humor.

Figura 31

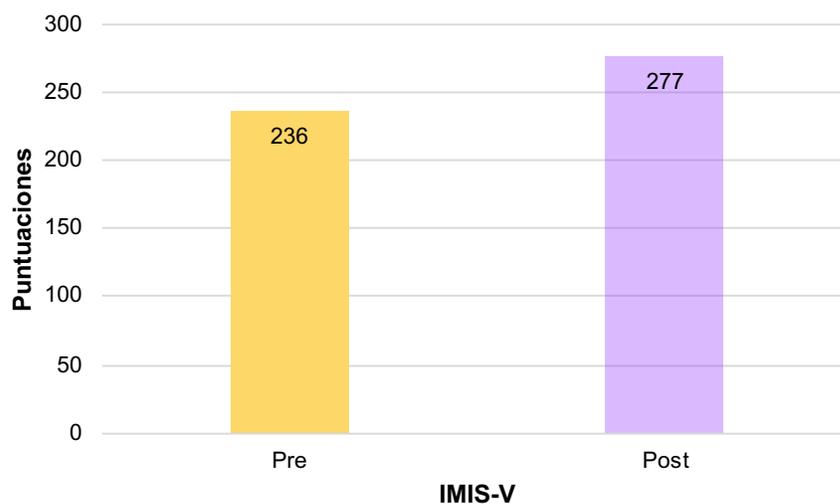
Resultados de los factores del cuestionario de resiliencia



En cuanto a los resultados del Inventario Multifacético de la Ideación Suicida IMIS V-Preparatoria. La participante presentaba niveles que indican ideación suicida moderada, lo cual después de la intervención, no se percibió un cambio representativo, ya que el punto de corte para la presencia de ideación suicida es 237. (Figura 32).

Figura 32

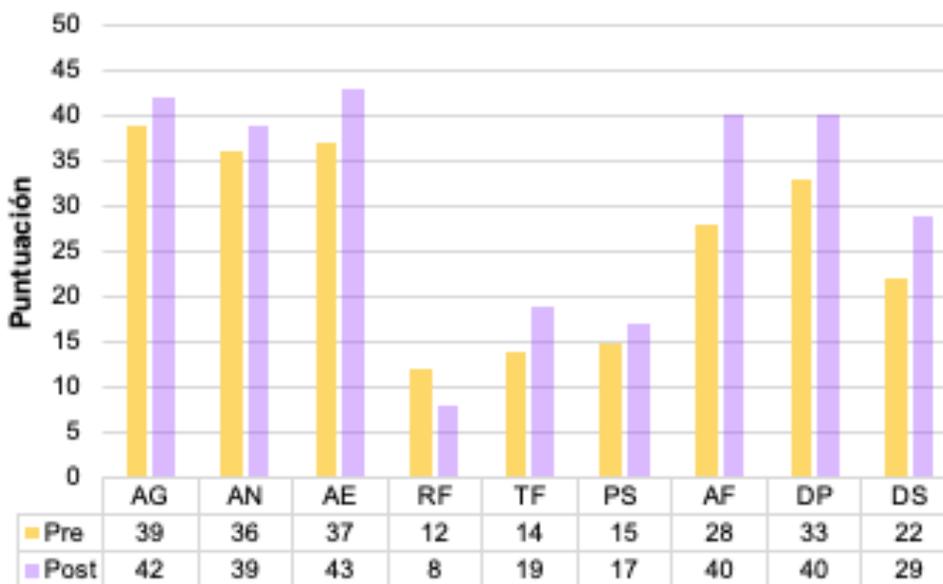
Resultados del inventario multifacético de la ideación suicida



Como refleja la figura 33, no se percibe un cambio significativo en los dos dominios del instrumento. En cuanto al descenso más destacable que beneficia al paciente lo encontramos en las relaciones familiares que se refiere al medio de comunicación e interacción que hay entre los integrantes de la familia.

Figura 33

Resultados de las dimensiones del IMIS-V



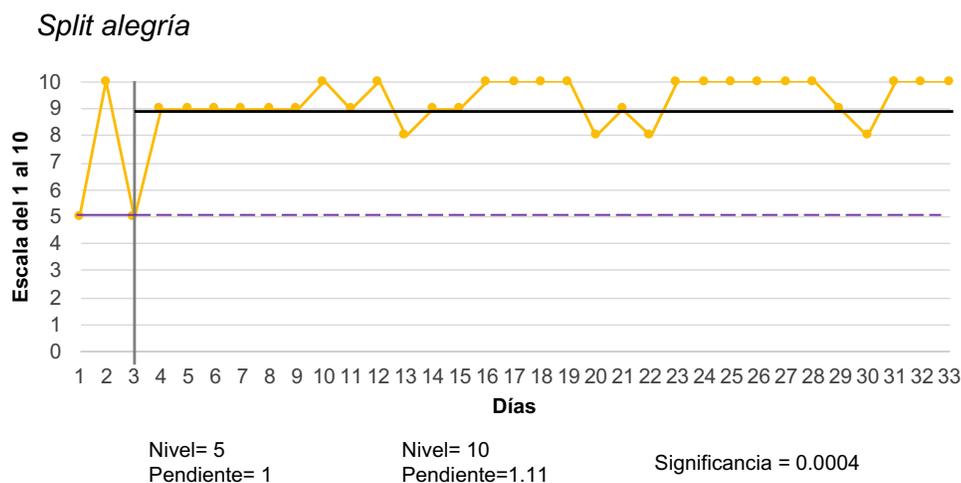
Efectividad de la intervención

Para realizar el análisis estadístico del impacto que tuvo la intervención en el uso de fortalezas, se utilizó la técnica de partición de mitades (Split Middle Technique, Kazdin, 1982 en Valencia et al., 2006). La cual permite analizar la tendencia o pendiente dentro de las fases de línea base e intervención y comparar las pendientes a lo largo de las mismas para así determinar si hay cambios significativos entre los datos de la línea base y la implementación de la intervención, por lo tanto, nos permite conocer la efectividad de la intervención. Esta estrategia considera el análisis de los datos recabados a través del Análisis Funcional de la Conducta, mismos que se recopilaron mediante el uso de los autorregistros. Con ello se buscó identificar intensidad de emociones, pensamiento y agradecimiento de la participante.

En la Figura 34, se buscó identificar la intensidad de la emoción alegría con la finalidad de percibir el bienestar y gozo de la participante a lo largo del tratamiento. Para ello, el uso de

alegría durante la línea base fue de 66.66%, mientras que el promedio de uso durante el tratamiento fue de 90.66%, obteniendo un incremento de 24%. Existiendo un cambio de nivel como de pendiente, se obtuvo una significancia de 0.0004.

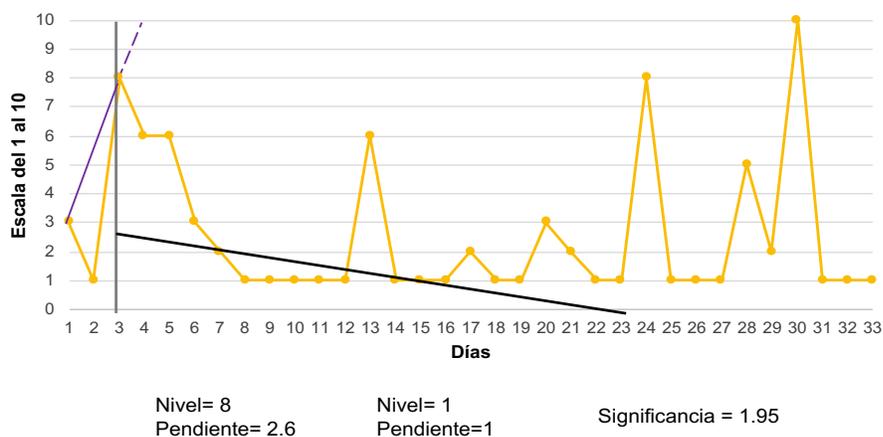
Figura 34



En la Figura 35, se buscó identificar la intensidad de la tristeza con la finalidad de percibir la disminución de la emoción en la participante a lo largo del tratamiento. Para ello, la percepción de tristeza durante la línea base fue de 40%, mientras que el promedio de uso durante el tratamiento fue de 24.3%, obteniendo un decremento de 15.7%. Existiendo un cambio de nivel como de pendiente, se obtuvo una significancia de 1.95%.

Figura 35

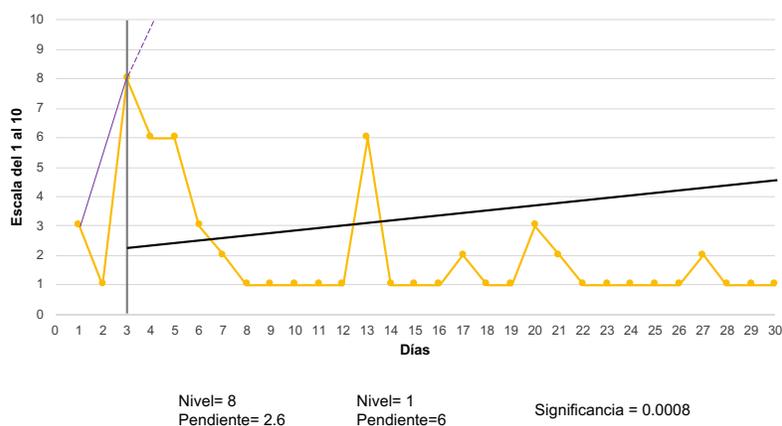
Split tristeza



Ahora bien, al hacer una análisis clínico eliminando los días estresores, tales como: el final de semestre, nacimiento de su primer hija y las complicaciones que sufrió durante el parto. La paciente tiene una tendencia a la mejora en la simple inspección visual, al retirar los días extraordinarios podemos observar que el procedimiento va correcto por que la tendencia es que la tristeza disminuye, tal como se observa en la Figura 36.

Figura 36

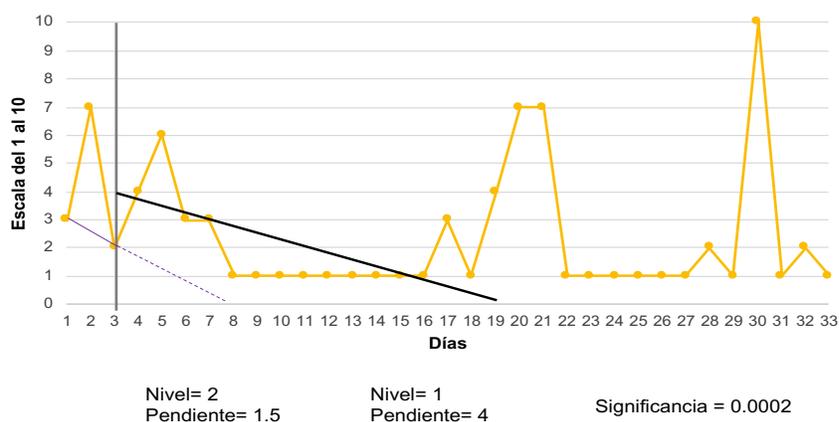
Split tristeza análisis clínico



En la Figura 37, se buscó identificar la intensidad del enojo con la finalidad de percibir la disminución de la emoción en la participante a lo largo del tratamiento. Para ello, la percepción del enojo durante la línea base fue de 40 % , mientras que el promedio de uso durante el tratamiento fue de 27.3 % , obteniendo un descenso de 12.7%. Existiendo un cambio de nivel como de pendiente, se obtuvo una significancia de 0.0002.

Figura 37

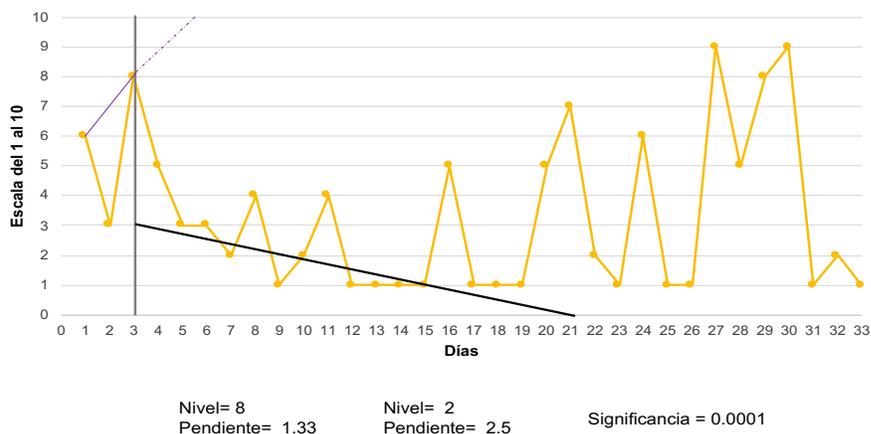
Split enojo



En la Figura 38, se buscó identificar la intensidad del miedo. En la cual, la percepción de la intensidad de la emoción durante la línea base fue de 56.66 %, mientras que el promedio de uso durante el tratamiento fue de 37 %, obteniendo un disminución de 19.66 %. Existiendo un cambio de nivel como de pendiente, se obtuvo una significancia de 0.0001.

Figura 38

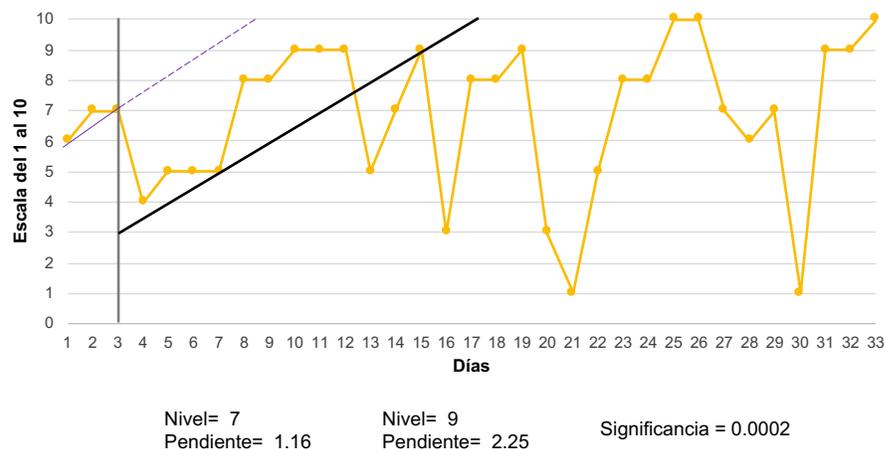
Split miedo



En la Figura 39, se buscó identificar la intensidad de la calma con la finalidad de percibir la tranquilidad en el estado de ánimo de la participante durante el tratamiento. En la cual, la percepción de la calma durante la línea base fue de 66.66%, mientras que el promedio de uso durante el tratamiento fue de 75%, obteniendo un incremento de 8.34 %. Existiendo un cambio de nivel como de pendiente, se obtuvo una significancia de 0.0002.

Figura 39

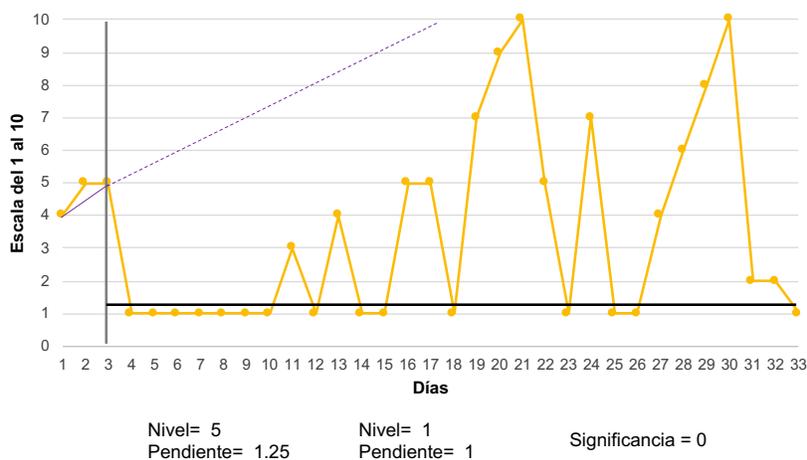
Split Calma



En la Figura 40, se buscó identificar la intensidad del malestar de los pensamientos irracionales de la participante a lo largo del tratamiento. Para ello, la percepción de los pensamientos durante la línea base fue de 46.66%, mientras que el promedio de uso durante el tratamiento fue de 38.66%, obteniendo una descenso del 8%. Existiendo un cambio de nivel como de pendiente, se obtuvo una significancia de 0.

Figura 40

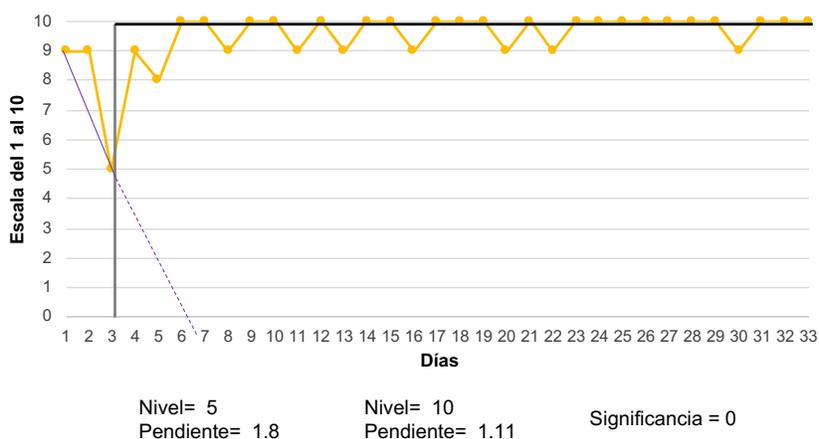
Split pensamiento



En la Figura 41, se buscó registrar diariamente los momentos positivos o las cosas por las que está agradecida la participante. En la cual la percepción de la gratitud durante la línea base fue de 76.66%, mientras que el promedio de uso durante el tratamiento fue de 96.66%, obteniendo un incremento del 20%. Existiendo un cambio de nivel como de pendiente, se obtuvo una significancia de 0.

Figura 41

Split agradecimiento



Análisis de la significancia clínica

Para confirmar la significancia clínica al finalizar la intervención se realizó una entrevista individual dirigida por una experta con la participante sin la presencia de la facilitadora para evaluar las verbalizaciones que permiten identificar cambios clínicos después de la intervención. La participante expresó cambios en su comportamiento, la forma de ver la vida y sus relaciones familiares a partir de las sesiones como se observa a detalle en la Tabla 20.

Tabla 20

Discurso de la participante al concluir la intervención

Preguntas	Discurso de la persona al concluir
¿Qué cambios percibiste en tu vida?	<i>“Me gustó porque me ayudó mucho. Bueno yo así lo sentí. Cuando estaba muy estresada o cuando me sentía mal me ponía a ver lo del cuadernillo con las cosas que fuimos trabajando. Tuvo importancia porque me sentía bien cuando estaba yo en las sesiones”.</i>
¿Notaste algún impacto o alguna diferencia antes y después del taller?	<i>“Si que era yo muy tímida y supe desenvolverme más y saber como poder expresarme sin irme rápido al coraje y detener mis pensamientos negativos. De que no hay que darnos por vencidos son como obstáculos que nos pone la vida y ser fuertes y seguir adelante”.</i>
¿Qué te hizo sentir este mes que estuvimos trabajando?	<i>“Pues al principio nerviosa, preocupada por que pensaba que me iban a regañar o si me critican por lo de mi embarazo, pero no al contrario tuve apoyo, me ayudaron a que llevara mi embarazo tranquilo por que en aquellos momentos yo lloraba mucho y en este mes supe como relajarme, enfrentarme a mis consecuencias y perder miedo”.</i>
¿Tienes alguna sugerencia o recomendación para la instructora?	<i>“Pues a mi en lo personal me gusto mucho, yo diría que siguiera sonriendo dando ánimos y apoyando a gente así como lo hizo conmigo”.</i>
¿Qué prefieres presencial o en línea?	<i>“Y que sería mejor presencial porque así saben identificar porque aquí muchos apagamos las cámaras al principio, y yo también. Pues no me gustaba que me vieran como estaba llorando o lo que estoy sintiendo y de manera presencial pues nos vemos todos y te ayudan y más por que se batallaba con la señal”.</i>

Discusión y conclusión

El suicidio adolescente es un grave problema de salud pública que se ha registrado con un incremento significativo a nivel mundial. Es la cuarta causa de muerte entre los 15 y los 19 años (OMS, 2021). En la actualidad nos encontramos ante un fenómeno que lejos de disminuir se ha incrementado a pasos agigantados, afectando a toda la población y en específico a los adolescentes, población considerada aparentemente sana, pero totalmente expuesta a factores de riesgo que determinan la aparición de problemas graves de salud (Cuesta-Revé, 2017).

Aunado a lo anterior, surge la necesidad de promocionar conductas saludables que promuevan el desarrollo óptimo de habilidades que funcionan como factores protectores para hacer frente a la adversidad, mitigar pensamientos suicidas y mejorar la calidad de vida de los adolescentes. De esta manera, la prevención del suicidio requiere de intervenciones preventivas, universales o selectivas debido a su gran potencial para el desarrollo de intervenciones eficaces en poblaciones vulnerables mediante el uso de estrategias basadas en evidencia científica, para asegurar la mayor efectividad de los recursos (Sher, 2019).

Es por ello que la presente investigación tuvo como objetivo implementar una intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida. Este análisis se encuentra dividido en dos fases 1) el estudio descriptivo con la finalidad de detectar las necesidades, 2) desarrollar una estrategia de intervención y validación por jueces expertos y un estudio, referente a la implementación de la intervención cognitivo conductual.

A continuación se discuten los resultados expuestos del estudio descriptivo sobre la variable resiliencia, los resultados generales obtenidos en la investigación muestran que los adolescentes de 15 a 18 años cuentan con un nivel de resiliencia alta ($M= 127.92$), por lo que concuerda con el estudio realizado por González-Arratia y Valdez (2012) en su investigación respecto al optimismo- pesimismo y resiliencia en adolescentes. Encontraron que en mayor medida los adolescentes presentan un nivel alto de resiliencia de los cuales quizá podría ser un indicador que favorece a los individuos para desenvolverse en el ámbito social y relacionarse con los estilos de afrontamiento directo, los cuales están estrechamente relacionados con la resiliencia.

De forma similar, Badaracco (2013) realizó una investigación en 49 adolescentes de una casa hogar donde se encontró que, el mayor porcentaje de jóvenes muestran un nivel medio de resiliencia con un 51 %, seguido del 43 % con nivel bajo y el 6 % tienen un nivel alto. En cambio, en nuestra investigación los 452 adolescentes del bachillerato tecnológico puntuaron 1.3% resiliencia baja, 23% moderada y 75.7% alta. Esto quiere decir, que la población estudiada cuenta con niveles favorables para hacer frente a la adversidad.

Además, al realizar el análisis por sexo entre hombres y mujeres se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. Lo que concuerda con los resultados obtenidos por González et al. (2016) donde las mujeres se percibieron más resilientes que los hombres. Lo que significa que las mujeres cuentan con una mejor respuesta adaptativa cuando se enfrentan a condiciones de riesgo.

En cuanto a las puntuaciones al aplicar la prueba HSD de Tukey, se detectó una diferencia en el grupo de tercero con mayor puntuaciones bajas de la resiliencia total, es decir, que se encontraron adolescentes que indican un déficit en la variable estudiada. Los cuales requieren de mayores habilidades cognitivas, interpersonales y emocionales a fin de sobreponerse a alguna situación de adversidad. Por esta razón es importante la implementación de este recurso para desarrollar formas constructivas de enfrentar la existencia, sus dificultades y sus contingencias de modo que puedan sobrellevarlas sin sufrir un trauma o daño (Rose et al., 2019).

Por otro lado existen componentes o factores asociados en la contribución de la resiliencia en los individuos tales como: factores protectores internos, externos y empatía. Los resultados obtenidos en la investigación arrojaron que los adolescentes poseen mayores factores protectores internos los cuales denotan habilidades para la solución de problemas como la disposición, el temperamento, inteligencia, sentido del humor y locus de control. Lo que contrapone a los estudios realizados por Gonzalez-Arratia y Valdez (2015), donde los adolescentes puntuaron mayores factores protectores externos referente a la cohesión familiar y la calidez con la que los niños y adolescentes son valorados, protegidos y amados por sus padres.

De igual forma, la siguiente variable de interés a discutir es la ideación suicida. Al analizar los resultados generales los adolescentes de 15 a 18 años obtuvieron puntuaciones moderadas de ideación suicida ($M=171.98$). Lo que contrapone los resultados obtenidos por Chen y Kuo

(2019) quienes en su estudio longitudinal encontraron que el 20.3 % de los participantes informaron tener ideación suicida, el 5.7% tenían planes y el 4.7% lo había intentado.

Aunado a lo anterior, de los 542 estudiantes de bachillerato, con una media de edad de 16 años, arrojó que el 4.4% de los adolescentes tenían ideación suicida alta. Lo que contrapone con los estudios realizados por Suberbiel (2018), en una universidad pública del Estado de Hidalgo, donde 203 estudiantes que acudieron atención psicológica con un rango de edad entre 17 a 32 años, con un promedio de edad de 21 años, se encontró que el 49.96% de los estudiantes mencionó haber tenido pensamientos suicidas. Además, al realizar el análisis por sexo entre hombres y mujeres en la presente investigación se encontraron diferencias significativas, las mujeres arrojaron mayor presencia de ideación suicida. Lo cual concuerda con estudios realizados por Badaracco (2013) donde el 43% de las mujeres puntuaron tentativa de riesgo suicida. Es decir, el sexo femenino tiene mayores pensamientos sobre la pérdida de sentido de vida.

Si bien, los resultados obtenidos en la investigación arrojaron que los adolescentes muestran rasgos importantes de agresividad, problemas en las relaciones familiares, desesperanza, baja autoeficacia y por ende pensamientos suicidas. Coincide con la literatura previa, referente a los factores de riesgo asociados a la ideación suicida. Encontramos la disfunción familiar, situaciones de violencia o agresividad, el desgano, el desinterés y especialmente los intentos previos de suicidio (Ruiz & Chaves, 2017).

Por lo tanto, con la finalidad de indagar la relación de la resiliencia y la ideación suicida, mediante la prueba estadística de asociación de Pearson se obtuvo una $r = .625^{**}$, $p = .000$ lo que indica una correlación estadísticamente significativa entre las variables. Es decir, que a menor resiliencia mayor ideación suicida. Lo que concuerda con las investigaciones de Quiceno y Vinaccia (2013), al evaluar la resiliencia y la ideación suicida se encontró que el tener ideas claras respecto al futuro y verlo de manera optimista, más los sentimientos de felicidad y un adecuado soporte familiar son factores protectores frente a la ideación suicida. Estos resultados sugieren el desarrollo de programas de intervención focalizados desde la psicología positiva donde se potencie las fortalezas humanas para proteger la salud mental, mejoren la calidad de vida y el bienestar emocional de los adolescentes.

Con base en lo anterior, se discuten los resultados del desarrollo y validación por jueces expertos de la intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida, que cumplan con los criterios éticos y los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencia.

Para lograr el objetivo se realizó una propuesta de intervención sustentada en la revisión bibliográfica, mediante el análisis funcional de la conducta para desarrollar la formulación de caso de acuerdo con Nezu et al. (2006), por lo que se elaboraron un mapa clínico de patogénesis, un mapa clínico de fortalezas y un mapa de alcance de metas. Así como las necesidades detectadas mediante el análisis descriptivo de la fase anterior. Para posteriormente someter a juicio de expertos. Esta técnica permitió contar con 7 jueces con más de 5 años de experiencia en la práctica clínica en terapia cognitivo conductual. Además, de tener entre 5 a 9 años de experiencia en el uso de la resiliencia.

La utilización del juicio de expertos se define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008). Para Hernandez y Tobón, (2018) el juicio de expertos como estrategia de evaluación presenta una serie de ventajas entre las que destacan la posibilidad de obtener una amplia y pormenorizada información sobre el objeto de estudio y la calidad de las respuestas por parte de los jueces. Por lo que atañe al número de expertos necesarios, no hay un acuerdo unánime para su determinación. En Garrote y Rojas (2015), la selección del número de expertos depende de aspectos como la facilidad para acceder a ellos o la posibilidad de conocer expertos suficientes sobre la temática objeto de la investigación.

Si bien es sabido, la utilización del juicio de expertos requiere interpretar y aplicar sus resultados de manera acertada, eficiente y con toda la rigurosidad metodológica y estadística, para permitir que la evaluación basada en la información obtenida de la prueba pueda ser utilizada con los propósitos para la cual fue diseñada (Galicia et al., 2017). En el caso de la validación de la intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida, el 57.14% contestó estar totalmente de acuerdo en que la intervención, ya que se encuentra respaldada de forma teórica de acuerdo al modelo cognitivo conductual. El 28.57% están de acuerdo y el 14.29% ni de acuerdo ni en desacuerdo. Por lo que concuerda con Gøtzsche y Gøtzsche (2017) quienes mencionan a la TCC como una psicoterapia estructurada

y orientada al presente enfocada a resolver problemas actuales y enseñar habilidades individuales para cambiar el pensamiento y los comportamientos desadaptativos, ya que permite el diseño creativo de programas de tratamiento para los problemas más novedosos, resistentes, particulares o con las presentaciones clínicas más complicadas (Wenzel, 2017).

Sin duda, la terapia cognitivo-conductual es la terapia psicológica más representada en el movimiento de los tratamientos psicológicos que han probado su eficacia incluyendo la comparación con la medicación (Padesky & Mooney, 2012 ;Pérez, 2006). Es por ello, que 57.1% de los jueces contestó estar totalmente de acuerdo con las técnicas cognitivo conductuales seleccionadas para alcanzar el logro de los objetivos. Así como, 71.4% contestó estar totalmente de acuerdo en las actividades para la adquisición y práctica de las habilidades. Finalmente, la mayoría de los jueces consideraron que la propuesta de intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida beneficiaría a los y las participantes.

Por consiguiente, tras las 12 sesiones de tratamiento del caso clínico, se señala la efectividad de una intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida. Los objetivos generales y específicos planteados en la intervención se han conseguido de manera satisfactoria. Se han incrementado los componentes de resiliencia, se mitigaron los pensamientos suicidas y mejoró la calidad de vida.

Si bien, en los análisis estadísticos del cuestionario de resiliencia para niños y adolescentes arrojaron que antes de la intervención la participante presentaba niveles bajos de resiliencia que incrementó de manera positiva después de la intervención. De la misma forma, los cambios en las dimensiones del cuestionario de resiliencia fueron importantes. El factor protector interno, externo y la empatía han experimentado un alza significativa con respecto a las puntuaciones obtenidas en la pre-evaluación. Destacando el factor protector interno referente a la habilidad para solución de problemas, la disposición, la inteligencia y el sentido del humor.

En este sentido, Sher (2019) y Pietrzak et al. (2011), señalan que la combinación entre el modelo cognitivo conductual y la resiliencia pueden brindar importantes beneficios aún más si se generan intervenciones con el objetivo de fomentar la prevención de conductas de riesgo y la promoción de conductas saludables, es decir, las intervenciones para reducir los síntomas depresivos y las estrategias de afrontamiento cognitivo-conductuales desadaptativas del

autocastigo y la evitación social cognitiva, y para reforzar la resiliencia psicológica pueden ayudar a mitigar la tendencia al suicidio en esta población.

En cambio, al examinar inventario multifacético de la ideación suicida (IMIS V-Preparatoria). La participante presentaba niveles que indican ideación suicida moderada, lo cual después de la intervención, no se percibió un cambio representativo. Cabe enfatizar, que en muchas ocasiones los resultados significativos de las intervenciones se pierden cuando simplemente se utilizan pruebas estadísticas para determinar la eficacia de una intervención (Cristea & Cuijpers, 2017). Es por ello, la importancia del uso de la técnica de partición por mitades (Split-Middle Technique Kazdin, 1982 en Valencia et al., 2006), permitió identificar las diferencias clínicas obtenidas en la participante, donde reportó tener cambios positivos tanto en su regulación emocional, pensamientos y comportamiento.

En el uso de la técnica para medir la intensidad de sus emociones positivas, encontramos un 24 % de incremento en el uso de la alegría y un 8,34% en la calma. Lo que corresponde a que las emociones positivas en la fase de intervención son significativamente diferentes de los datos de la línea base. En cuanto a las emociones negativas, mostró un decremento del 15.7% en la tristeza, un descenso del 12.7% en la intensidad del enojo y un 19.66% referente a la emoción del miedo. Del mismo modo, las emociones negativas descendieron en la fase de intervención significativamente de los datos de la línea base.

De forma similar, se buscó identificar la intensidad del malestar de los pensamientos irracionales de la participante a lo largo del tratamiento. Para ello, se encontró un descenso del 8% y una significancia de 0. En contraparte, al registrar los momentos positivos o las cosas por las que está agradecida la participante, obtuvo una incremento del 20% y significancia de 0. Mismas que permitieron demostrar que la intervención fue significativa para estas conductas blanco.

Ahora bien, desde el punto de vista cualitativo, la paciente argumenta que se encuentra más feliz y relajada. Han aumentado las expresiones emocionales, como por ejemplo, la seguridad y un aumento en la expresión verbal y emocional en situaciones familiares y sociales. Otro dato importante a considerar son las técnicas de reestructuración cognitiva han sido claves para la paciente para controlar los pensamientos negativos y distorsiones cognitivas. A la par dichas técnicas han ayudado a que la paciente afronte de manera adecuada los problemas. Así como, el uso de técnicas de relajación y respiración para el control de la ira y la tristeza. Se

identificaron como eficaces para el abordaje de la misma. Lo que concuerda con Southwick y Charney (2012) quienes argumentan que la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado que ayuda a desarrollar características de personalidad resilientes.

Si bien los resultados de esta investigación no se pueden generalizar en toda la población mexicana, se muestran como antecedentes para futuras investigaciones. Además, es importante ser prudentes en las conclusiones derivadas de este trabajo, ya que uno de los problemas más importantes en los estudios de caso único, es la imposibilidad de generalización de los resultados a poblaciones más amplias debido a las limitaciones inferenciales inherentes a los mismos.

Ahora bien, el objetivo general de la presente investigación fue demostrar la efectividad de una intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida, la cual, se encontró diferencias clínicas y estadísticamente significativas en la adolescente de 17 años de edad. Sin embargo se necesita de trabajo multidisciplinar para disminuir el problema de salud pública que puede variar en cada territorio o con el tiempo, lo cual impone a contar con sistemas de información robustos y a combinar intervenciones de diversa naturaleza. En resumen, animar a los profesionales del área de la salud a incrementar la difusión de estudios de casos clínicos en general y sobre el tratamiento en la mitigación de los pensamientos suicidas y de la gestión de resiliencia, con el fin de conocer las dificultades y las características idiosincrásicas en el abordaje de las diferentes manifestaciones psicopatológicas.

De este modo, las limitaciones de la investigación fueron la enfermedad provocada por el coronavirus SARS-CoV-2, identificado como COVID-19 que se ha convertido en una amenaza para la salud mundial, la cual no permitió la implementación de la intervención de manera presencial. Además, que al trabajar en instituciones educativas existen circunstancias que están fuera del alcance del investigador, como la falta de disponibilidad y adaptación de horarios en la institución. Así como, las vulnerabilidades particulares de la población con la que se trabajó. Para concluir, se recomienda implementar la intervención de manera grupal para generar cambios a grandes escalas y en diferentes instituciones. Contar con un control de grupo y desarrollar programas de intervención para padres y docentes con el objetivo de fomentar la prevención de conductas de riesgo y la promoción de conductas saludables.

Referencias

- Acevedo, V. E., & Restrepo, L. (2012). De profesores, familias y estudiantes: fortalecimiento de la resiliencia en la escuela. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 301-319. <https://cutt.ly/qg5DTq0>
- Alcaráz, A. J. C., Trejo, A. G. E., & Altamirano, M. V. (2013). Detección de riesgo suicida en una muestra de adolescentes estudiantes de escuelas secundarias. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 7-21. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80225697002.pdf>
- American Psychological Association. (2011). *El Camino a la Resiliencia*. <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino>
- Baader, M. T., Urra, P. E., Millán, A. R., & Yáñez, M. L. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(3), 303-309. [http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70430-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70430-8)
- Babić, R., Babić, M., Rastović, P., Ćurlin, M., Šimić, J., Mandić, K., & Pavlović, K. (2020). Resilience in Health and Illness. *Psychiatria Danubina*, 32(Suppl 2), 226–232.
- Badaracco, L. M. O. (2013). Factores de resiliencia y riesgo suicida en adolescentes en estado de abandono. *Temática Psicológica*, (9), 35-42. <https://doi.org/10.33539/tematpsicol.2013.n9.838>
- Barbieri, A., & Visco-Comandini, F. (2020). Efficacia delle terapie cognitive della terza onda nel trattamento delle psicosi: una meta-rassegna [Efficacy of third wave cognitive therapies in the treatment of psychosis: a meta-review]. *Rivista di psichiatria*, 55(2), 61–70. <https://doi.org/10.1708/3333.33020>
- Blandón, O. M., Carmona, J. A., Orozco, M., Zulian, M., & Medina, Ó. A. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19(5), 469-478. <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v19n5/amc060510.pdf>

- Brent D. (2016). Prevention Programs to Augment Family and Child Resilience Can Have Lasting Effects on Suicidal Risk. *Suicide & life-threatening behavior*, 46 Suppl 1, S39–S47. <https://doi.org/10.1111/sltb.12257>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Ediciones Paidós.
- Calleja, N. (2011). *Escalas Psicosociales en México*. Universidad Nacional Autónoma de México
- Cassol, L., & De Antoni, C. (2006). Família e abrigo como rede de apoio social e afetiva. *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção*, 25(3), 173-201.
- Ceballos, G. A., Suárez, Y., Suescún, J., Gamarra, L. M., González, K. E., & Sotelo, A. P. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*, 12(1), 15-22. <https://doi.org/10.21676/2389783X.1394>
- Chen, Y. L., & Kuo, P. H. (2019). Effects of perceived stress and resilience on suicidal behaviors in early adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 29, 861–870. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01401-w>
- Cornejo, W. (2010). Resiliencia: una definición. <https://atheneadigital.net/index>
- Cristea, I. A., & Cuijpers, P. (2017). In the pursuit of truth, we should not prioritize correlational over causal evidence. *Psychotherapy Research*, 27(1), 36-37.
- Crowe, K., & McKay, D. (2017). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety and depression. *Journal of anxiety disorders*, 49, 76–87. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.04.001>
- Cuesta-Revé, D. (2017). Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Revista mexicana de pediatría*, 84(2), 72-77. <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2017/sp172f.pdf>
- Cuesta-Revé, D. (2017). Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Revista mexicana de pediatría*, 84(2), 72-77. <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2017/sp172f.pdf>
- Curtin, S. C., Warner, M., & Hedegaard, H. (2016). Increase in Suicide in the United States, 1999-2014. *NCHS data brief*, (241), 1–8.
- Daly L. M. (2020). Resilience: An Integrated Review. *Nursing science quarterly*, 33(4), 330–338. <https://doi.org/10.1177/0894318420943141>

- Dávila, C. A., Ochoa, M. D. P., & Casique, I. (2015). Análisis del impacto de la mortalidad por suicidios en México, 2000-2012. *Salud colectiva*, 11, 471-484. <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.784>
- Dubowitz, H., Thompson, R., Proctor, L., Metzger, R., Black, M. M., English, D., Poole, G., & Magder, L. (2016). Adversity, Maltreatment, and Resilience in Young Children. *Academic pediatrics*, 16(3), 233–239. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.12.005>
- Durkheim, E. (2012). *El suicidio*. Ediciones Akal.
- Echavarría, J. E., González, L. E. M., Bernal, D. R., & Rodríguez, D. M. (2017). Ciberacoso y comportamiento suicida. ¿Cuál es la conexión? A propósito de un caso. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(4), 247-251. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.004>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Eguiluz, L., Cordova, M., & Rosales, J. (2010). *Ante el suicidio: su comprensión y tratamiento*. Pax México.
- El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2017). Suicidio. <https://cutt.ly/zg656bF>
- El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2014). *Habilidades para la vida: Herramientas para el Buen Trato y la Prevención de la Violencia*. <https://cutt.ly/4g65Xpl>
- Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6(1), 27-36.
- Fernández, H., & Álvarez, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 22(2), 157-169. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.18720>
- Ferreira, L. E. (2018). Suicidios en ensayos freudianos. *Informes Psicológicos*, 18(1), 73-94.
- Fu, Q., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Nelson, E. C., Glowinski, A. L., Goldberg, J., & Eisen, S. A. (2002). A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychological medicine*, 32(1), 11-24. <https://doi.org/10.1017/S0033291701004846>

- Fuentes, C. B. S. (2018). *Autoestima y resiliencia ante los problemas alimentarios en escolares de 9 a 12 años* [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de México]. Repertorio Institucional RI. <http://hdl.handle.net/20.500.11799/95061>
- Gabilondo, A. (2020). Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. Informe SESPAS 2020. *Gaceta sanitaria*, 34(1),27-33. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.010>
- Galán, C., Aguilar, U., Manzano, D., & Hernández,I. (2015). Estandarización del inventario multifacético de ideación suicida en adolescentes de la capital de San Luis Potosí. Artículo en preparación.
- Galicia, L. A., Balderrama, J. A., & Navarro, R. (2017). Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Apertura*, 9(2), 42-53. <https://doi.org/10.32870/ap.v9n2.993>
- Galicia, L. A., Balderrama, J. A., & Navarro, R. (2017). Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Apertura*, 9(2), 42-53. <http://dx.doi.org/10.32870/Ap.v9n2.993>
- Galindo, C. G., & Bahamón, M. J. (2017). *Teoría cognitiva y teoría interpersonal psicológica del comportamiento suicida*. Debates Emergentes en Psicología. <https://cutt.ly/Hg5JERL>
- García, B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales*. Manual Moderno.
- Garrido, V. M., & Sotelo, F. D. P. (2005). Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. *Revista complutense de educación*, 16(1), 107-124.
- Garrote, P. R., & Rojas, M. (2015). La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. *Revista Nebrija de lingüística aplicada a la enseñanza de lenguas*, (18), 124-139. <https://doi.org/10.26378/rmlael918259>
- Gaxiola R., J.C. & Frías A., M. (2007). Los factores protectores y la adaptabilidad al abuso infantil: un estudio con madres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología* (Número especial: Memoria del XV Congreso Mexicano de Psicología), 222-223.

- Gaxiola, J., Frías, M., Hurtado, M., Salcido, L., & Figueroa, M. (2011). Validación del inventario de resiliencia (IRES) en una muestra del noroeste de México. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, 16(1), 73–83. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215963006>
- Gil, G. E. (2010). La resiliencia: conceptos y modelos aplicables al entorno escolar. *Revista de Investigaciones y Experiencias En Ciencias de La Educación*, 19(1), 27–42. <https://ojsppdc.ulpgc.es/ojs/index.php/ElGuiniguada/article/view/421>
- Gómez-Azcarate, E., Vera, A., Ávila, M., Musitu, G., Vega, E., & Dorantes, G. (2014). Resiliencia y felicidad de adolescentes frente a la marginación urbana en México. *Psicodebate*, 14(1), 45–68. <https://doi.org/10.18682/pd.v14i1.334>
- González- Forteza, C., Mariño, M. del C., Rojas, E., Mondragón, L., & Medina-Mora, M. E. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la Ciudad de Pachuca, Hgo. y su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias. *Revista Mexicana de Psicología*, 15(2), 165–175.
- González-Arratia L.N.I., & Valdez, J. (2015). Resiliencia. Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de investigación psicológica*, 5(2), 1996-2010. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(15\)30019-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/s2007-4719(15)30019-3)
- González-Arratia, L.N.I. (2016). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes*. Universidad Autónoma del Estado de México. <http://hdl.handle.net/20.500.11799/64951>
- González-Arratia, L.N.I., & Valdés, J. L. . (2012). Optimismo-pesimismo y resiliencia en adolescentes de una universidad pública. *Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva*, 19(3), 207-214. <https://www.redalyc.org/pdf/104/10423895002.pdf>
- González, C. V. M., Lucero, J. C. V., Caballero, L. V., Delgado, R. M., & Ruiz, S. S. (2016). Resiliencia en adolescentes víctimas de violencia escolar. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 485-498. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.267>
- Gøtzsche, P. C., & Gøtzsche, P. K. (2017). Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 110(10), 404–410. <https://doi.org/10.1177/0141076817731904>

- Greco, C., Morelato, G., & Ison, M. (2007). Emociones positivas: una herramienta psicológica para promocionar el proceso de resiliencia infantil. *Psicología, Cultura y Sociedad*, 7, 81-94. <https://doi.org/10.18682/pd.v7i0.429>
- Grotberg, E. H. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy: cómo superar las adversidades*. Gedisa Editorial.
- Guillén, S., Villarraga, G., Pachón, R., & Roncancio, E. (2013). Resiliencia en el fenómeno de violencia intrafamiliar desde la terapia narrativa: Una nueva perspectiva. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), 58-68.
- Harris, K., Gooding, P., Haddock, G., & Peters, S. (2019). Factors that contribute to psychological resilience to suicidal thoughts and behaviours in people with schizophrenia diagnoses: qualitative study. *BJPsych open*, 5(5), e79. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.63>
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies - Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(6), 869–885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(3), 245–246. <https://doi.org/10.1002/wps.20442>
- Hegerl U. (2016). Prevention of suicidal behavior. *Dialogues in clinical neuroscience*, 18(2), 183–190. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2016.18.2/uhegerl>
- Hernandez, L. G., & Tobón, S. (2018). Análisis de los elementos implícitos en la validación de contenido de un instrumento de investigación. *Revista espacios*, 39(53), 1-7.
- Hernández, P. A., & Villarreal, R. E. (2015). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *Medisan*, 19(8), 1051-1058.
- Hetrick, S. E., Yuen, H. P., Bailey, E., Cox, G. R., Templer, K., Rice, S. M., Bendall, S., & Robinson, J. (2017). Internet-based cognitive behavioural therapy for young people with suicide-related

- behaviour (Reframe-IT): a randomised controlled trial. *Evidence-based mental health*, 20(3), 76–82. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102719>.
- Hill, R. M., & Pettit, J. W. (2016). Pilot Randomized Controlled Trial of LEAP: A Selective Preventive Intervention to Reduce Adolescents' Perceived Burdensomeness. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48,S45-S56. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1188705>
- Hoffman, R. R., & Hancock, P. A. (2017). Measuring Resilience. *Human factors*, 59(4), 564–581. <https://doi.org/10.1177/0018720816686248>
- Hornor G. (2017). Resilience. *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 31(3), 384–390. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2016.09.005>
- Ibarra-López, A. M., & Morfín-López, T. (2015). *Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinar*. El Manual Moderno.
- Ibarra-López, A. M., & Morfín-López, T. (2017). *Investigación transdisciplinar del fenómeno suicida* (1st ed.). El Manual Moderno.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018, 7 septiembre). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. <https://cutt.ly/Ag69WfQ>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020a). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio datos nacionales. <https://n9.cl/tvcm>
- Jiménez, R. A., & Cardiel L. (2013). El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. *Papeles de población*, 19(77), 205-229.
- Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S. J., Bryant, R. A., & Harvey, S. B. (2018). Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ open*, 8(6), e017858. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017858>
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307–330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>

- Kołodziej-Sarzyńska, M., Majewska, M., Juchnowicz, D., & Karakuła-Juchnowicz, H. (2019). Risk factors of suicide with reference to the theory of social integration by Émile Durkheim. Czynniki ryzyka samobójstwa w kontekście teorii integracji społecznej według Émile'a Durkheima. *Psychiatria polska*, 53(4), 865–881. <https://doi.org/10.12740/PP/92217>
- Lefio, Á. (2019). El Suicidio, los suicidios. *Revista Chilena de Salud Pública*, 23(1), 8-10. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-5281.2019.54957>
- Lever, P., & Valdés, N. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines*, 27(1), 7–22.
- Lutz, P. E., Mechawar, N., & Turecki, G. (2017). Neuropathology of suicide: recent findings and future directions. *Molecular psychiatry*, 22(10), 1395–1412. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.141>
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40(1), 26-34.
- Massa, E. D. S. C., & França, C. P. (2016). El suicidio y la melancolía: siguiendo las huellas de las primeras elaboraciones psicoanalíticas. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 19(2), 287-302. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2016v19n2p287.7>.
- Masten A. S. (2021). Resilience of children in disasters: A multisystem perspective. *International journal of psychology : Journal international de psychologie*, 56(1), 1–11. <https://doi.org/10.1002/ijop.12737>
- McClatchey, K., Murray, J., Chouliara, Z., & Rowat, A. (2019). Protective Factors of Suicide and Suicidal Behavior Relevant to Emergency Healthcare Settings: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Post-2007 Reviews. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 23(3), 411–427. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1480983>
- McKinnon, B., Gariépy, G., Sentenac, M., & Elgar, F. J. (2016). Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(5), 340-350. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.163295>
- Milstein, M., & Henderson, N. (2003). *Resiliencia en la Escuela*. Editorial Paidós.

- Morelato, G. (2011). Resiliencia en el maltrato infantil: aportes para la comprensión de factores desde un modelo ecológico. *Revista de psicología*, 29(2), 203-224.
- Moreno, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(01), 1-18.
<https://doi.org/10.33670/18181023.v12i01.66>
- Neira, H. (2018). Suicidio y misiones suicidas: revisitando a Durkheim. *Cinta de moebio*, (62), 140-154.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2018000200140>
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. Editorial El Manual Moderno.
- Obando, O. L., Villalobos, M. E., & Lorena, A. S. (2010). Resiliencia en niños con experiencias de abandono. *Acta colombiana de psicología*, 13(2), 149-159.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*.
https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2021, 17 de junio). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/suicide>
- Ortíz, A. I. V., León, A. F., & Sosa, J. J. S. (2006). Efectos de un programa conductual para el cuidado de pacientes oncológicos pediátricos. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 32(2), 179-198. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59332206>
- Ortunio, M. S., & Guevara, H. (2016). Aproximación teórica al constructo resiliencia. *comunidad y salud*, 14(2), 96-105. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375749517012>
- Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (2012). Strengths-based cognitive-behavioural therapy: a four-step model to build resilience. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19(4), 283-290.
<https://doi.org/10.1002/cpp.1795>
- Páucar, M. A. V. (2010). Factores de resiliencia asociados al rendimiento académico en estudiantes de contextos de alta vulnerabilidad social. *Revista de pedagogía*, 31(88), 159-188.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65916617007>

- Pérez-Amezcu, B., Rivera, R. L., Atienzo, E. E., Castro, F. D., Leyva-López, A., & Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud pública de México*, 52,(4) 324-333. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2010.v52n4/324-333/es>
- Pérez, M. A. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 159-172. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147830>
- Pietrzak, R. H., Russo, A. R., Ling, Q., & Southwick, S. M. (2011). Suicidal ideation in treatment-seeking Veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom: the role of coping strategies, resilience, and social support. *Journal of psychiatric research*, 45(6), 720–726. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.015>
- Piña, J. A. L. (2015). Un análisis crítico del concepto de resiliencia en psicología. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 31(3), 751-758. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.3.185631>
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, factores salutogénicos e ideación suicida en adolescentes. *Terapia psicológica*, 31(2), 263-271. <https://doi.org/fjf5>
- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida*. Editorial Pax.
- Rachman S. (2015). The evolution of behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Behaviour research and therapy*, 64, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.10.006>
- Ramírez, L. O., & Corredor, F. P. (2015). Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación frente a un caso de ludopatía. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 8(1), 51-61. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.8105>
- Real Académica Española. (2019). Resiliencia. <https://dle.rae.es/resiliencia>
- Reijas, T., Ferrer, E., Gonzalez, A., & Iglesias, F. (2013). Evaluación de un programa de intervención intensiva en conducta suicida. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(5), 279-86.
- Richardson, G. E., Neiger, B. L., Jensen, S., & Kumpfer, K. L. (1990). The resiliency model. *Health education*, 21(6), 33-39. <https://doi.org/10.1080/00970050.1990.10614589>

- Rivera, H. (2015). Suicidio: consideraciones históricas. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 91-98. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582015000200012&script=sci_arttext
- Rocamora, A. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Editorial Desclée de Brouwer, SA.
- Rosabal, E., Romero, N., Gaquín, K., & Hernández, R. A. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44(2), 218-229. <https://n9.cl/7xy5z>
- Rose, E. J., Picci, G., & Fishbein, D. H. (2019). Neurocognitive Precursors of Substance Misuse Corresponding to Risk, Resistance, and Resilience Pathways: Implications for Prevention Science. *Frontiers in psychiatry*, 10, 399. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00399>
- Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., Williams, S. R., Arne, K. A., Breitbart, J., Delano, K., Wilkinson, E., & Bruce, T. O. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *American journal of psychiatry*, 172(5), 441-449. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14070843>
- Ruiz, C. P. S., & Chaves, J. A. O. (2017). Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes. *MedUNAB*, 20(2), 139-147. <https://doi.org/10.29375/01237047.2272>
- Saavedra, E., & Castro, A. (2009). Construcción y validación de una escala de resiliencia para escolares. *Santiago de Chile: CEANIM*. <https://cutt.ly/Wg63vFb>
- Saavedra, E., & Villalta, M. (2008). Medición de las características resilientes: un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*, 14(14), 32-40. <https://cutt.ly/Zg63KTM>
- Salazar, M. L. (2017). La importancia de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos mentales. *Poiésis*, 1(33), 139-145. <https://cutt.ly/Kxq0dnM>
- Sánchez-Teruel, D., Muela-Martínez, J. A., & García-León, A. (2018). Variables de riesgo y protección relacionadas con la tentativa de suicidio. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 221-229.
- Sánchez, M. L., Quintanilla, M. R., Cruz, G. J. I., Morfín, L. T., Contreras, P. E., & Hernández, M. R. (2014). Intento de suicidio en adolescentes mexicanos: perspectiva desde el consenso cultural.

Acta de Investigación Psicológica, 4(1), 1446–1458. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(14\)70386-2](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2007-4719(14)70386-2)

Santana-Campas, M. A., & Telles, F. S. (2018). Propiedades psicométricas de la escala riesgo suicida de Plutchik en una muestra de jóvenes mexicanos privados de la libertad. *Avances en Psicología*, 26(1), 57-64. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1127>

Shain, B. (2016). Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics*, 138(1), e20161420. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1420>

Sher, L. (2019). Resilience as a focus of suicide research and prevention. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 140(2), 169–180. <https://doi.org/10.1111/acps.13059>

Siegel, D.J., & Payne, B., T. (2018). The yes brain: how to cultivate courage, curiosity, and resilience in your child. Bantam.

Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012). The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science* (New York, N.Y.), 338(6103), 79–82. <https://doi.org/10.1126/science.1222942>

Suberbiel, R., K. (2018). Factores asociados a la ideación suicida en universitarios usuarios de atención psicológica. [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo]. UAEH Biblioteca Digital. <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/handle/231104/2607>

Tabares, A. S. G., Núñez, C., Osorio, M. P. A., & Aguirre, A. M. G. (2020). Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 1(54), 147-164. <https://doi.org/10.21865/RIDEP54.1.12>

Tascón, E. G. L., Zambrano, C., Ceballos, A. K., & Galvis, F. H. V. (2017). Validación un procedimiento estandarizado de medición de actitudes implícitas frente al suicidio. *Revista CES Psicología*, 10(2), 66-85.

Teruel, D. S., & Bello, M. A. R. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del psicólogo*, 35(3), 181-192.

- Teruel, D. S., Martínez, J. A. M., & León, A. G. (2014). Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 277-290. <https://cutt.ly/og67yt6>
- Thoma, N., Pilecki, B., & McKay, D. (2015). Contemporary Cognitive Behavior Therapy: A Review of Theory, History, and Evidence. *Psychodynamic psychiatry*, 43(3), 423–461. <https://doi.org/10.1521/pdps.2015.43.3.423>
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024),1227-1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- University of Pennsylvania (2019). Penn resilience program and PERMA workshops <https://ppc.sas.upenn.edu/resilience-programs/resilience-skill-set>
- Van, C. (2001). *Understanding suicidal behaviour: The suicidal process approach to research, treatment and prevention*. Editorial Wiley.
- Vanistendael, S. & Lecomte, J. (2002). *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia*. Gedisa.
- VanMeter, F., & Cicchetti, D. (2020). Resilience. *Handbook of clinical neurology*, 173, 67–73. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64150-2.00008-3>
- Varengo, J. (2016). *Ideación suicida en adolescentes* [Tesis de licenciatura, Universidad Siglo XXI, Veracruz]. Repositorio Siglo 21. <https://cutt.ly/yg66m2E>
- Vega de la Puente, C. (2014). *Experiencias íntimas de mujeres con intento suicida un estudio de casos* [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú] Repositorio de la PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/5608>
- Vianchá, M. A., Bahamón, M. L., & Alarcón, L. L. (2013). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Revista Tesis Psicológica*, 8 (1), 112-123. <https://revistas.libertadores.edu.co/index.php/TesisPsicologica/article/view/291>

- Wagner, B., Hofmann, L., & Maaß, U. (2020). Online-group intervention after suicide bereavement through the use of webinars: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3891-5>
- Wenzel A. (2017). Basic Strategies of Cognitive Behavioral Therapy. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(4), 597–609. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.07.001>
- Ybarra, S., Orozco, R., & Valencia, O. (2015). *Intervenciones con apoyo empírico: herramienta fundamental para el psicólogo clínico y de la salud*. Manual Moderno.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The lancet. Psychiatry*, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)
- Zych, I., Casal, G. B., Sierra, J. C., & Rodríguez, S. G. (2012). El conocimiento y la difusión de las terapias conductuales de tercera generación en psicólogos españoles. *Anales De Psicología*, 28(1), 11-18. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/140472>

Apéndice

Apéndice A

Cuestionario de resiliencia para niños y adolescentes

A continuación, se presentan una serie de preguntas que tienen que ver con tu forma de pensar y actuar ante la vida. Por favor coloca una (X) en el cuadro que más se acerque a lo que tu eres, pensando en qué medida crees que te sentiste, actuaste o te comportaste en una situación de crisis o cuando hayas tenido algún problema. Siempre ten presente la situación. No dejes ninguna pregunta sin contestar. Por su colaboración, muchas gracias.

Pregunta	Siempre	La mayoría de las veces	Indeciso	Algunas veces	Nunca
1. Yo soy feliz cuando hago algo bueno para los demás					
2. Yo soy respetuoso de mí mismo y de los demás					
3. Soy agradable con mis familiares					
4. Soy capaz de hacer lo que quiero					
5. Confió en mí mismo					
6. Soy inteligente					
7. Yo soy acomedido y cooperador					
8. Soy amable					
9. Soy compartido					
10. Yo tengo personas que me quieren incondicionalmente					
11. Conmigo hay personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo					
12. Hay personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro					
13. Cerca de mí hay amigos en quien confiar					
14. Tengo personas que me quieren a pesar de lo que sea o haga					
15. Tengo deseos de triunfar					
16. Tengo metas a futuro					
17. Estoy dispuesto a responsabilizarme de mis actos					
18. Estoy siempre pensando la forma de solucionar mis problemas					
19. Estoy siempre tratando de ayudar a los demás					
20. Soy firme en mis decisiones					
21. Me siento preparado para resolver mis problemas					
22. Comúnmente puedo en ayudar a los demás					
23. Enfrento mis problemas con serenidad					

Pregunta	Siempre	La mayoría de las veces	Indeciso	Algunas veces	Nunca
24. Yo puedo controlar mi vida					
25. Puedo buscar la manera de resolver mis problemas					
26. Puedo imaginar las consecuencias de mis actos					
27. Puedo reconocer lo bueno y lo malo de mi vida					
28. Puedo reconocer mis cualidades y defectos					
29. Puedo cambiar cuando me equivoco					
30. Puedo aprender de mis errores					
31. Tengo esperanza en el futuro					
32. Tengo Fe en que las cosas van a mejorar					

Preguntas abiertas

¿Has pasado por una situación difícil o algún problema?

Sí _____

No _____

En caso afirmativo, describe que problema o situación difícil viviste

Describe, cómo te sentiste, que pensaste y como actuaste ante el problema

¿Qué factores te ayudaron a salir delante de dicha situación?

1. Mi propia persona
2. Familia

3. Amigos
4. Vecinos y comunidad
5. Escuela
6. Servicios médicos y sanitarios
7. Servicios legales
8. Otros _____

Comentarios del aplicador

Apéndice B

Inventario Multifacético de la Ideación Suicida IMIS IV-Secundarias

No.	Pregunta	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
DS1	La vida me ha sido favorable.					
AF1	Soy alguien capaz de lograr lo que me propongo.					
AU1	Mis problemas suelen afectarme mucho.					
TF1	Cuando mis planes salen mal, siento que el mundo se me acaba.					
AF2	Tengo metas trazadas por las cuales luchar en la vida.					
DS2	Cuando mi situación es mala, tengo esperanza de que mejorara.					
AU2	Alguna vez he deseado que mi vida no fuera como lo es.					
AF3	Me es fácil alcanzar lo que me propongo.					
DS3	Pienso que, en un futuro, lograré con éxito lo que más me interesa.					
AU3	Hay mejores personas que yo.					
AF4	Cuando me cuestiono algo creo tener las respuestas.					
TF2	Cuando no consigo lo que quiero, me siento un(a) perdedor(a).					
AF5	Mis problemas tienen solución.					
DS4	Mi situación es suficientemente prospera.					
AF6	Puedo superar cualquier conflicto.					
AU4	Me arrepiento de algún aspecto de mi vida.					
AF7	Al tener un problema pienso en las opciones que tengo.					
TF3	Cuando algo me sale mal, es porque el mundo conspira contra mí.					
AF8	Se elegir la mejor solución a algún conflicto.					
DS5	Veó con ilusión el futuro, porque siento que vendrán más tiempos buenos que malos.					
AU5	Me gustaría cambiar cosas sobre mí.					
AF9	Mis objetivos son claros.					

AU6	Mi vida es complicada.					
TF4	Me enoja bastante cuando las cosas no salen como las planeo.					
AF1 0	Me gustan los retos.					
DS6	Creo que como persona lograré lo que quiero.					
AF1 1	Mis problemas los resuelvo yo mismo(a).					
DS7	Vale la pena intentar conseguir lo que quiero, porque es probable que lo consiga.					
AF1 2	Planeo las cosas adecuadamente.					
TF5	Cuando lo que hago no sale como quiero, me siento muy mal.					
AU7	Mi vida es un problema.					
AF1 3	Cumplo las metas que me propongo.					

NO.	Pregunta	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
DP1	Siento que los demás están mejor cuando y estoy presente.					
AU8	Me cuesta trabajo tomar decisiones difíciles.					
RF1	Me siento rechazada(o) por mi familia.					
RE1	Mis compañeros(as) de escuela constantemente usan insultos para referirse a mí.					
AG1	Cuando me siento mal por algún problema suelo culpar a los demás.					
AN1	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.					
PS1	He considerado seriamente matarme porque no cumplí con lo que otras personas esperaban de mí.					
DP2	Me siento animada(o) y alegre.					
AU9	Me atemorizan los cambios.					
RF2	Me siento ignorado(a) en las pláticas familiares.					
RE2	Los(as) profesores(as) en la escuela constantemente usan insultos para referirse a mí.					
AG2	Cuando me encuentro en situaciones de conflicto prefiero lastimar a los demás.					
AN2	Me altero constantemente.					

PS2	He pensado en matarme porque siento que no tengo esperanza en el futuro.					
DP3	Cuando tengo ganas de llorar, sé cuáles son las razones que lo provocan.					
RF3	Mis papas me ignoran cuando necesito que me escuchen.					
RF3	Recibo constantemente amenazas de mis compañeros(as) de escuela.					
AG3	En situaciones de conflicto, suelo golpearme.					
AN3	Se me dificulta pensar por largo tiempo.					
PS3	He pensado en matarme porque no pude hacer algo que era muy importante en mi vida.					
DP4	Creo que con mis acciones la gente está satisfecha.					
AU10	Soy la(el) única(o) que tiene problemas.					
RF4	Mis papas piensan que solo les doy problemas.					
RE4	Algún profesor de la escuela constantemente me amenaza.					
AG4	Cuando me ocurren problemas me culpo.					
AN4	Tengo cambios muy variados de humor a lo largo del día.					
PS4	He pensado en matarme porque no encontré una solución a un problema personal.					
DP5	Pienso poco en mis errores pasados, prefiero pensar en mis logros.					
RF5	En situaciones difíciles no cuento con el apoyo de mi familia.					
RF5	Soy agredido(a) físicamente por mis compañeros(as).					
AG5	En momentos problemáticos insulto a otras personas o animales.					
AN5	Siento que me hormiguean las manos y/o piernas.					
PS5	He pensado en matarme porque vi que mi vida era un fracaso.					
DP6	Siento que mi vida tiene sentido.					
AU11	Cuando algo en la escuela me sale mal, me desanimo fácilmente.					
RF6	He recibido agresión física por parte de alguno de mis profesores(as).					

AG6	Cuando tengo problemas busco lastimarme.					
AN6	Siento dificultades para respirar.					
PS6	He pensado que mis problemas son tan graves que la única opción que tenía era suicidarme.					
DP7	Deseo seguir viviendo más tiempo.					
RF7	Sufro intimidaciones y humillaciones por parte de mis compañeros(as).					
AG7	Cuando tengo problemas suelo humillar a los demás.					
AN7	Presento estreñimiento.					
PS7	Me siento tan solo(a) o tan triste que quiero matarme para así terminar con ese sufrimiento.					
DP8	Puedo conciliar el sueño con facilidad.					
AU12	Me comparo con los demás.					
RE8	Algún(a) profesor(a) ha ejercido intimidaciones y humillaciones hacia mi persona.					
AG8	Al estar en situaciones problemáticas suelo ofenderme verbalmente.					
AU13	Si algo no sale como lo espero, me decepciono fácilmente.					
RE9	Para nombrarme, mis compañeras(os) utilizan apodos que me agradan.					
AG9	Al estar en problemas prefiero castigarme, en vez de castigar a otros.					
AN8	Siento frecuentemente ganas excesivas de ir al baño.					
AG10	Cuando me siento en problemas comúnmente golpeo a los demás.					
DP9	Tengo buena calidad de sueño por la noche.					
AG11	Cuando tengo problemas me insulto.					
AN9	Sudo excesivamente.					
AG12	Cuando me encuentro en problemas suelo ofender a los demás.					
DP10	Me siento activo en mis compromisos cotidianos.					
AG13	Cuando se presentan problemas suelo humillarme.					
AG14	Cuando estoy dentro de problemas castigo a otras personas o animales.					

No.	Pregunta	si	no
EV1	Algún familiar cercano se fue de la casa		
EV2	Algún familiar o amigo cercano se suicidó.		
EV3	Alguno de mis seres queridos está/estuvo gravemente enfermo.		

EV4	Tuve una desilusión amorosa.		
EV5	Tengo problemas por consumir drogas.		
EV6	Los pleitos entre mis papás empeoraron.		
EV7	Empeoró la relación con mi novia(o).		
EV8	Provoqué un accidente.		
EV9	Tuve serios desacuerdos con mi papá/mamá o ambos.		
EV10	Fui víctima de abuso sexual.		
EV11	Me embaracé (si eres mujer) o embaracé a mi novia (si eres hombre).		
EV12	Un miembro de mi familia se suicidó.		
EV13	Mis padres se separaron o se divorciaron.		
EV14	Rompí con mi novio(a).		
EV15	Tuve un hijo.		
EV16	Me corrieron de la casa.		
EV17	Empeoraron las relaciones con mis amigos(as).		
EV18	Me castigaron injustamente.		
EV19	Tuve un aborto provocado (si eres mujer) o mi novia tuvo un aborto provocado (si eres hombre).		
EV20	Alguien de mi familia o muy cercano a mi falleció recientemente.		

Apéndice C

Consentimiento informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nos es grato informarle que el Cuerpo Académico de "Salud Emocional" de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo se encuentra realizando una intervención cognitivo conductual para la promoción de resiliencia en adolescentes con ideación suicida con la finalidad de incrementar componentes de resiliencia, mitigar pensamientos suicidas y mejorar la calidad de vida. En ese sentido, se dará seguimiento a las necesidades detectadas en su hijo, para lo cual se emplearán técnicas de recolección de datos psicológicos, con el objetivo de realizar un Análisis Funcional de la Conducta para promover estrategias conductuales que ayuden a un mejor desarrollo de su hijo. Por tal motivo, solicitamos su consentimiento para aplicar una batería de instrumentos y talleres preventivos en su hijo (a), considerando que estos se apegan en todo momento a lo dispuesto en el código ético del psicólogo, por lo que se mantendrá la confidencialidad de los participantes. La aplicación de la batería y los talleres se realizarán en los horarios y días previamente establecidos con la institución educativa para no afectar las actividades. La responsable de esta actividad es la Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz, profesora e investigadora del ICSa. Sin más por el momento me despido de usted, agradeciendo de antemano su atención y apoyo.

He leído y comprendo las características de la investigación-intervención que realiza el Cuerpo Académico de "Salud Emocional" de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, en el cual está invitado a participar mi hijo (a) _____ del grupo: _____.

ACEPTO que participe en este proyecto:

Nombre y firma del padre o tutor

Ex. Hacienda de la Concepción Tilcuautla, Hidalgo Tel. 01 771 71
720-00 ext. 5104, 5118 y 4313



Apéndice D

Ejemplo de material



Yo pienso, siento y actúo

Escribe en la línea si la frase corresponde a un pensamiento, conducta, estado de ánimo o una situación. Observa los ejemplos.

1. Tripte	Emoción _____
2. En la escuela	Situación _____
3. No soy capaz de hacer esto	Pensamiento _____
4. Dopo de comer algo	Conducta _____
5. Miedo	_____
6. Esperando que llegue una persona	_____
7. En casa	_____
8. Empezar a llorar	_____
9. Durante la noche	_____
10. Hablar con un amigo por celular	_____
11. Irritado	_____
12. Contar a sus padres	_____
13. Conduciendo un auto	_____
14. Siempre me suceden cosas desagradables	_____
15. Ir a dormir	_____
16. Voy a olvidarme loco	_____
17. La gente está hablando mal de mí	_____
18. Siempre me siento así	_____
19. Culpable	_____
20. Enojado	_____
21. Hablando con amigos	_____
22. Vergüenza	_____
23. Tomar alcohol	_____
24. Rapido	_____
25. La gente se aprovecha de mí	_____

FILMOTEAPIA 10 distorsiones cognitivas

Las distorsiones cognitivas se basan en que percibamos interpretaciones erróneas del mundo. Se son errores que de las realidades, la vida es muy grande generamos interpretaciones con distorsiones (pensamientos, sentimientos, comportamientos, actitudes, etc.) que nos hacen sentirnos mal, angustiados, y finalmente mucho infelices.

La olla que nadie vigila

¿De qué está llena tu olla en este momento? ¿Qué tan lleno está?

Dificultades en la vida

A continuación, en los siguientes globos de texto escribe tus inquietudes, temores, dificultades, o desafíos sobre algunas situaciones que has vivido, vives o estás viviendo.

PLAN DE SEGURIDAD

Paso 1. Señales de alerta

1. _____

2. _____

3. _____

Paso 2. Estrategias de afrontamiento: Cosas que te ayudan a darte este tiempo y mantenerlo a salvo

1. _____

2. _____

3. _____

Paso 3. Lista de personas con las que puede contar cuando necesito ayuda

1. _____ Teléfono _____

2. _____ Teléfono _____

3. _____ Teléfono _____

4. _____ Teléfono _____

Paso 4. Enumere las fuentes profesionales de apoyo

1. _____ Teléfono _____

2. _____ Teléfono _____

3. _____ Teléfono _____

4. _____ Teléfono _____

¡Contacta!

Otro el presente

DIPLOMA

XXXXXXXXXXXX

Por su comprensión y dedicación durante el taller "La linterna de la vida". Sin olvidar que eres una persona digna de ser amado, simplemente por el hecho de existir. Cuidate, pues eres la persona que siempre estará a tu lado

Brissia Stephanie Fuentes Carmen
Psicóloga

Apéndice E

Fotografías durante las sesiones

