



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Psicología Clínica

Terapia dialéctico conductual en la reducción de la conducta suicida en adolescentes

Trabajo de Integración Curricular previo
a la obtención del título de Licenciada en
Psicología Clínica

Autor:

María Emilia Toledo Sarango.

Director:

Psi. Cl. Mónica Elizabeth Carrión Reyes Mg. Sc

Loja – Ecuador

2023

Certificación



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

CERTIFICACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Loja, 10 de Octubre de 2023

Psicóloga Clínica

Mónica E. Carrión Reyes. Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Certifico:

Haber revisado, dirigido y orientado con pertinencia todo el proceso de la elaboración del trabajo de integración curricular titulado: **“Terapia Dialéctica Conductual en la Reducción de la Conducta Suicida en Adolescentes”** de autoría de la estudiante **María Emilia Toledo Sarango** con C.I. **1106024068**; estudiante de 8vo ciclo de la carrera de Psicología Clínica, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**, el mismo cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho trabajo de integración curricular se encuentra culminado y aprobado, por lo que autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,



MONICA ELIZABETH
CARRION REYES

Psi. Cl. Mónica Elizabeth Carrión Reyes. Mg.Sc.

1104798846

monica.carrion@unl.edu.ec

PERSONAL ACADÉMICO OCASIONAL 1 DE LA UNL
DIRECTORA DE TESIS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN.
c.c.: Archivo

Autoría

Autoría

Yo, **María Emilia Toledo Sarango**, declaro se autor/a del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular en el Repositorio Digital Institucional- Biblioteca Virtual.



Firma:

Cedula de identidad: 1106024068

Fecha: 17 de octubre de 2023

Correo Electrónico: maria.e.toledo@unl.edu.ec

Celular: 0981205140

Carta de Autorización

Carta de Autorización

Yo, **María Emilia Toledo Sarango**, declaro ser autor/a del Trabajo de Integración Curricular denominado: **Terapia Dialectico Conductual en la reducción de la conducta suicida en adolescentes**, como requisito para optar por el título de **Licenciada en Psicología Clínica**, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad. La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo De Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los diecisiete días del mes de octubre del año dos mil veintitrés.



Firma:

Autora: María Emilia Toledo Sarango

Cedula de identidad: 1106024068

Dirección: La Pradera (Sauces y Laureles)

Correo Electrónico: maria.e.toledo@unl.edu.ec

Celular: 0981205140

DATOS COMPLEMENTARIO

Directora del Trabajo de Integración Curricular: Psi. Cl. Mónica Elizabeth Carrión Reyes Mg. Sc.

Dedicatoria

Dedicado a mi Madre, Laura Sarango por ser un apoyo incondicional, mi motor y guía de cada día, que cuida de mí en todo momento. Dedicado a usted todo lo que hago, la amo.

A mis hermanos, María Eugenia y Nicolas, por su amor, ánimo y siempre estar a mi lado en cada paso que doy. A mis amigos, Javier, Anthonella y Jefferson por acompañarme y escucharme siempre que los necesitara, y a mis compañeros de carrera, amigos y futuros colegas por estar y atravesar esta aventura juntos.

Con todo mi agradecimiento y amor, dedico a ustedes el presente Trabajo de Integración Curricular.

María Emilia Toledo Sarango

Agradecimientos

A la Universidad Nacional de Loja, a la carrera de Psicología Clínica, y todo el personal que la conforman, docentes, administrativos y demás, por su contribución en mi preparación como profesional y desarrollo tanto a nivel personal y académico.

A mi directora del Trabajo de Integración Curricular, la Psi. Cl. Mónica Elizabeth Carrión Reyes Mg.Sc. por ser una guía en el proceso de realización del presente trabajo con su constante carisma y labor amable.

A mi madre, persona más importante, hermanos, amigos y todos quienes contribuyeron y me apoyaron en la elaboración del presente trabajo, gracias por confiar en mí y siempre estar, los amo.

María Emilia Toledo Sarango

Índice de Contenidos

Portada	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de Autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimientos	vi
Índice de Contenidos	vii
Índice de Tablas	ix
Índice de Anexos	x
1. Título	1
2. Resumen	2
2.1 <i>Abstract</i>	3
3. Introducción	4
4. Marco Teórico	7
4.1 Capítulo I: Terapia Dialéctico Conductual	7
4.1.1 Definición	7
4.1.2 Historia.....	8
4.1.3 Influencias Teóricas en el Desarrollo de la Terapia Dialéctico Conductual	9
4.1.4 Fundamentos.	11
4.1.5 Técnicas Derivadas de la Terapia Dialéctico Conductual	12
4.1.6 Etapas del Tratamiento de la Terapia Dialéctico Conductual.....	14
4.1.7 Terapia Dialéctico Conductual en Adolescentes	15
4.1.8 Aplicaciones Clínicas.....	16
4.2 Capítulo II: Conducta Suicida	17
4.2.1 Definición	17
4.2.2 Componentes de la Conducta Suicida.....	17
4.2.3 Autolesiones No Suicidas	18
4.2.4 Modelos Explicativos de la Conducta Suicida.....	19
4.2.5 Factores de Riesgo	21
4.2.6 Cuadro Clínico de la Conducta Suicida	23

4.2.7 Tratamientos Aplicados a la Conducta Suicida	31
5. Metodología	33
6. Resultados	36
7. Discusión	44
8. Conclusiones	47
9. Recomendaciones	49
10. Bibliografía	50
11. Anexos	59

Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Objetivo general</i>	36
Tabla 2. <i>Objetivo específico 1</i>	38
Tabla 3. <i>Objetivo específico 2</i>	40

Índice de Anexos

Anexo 1. Diagrama de flujo (Método PRISMA).....	59
Anexo 2. Tabla complementaria de las características por cada artículo de la muestra	60
Anexo 3. Cuadros clínicos tratados bajo la terapia dialectico conductual por cada artículo de la muestra	66
Anexo 4. Aprobación del Trabajo de Integración Curricular	69
Anexo 5. Oficio de Designación de la Directora de Integración Curricular	70
Anexo 6. Certificación del Abstract.....	71

1. Título

Terapia dialéctico conductual en la reducción de la conducta suicida en adolescentes

2. Resumen

La Terapia Dialéctico Conductual, es una intervención, desarrollada para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad, sintomatología relacionada a la desregulación emocional y conducta suicida, la cual ha sido adaptada a diferentes grupos etarios, entre ellos los adolescentes. Aunque, debido al poco estudio a nivel nacional de esta terapia, sumado al limitado número de investigaciones en nuestro idioma, y lo complejo de la problemática de la conducta suicida, vinculada al aumento de su prevalencia en adolescentes, y adicionando la necesidad de conocer nuevas intervenciones eficaces para el tratamiento. La presente investigación tuvo como objetivo describir, la evidencia científica de la Terapia Dialéctico Conductual en la reducción de la conducta suicida en adolescentes. En la cual, se estableció un estudio de tipo documental bibliográfico, con diseño descriptivo, cuantitativo, transversal, basado en la revisión, selección y análisis de una muestra de 15 artículos científicos, en relación a las variables de estudio, con criterios de inclusión y exclusión, como el rango de edad (12-18 años), artículos publicados en los últimos 10 años y que sean investigaciones con resultados cuantitativos para su análisis, obteniendo resultados beneficiosos en torno al uso de la terapia, en donde se evidenció una disminución en la sintomatología de la conducta suicida, a la vez de examinar diferentes cuadros clínicos tratados bajo esta terapia, obteniendo al trastorno depresivo como el cuadro con mayor prevalencia, y finalmente, con la identificación de factores de riesgo que pueden presentar los adolescentes para incrementar la predisposición a la conducta suicida, tales como el comportamiento suicida previo, y la desregulación emocional.

Palabras clave: *Suicidio, desregulación emocional, cuadros clínicos, intervención, eficacia, factores de riesgo.*

2.1 *Abstract*

Dialectical Behavior Therapy is an intervention developed for the treatment of Borderline Personality Disorder, symptomatology related to emotional dysregulation and suicidal behavior, which has been adapted to different age groups, including adolescents. However, due to the limited number of studies of this therapy at national level, added to the limited number of researches in our language, and the complexity of the problem of suicidal behavior, linked to the increase of its prevalence in adolescents, and adding the need to know new effective interventions for treatment. The aim of this research was to describe the scientific evidence of Dialectical Behavior Therapy in the reduction of suicidal behavior in adolescents. In which, a bibliographic documentary study was established, with a descriptive, quantitative, cross-sectional design, based on the review, selection and analysis of a sample of 15 scientific articles, in relation to the study variables, with inclusion and exclusion criteria, such as age range (12-18 years), articles published in the last 10 years and that are research with quantitative results for analysis, obtaining beneficial results regarding the use of therapy, where a decrease in the symptomatology of suicidal behavior was evidenced, while examining different clinical pictures treated under this therapy, obtaining the depressive disorder as the most prevalent picture, and finally, with the identification of risk factors that adolescents may present to increase the predisposition to suicidal behavior, such as previous suicidal behavior, and emotional dysregulation.

Key words: Suicide, emotional dysregulation, clinical pictures, intervention, efficacy, risk factors.

3. Introducción

La Terapia Dialéctico Conductual (TDC) es un tratamiento de intervención, perteneciente a las técnicas de tercera generación (Mañas, 2007). Diseñado por Linehan en 1993, centrado en la intervención de personas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), conducta suicida y otras formas de autolesión en poblaciones adultas; basada en la enseñanza de destrezas para el manejo de emociones y comportamientos difíciles, a través de la terapia individual, la adquisición de habilidades, la consulta telefónica y las reuniones de seguimiento (Linehan, 1993).

De esta manera, la TDC ha sido abordada en diferentes estudios que buscan establecer su eficacia, como tratamiento para la reducción de la sintomatología relacionada a la desregulación emocional, control de impulsos, y déficit en los estilos de afrontamiento (McCauley et al., 2018). Esto, evidenciándose en estudios previos, como el de Stiglmayr et al., (2014) donde obtuvieron un 77% de mejoría en los pacientes con respecto a las conductas autolesivas, el número de hospitalizaciones, la gravedad de los síntomas límite y la psicopatología, además de la consideración de la *Asociación Americana de Psiquiatría* (APA) en 2016, que la expone, como un tratamiento de primera línea para el Trastorno Límite de la Personalidad, las conductas suicidas y autolesivas, con respaldo empírico y práctico. Es así que, como resultado de la aplicación y evidencia de la TDC en la población adulta, se dió su adaptación en adolescentes, por Rathus y Miller, (2002) en donde, se implementa factores propios para esta etapa del desarrollo, como la presencia de la familia o cuidadores primarios en el proceso terapéutico, centrándose en la sintomatología problemática que los aqueja y generan problemas en torno al desarrollo interpersonal en relación al ambiente, que afecta al bienestar emocional y calidad de vida (Soler et al., 2016).

Por otro lado, el suicidio ha sido un fenómeno complejo, presente a lo largo de la historia, con diferentes connotaciones, sociales, culturales, y políticas, de carácter multicausal, estableciéndose como una problemática de interés para la salud pública, debido al aumento de su prevalencia con el paso de los años. Dentro de los elementos del suicidio, se encuentra la conducta suicida, la misma que abarca componentes cuyas categorías cambian de acuerdo a la gravedad de sus presentaciones, desde los pensamientos, ideación, planeación y consumación de un acto suicida (Cañón y Carmona, 2018). De manera que, en palabras de Fox et al., (2020), la conducta suicida, hace referencia a un acto de agresión hacia sí mismo, con el fin de acabar con la vida propia, y la

cual está formada por componentes, que van desde las autolesiones, ideación suicida, planeación e intento suicida, lo que conlleva al suicidio frustrado o consumado.

Esta, representa una problemática a nivel mundial, de interés para la población en general debido a su crecimiento preocupante, ya que en datos expuestos en el informe de la *Organización Mundial de la Salud*, para el 2019 cerca de 703 000 personas, perdieron la vida por suicidio, y muchas más, lo intentaron o presentaron conducta suicida, siendo la población adolescente, el grupo de mayor vulnerabilidad; para quienes, el suicidio y conducta suicida representó la cuarta causa de defunción en el rango de edades de 15 a 29 años de edad. Además, respaldándose en estudios previos que muestran el aumento de la prevalencia de la conducta suicida en los adolescentes, como el de Crispim et al., (2021) donde encontraron una prevalencia del 27,1% para la ideación suicida a lo largo de la vida y Beaven et al., (2018) donde se evidenció una prevalencia del 21%, respecto al intento suicida, determinando a este componente como el de mayor predominancia.

Así, la conducta suicida representa un fenómeno complejo ligado a un sinnúmero de estigmas, que forman barreras para su prevención, con implicaciones negativas sobre las diferentes áreas del funcionamiento del ser humano, la cual, no discrimina ni por edad, sexo, género o procedencia y contribuye al desarrollo de afectaciones físicas, psicológicas e incluso en casos extremos la muerte (Rivera et al., 2020). Por lo que, su estudio toma relevancia, identificando además, factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de los individuos, colocando mayor énfasis en los grupos altamente comprometidos, como los adolescentes (OPS, 2019).

Ahora bien, estableciendo lo problemático de este fenómeno y enlazándolo con la necesidad de la investigación de nuevas terapias que puedan resultar eficaces y se adapten a las necesidades de los consultantes (Echeburúa y Corral, 2001). La presente investigación, tuvo como objetivo general, describir la evidencia científica de la Terapia Dialéctico Conductual (TDC) en la reducción de conducta suicida en los adolescentes, a través de los objetivos específicos tales como la examinación de los cuadros clínicos tratados bajo la TDC y la identificación de los factores de riesgo asociados a los adolescentes y la conducta suicida; a la vez que los resultados, brindaran información relevante en torno a una de las terapias menos abordadas a nivel nacional para la intervención de la conducta suicida, que cuenta con evidencia científica sobre su eficacia en el tratamiento; y permitirá incentivar el desarrollo de investigaciones futuras que busquen mayor

información sobre los tratamientos que se pueden utilizar para abordar problemáticas de salud pública, empleando nuevos constructos y abordando diferentes grupos poblacionales.

La investigación se encuentra estructurada por un marco teórico dividido en dos capítulos en donde se abarca en primer lugar, la Terapia Dialéctico Conductual, describiendo, conceptualizaciones, historia, influencias teóricas, fundamentos, técnicas y demás características para su comprensión, y en segundo, la conducta suicida con aportes sobre la epidemiología, consideraciones generales, definición, categorías, tratamiento y los principales factores de riesgo asociados a su desarrollo. Además, brinda información acerca de la metodología utilizada, resaltando el tipo de estudio, población, muestra, criterios de inclusión y exclusión y procedimiento; asimismo, la sección final incluye los resultados obtenidos, la discusión y finalmente conclusiones y recomendaciones. Es fundamental señalar las limitaciones de la investigación que deben ser consideradas al interpretar los resultados, tal como el número reducido de la muestra y que, al ser una investigación de tipo documental, esta estuvo sometida a las limitaciones y sesgos presentes en cada uno de los artículos de forma individual.

4. Marco Teórico

4.1 Capítulo I: Terapia Dialéctico Conductual

4.1.1 Definición

La Terapia Dialéctico Conductual (TDC) es una terapia diseñada por Marsha Linehan, para la intervención de pacientes diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), conducta suicida (autolesiones, ideación, planeación suicida), o consultantes que presentan desregulación emocional (Linehan, 1993). Esta, toma un enfoque adaptativo del manejo de emociones y comportamientos difíciles, basados en la teoría Dialéctica y biosocial de los trastornos psicológicos, que enfatiza el papel de las dificultades en la regulación de las emociones, tanto en su control como en su comportamiento. Dando paso, a la combinación de técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual y de Conciencia Plena (Mindfulness), buscando el enlace entre el uso de la razón en la modificación del comportamiento, la aceptación de las emociones y el autovalidación (Linehan, 2015).

Por otro lado, según la *Asociación Americana de Psiquiatría (APA)* considera a la Terapia Dialectico Conductual como “un tratamiento basado en la evidencia y respaldado empíricamente para el Trastorno Límite de la Personalidad, las conductas suicidas y autolesivas” (2015). Otros autores como Miller y colaboradores (2007), basados en los estudios de Linehan y responsables de la adaptación de la terapia en la población adolescente, la definen como un tratamiento integral, multifacético, que cumple funciones de mejorar la motivación del cliente, sus capacidades, asegurar la generalización más allá de la sala de terapia, estructurar el entorno como reforzador de comportamientos y mejorar las capacidades del terapeuta. Con ciertas modificaciones en los módulos de tratamiento, en donde se incluye a la familia, al adolescente y cuidador principal (Rathus y Miller, 2014).

Asimismo, la conceptualizan como un tratamiento cuya orientación teórica enlaza tres enfoques distintos. El primero, basado en el comportamiento como ciencia, el segundo, en la filosofía de la Dialéctica, que busca el equilibrio entre la aceptación a los cambios con las emociones y el tercero, en torno a las practicas Zen basadas en la meditación y supresión de lo que se considera innecesario. Con el fin de lograr la reducción del comportamiento autodestructivo y beneficiando a un aumento en la calidad de vida de los individuos(Allen et al., 2008).

4.1.2 Historia

La Terapia Dialéctico Conductual (TDC) remonta su historia a finales de la década de los 70, cuando un grupo de investigadores dirigido por Marsha Linehan, docente de la Universidad de Washington se interesaron por el estudio de alternativas de intervención en pacientes que presentaban conducta suicida, o consultantes crónicamente suicidas con características de impulsividad y desregulación emocional en sus actividades o en la manera de afrontar crisis o situaciones problemáticas (Linehan, 2015). En primera instancia, la terapia se especificó como un tratamiento para el abordaje clínico de pacientes que cumplieran con los criterios diagnósticos del Trastorno Límite de Personalidad (TPL), especialmente en la intervención sobre los síntomas de impulsividad e inestabilidad, que se materializaban en comportamiento suicida, incluida, las autolesiones y la conducta para-suicida (Linehan et al., 1993).

En aquella década, la evidencia de tratamientos empíricos en aquel grupo poblacional era inexistente. Por lo que, el desarrollo de la investigación, se basó en el uso de la entrevista psicológica de consultantes derivados, abordados por investigadores con entrenamiento conductual. En donde, mientras se daba la atención con el paciente, y se observaba la aparición de dificultades, los terapeutas implementaban diferentes intervenciones, anotaban los resultados, y evaluaban la reacción y acogida de los consultantes. Identificando problemas tras la evaluación, descritos por Boggiano y Gagliosi (2020) como:

- Sensación de rechazo y juzgamiento, cuando la intervención se enfocaba en el cambio de la conducta del paciente.
- Baja tolerancia al malestar que dificultaba la tarea de resolución del problema.
- El enfoque de modificación podía ocasionar que las terapias se vuelvan caóticas.
- Déficit en la regulación emocional del terapeuta que derivaba en miedo a la hostilidad o excesiva empatía.

Por lo que, la solución se basó en la formulación de un modelo que utilizaba el enfoque dialéctico, en técnicas previas, que otorgaban un balance en las prácticas y brindaban los resultados que se esperaban (Miller et al., 2007). De manera que, dicho modelo se fue adaptando, perfeccionando y revisando para el tratamiento de afecciones más allá del Trastorno Límite de Personalidad, y conforme la evidencia de la Terapia Dialéctico Conductual aumentaba, se estableció como parte de las terapias psicológicas de tercera generación, tomando como punto de análisis, el enfoque de que, en su estructura y fundamentos se incorporan tanto los planteamientos

conductuales y cognitivos clásicos, como la atención plena, los valores, o la aceptación de las humanidades (Hayes et al., 2011).

4.1.3 *Influencias Teóricas en el Desarrollo de la Terapia Dialéctico Conductual*

La Terapia Dialéctico Conductual representa un modelo de tratamiento de pacientes crónicamente suicidas, y con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Basados en teorías de los principios dialécticos, y la teoría biosocial (Linehan et al., 2006).

Filosofía Dialéctica. La filosofía Dialéctica se basa en la postulación del mundo desde una visión enfocada en la totalidad, la inter relación y el proceso. Es decir, sugiere que no existe una verdad absoluta; en cambio, destaca la existencia de fuerzas contrapuestas que mediante el uso del diálogo, estrategias comunicativas y la relación terapéutica logran el cambio de comportamientos, la reducción de pensamientos distorsionados, y conductas problema (MacPherson et al., 2013).

Con esta perspectiva teórica, la Terapia Dialéctico Conductual, intenta tratar al sistema emocional, partiendo del reconocimiento de que cada parte, está interrelacionada e influye en el comportamiento del paciente consigo mismo y el entorno (Harned et al., 2006). Asumiendo, la posibilidad de puntos de vista opuestos, generadores de conflictos en una persona, que, al aceptar esta tensión, ayuda tanto al terapeuta, como al cliente a superar un estancamiento del tratamiento y fomentar el cambio. A la vez que, se torna particularmente útil cuando se conceptualizan los problemas de los clientes que se juzgan mucho a sí mismos y a los demás, o que tienen dificultad para tolerar creencias contradictorias, lo que a menudo es cierto en personas con afecciones en la regulación emocional o comportamiento autolítico (Rizvi et al., 2013).

En la Terapia Dialéctico Conductual las premisas paradójicas son recurrentes, por lo que se establecen una serie de ideas contradictorias tratadas en la terapia mencionadas por Linehan (2015) de la siguiente manera:

- La necesidad del paciente de aceptarse tal como es, versus la necesidad de cambio.
- La necesidad de volverse más competentes, versus lo que pueden perder por serlo.
- La validación de sus propios puntos de vista sobre sus dificultades, versus el aprendizaje de nuevas habilidades.

En este aspecto, la filosofía y uso de la Dialéctica ha de actuar en la generación de un comportamiento viable o más adaptativo.

Teoría Biosocial. La teoría biosocial se propuso como etiología del Trastorno de Personalidad Limite (TPL) en donde, se plantea que las conductas problemáticas presentes en las

personas con desregulación emocional, surgen de la combinación de factores biológicos y ambientales. Específicamente, la vulnerabilidad biológica y un entorno social invalidante. Derivando la base del concepto biosocial (Linehan et al., 1991).

De este modo, la desregulación emocional se deriva en parte de la vulnerabilidad emocional, resultante de experiencias frecuentes e intensas, que han significado cambios en el individuo, y que combinadas con la incapacidad de regular adecuadamente las emociones, agravan las reacciones problemáticas (MacPherson et al., 2013). Entre las características de la vulnerabilidad emocional se incluyen, la alta sensibilidad a los estímulos, la intensidad emocional y el retorno lento al estado regular.

Sin embargo, no funcionan de manera aislada, pues la desregulación emocional persistente se presenta en aquellos individuos que además de considerarse vulnerables se encuentran expuestos a entorno invalidantes, caracterizados por la privación o castigo de las expresiones emocionales, a la par de una mala gestión en la regulación de las mismas (Rathus y Miller, 2014). Añadiendo, la impulsividad y trastornos del estado de ánimo como factor de riesgo en la desregulación emocional (Crowell et al., 2009). De esta forma, la teoría biosocial contribuyó a la Terapia Dialéctico Conductual en las premisas enfocadas a la modificación de los comportamientos desadaptativos como la conducta impulsiva y conducta suicida, a través de la enseñanza y uso de habilidades (Linehan y Wilks, 2015).

Filosofía Zen. La filosofía Zen es una escuela budista proveniente de la india, centrada en las practicas “zazen” o de meditación, dejando de lado, los textos o escrituras con el fin de encontrar el despertar espiritual, buscar el autodescubrimiento, y vivir el momento presente. En donde se establecen principios, descritos por (Salazar y Peña, 2013) como:

- La mente construye la experiencia. La realidad se construye por uno mismo, de manera que cada individuo elige lo que piensa y como lo hace.
- El YO es una ilusión. Relacionado a la necesidad imperante de las personas en etiquetarse o ponerse roles que limiten su participación en el mundo, el zen lo evita, estableciendo que el yo es cambiante y no se enlaza al dogma social.
- El desapego es el camino a la felicidad. La presencia de las cosas, situaciones y personas cumple una función en la experiencia de la vida, así como su ausencia, de manera que el desapego lleva a la tranquilidad.

- Es mejor “ser” que “hacer”. Manteniendo la quietud de la vida, y especificando que no somos nuestras acciones o pensamientos, sino que somos seres que experimentan y viven.

Esta filosofía se enlaza a la Terapia Dialéctico Conductual, con el Mindfulness o conciencia plena, que se conceptualiza como el experimentar plenamente el momento presente, que busca que los pacientes aprendan a tomar control de sus mentes, con el fin de establecer una actitud realista de las experiencias, de conocer y aceptar las mismas sin juzgarse. Siendo el punto de partida para, validar lo adaptativo e identificar aquellas experiencias problemáticas que tienen consecuencias negativas. Determinando que del tomar conciencia es el primer paso para aceptar la realidad y cambiar aquello que es disfuncional y sólo desde la aceptación será posible el cambio (García Palacios, 2006).

4.1.4 Fundamentos.

En torno a la fundamentación teórica de la Terapia Dialéctico Conductual (TDC), se establece la premisa de que “a diferencia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) donde las distorsiones cognitivas causan las emociones, en la TDC es la emoción la que empuja el procesamiento cognitivo, reconociendo la capacidad de autorregulación y modificación del procesamiento de la información”(Boggiano y Gagliosi, 2020, p.46).

En relación a los fundamentos, la estructura de la Terapia Dialéctico Conductual actúa con flexibilidad, considerando que se creó originalmente para clientes con diagnósticos múltiples de alto riesgo, con trastornos de regulación de emociones severos y generalizados; por lo que, en vez de establecer una disposición referente a un protocolo estandarizado se basa en principios de carácter adaptativo (Robins y Chapman, 2004). De esa manera, la TDC se construyó como una intervención modular, con componentes que se pueden colocar y extraer, de acuerdo a las necesidades del paciente y la estructura del tratamiento, con duraciones entre 16 semanas a 24 semanas, sujetas a modificaciones. Basándose en funciones específicas, ligadas a modos determinados de terapias o tratamientos pertinentes para el abordaje.

Por lo tanto, la Terapia Dialéctico Conductual en su versión estándar pretende alcanzar cinco objetivos que según Linehan (2015) son.

1. Mejorar las capacidades del paciente.
2. Mejorar y mantener la motivación del paciente para cambiar.
3. Asegurar la generalización del cambio y nuevas conductas.

4. Mejorar la motivación y habilidades del terapeuta.

5. Estructurar el ambiente o ayudar al individuo a reestructurar o cambiar su entorno.

A través de sus cuatro módulos de trabajo estándar, descritos por Vega y Sánchez Quintero (2013).

Terapia Individual. Constituye la parte central de la terapia, la cual es necesaria para el progreso de la misma. Esta se implementa antes del inicio del tratamiento, en la etapa de pre entrenamiento, en donde, el terapeuta ha de establecer el rapport con el paciente y ha de conseguir su motivación. La psicoterapia individual, dentro de la Terapia Dialéctico Conductual, se basa en gran medida en la relación terapeuta- paciente, equilibrando la aceptación de las emociones, las conductas y el esfuerzo por lograr un cambio. Planteando objetivos que se basan en la reducción de conductas autolíticas, que atenten contra el tratamiento, y que afecten en la calidad de vida, además de incrementar las estrategias para la regulación emocional (Linehan, 1993).

Entrenamiento de Habilidades. Parte central de la terapia, llevada de manera grupal por hasta dos terapeutas, en donde se trabaja las habilidades básicas de conciencia, habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación de las emociones y habilidades de tolerancia al malestar, todas con técnicas o tareas específicas descritas más adelante.

Consulta Telefónica. Presentada como opción para momentos de crisis, en donde se pretende brindar estrategias centradas en solucionar las situaciones específicas que hayan generado la activación emocional.

Reuniones de Consulta. Establece la manera de buscar el cuidado y bienestar del terapeuta a través de la sociabilización con otros terapeutas que lleven casos similares como medio de contención y apoyo.

4.1.5 *Técnicas Derivadas de la Terapia Dialéctico Conductual*

Dentro de la Terapia Dialéctico Conductual (TDC), las técnicas derivadas se centran en los módulos dirigidos al entrenamiento de habilidades para la regulación emocional, tanto a nivel individual como grupal, y se basan en el reflejo de los principios dialécticos de la teoría. En especial del primero, referente a la necesidad de que los clientes se acepten a sí mismos tal como son y la necesidad de que cambien. Por lo tanto, hay conjuntos de habilidades de aceptación, así como habilidades de cambio. Estas han de interactuar en torno al cumplimiento de los objetivos y se dividen en cuatro módulos en la versión estándar y con la adición de uno más en la versión para adolescentes, diseñado de manera específica para el trabajo con las familias o cuidadores principales. De tal manera, se encuentra la atención plena o Mindfulness, la regulación de las

emociones, la eficacia interpersonal, la tolerancia al malestar y Caminar por el sendero del medio. Descritas por, (Linehan et al., 1991; Miller et al., 2007; Rathus y Miller, 2014) conjuntamente señalando lo siguiente:

Habilidades de Atención Plena o Mindfulness. Se focaliza en la atención fija y dirigida sobre la concientización del momento presente, considerando los procesos internos y externos que se implican, evitando la represión de las emociones o cogniciones, con el fin de incrementar el control de la mente y establecer la diferenciación entre los pensamientos, las emociones y los hechos. Se dividen prácticas de terapia como.

Mente Sabia. Aporte directo de la Terapia Dialéctico Conductual dirigida a la modificación cognitiva. La mente sabia se entiende como la sabiduría interna de cada persona que se forma entre la mente racional y la mente emocional.

Habilidades Centrales “Qué” y “Cómo”. Centrado en la existencia de tres “que” (observar, describir y participar) y tres “como”, (No juzgar, mantenerse enfocado y hacer lo que funciona) en el primer caso, no se pueden realizar de forma simultánea, sino por el contrario, uno a la vez, fomentando la atención plena en aquel evento interno o externo que se ha escogido. En el segundo caso los “como” forman parte de las instrucciones para completar los “que”.

Otras Perspectivas en Mindfulness. Se basa en el sentido de un abordaje mayormente espiritual, en donde, se pretende aumentar el amor y la compasión hacia otros y uno mismo.

Tolerancia al Malestar. Referente a la enseñan de estrategias, basadas en aprender a tolerar y sobrevivir situaciones de crisis, sin empeorar la causa problemática inicial. Centrado, en el trabajo de adquisición de dos habilidades específicas, la supervivencia de crisis y la aceptación de la realidad. El primero, buscando frenar la respuesta impulsiva de los individuos ante crisis, aportando la sensación de reducción de la agitación conductual y mayor control de la experiencia activadora estresante, y el segundo, en referencia a la enseñanza de estrategias que mejoran la capacidad de aceptación en la desregulación emocional o el sufrimiento emocional a largo plazo, de manera que no se centra en el cambio, sino en la aceptación de la realidad, incluso cuando supone situaciones de malestar, determinando maneras adaptativas de tolerancia. Las estrategias derivadas para este aspecto son el stop o tiempo fuera, pros y contras, habilidades TIP para el manejo de la activación externa, desviación de la atención o distracción, las auto instrucciones, mejorar el momento y la aceptación.

Eficacia Interpersonal. Referente a la enseñan de habilidades centradas en la reducción de las experiencias que suponen malestar en torno a la relación interpersonal y con el entorno. Usando en primera instancia a la psicoeducación sobre el reconocimiento de emociones, que causen activaciones o crisis, y a continuación, analizando los factores que ayudan en el proceso y aquellos que lo están deteniendo, para posteriormente analizar la manera de expresarse o solicitar algo, estableciendo finalmente técnicas basadas en la adquisición de habilidades sociales, como el role playing, y la técnica del disco rayado.

Regulación Emocional. Estrategias enmarcadas en la observación, identificación y análisis de eventos desencadenantes de pensamientos, emociones, y conductas problemáticas. Contribuyendo como mediador en la aceptación de cogniciones y emociones. Buscando reducir la tendencia de los consultantes a sobre-regular, o suprimir emociones. Las técnicas que se pueden emplear son, la resolución de problemas, anticipación de resultados y la verificación de hechos.

Caminar por el Sendero del Medio. Referente a la enseñan de habilidades centradas en la priorización de las demandas propias y de los demás. Buscando la aplicación de estrategias que pretenden equilibrar la interacción entre lo que se quiere conseguir y lo que se necesita, basando en estrategias centradas en la Dialéctica, en la validación y en el cambio de la conducta.

4.1.6 *Etapas del Tratamiento de la Terapia Dialéctico Conductual*

En la Terapia Dialéctico Conductual (TDC), se han de establecer diferentes etapas de tratamiento, que dependen del nivel de desorden en el que se encuentre el paciente, que de acuerdo a Boggiano y Gagliesi (2020) “se determina por la amenaza (riesgo), discapacidad (funcionalidad), severidad (gravedad), generalización (contextos) y complejidad (cantidad de problemas). Cuanto más riesgo, menos funcionalidad, mayor gravedad, más contextos afectados y mayor cantidad de problemas presenta un consultante, mayor es el nivel de desorden” (p. 59). De esta manera se presentan cuatro etapas, y un apartado de pre entrenamiento descritos por Boggiano y Gagliesi (2020).

Pre Entrenamiento. Basado en la búsqueda de que el consultante establezca objetivos y pueda diseñar un tratamiento, en donde, la relación con el terapeuta se fortalezca y se genere motivación en la adherencia al proceso terapéutico. Este ha de duran un máximo de cuatro sesiones y se pretende cumplir tareas como, la clarificación de metas y de las conductas problema, la explicación acerca de la terapia aplicada, la obtención del compromiso del consultante con la terapia, el mantenerse con vida y la introducción al grupo de habilidades (p. 69).

Etapa 1. Logro de capacidades básicas o de control conductual: Se pretende la reducción de las conductas problemas jerarquizadas de acuerdo al consultante y el aumento de habilidades o conductas adaptativas. Las estrategias centrales de esta etapa son la validación a través de la aceptación, el análisis en cadena y análisis de solución de los factores que influyen en la conducta problema (p. 61).

Etapa 2. Reducción de la angustia: Etapa en donde se atiende a una calma desesperada que se obtiene tras aprender conductas alternas a las conductas problemas priorizadas. En esta etapa se toma consideraciones en torno a traumas previos o desordenes residuales, se trabaja la negación, las tensiones Dialécticos (culpa vergüenza) y las situaciones externas que se evitan (p. 65).

Etapa 3. Resolución de problemas cotidianos: Se pretende la reducción de los problemas existentes en su vida mientras se aumenta el auto respeto, la calidad de vida y el apego a los valores. Pasando de problemas a conflictos “corrientes”. Las técnicas que se emplean son la resolución de conflictos, y la promoción de la autonomía (p. 66).

Etapa 4. Sostener la estabilidad y buscar la libertad: Los objetivos son lograr plenitud espiritual y movimiento dentro del flujo de la vida (por medio de terapias largas orientadas a insight y prácticas espirituales basadas en fundamentos zen del despertar espiritual) (p. 67).

4.1.7 *Terapia Dialéctico Conductual en Adolescentes*

La adaptación para adolescentes de la Terapia Dialéctico Conductual (TDC) fue desarrollada por Miller, Rathus, Linehan, Wetzler y Leigh (1997), como medio para el tratamiento en afecciones de la desregulación emocional, impulsividad, conductas disruptivas, del control de impulsos o auto lesivas, en donde se parte desde la estructura estándar de la TDC y se la adapta en relación a las necesidades de la población, tomando consideraciones ambientales, como su dependencia familiar o cuidadores primarios y la asistencia al sistema educativo, además de individuales, como las capacidades cognitivas, emocionales y fisiológicas propias de la etapa evolutiva del desarrollo en la que se encuentran.

De manera que, se han implicado una serie de modificaciones en la estructura estándar en torno a las habilidades y módulos de la Terapia Dialéctico Conductual. En donde, se ubica la disminución del tiempo del tratamiento, el número de habilidades enseñadas y la adición de los grupos de capacitación de habilidades multifamiliares, entrenamiento telefónico para adolescentes y miembros de la familia, sesiones familiares, estrategias específicas para el tratamiento en

adolescentes y mayor número de folletos con lenguaje simplificado (Miller et al., 2007; Rathus y Miller, 2014).

A la vez que, se aumentan los principios paradójicos de la Dialéctica relacionados a su convivencia y dinámica social- familiar. Siendo, la permisividad exagerada contra el control autoritario, el normalizar conductas patológicas contra patologizar conductas normativas y el forzar la autonomía contra fomentar la dependencia (Rathus y Miller, 2000).

4.1.8 Aplicaciones Clínicas

Como se ha descrito anteriormente, la Terapia Dialéctico Conductual se desarrolló como tratamiento destinado a la intervención de personas con Trastorno de Personalidad Límite (TPL) y características de desregulación emocional en su etiopatogenia, con sintomatología como la conducta suicida, las autolesiones, la desesperanza y el comportamiento impulsivo, derivando en estudios de aplicabilidad de la terapia en un amplio rango de cuadros clínicos (Soler et al., 2016). De esa forma, Harned y colaboradores (2006) establecieron a la terapia en trastornos clínicos comórbidos al TPL, de manera que, basó sus estudios en la eficacia de la misma en trastornos por abuso de sustancias, tomando el antecedente del experimento de Linehan (2002) en relación a la dependencia de opiáceos..

Asimismo, estableció aplicabilidad en el trastorno depresivo mayor con respaldo en los estudios realizados por Lynch (2007) en donde se establece reducción en la sintomatología depresiva en torno al seguimiento y la probabilidad de una remisión con mayor tiempo de prolongación. Por otro lado, en trastornos de la conducta alimentaria específicamente bulimia nerviosa y trastorno de atracón basados en los estudios de Safer (2001), donde se reportaron resultados favorables tanto en la reducción de la sintomatología como en la adherencia al tratamiento. Además de la investigación por Bohus (2013) para el uso de la terapia en el tratamiento del trastorno de estrés post traumático, y el aprendizaje sobre afrontar y aceptar el trauma.

Siendo de interés, la adaptación para adolescentes realizada por Rathus y Miller (2002) en busca de la disminución de la conducta suicida, obteniendo resultados beneficiosos en relación a otras variables asociadas a tal sintomatología como ideación suicida, disociación y vergüenza. Derivando de tal adaptación el establecimiento de diversos estudios dirigidos a la evaluación de la eficacia de la terapia para el tratamiento de adolescentes con rasgos de TLP, ideación o conductas suicidas y o autolesiones.

4.2 Capítulo II: Conducta Suicida

4.2.1 *Definición*

La conducta suicida históricamente se ha encontrado relacionada con el término del suicidio y sus implicaciones. Sin embargo, se podría decir que Durkheim es el primer autor que realiza una definición de suicidio delimitando a la conducta suicida. Refiriendo al enunciado como una condición clínica caracterizada por el desarrollo del pensamiento suicida, pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado (Durkheim, 1995).

Por otro lado, el comportamiento o conducta suicida definido por O'Connor y Nock (2014) hace referencia a los pensamientos y comportamientos relacionados con un individuo que intencionalmente se quita la vida. Estos pensamientos incluyen los resultados más específicos de la ideación suicida, planeación de suicidio, e intento de suicidio, todos relacionados con la presencia de alguna intención de morir como resultado del comportamiento. Estableciendo a la conducta suicida, como el conjunto de comportamientos implicados en el suicidio desde la ideación hasta la consumación, o que representen un peligro en la propia integridad, se dé o no la muerte como consecuencia inmediata.

De igual manera, se entiende a la conducta suicida, como un constructo multifactorial, de una compleja interacción de vulnerabilidad individual y estresores, derivando en un comportamiento auto lesivo que no específicamente tiene como resultado un suicidio consumado (Franklin et al., 2017).

4.2.2 *Componentes de la Conducta Suicida*

Conforme la conceptualización de la conducta suicida evoluciona, se generan componentes que engloban dicha definición, tales como.

Ideación Suicida. Hace referencia al sentido general del conjunto de pensamientos de servir como agente de la propia muerte. Es decir, aquellas cogniciones que expresan la intencionalidad o deseo de culminar con la vida propia u otras situaciones relacionadas con el comportamiento suicida. Esta ideación suicida, puede variar en gravedad dependiendo de la especificidad de los planes de suicidio y el grado de intención suicida. Además, de ir acompañada de indicadores verbales y no verbales de las ideas, pudiendo llegar a plasmarse incluso en amenazas de tentativas (Izquierdo et al., 2021).

En torno al tratamiento, se establece que la comprensión de los procesos psicológicos en los que se basa tanto la ideación suicida como la decisión de actuar sobre los pensamientos suicidas se torna relevante, considerando que las intervenciones deben estar dirigidas a abordar la ideación suicida cuando surge por primera vez, antes de que progrese a un intento de suicidio, con el fin de obtener mejores resultados (O'Connor y Nock, 2014).

Planeación Suicida. Referente a la formulación de un plan específico por parte de un individuo para acabar con su propia vida. Es decir, de la ideación (únicamente pensamientos), evoluciona a la acción, momento en que se organiza una planificación de ejecución, en donde se detalla la manera en la que se pretende acabar con la vida, se asocian y consideran aspectos como la letalidad de la conducta suicida, en referencia al método que se piensa utilizar, la obtención de los recursos para la ejecución y el comportamiento previo a la fecha (Echeburúa, 2015).

Tentativa de Suicidio. Es el concepto general que sirve para designar a todo acto o comportamiento que busque la muerte propia, y del cual se sobrevivió, de alguna u otra manera, tomando la terminología de suicidio frustrado, frustrado, intento suicida, suicidio no consumado etc. En donde, si bien la intención y deseo subjetivo era acabar con la vida, por diferentes circunstancias no se consumó (Cortés Alfaro, 2014). De acuerdo, a la *Asociación Americana de Psiquiatría* (2006) la tentativa de suicidio implica una conducta auto lesiva con un resultado no fatal, en donde, existe la evidencia, sea explícita o implícita, de que la persona tenía como objetivo acabar con su vida, pudiendo ser la presencia de cartas, o evidencia del método letal que se usó (pastillas, veneno, etc.).

Suicidio. El suicidio, según la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) se define como el acto deliberado de quitarse la vida, es decir la muerte por uno mismo (2019b). Considerado una problemática de nivel mundial y de interés en la salud pública de la población en general, debido al aumento de los índices de esta práctica. Asimismo, la *Asociación Americana de Psiquiatría* lo definen como la muerte auto infligida con evidencia, ya sea explícita o implícita de que la persona tenía como objetivo morir (APA, 2006) . De acuerdo a Durkheim se define al suicidio como “a todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, a sabiendas del resultado.” (1995)

4.2.3 Autolesiones No Suicidas

En palabras de Klonsky y colaboradores (2014) “La autolesión no suicida es el daño deliberado y auto dirigido del tejido corporal sin intención suicida y con fines no sancionados social o culturalmente”(p. 566). En las cuales se establecen condiciones que se deben cumplir para

considerarse como autolesiones no suicidas descritas por la *Sociedad internacional para el estudio de las autolesiones*:

- Que el daño se genere de manera intencional: Es decir sea esperado o premeditado.
- La lesión resultante ha de derivar en un daño físico inmediato: Excluyendo conductas con afectación física a largo plazo como la restricción alimentaria.
- No se tiene la intención de causar la muerte: Si bien se encuentran estrechamente relacionadas con el suicidio, la muerte no es el fin de las autolesiones, aunque puede ser empleada como un comportamiento des adaptativo para el control de impulsos, la expresión del dolor o el sufrimiento y entendidas como un factor de riesgo para el desarrollo de conducta suicida (Fleta Zaragoza, 2017).
- No se considera como parte de las prácticas sociales o culturales aceptadas: No se realizan en base a la tradición cultura o creencias (ISSS, 2022).

4.2.4 Modelos Explicativos de la Conducta Suicida

Las teorías psicológicas acerca del suicidio proporcionan un marco referencial para comprender cómo se da la interacción de factores de riesgo para el aumento de la vulnerabilidad ante el comportamiento suicida, y a la vez, dan paso a la identificación de objetivos para el tratamiento (Aranguren, 2009). De ellas, se derivan una serie de modelos explicativos que tratan de ampliar el panorama acerca de la investigación de la conducta suicida. De esa manera, se encuentran:

Teoría Interpersonal de Joiner (2009). La teoría busca explicar el comportamiento suicida, a partir de tres fundamentos básicos como predisponentes, que establecen que las personas no han de efectuar suicidio a menos que, cuenten con el deseo de hacerlo, con las capacidades para realizarlo y se encuentren reforzados por ellos mismos y el entorno. De tal manera que, los componentes principales descritos por Joiner y Orden (2009) en su teoría son.

Percepción Propia como una Carga para los Demás. Referente al sentido de que los individuos se ven a sí mismo como molestias para las personas de su entorno, percibiéndose y auto denominándose como cargas o responsabilidades extras para el mundo que los rodea, llegando a plantear distorsiones cognitivas en torno al menosprecio hacia sí mismo, sentimientos de inutilidad o pensamientos de que su existencia no es relevante.

Niveles Bajos de Pertenencia. Expresados en aislamiento social y la sensación de no formar parte del grupo que los rodea. Generando una separación de las personas, incluso cuando se desee

estar en compañía, y generando pensamientos de soledad y desesperanza en torno a redes de apoyo y contención.

Desarrollo del Deseo Suicida o la Capacidad de Autolesionarse. Este componente se deriva de la unión de los factores previos, más la experiencia de situaciones que supusieron un dolor o sufrimiento significativo en la persona. Como resultado, se genera la capacidad de no experimentar aversión ante una lesión. Estableciendo un tipo de tolerancia al dolor, derivados de anteriores tentativas de suicidio, experiencias traumáticas en la infancia, o historial de abuso y exposición al dolor recurrente.

En base a estos tres componentes Joiner trata de explicar la conducta suicida basada en experiencias dolorosas pasadas que generan un tipo de tolerancia a las autolesiones, acompañadas de distorsiones cognitivas en torno a la pertenecía y el grupo de apoyo, además de percibirse como una carga, intensifican la posibilidad de intentos suicidas a lo largo de la vida del individuo.

Modelo Integrado Motivacional-Volitivo de la Conducta Suicida de O'Connor y Nock (2014). La teoría propone una explicación de la conducta suicida basada en tres componentes esenciales, la pre motivación, la motivación y el elemento volitivo, en donde, se contextualiza al suicidio como un comportamiento, en lugar de un subproducto de los trastornos o afecciones mentales. De esta manera, las primeras fases de motivación determinan o describen los factores que intervienen en el desarrollo de la ideación suicida y la intencionalidad suicida, basada en cogniciones, antecedentes o experiencias que predisponen a la aparición de dichos pensamientos o sensaciones. Para que, en la fase volitiva, se establezcan los criterios que actúan sobre la decisión de si se efectúa o no un intento suicida. Poniendo en evidencia al proceso de la conducta suicida, que va desde los pensamientos y cogniciones hasta el acto consumado.

Es así, que presenta consideraciones de otros modelos previos como el interpersonal de Joiner, con el aislamiento social y la percepción de sentirse una carga. Adicionando, los sentimientos de derrota y atrapamiento, como predisponentes de la ideación suicida, además de los bajos niveles de apoyo social, como reactivos de motivación para realizar el acto y aspectos individuales, como la impulsividad, personalidad, experiencias previas, como moduladores de la voluntad. (O'Connor y Nock, 2014).

Modelo Cognitivo Explicativo del Comportamiento Suicida de Wenzel y Beck (2008). El modelo se centra, en encontrar los componentes o factores que determinan el comportamiento suicida desde la concepción cognitiva. Determinando tres constructos principales.

El primero basado en la vulnerabilidad de los individuos, dada por factores de riesgo personales y del entorno, que influyen en la posibilidad del desarrollo de problemas psicológicos o psiquiátricos como los trastornos. Pudiéndose incluir, aspectos como la impulsividad, la personalidad, los estilos de afrontamiento y el déficit en la resolución de problemas, además de pertenecer a entornos o situaciones sociales en desventaja; el segundo, referente al factor cognitivo, que se diferencia de la vulnerabilidad, en el hecho de la intensidad, frecuencia y severidad, evidenciándose por medio de pensamientos recurrentes, generalmente de contenido negativo en torno al individuo y al rol que cumple en la vida; y finalmente el tercero, en relación al papel de las cogniciones en la conducta suicida, en donde se destaca la desesperanza hacia la vida y la magnificación de las situaciones problemáticas, llegando a ser concebidas como intolerables, inflexibles al cambio, y consecuentemente sin solución aparente (Wenzel y Beck, 2008).

Modelo del Comportamiento Suicida de Chiles, Strosahl Y Weiss (2018). Este modelo, se muestra como un marco de referencia, en el que los autores describen y tratan de comprender las premisas de la conducta suicida desde el sentido de la evaluación de dichos comportamientos. Estableciendo, que la conducta suicida se puede abordar como un método multifactorial en que intervienen aspectos como el afrontamiento, la regulación emocional y la resolución de problemas, como procedimiento desadaptativos derivados de la evitación de emociones negativas intensas ante crisis. Describiendo la presencia de eventos predisponentes referentes a situaciones externas o internas que suponen una problemática en el individuo, que en unión con las condiciones o habilidades interpersonales internas deficientes de los individuos da como resultado una conducta suicida que puede verse consolidada y por ende mantenida por reforzadores externos positivos o negativos que se perciban (Chiles et al., 2018).

4.2.5 Factores de Riesgo

Los factores de riesgo para la conducta suicida suponen un tema de interés en el área de la salud, sobretodo en la prevención, considerando que funcionan como indicadores de los niveles de riesgo suicida en una población. Determinando un relación directa, proporcional y positiva, en el aumento del riesgo suicida. De manera que, mientras mayor sea la cantidad de factores de riesgo que presente un individuo, mayor será la probabilidad de riesgo o conducta suicida. De acuerdo a García de Jalón y Peralta (2002) se pueden dividir en factores internos, y externos.

Factores Internos. Referente a las predisposiciones internas de los individuos para acabar con su vida, en relación a factores biológicos, como la genética o heredabilidad, asociados a

trastornos afectivos, de consumo, psicosis, y control de impulsos, la desregulación de serotonina, o la presencia de historial de conducta suicida previa en el propio consultante.

Factores Externos. Referente a circunstancias o hechos detonantes para la conducta suicida en el consultante, pudiendo ser duelos recientes o no resueltos, divorcios, situaciones con la dinámica familiar, y diagnóstico de enfermedades.

Sin embargo, esta no es la única clasificación de los factores de riesgo de la conducta suicida, algunos autores los dividen de acuerdo a campos como sociodemográfico, biopsicosocial, y ambiental. Descritos en el Manual de Prevención del Suicidio y por Prieto y Tavares (2005) de la siguiente manera.

Factores Sociodemográficos. Referente a la edad, con mayor prevalencia de riesgo suicida en edades superiores a los 40 años; al sexo, con presencia de tasas más elevadas en los hombres que en mujer con respecto al suicidio consumado y caso contrario con mayor frecuencia de intentos suicidas por parte de las mujeres; la residencia, con suicidios más frecuentes en zonas urbanas; el estado civil; teniendo como factor de riesgo el divorcio o separación; el origen étnico, con tasas mayores en personas blancas; nivel socioeconómico, con riesgo tanto en suicidio como intento de suicidio en personas desempleadas, estableciendo mayor relevancia a la pérdida del status con respecto a la situación ocupacional del individuo, antes que el mismo nivel socioeconómico.

Factores Biopsicosociales. Referente a individuos con trastornos mentales especialmente del estado del ánimo, de consumo, psicosis, ansiedad, y personalidad; con intentos de suicidio previos, las personas que ya han mostrado tentativas de suicidio, presentan mayores posibilidades de una conducta suicida recurrente o de muerte por suicidio; antecedentes familiares, basada en la predisposición genética; historial de trauma, acontecimientos de adversidad en la niñez, abuso y violencia; desesperanza, constatando como la principal característica cognitiva de las personas que presentan conducta suicida referente especialmente a la ideación suicida y los deseos suicidas.

Factores Ambientales. Referente a las dificultades económicas, la disponibilidad y facilidad de acceso a los métodos letales, la falta de apoyo social, familiar y afectivo, el aislamiento social, la deficiencia en la disponibilidad de recursos sanitarios, entre otros.

Otros Factores de Riesgo. En relación a los que tiene que ver con particularidades específicas como la orientación sexual especialmente en adolescentes y adultos jóvenes que sufren tensiones y discriminación social, presentando cierta vulnerabilidad al desarrollo de conductas

suicidas; Acoso por parte de iguales, donde se incluye el bullying y acoso laboral relacionado con los altos nivel de estrés que se derivan.

4.2.6 Cuadros Clínicos de la Conducta Suicida

La conducta suicida se relaciona con la aparición de algunos de los trastornos presentes en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V, de modo que, se hace alusión de los más relevantes (American Psychiatric Association, 2014). Los criterios diagnósticos se describen de manera textual a continuación (APA,2014).

Trastorno de la Personalidad Límite (F60.3)

- A. Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:
1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
 2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
 3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
 4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
 5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
 6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
 7. Sensación crónica de vacío.
 8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p.ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
 9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Trastorno Depresivo Mayor

- A.** Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la Observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.).
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A– C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el

sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

- D.** El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E.** Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. **Nota:** Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Trastorno de Ansiedad Generalizada

Ansiedad y preocupaciones excesivas (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

- A. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- B. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses (Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem):
 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 2. Fácilmente fatigado.
 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
 4. Irritabilidad.
 5. Tensión muscular.
 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- C. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afectación médica (p. ej., hipertiroidismo).
- E. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Trastorno de Estrés Post Traumático 309.81 (F43.1)

Nota; Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. Para niños menores de 6 años, véanse los criterios correspondientes más adelante).

- A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
 - 1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s)
 - 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
 - 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
 - 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

- F. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático (s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):
 - 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

- G. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

- H. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal”, “No puedo confiar en nadie”, “El mundo es muy peligroso” “Tengo los nervios destrozados”).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el Individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
- I. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
 1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 3. Hipervigilancia.
 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
 5. Problemas de concentración.
 6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto)
- J. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- K. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
8. H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Trastornos por Consumo De Sustancias (F10-F19)

El diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias se puede realizar sobre las 10 clases de sustancias excepto para la cafeína.

- i. Patrón problemático de consumo que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
 1. Se consume con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirlo o recuperarse de sus efectos.

4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir.
5. Consumo recurrente que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de la sustancia.
7. El consumo provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de la sustancia.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de la sustancia.
 - b. Se consume la sustancia o una parecida para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Trastorno Bipolar I Y II

- A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio maníaco o hipomaniaco según corresponda
- B. La aparición del episodio(s) maníaco(s) o hipomaniacos y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados

Esquizofrenia 295.90 (F20.9)

- A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
 1. Delirios.
 2. Alucinaciones.

3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).
- B.** Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando empieza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).
- C.** Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).
- D.** Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
- E.** El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
- F.** Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Bulimia Nerviosa 307.51 (F50.2)

- A.** Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B.** Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito auto provocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- C.** Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D.** La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E.** La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

4.2.7 Tratamientos Aplicados a la Conducta Suicida

La conducta suicida antes que intervenir como un síntoma o signo de enfermedad, se debería evaluar y tratar de manera independiente. Donde las disfunciones individuales y sociales interactúan entre sí y se determine la presencia o ausencia de riesgo suicida (Mann et al., 2005). De esa manera, se podría dividir el tratamiento en dos categorías, farmacológico y psicosocial. Incluyendo en la segunda, algunas terapias para la intervención de la conducta suicida descritas por Echeburúa (2015).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Basado en la reestructuración cognitiva para la modificación de los comportamientos. En la intervención de la conducta suicida, se basa principalmente en el contenido cognitivo del sistema de creencias de una persona suicida o con riesgo suicida, que difiere de las personas que no presenta dicha conducta. Radicando la diferencia, en que, en las personas con conducta suicida el contenido negativo de los pensamientos se intensifica en momentos de crisis, planteando al suicidio como una salida o la única salida.

Terapia Dialectico Conductual (TDC). Basada en la regulación emocional a través de la adquisición de habilidades que permitan la identificación y aceptación de emociones como generador de cambio de conductas problema. En la intervención de la conducta suicida, se establecen objetivos para modificar conductas a partir de la aceptación y validación emocional con

el fin global de mantener con vida al paciente, y trabajar en alternativas de respuesta más adaptativas ante crisis.

Terapia Interpersonal (TIP). Basada en el supuesto de que las alteraciones emocionales y conductuales se derivan de las deficiencias en las relaciones interpersonales. En la intervención de la conducta suicida se centra en trabajo de la mejoría de las relaciones sociales y la comunicación, para evitar la pérdida de reforzadores externos que conduzcan al desbalance emocional y trabajar en el sentido de niveles bajos de pertenencia o aislamiento social.

5. Metodología

Para la obtención de la información en la presente investigación se empleó el método deductivo, ya que la obtención, análisis y procedimiento estadístico se dio, desde el razonamiento y lógica de los conceptos generales, para el establecimiento de conclusiones específicas (Cabezas et al., 2018). De tal modo, el enfoque metodológico fue el de tipo cuantitativo, debido a que la información recolectada y tabulada se dio a partir de los resultados de cada uno de los artículos, a través de la medición numérica y procesos estadísticos (Hernández Sampieri et al., 2014). Además, presentó un diseño de investigación no experimental, y de tipo transversal debido a que el análisis de las variables fue sin la manipulación o control de las mismas. Estableciendo, la observación y análisis de los fenómenos tal y como se presentan en el contexto natural, sin alterar o añadir nuevas situaciones que afecten a las variables de estudio (Gómez, 2006), a la vez que correspondió a un único y determinado periodo de tiempo.

Asimismo, la investigación es de tipo documental a través de la revisión bibliográfica y búsqueda de información escrita sobre un determinado tema, libros, artículos científicos, ensayos de revistas, y trabajos de investigación que den testimonio de las variables (Bernal, 2010). Estableciendo un alcance descriptivo ya que pretendió indagar la incidencia o magnitud de una o más variables considerando diferentes características de las mismas (Villa Romero et al., 2012). Por otro lado, la selección de la muestra se dio a través del muestreo no probabilístico por juicio o de tipo intencional, elegidos en relación a los criterios de inclusión y exclusión, de la cual se escogieron 15 documentos de análisis, considerados pertinentes, y que brindaran relevancia científica en el proceso investigativo.

La selección partió de una búsqueda de fuentes, cuyos resultados iniciales fueron de 130 artículos en la etapa de identificación, referentes a la Terapia Dialectico Conductual y las conductas suicidas en adolescentes. En donde se incluyeron, libros, documentos, artículos de revistas científicas como: Dialnet, Elsevier, Scielo, Science Direct, Springer Open, NIH, Redalyc a través de buscadores como: Google Scholar, Pubmed y Scopus y utilizando palabras clave como “terapia dialectico conductual, conducta suicida, adolescentes, autolesiones, dialectical behavior therapy, Suicide, suicidal behavior, suicidal ideation, self harm y conectores como AND y OR”.

En torno a al número inicial de artículos (130) se descartaron 37 por sentido de duplicación y 8 por encontrarse en otro idioma que no sea el inglés o español; quedando 85 artículos seleccionados, de los cuales por criterios de exclusión se suprimieron, 7 por ser estudios teóricos

de pregrado y post grado, 17 por no estar publicado en los últimos diez años, y 14 en los que no se menciona las variables de estudio, quedando 47 artículos en la etapa de elección, de los cuales se excluyeron, 7 por ser de enfoque cualitativo y 25 por no encontrarse en el grupo etario establecido. Finalmente, resultando para la etapa de la inclusión 15 artículos de análisis para la investigación, graficado en el Anexo 1 ubicado en la página 59.

Criterios de Inclusión

- Artículos publicados entre los años 2013 y 2023, es decir, últimos 10 años.
- Documentos en idioma inglés y español considerando que los artículos pertinentes para la investigación se encuentran en estos idiomas.
- Artículos con población adolescente con rango de edad de 12 a 18 años, independientemente de la presencia o ausencia de algún cuadro clínico o ubicación geográfica.
- Artículos que abarquen variables diferentes a las variables de estudio en sus títulos, sin embargo, la información recopilada de los mismo será únicamente la oportuna.

Criterios de Exclusión

- Artículos o investigaciones teóricas de pregrado o postgrado (tesis, monografías).
- Estudios que no muestren resultados cuantitativos.
- Artículos que no garanticen una base científica o validez de publicación.

En el estudio, se empleó el método de síntesis bibliográfica y la técnica de la sistematización bibliográfica, que, en conjunto, permitieron establecer la categorización y filtración de los artículos de investigación. Igualmente, la estrategia de búsqueda para el planteamiento de la muestra se determinó a través del instrumento del método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses) por sus siglas en inglés, que muestra una manera de presentar de forma gráfica, la búsqueda y localización de los estudios de análisis utilizados. En donde, se evidenció el proceso de exploración de información, desde la recopilación de la bibliografía, documentos y fuentes relevantes, hasta la selección específica, mencionando los criterios de inclusión y exclusión, tomados en cuenta para la selección final del tamaño de la muestra (Rodrigo, 2012).

A partir de esto, el procedimiento de investigación se dió en diferentes fases de acuerdo a las estrategias para la búsqueda, recolección y análisis de los datos.

Fase 1. Inició el proceso de investigación, a través del uso de estrategias de búsqueda de información en las diferentes bases de datos Google Scholar, Pubmed y Scopus y publicados en las

diferentes revistas científicas como Dialnet, Elsevier, Scielo, Science Direct y Redalyc, Con fecha de inicio del primero de mayo hasta el 25 de mayo del 2023.

Fase 2. Selección y filtración de los artículos de análisis pertinentes en torno a los criterios de inclusión y exclusión anteriormente planteados. Con el uso de palabras claves referente a las variables y conectores que faciliten la búsqueda y el cumplimiento de los objetivos de examinar la prevalencia de los cuadros clínicos y los factores de riesgo presente en los adolescentes.

Fase 3. Tabulación de los resultados obtenidos tras el análisis de los datos de cada uno de los artículos que cumplan con los criterios y se consideren pertinentes para el análisis, a través de la creación de tablas diseñadas en un archivo de Excel, en relación al cumplimiento de los objetivos de la investigación, con categorías como: el autor, año, tipo y diseño de investigación y las características específicas de lo que se pretende estudiar de acuerdo al objetivo y su población.

Fase 4. Planteamiento de conclusiones referentes al objetivo general de describir la evidencia científica de la Terapia Dialéctico Conductual en la reducción de la conducta suicida en adolescentes, a través del análisis de las tablas realizadas y la creación de una nueva en torno a los datos específicos que se pretenden encontrar.

6. Resultados

Tabla 1.

Objetivo general: Describir la evidencia científica de la Terapia Dialéctico Conductual en la reducción de la conducta suicida en adolescentes

Autor	% de reducción de la conducta suicida
Darren B. Courtney y Martine F (2015)	50,8%
Goldstein et al., (2015)	83,0%
Tørmoen, B et al., (2015)	33,3%
Ramleth et al.,(2017)	73,0%
McCauley et al., (2018)	62,4%
Flynn et al., (2019)	69,0%
Gillespie a et al., (2019)	25,0%
Mehlum et al., (2019)	68,0%
Tebbett-Mock et al., (2019)	77,5%
Berk et al., (2020)	63,2%
Hancock-Johnson et al., (2020)	69,0%
Santamarina et al.,(2020)	42,6%
Yeo et al., (2020)	41,0%
Asarnow et al.,(2021)	49,3%
Baunet et al (2021)	72,2%
TOTAL	879,3%
Media (x)	58,6%
Moda (MO)	69,0%

Nota. Esta tabla indica el porcentaje de reducción de la conducta suicida bajo el uso de la terapia dialéctico conductual en cada artículo de la muestra, y por lo tanto su eficacia.

La Tabla 1 vislumbra que, por cada artículo de la muestra de la investigación (N=15), se evidencia resultados eficaces en la reducción de la conducta suicida de los adolescentes en cierta medida, de manera que, en todos los estudios, en las que se utiliza la Terapia Dialéctico Conductual (TDC) se obtuvieron beneficios en consideración a las autolesiones no suicidas, la ideación, planeación y tentativa suicida. Asimismo, se determina una media global de los resultados por cada artículo, estableciendo una eficacia de la TDC en la reducción de la conducta suicida con promedio de 58,6%, más de la mitad de beneficio de la terapia en la intervención para el tratamiento de la sintomatología estudiada.

Para detalles de las características específicas por cada artículo dirigirse al Anexo 2, correspondiente a la tabla de información complementaria, ubicada en la página 60.

Tabla 2.

Objetivo específico 1: Examinar la prevalencia de los cuadros clínicos presentes en los adolescentes, bajo la Terapia Dialéctico Conductual

Cuadro clínico	Muestra (Artículos)	N (Repetición de cuadro clínico)	Porcentaje
Trastorno depresivo	15	11	73,33%
Trastorno de Ansiedad	15	9	60,00%
Trastorno límite de la personalidad	15	9	60,00%
Trastorno de estrés post traumático	15	7	46,67%
Trastorno de la conducta alimentaria	15	5	33,33%
Trastorno de déficit de atención e hiperactividad	15	5	33,33%
Trastorno De Pánico	15	3	20,00%
Trastorno bipolar	15	3	20,00%
Fobia Social	15	2	13,33%
Trastorno Obsesivo Compulsivo	15	2	13,33%
Trastorno por uso De Sustancias	15	2	13,33%
Trastorno del estado del ánimo	15	2	13,33%
Trastorno de comportamiento disruptivo	15	2	13,33%
Trastorno De Ansiedad generalizada	15	1	6,67%
Ansiedad De Separación	15	1	6,67%
Agorafobia	15	1	6,67%
Trastorno del Espectro Autista	15	1	6,67%
Trastorno de adaptación	15	1	6,67%
Ansiedad no especificada	15	1	6,67%
Esquizofrenia	15	1	6,67%
Trastorno del sueño	15	1	6,67%
TOTAL		70	466,67%
Prevalencia de cuadros clínicos		11	Trastorno depresivo 73,33%

Nota. Esta tabla muestra la prevalencia de los diferentes cuadros clínicos presentes en la muestra, es decir el número de veces que estuvo presente en todos los artículos.

En la Tabla 2, se muestra al Trastorno Depresivo como el cuadro clínico más prevalente en los adolescentes, tratados bajo la Terapia Dialéctico Conductual, con un 73,3% (Presente en 11 artículos) seguido por el Trastorno Límite de Personalidad (TLP) y Trastorno de Ansiedad con un 60% (Presentes en 9 artículos). Además, de reconocer la presencia de la comorbilidad como factor común en los artículos, estableciendo que, en varios de los participantes de las muestras en los diferentes estudios, contaban con más de un cuadro clínico en sus diagnósticos.

Los resultados de manera específica por cada artículo se ubican en el anexo 3, encontrados en la página 66.

Tabla 3.*Objetivo específico 2: Identificar los factores de riesgo de la conducta suicida en adolescentes*

Referencia (Autor, Revista, País y Año)	Título	Factores de Riesgo	Resultados (Porcentaje)
Baunet et al. BMC Psiquiatría Londres (2021)	Terapia conductual Dialéctico radicalmente abierta adaptada para adolescentes: una serie de casos	1. Comorbilidad	85,7%
		2. Desregulación emocional	50%
		3. Percepción del procesos de recompensa (impulsividad)	60,7%
		4. Rasgos obsesivos compulsivos (inflexibilidad)	57,1%
		5. Rasgo obsesivo compulsivo (Perfeccionismo)	60,7%
		6. Déficit en la conectividad social	57,1%
		7. Aislamiento social	57,1%
		8. Conducta suicida previo al tratamiento	60,7%
Darren B. Courtney y Martine F. Flament The Journal of Nervous and Mental Disease Canadá 2015	Terapia conductual Dialéctico adaptada para adolescentes con pensamientos y conductas autolesivas	1. Ideación suicida previo al tratamiento	68,9%
		2. Falta de adherencia al tratamiento	62%
		3. Uso de sustancias clínicamente significativo	68,9%
		4. Consumo de medicamentos	80%
		5. Desregulación emocional y dificultades interpersonales	81,9%
McCauley et al., JAMA Psiquiatría Estados Unidos 2018	Eficacia de la terapia dialéctico conductual para adolescentes con alto riesgo de suicidio. Un ensayo clínico aleatorizado.	1. Intento suicida previo al tratamiento	82,5%
		2. Episodios de autolesiones	100%
		3. Falta de adherencia tratamiento	19,8%
Goldstein et al., Journal Of Child And Adolescent Psychopharmacology Estados Unidos (2015)	Terapia Dialéctico conductual (TDC) para adolescentes con trastorno bipolar: Resultados de un ensayo piloto aleatorizado	1. Comorbilidad	93%
		2. Edad de inicio de la enfermedad	P= 13,3
		3. Conducta suicida (Ideación, autolesiones, intención suicida)	36%
		4. Hospitalizaciones previas	21%
Asarnow et al., Revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría	Terapia dialéctico conductual para las autolesiones suicidas en jóvenes: regulación de las emociones,	1. Comorbilidad	83.81%
		2. Conducta suicida previo al tratamiento	100%

Infantil y Adolescente Estados Unidos (2021)	mecanismos y mediadores.		
Referencia (Autor, Revista, País y Año)	Título	Factores de Riesgo	Resultados (Porcentaje)
		1. Tratamiento psiquiátrico previo	67%
Berk et al., Archives of Suicide Research Estados Unidos 2020 USA	Implementación de la terapia dialéctico conductual con adolescentes suicidas y autolesivos en una clínica comunitaria	2. Consumo de alcohol 3. Consumo de Marihuana 4. Personas con único intento de suicidio previo 5. Múltiples intentos de suicidio 6. Presencia de Autolesiones 7. Hospitalizaciones previas al	33% 46% 46% 33% 96% 58%
Tebbett-Mock et al., Revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente Estados Unidos 2019	Eficacia de la terapia dialéctico conductual frente al tratamiento habitual para cuidados agudos en adolescentes hospitalizados	1. Comorbilidad 2. Conducta suicida previa (Autolesiones, ideación suicida, intento suicida)	80% 100%
Tørmoen, B et al., Archives of Suicide Research Noruega 2015	Viabilidad de la Terapia Dialéctico Conductual en Suicidio y autolesión con Jóvenes multiproblemas: Formación, Adherencia y Retención	1. Antecedentes de intento suicida 2. Antecedentes de conducta autolesiva 3. Comorbilidad 4. Hospitalización y tratamiento psiquiátrico previo 5. Falta de Adherencia al tratamiento	64% 100% 78% 19% 22%
Hancock-Johnson et al., JOURNAL OF FORENSIC PRACTICE Reino Unido 2020	Pacientes adolescentes hospitalizados que completan la terapia conductual Dialéctico	1. Presencia de Autolesiones previas al tratamiento 2. Agresividad expresada previo al tratamiento 3. Aislamiento y deterioro social	77,27% 77,27% 77,27%
Santamarina et al., Terapia Conductual Dialéctico Para Adolescentes España 2020	Terapia Dialéctico Conductual adaptada para adolescentes con alto riesgo de suicidio en una clínica comunitaria: Un estudio pragmático, aleatorio y controlado	1. Conducta suicida previa (Autolesiones, ideación suicida, intento suicida) 2. Hospitalizaciones previas	100% 44%

Referencia (Autor, Revista, País y Año)	Título	Factores de Riesgo	Resultados (Porcentaje)
Gillespie a et al., Salud Mental del Niño y el Adolescente Irlanda 2019	Terapia conductual Dialéctico para adolescentes: una comparación de programas de 16 y 24 semanas impartidos en un entorno comunitario público	1. Conducta suicida previa (Autolesiones, ideación suicida, intento suicida) 2. Sintomatología depresiva 3. Rasgos límites 4. Falta de adherencia al tratamiento	100% 100% 100% 21,7%
Flynn et al., Salud Mental del Niño y del Adolescente Reino Unido 2018	Innovaciones en la práctica: Terapia conductual Dialéctico para adolescentes: implementación y evaluación en múltiples sitios de un programa de 16 semanas en un entorno de salud mental comunitario público	1. Desregulación emocional 2. Conducta suicida previa (Autolesiones, ideación suicida, intento suicida) 3. Sintomatología depresiva 4. Rasgos límites	100% 100% 100% 100%
Mehlum et al., Revista de Psicología y Psiquiatría Infantil Noruega 2019	Eficacia a largo plazo de la terapia conductual Dialéctico versus atención habitual mejorada para adolescentes con conducta autolesiva y suicida	1. Conducta suicida previa (Autolesiones, ideación suicida, intento suicida) 2. Sintomatología depresiva 3. Rasgos límites	100% 100% 100%
Ramleth et al., BioMed Central Noruega 2017	El impacto del trastorno límite de la personalidad y el trastorno límite de la personalidad por debajo del umbral en el curso de la depresión autoinformada y calificada por el médico en adolescentes que se autolesionan	1. Trastorno depresivo de cualquier tipo 2. Trastorno límite de la personalidad 3. Conducta suicida previa (Autolesiones, ideación suicida, intento suicida)	100% 26% 100%
Yeo et al., 2020 USA Salud	Autolesión y autorregulación en	1. Desregulación emocional	100%

Mental del Niño y del Adolescente Estados Unidos 2020	jóvenes de minorías étnicas urbanas: una aplicación piloto de terapia conductual Dialéctico para adolescentes	2. Afrontamiento Disfuncional	100%
		3. Comorbilidad	90%
		4. Conducta suicida (Autolesiones, ideación suicida, intento suicida)	100%

Nota. En la tabla se identifican los factores de riesgo para la conducta suicida en adolescentes que se consideraron en cada artículo de la muestra.

En la Tabla 3, se identificaron como factores de riesgo para la conducta suicida con mayor repetición, a la conducta suicida previa, expresada en autolesiones, ideación suicida, e intento suicida, con una presencia del 100% de la muestra. Es decir, de los 15 artículos analizados, todos, consideraron la conducta suicida previa, como un factor de riesgo en los adolescentes, seguido de los factores de riesgo de comorbilidad de diagnósticos con un 40% (presente en 6 artículos), desregulación emocional y las hospitalizaciones previas con un 26,67% (Presente en 4 artículos).

7. Discusión

La presente revisión bibliográfica tuvo como objetivo, describir la evidencia científica de la Terapia Dialéctico Conductual (TDC), en la reducción de la conducta suicida en adolescentes. De tal manera, los resultados sugirieron beneficios en torno al uso de la TDC adaptada para adolescentes, en la reducción de la conducta suicida; presentando un efecto en la mejoría clínica de la sintomatología, incluyendo la reducción de autolesiones y tentativas de suicidio, estableciendo un promedio de 58,6%, más de la mitad de beneficio de la terapia en la intervención.

Con resultados superiores en los estudios de Goldstein et al., (2015) un ensayo piloto clínico aleatorizado, realizado en los Estados Unidos, para un grupo de adolescentes con Trastorno Bipolar (TB), donde, se evidenció una reducción del 83% posiblemente derivado de la naturaleza del estudio, al especificar pacientes con TB, considerado un grupo de alto riesgo en torno a la gravedad de la sintomatología, pues menciona que los adolescentes que recibieron TDC demostraron síntomas depresivos significantes y tenían casi tres veces más probabilidades de demostrar una mejoría en la ideación suicida. Asimismo, en el estudio de Tebbett-Mock et al., (2019) otro ensayo clínico aleatorizado realizado en el mismo país, en adolescentes hospitalizados, con resultados del 77% en la reducción en la conducta suicida, evidenciada a través de la disminución del número de horas que se empleaba en la observación para la vigilancia de dicha conducta; de igual manera, en el ensayo realizado por Ramleth et al., (2017) en Noruega, en una muestra de adolescentes con delimitaciones de Trastorno Límite de la Personalidad de carácter parcial y completo, estableciendo un 73% en la reducción.

Esto, en concordancia con Kothgassner et al., (2021) en su estudio, Eficacia de la terapia conductual Dialéctico para la autolesión adolescente y la ideación suicida: Una revisión sistemática y metanálisis, con muestras de veintiún estudios, entre ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y ensayos clínicos controlados (ECC) de diferentes partes del mundo, donde, se determinó que el tamaño del efecto para la reducción de autolesiones a favor de la Terapia Dialectico Conductual, fue grande para los estudios de caso aleatorizados y en menor medida en los controlados, revelando efectos prometedores de la terapia para las autolesiones y la ideación suicida, en ambos casos con un $p= 0,006$ al 95% de confianza, estableciendo un diferencia estadística significativa entre los grupos, encontrando que TDC es más eficaz para reducir la ideación suicida que las intervenciones de control.

En contraste, Witt et al., (2021) en su metanálisis, donde se incluyeron datos de 17 ensayos, Intervenciones para las autolesiones en niños y adolescentes, donde abarca la Terapia Dialectico Conductual, obtuvo un efecto de la TDC sobre la repetición de la conducta suicida (ideación suicida), que no presentó un efecto significativo en comparación con la psicoterapia alternativa con un $p = 0,26$ al 95% de confianza, mostrando un cambio no significativo a nivel estadístico, asimismo, Harris et al., (2022) en su metanálisis; Eficacia de las intervenciones para el suicidio y las autolesiones en niños y adolescentes, con muestras de 558 estudios analizados, de los cuales obtuvo que las intervenciones en la conducta suicida (pensamientos y conductas autolesivas) son menos eficaces para los jóvenes, ya que, la presencia de estos, en niños y adolescentes indican una mayor gravedad y pronósticos menos prometedores. Aunque al igual que el anterior el porcentaje de presencia de la TDC fue de 1,97%.

Por otro lado, se conoció que, el cuadro clínico con mayor prevalecía bajo la Terapia Dialéctico Conductual, fue el trastorno depresivo con un 73,3% de presencia en la muestra, seguido por el Trastorno Límite de Personalidad (TLP) y Trastorno de Ansiedad con un 60%, semejante al estudio epidemiológico de Bertolote y Fleischmann, (2002) efectuado en Suiza, Suicidio y diagnóstico psiquiátrico, donde identificó, trastornos predominantes ante la conducta suicida en situación de hospitalización y tratamiento general, entre ellos la Terapia Dialectico Conductual, determinando que los trastornos del estado de ánimo, y de manera específica la depresión, fueron los trastornos mentales encontrados con mayor frecuencia con un 35, 8% seguido de los trastornos por consumo de sustancias con 22,4% y los trastornos de personalidad con un 15,2%, encontrando que la comorbilidad de los trastornos del estado de ánimo con los trastornos relacionados con sustancias fue la más frecuente en estudios de médicos generales que registraron múltiples diagnósticos.

Asimismo, en la investigación de Liu et al., (2022) Prevalencia y correlatos de suicidio y autolesiones no suicidas, una revisión sistemática y metanálisis de 58 estudios, obtuvo que los tamaños de efecto más grandes de la Terapia Dialéctico Conductual, se observaron para la depresión, cuadro clínico que tuvo mayor asociación entre los trastornos específicos en relación con la ideación suicida. Aunque, estableció al Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) como segundo cuadro prevalente con un tamaño del efecto medio, sobre la ansiedad, o los trastornos de personalidad, esto explicado en las consideraciones de selección en donde se determinada únicamente el diagnostico primario de los participantes.

En cuanto a la identificación de los factores de riesgo para la conducta suicida en los adolescentes, la predominancia radicó en la conducta suicida previa con un 100%, seguido por la comorbilidad de diagnósticos con un 40%, la desregulación emocional y las hospitalizaciones previas con un 26,67%, de acuerdo a los criterios de los autores para la repetición o efectucción de conducta suicida en los adolescentes, esto en concordancia a lo obtenido en el metanálisis de Harris et al., (2022), con muestra de 558 artículos, donde se estableció, que la conducta suicida en la infancia y la adolescencia están asociados con indicadores de psicopatología grave, a la vez de un mal pronóstico, que puede significar riesgos para tratamientos en la juventud, por lo que, el tratamiento en esta etapa del desarrollo se torna fundamental, al determinar que pueden, no solo reducir la prevalencia de la conducta suicida en los jóvenes, sino también el riesgo de psicopatología posterior mitigando las afectaciones.

En contraparte, Castellví et al. (2017) en su revisión sistemática y metanálisis, Asociación longitudinal entre pensamientos y conductas autolesivas y conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes encontró que si bien, el 68% de todas las muertes por suicidio de jóvenes no tenían un intento de suicidio previo, la muerte por suicidio sí estuvo fuertemente relacionada a otros componentes de la conducta suicida como la ideación suicida y autolesiones previas, mostrando resultados estadísticamente significativos con un historial del 26%.

Finalmente, otros factores de riesgo que se refuerzan con las investigaciones son la presencia de un trastorno mental y la hospitalización, defendido por Bertolote y Fleischmann, (2002) en su estudio epidemiológico. Además de nuevas consideraciones, como la edad de inicio de las autolesiones en los niños y adolescentes, donde Ammerman et al., (2018) en su ensayo clínico aleatorizado, realizado en 957 estudiantes, determina que aquellos que inician las autolesiones a una edad más temprana tienen más probabilidades de mantener un patrón más severo de las mismas y durante más tiempo, e incluso tener hospitalizaciones en mayor frecuencia por tal conducta, determinando el promedio de inicio en los 13,9 años de edad. Aspecto que en el presente estudio se considera únicamente en un estudio de la muestra, pudiendo reconocerse como un tema de interés para futuras investigaciones.

8. Conclusiones

Tras lo expuesto, se obtuvieron diversos hallazgos a lo largo de la presente investigación, se determinó que, en base a la evidencia científica, la Terapia Dialéctico Conductual (TDC), resulta un tratamiento eficaz para la intervención en la reducción de la conducta suicida en adolescentes, estableciendo herramientas para el tratamiento y la disminución de la sintomatología problema, esto, justificado en base a que la TDC busca mejorar las capacidades del paciente, centrándose en la enseñanza de habilidades que permiten regular las emociones, aumentar la efectividad interpersonal, e incrementar la tolerancia al malestar, a la vez que busca estrategias para aumentar la adherencia al tratamiento en pacientes considerados difíciles, reduciendo el tiempo de duración y aumentando las enseñanzas focalizadas al grupo etario correspondiente, sin dejar de lado, el uso de la terapia individual, y la consulta telefónica en momentos de crisis, y en caso del trabajo con adolescentes, la participación de los progenitores en el proceso terapéutico.

Por otra parte, se encontró que la TDC presenta utilidad en diferentes contextos como el hospitalario y comunitario clínico; y, abordando el precepto que ubica a los adolescentes como grupo de riesgo ante la conducta suicida, la TDC representa una terapia eficaz, utilizada no únicamente en el proceso de intervención, sino también, a nivel preventivo, con el desarrollo de programas de enseñanza a profesionales para la actuación en diferentes realidades.

Asimismo, se examinó la prevalencia de los cuadros clínicos tratados bajo la TDC, obteniendo al trastorno depresivo en el primer lugar, con mayor frecuencia, seguido por los trastornos de ansiedad y el trastorno límite de la personalidad, este patrón se puede corroborar en la comparación con investigaciones previas y se explica a raíz de que, tales patologías presentan características de desregulación emocional en su etiopatogenia, además de que la conducta suicida, las autolesiones, la desesperanza y el comportamiento impulsivo resultan comunes en sus presentaciones clínicas, por lo que, bajo estas consideraciones y a razón de que la evidencia científica se centra en tal sintomatología, la prevalencia se torna coherente con lo obtenido en el presente estudio.

Finalmente, en torno a los factores de riesgo de la conducta suicida en los adolescentes se identificó a la conducta suicida previa, como el factor de riesgo más predominante de acuerdo a la muestra, donde se incluye las autolesiones, ideación, planeación e intento suicida, también se encontraron factores, como la comorbilidad, la desregulación emocional y las hospitalizaciones previas de los participantes, esto en consideración a los criterios de inclusión de los autores, y

ubicados en el apartado de los factores de riesgo biopsicosociales, en donde se determina la presencia de psicopatologías previas, la combinación de estas y sucesos significativos en la vida de los individuos, además de características personales, como la desregulación emocional, que supone dificultades para el desarrollo de herramientas de afrontamiento ante conflictos en los individuos.

9. Recomendaciones

En torno a todo el proceso investigativo desarrollado para la elaboración de la presente investigación, y reconociendo las limitaciones que se encontraron como el tamaño de la muestra, la disponibilidad o el acceso de los archivos. En base a las conclusiones obtenidas, se determinó que la Terapia Dialéctico Conductual (TDC) resulta eficaz en el tratamiento de la conducta suicida, sin embargo, existen otras sintomatologías, o conductas problemas que se pueden trabajar bajo esta terapia considerando su flexibilidad y que no han sido abordadas o no contienen la suficiente evidencia para su análisis, tales como, el control de impulsos y la conducta agresiva, por lo que se sugiere, que futuros investigadores se interesen en la realización de estudios de la eficacia de la TDC en tales conductas, que al igual que la conducta suicida son características de diferentes cuadros clínicos, y permitirán extender el uso de las nuevas terapias en diferentes casos y contextos.

Asimismo, se recomienda a la comunidad científica, estudiantes, profesorado, etc. a establecer, estudios en relación al uso de la TDC como tratamiento en diferentes cuadros clínicos considerando aspectos como el uso de fármacos para la obtención de resultados, de manera que, se logre disminuir el sesgo de las investigaciones actuales, además de lograr especificar con mayor claridad resultados que actúan en conjunto con otras líneas de tratamiento, que tienen el mismo objetivo de disminuir la sintomatología de los pacientes.

Por otro lado, es importante la identificación de los diferentes factores de riesgo que predisponen a los adolescentes a la conducta suicida, y si bien la evidencia científica que se ha analizado establece diversidad de factores, a nivel personal, interno, y biopsicosociales, estando entre los destacados las conductas de riesgo previas, se sugiere la ampliación de investigación en torno a factores de riesgo externos, asociados con el entorno del individuo, que aunque se mencionan no se lo realiza a fondo, por lo que sería interesante determinar la influencia de los factores de riesgo exógenos de los pacientes, para la conducta suicida y la prevalencia de las mismas en los adolescentes, estableciendo conclusiones en torno a las sociedades patológicas.

10 . Bibliografía

- Allen, L. B., McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2008). Emotional disorders: A unified protocol. En *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual, 4th ed* (pp. 216-249). The Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (2015). *The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults* (Third Edition). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890426760>
- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., Kleiman, E. M., Uyeji, L. L., & McCloskey, M. S. (2018). The Relationship Between Nonsuicidal Self-Injury Age of Onset and Severity of Self-Harm. *Suicide & life-threatening behavior, 48*(1), 31-37. <https://doi.org/10.1111/sltb.12330>
- Antón Izquierdo, V., García Miguel, L., Fernández Hernando, P., Gómez de Segura García, B., Guerra Baquero, R., & Pérez Andrés, M. (2021). Conducta suicida. *Revista Sanitaria de Investigación, 2*(11 (Noviembre)), 298.
- APA. (2006). *Clinical Manual for the Assessment and Treatment of Suicidal Patients Second Edition*. Asociación Americana de Psiquiatría. https://www.appi.org/Clinical_Manual_for_the_Assessment_and_Treatment_of_Suicidal_Patients_Second_Edition
- Aranguren, M. (2009). *Modelos teóricos de comprensión del suicidio*. <https://www.aacademica.org/000-020/155.pdf>
- Beaven Ciapara, N. I., Campa Álvarez, R. de los Á., Valenzuela, B., & Guillén Lúgigo, M. (2018). Inclusión educativa: Factores psicosociales asociados a conducta suicida en adolescentes. *Prisma Social: revista de investigación social, 23*, 185-207.
- Bernal, C. A. (2010). *Metodología de la investigación* (Tercera). PEARSON EDUCACIÓN. <http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/B0061.pdf>

- Bertolote, J., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. *World Psychiatry, 1*(3), 181-185.
- Boggiano, J. P., & Gagliesi, P. (2020). *Terapia Dialéctico Conductual* (1ra ed.). EDITORIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA (EDULP).
- Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I., & Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 82*(4), 221-233.
<https://doi.org/10.1159/000348451>
- Cabezas, E., Andrade, D., & Torres, J. (2018). *Introducción a la metodología de la investigación científica* (David Andrade Aguirre). Comisión Editorial de la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE.
<http://repositorio.espe.edu.ec/jspui/bitstream/21000/15424/1/Introduccion%20a%20la%20Metodologia%20de%20la%20investigacion%20cientifica.pdf>
- Cañón, S., & Carmona, J. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria, 20*(80), 387-397.
- Castellví, P., E, L.-R., A, M.-M., O, P.-B., J, A., I, A., Mj, B., A, C., A, G., M, G., C, L., Ja, P., M, R., J, R.-M., T, R.-J., V, S.-S., & J, A. (2017). Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of affective disorders, 215*.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.035>
- Chiles, J. A. C., Strosahl, I., & Weiss, L. (2018). *Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients, Second Edition*. American Psychiatric Pub.

- Cortés Alfaro, A. (2014). Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), 132-139.
- Crispim, M. D. O., Santos, C. M. R. D., Frazão, I. D. S., Frazão, C. M. F. D. Q., Albuquerque, R. C. R. D., & Perrelli, J. G. A. (2021). Prevalence of suicidal behavior in young university students: A systematic review with meta-analysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3495. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5320.3495>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135, 495-510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Echeburúa, E., & Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: De la investigación a la práctica clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 181-204.
- Fleta Zaragozano, J. (2017). Autolesiones en la adolescencia: Una conducta emergente. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*, 47(2), 37-45.
- Fox, K. R., Huang, X., Guzmán, E. M., Funsch, K. M., Cha, C. B., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. C. (2020). Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 146(12), 1117-1145. <https://doi.org/10.1037/bul0000305>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>

- García de Jalón Aramayo, E., & Peralta Martín, V. (2002). Suidicio y riesgo de suicidio. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25(Extra 3), 87-96.
- García Palacios, A. (2006). Mindfulness en la terapia dialéctico-comportamental. *Revista de Psicoterapia*, 17(66/67), 121-132. <https://doi.org/10.33898/rdp.v17i66/67.908>
- Gómez, M. M. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación científica* (1ª ed.). Editorial Brujas.
- Harned, M. S., Banawan, S. F., & Lynch, T. R. (2006). Dialectical Behavior Therapy: An Emotion-Focused Treatment for Borderline Personality Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 67-75. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9009-x>
- Harris, L. M., Huang, X., Funsch, K. M., Fox, K. R., & Ribeiro, J. D. (2022). Efficacy of interventions for suicide and self-injury in children and adolescents: A meta-analysis. *Scientific Reports*, 12, 12313. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-16567-8>
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ª ed.). McGraw-Hill.
- ISSS. (2022). *What is self-injury?* International Society for the Study of Self-Injury. <https://www.itriples.org/what-is-nssi>
- Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). *Autolesiones no suicidas: Lo que sabemos y lo que necesitamos saber*. 59(11). <https://doi.org/10.1177/070674371405901101>
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal

ideation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(7), 1057-1067. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>

Linehan, M. (2015). *DBT skills training manual* (Second edition). The Guilford Press.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Publications.

https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=2RJqDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=xhZov7ThhI&sig=voi611Kafb1XSMY8YkrqGCRP0Gk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060-1064. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K., & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>

Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 13-26. [https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(02\)00011-x](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(02)00011-x)

Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 971-974. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240055007>

- Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 97-110.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97>
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 181-205. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229>
- MacPherson, H. A., Cheavens, J. S., & Fristad, M. A. (2013). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents: Theory, Treatment Adaptations, and Empirical Outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(1), 59-80. <https://doi.org/10.1007/s10567-012-0126-7>
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., ... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064-2074.
<https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
- Mañas, I. M. (2007). *Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación*. 40(1), 26-34.
- McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, M., Gallop, R., & Linehan, M. M. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777-785.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109>
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. Guilford Press.

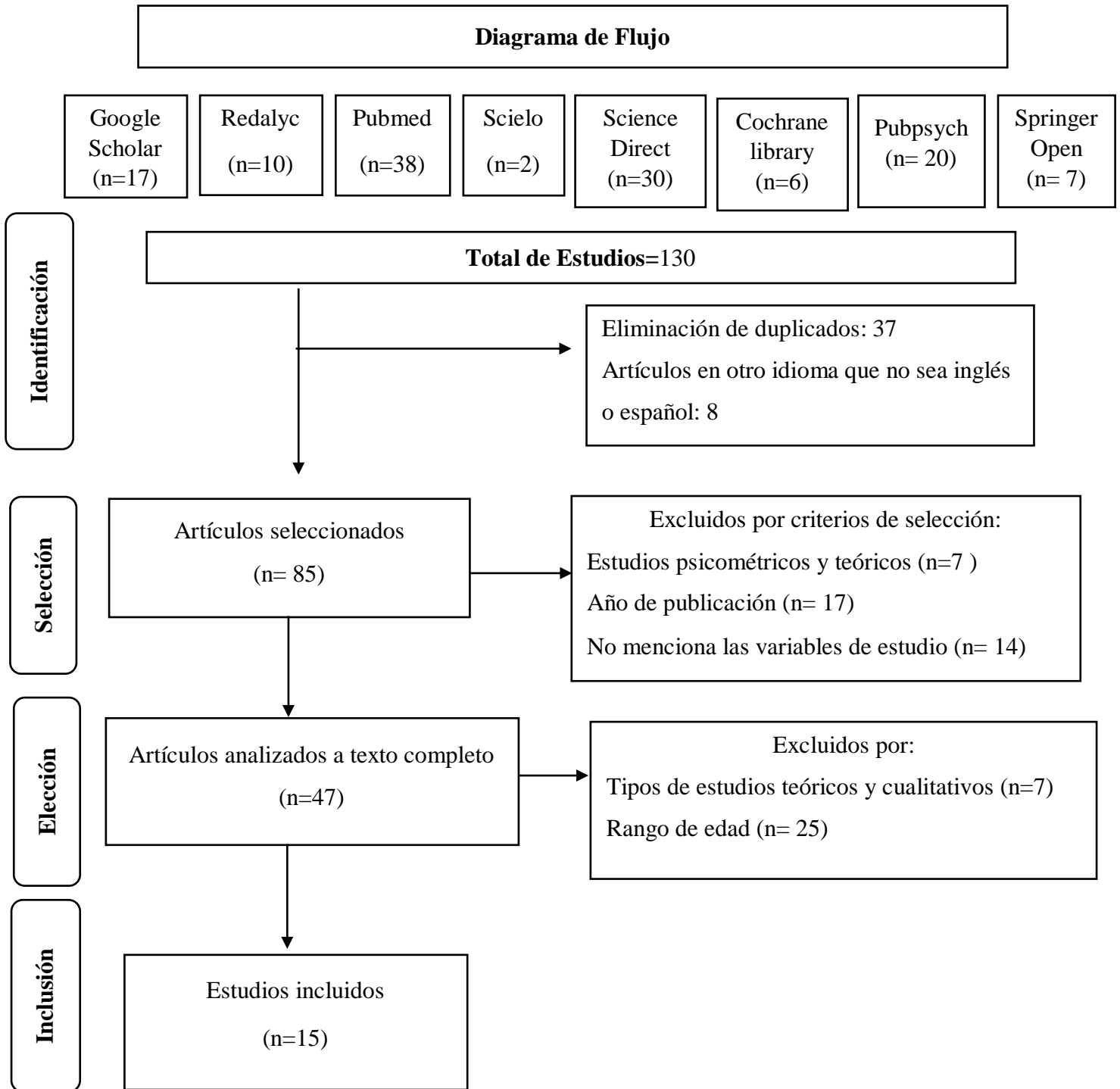
- Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M., Wetzler, S., & Leigh, E. (1997). Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents. *Journal of Psychiatric Practice*®, 3(2), 78.
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- OMS, O. mundial de la salud. (2019). *Suicide worldwide in 2019* (3re). <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026643>
- OPS, O. P. de la salud. (2019). *Prevención del suicidio—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. Organización panamericana de la salud. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. (2006). En American Psychiatric Association, *APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Comprehensive Guidelines and Guideline Watches* (1.^a ed., Vol. 1). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423363.56008>
- Prieto, D., & Tavares, M. (2005). Factores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: Incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *J. bras. psiquiatr*, 146-154.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2000). DBT for adolescents: Dialectical dilemmas and secondary treatment targets. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 425-434. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(00\)80054-1](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(00)80054-1)
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 146-157. <https://doi.org/10.1521/suli.32.2.146.24399>
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2014). *DBT Skills Manual for Adolescents*. Guilford Publications.

- Rivera, L., Fonseca Pedrero, E., Séris Martínez, M., Vázquez Sala, A., & Reynales Shigematsu, L. M. (2020). [Prevalence and psychological factors associated with suicidal behavior in adolescents. Ensanut 2018-19]. *Salud Pública De México*, 62(6), 672-681.
<https://doi.org/10.21149/11555>
- Rizvi, S. L., Steffel, L. M., & Carson-Wong, A. (2013). An overview of dialectical behavior therapy for professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44, 73-80. <https://doi.org/10.1037/a0029808>
- Robins, C. J., & Chapman, A. L. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 73-89.
<https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.73.32771>
- Rodrigo, C. P. (2012). *Las revisiones sistemáticas: Declaración PRISMA*.
https://renc.es/imagenes/auxiliar/files/Nutr_1-2012%20Taller%20escritura.pdf
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632-634.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.632>
- Salazar, M. C., & Peña, M. G. (2013). *ZEN, PSICOANÁLISIS Y PSICOTERAPIA*.
- Soler, J., Eliges, M., & Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctico Conductual: Aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-66), Article 165-66. <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2793>
- Stiglmayr, C., Stecher-Mohr, J., Wagner, T., Meißner, J., Spretz, D., Steffens, C., Roepke, S., Fydrich, T., Salbach-Andrae, H., Schulze, J., & Renneberg, B. (2014). Effectiveness of dialectic behavioral therapy in routine outpatient care: The Berlin Borderline Study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1, 20.
<https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-20>

- Thomas E. Joiner, J., & Orden, K. A. V. (2009, agosto 4). *The Interpersonal–Psychological Theory of Suicidal Behavior Indicates Specific and Crucial Psychotherapeutic Targets* (world) [Research-article]. <https://doi.org/10.1521/ijct.2008.1.1.80>; Guilford Publications. <https://doi.org/10.1521/ijct.2008.1.1.80>
- Vega, I. de la, & Sánchez Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, *10*(1), 45-56.
<https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>
- Villa Romero, A., Moreno, L., & Garcia, G. (2012). *Epidemiología y estadística en salud pública*. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1464§ionid=10105014>
5
- Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, *12*(4), 189-201.
<https://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.001>
- Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E., & Hawton, K. (2021). Interventions for self-harm in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *3*(3), CD013667.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013667.pub2>

11 . Anexos

Anexo 1. Diagrama de flujo (Método PRISMA)



Anexo 2. Tabla complementaria de las características por cada artículo de la muestra

Tabla 1

Objetivo general: Describir la evidencia científica de la Terapia Dialectico Conductual en la reducción de la conducta suicida en adolescentes

Referencia (Autor, Revista, País Y Año)	Título	Objetivo	Tipo De Estudio	Muestra	Metodología	Resultados
Baunet et al. BMC Psiquiatría Londres (2021)	Terapia conductual Dialéctico radicalmente abierta adaptada para adolescentes: una serie de casos	Evaluar si una adaptación adolescente de TDC (RO-A) se asocia con mejoras en las características de control excesivo, la calidad de la relación y los síntomas psiquiátricos de depresión y trastornos alimentarios	Cuantitativo longitudinal	Adolescentes (de 13 a 18 años al inicio del estudio) N=28; Edad=13-18 (16,1)	Todos los adolescentes fueron contratados inicialmente para asistir a una ronda completa de clases de habilidades (n = 20), después de lo cual se revisó el tratamiento. La duración real del tratamiento se basó en los objetivos individuales y la presentación de los síntomas	<ul style="list-style-type: none"> •La incidencia de autolesiones se redujo significativamente desde el inicio hasta el alta •Dieciocho (64,3%) participantes informaron autolesiones en la evaluación. De estos, solo cinco continuaron reportando autolesiones al momento del alta reducción de 72,2%.
Darren B. Courtney y Martine F. Flament The Journal of Nervous and Mental Disease Canadá 2015	Terapia conductual Dialéctico adaptada para adolescentes con pensamientos y conductas autolesivas	Evaluar el estado clínico de todos los adolescentes consecutivos ingresados en un programa de tratamiento que utiliza una forma adaptada de TDC para adolescentes (TDC-A) en un centro de atención terciaria	Cuantitativo longitudinal	Adolescentes con pensamientos y conductas autolesivas y características asociadas del trastorno límite de la personalidad N= 61; Edad= 15-18 (16,5)	Los adolescentes fueron remitidos al Programa Juvenil por médicos de familia, pediatras o psiquiatras en el área de Ottawa. Todos fueron evaluados por un psiquiatra en la admisión que proporcionó un diagnóstico de admisión DSM-IV, para evaluar su estado clínico, tras la aplicación del tratamiento.	Entre los participantes que completaron las medidas posteriores al tratamiento, encontramos una reducción significativa en la ideación suicida (N = 31, p < 0,001).Estableciendo una reducción de 50,8%.
McCauley et al., JAMA Psiquiatría Estados Unidos 2018	Eficacia de la terapia dialéctico conductual para adolescentes con alto riesgo de suicidio. Un	Evaluar la eficacia de la terapia conductual Dialéctico (TDC) en comparación con la terapia de apoyo individual y grupal (IGST) para reducir los intentos de suicidio, las	Cuantitativo longitudinal	Adolescentes con un intento de suicidio previo en la vida N=173; 2 grupos; TDC-	Los participantes del estudio fueron asignados al azar a TDC o IGST. La duración del tratamiento fue de 6 meses. Ambos grupos tuvieron psicoterapia individual y grupal semanal, reuniones de consulta con terapeutas y contacto con los padres según fuera necesario, y con un	<ul style="list-style-type: none"> • En autolesiones, a los 6 meses, en el grupo TDC, 40 de 86 (46,5 %) no las presentaron; y a los 12 meses, 44 de 86 (51,2 %). • En Intentos suicida, a los 6 meses, en el grupo TDC, 65 de 86 (75,6 %) no presentaron; y a los 12 meses, 66 de 86 (76,2 %).

	ensayo clínico aleatorizado.	autolesiones no suicidas y las autolesiones en general entre los jóvenes de alto riesgo.		A: (n=86); IGST: (n=87) EDAD= 12-18 (14,89 años)	monitoreo continuo de en el riesgo suicida.	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de conducta suicida global de 62,4 %
Goldstein et al., Journal Of Child And Adolescent Psychopharmacology Estados Unidos (2015)	Terapia Dialéctica conductual (TDC) para adolescentes con trastorno bipolar: Resultados de un ensayo piloto aleatorizado	Realizar un ensayo piloto aleatorizado de Dialéctica (TDC) versus tratamiento psicosocial habitual (TAU) para adolescentes diagnosticados con trastorno bipolar (BP).	Cuantitativo longitudinal	Adolescentes de 12 a 18 años de edad con un diagnóstico primario de trastorno bipolar N= 20; Grupos; TDC=14; TAU=6; EDAD= 12-18 (15,82)	Los pacientes fueron asignados usando una estructura de aleatorización 2:1 a TDC (n = 14) o TAU psicosocial (n = 6). Todos recibieron manejo de medicamentos de un psiquiatra afiliado al estudio. TDC incluyó 36 sesiones (18 individuales, 18 de capacitación en habilidades familiares), y TAU fue un enfoque ecléctico de psicoterapia. Un evaluador independiente, evaluó los resultados, incluidos los síntomas afectivos, la ideación y el comportamiento suicida, el comportamiento auto agresivo no suicida y la desregulación emocional, trimestralmente durante 1 año	<ul style="list-style-type: none"> • En comparación con los adolescentes que recibieron TAU, los adolescentes que recibieron TDC demostraron síntomas depresivos significativamente y tenían casi tres veces más probabilidades de demostrar una mejoría en la ideación suicida. • A los 12 meses de seguimiento, el 83 % del grupo TDC y el 50 % del grupo TAU mostraron una disminución en la puntuación SIQ (que refleja una mejoría en la ideación suicida)
Asarnow et al., Revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente Estados Unidos (2021)	Terapia dialéctica conductual para las autolesiones suicidas en jóvenes: regulación de las emociones, mecanismos y mediadores.	Evaluar los mecanismos, la mediación y los resultados de un ensayo controlado de TDC-A en comparación IGST en adolescentes con intentos previos de suicidio, autolesiones e ideación suicida	Cuantitativo longitudinal	Adolescentes de 12 a 18 años de edad N= 173; Grupos; TDC=86; TAU=87; EDAD= 12-18 (14,89)	Los pacientes fueron asignados usando una estructura de aleatorización, con grupos emparejados dentro de los sitios por edad, número de intentos suicida, número de autolesiones previas y uso de medicación psiquiátrica. Ambos tratamientos fueron manuales, usaron protocolos similares de entrenamiento y adherencia, y ofrecieron una exposición al tratamiento comparable.	<ul style="list-style-type: none"> • TDC-A mejoró la regulación emocional post tratamiento y predijo una mayor remisión en la ocurrencia de las autolesiones (49,3%), conductas de externalización y reducción en el abuso de sustancias a los 12 meses de seguimiento a diferencia de IGST. TDC-A fue más efectiva que IGST en la mejora de habilidades de los padres.
Berk et al., Archives of Suicide Research Estados Unidos 2020	Implementación de la terapia dialéctica conductual con adolescentes suicidas y autolesivos en	Examinar la viabilidad y eficacia de TDC, con adolescentes suicidas y autolesivos tratados en un entorno comunitario de salud mental	Cuantitativo longitudinal	Adolescentes de 12 a 17 años N=24 EDAD= 12-17 (15,21)	Veinticuatro adolescentes con alto riesgo de suicidio se inscribieron en seis meses de estudio integral, TDC, proporcionado por terapeutas y aprendices en una clínica de salud mental ambulatoria administrada por el	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del número de intentos de suicidio desde los 6 meses previos al inicio de la TDC, con disminución en el número de episodios de NSSI desde antes hasta después del tratamiento, prestando una reducción del 76,5%.

	una clínica comunitaria				condado que atiende, clientes desfavorecidos de minorías étnicas	<ul style="list-style-type: none"> • Los análisis exploratorios también arrojaron una mejora significativa en torno a la ideación suicida y riesgo suicida, con una reducción del 49,9% • Prenotando un reducción global de conducta suicida del 63,2%
Tebbett-Mock et al., Revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente Estados Unidos 2019	Eficacia de la terapia dialéctica conductual frente al tratamiento habitual para cuidados agudos en adolescentes hospitalizados	Evaluar TDC versus el tratamiento habitual (TAU) para adolescentes en una unidad de hospitalización psiquiátrica de cuidados agudos.	Cuantitativo longitudinal	Adolescentes de 12 a 17 años N=801; TDC-N= 425; EDAD= 15,67 años; TAU; N= 376): 15,59 años; EDAD= 15,59%	Una revisión retrospectiva de expedientes de adolescentes que recibieron TDC como pacientes hospitalizados (n = 425) y de un grupo de control histórico tratado en la misma unidad antes de TDC durante 8 meses. La TDC se implementó en la unidad después de que un equipo multidisciplinario participara en la Capacitación intensiva.	Los pacientes que recibieron TDC-A disminuyeron varias variables referidas a la seguridad en cuanto a las horas de observación constante (CO) por: incidentes de autolesión e intentos de suicidio, las sujeciones y el número de días de X TDC= 2,37 XTAU= 10,55 • Reducción de 77,5% en el tiempo de observación por conducta suicida.
Tørmoen, B et al., Archives of Suicide Research Noruega 2015	Viabilidad de la Terapia Dialéctica Conductual en Suicidio y autolesión con Jóvenes multiproblemas: Formación, Adherencia y Retención	Evaluar la viabilidad y aceptabilidad del enfoque de tratamiento TDC para adolescentes.	Cuantitativo longitudinal	Adolescentes de 12 a 18 años N=27 EDAD= 12-18 (15,7)	Veintisiete adolescentes con alto riesgo de suicidio y antecedentes de autolesiones se inscribieron en 16 semanas de estudio integral. El programa TDC se proporcionó en cinco clínicas ambulatorias psiquiátricas para niños y adolescentes que participaron en el estudio, todas las cuales pertenecían a dos hospitales en Oslo. El TDC, fue proporcionado por terapeutas profesionales en salud mental, todos los terapeutas eran nuevos en TDC y fueron entrenados para el estudio.	El 43 % de los pacientes informó un comportamiento de autolesión no suicida durante las primeras 2 semanas de tratamiento, solo el 14 % informó dicho comportamiento durante las últimas 2 semanas. Reducción del 33,3% en autolesiones
Hancock-Johnson et al., JOURNAL OF FORENSI	Pacientes adolescentes hospitalizados que completan la terapia	Comprobar la efectividad del entrenamiento de TDC-A en adolescentes con trastornos mixtos de	Cuantitativo longitudinal	Adolescentes de 13 a 17 años N=22 EDAD= 13-17 (15,59)	Veintidós adolescentes dentro de un entorno seguro de salud mental para pacientes hospitalizados con MDCE que habían completado un ciclo de capacitación en habilidades TDC Según lo definido por un mínimo de	• Hubo disminuciones significativas en la frecuencia de conductas agresivas y NSSI después del ciclo de entrenamiento en habilidades TDC-A. Con una reducción de 69%

C PRACTIC EReino Unido 2020	conductual Dialéctico	conducta y emociones (MDCE).		los módulos de atención plena, regulación emocional, eficacia interpersonal y tolerancia a la angustia	<ul style="list-style-type: none"> • Hubo mejora significativa en el deterioro sintomático y conductual, pero no en el deterioro social. 	
Santamarin a et al., Terapia Conductual Dialéctico Para Adolescent es España 2020	Terapia Dialéctico Conductual adaptada para adolescentes con alto riesgo de suicidio en una clínica comunitaria: Un estudio pragmático, aleatorio y controlado	Comparar la eficacia entre TDC-A y TAU+GS de 16 semanas de tratamiento, para reducir el riesgo de suicidio de los adolescentes en una clínica de salud mental comunitaria.	Cuantita tivo longitud inal	Adolescentes de 12 a 17 años N=35; 2 grupos; TDC- N= 18; EDAD= 15,3 Años; TAU+GT; N= 17: 15,2 años; EDAD= 15,6 años	Ensayo controlado aleatorio simple ciego que comparó TDC-A con TAU + GS para adolescentes con NSSI y SA, proporcionado en una clínica ambulatoria de niños y adolescentes de la comunidad, Los pacientes permanecieron en sus grupos TDC-A o TAU + GS asignados durante todo el período de 16 Semanas de tratamiento y no recibieron ningún otro tratamiento psicoterapéutico concurrente	<ul style="list-style-type: none"> • La TDC-A fue más efectiva que TAU+GS en la reducción de NSSI y e ideación suicida. Con una reducción de 63% en las NSSI y 22,1% en ideación suicida. Además, mostro reducción en la sintomatología depresiva. • Reducción global de conducta suicida de 42,55
Gillespie a et al., Salud Mental del Niño y el Adolescent e Irlanda 2019	Terapia conductual Dialéctico para adolescentes: una comparación de programas de 16 y 24 semanas impartidos en un entorno comunitario público	Determinar si un programa TDC-A más largo produciría resultados significativamente más positivos para los adolescentes que participaron en TDC-A de 24 semanas en comparación con TDC- A de 16 semanas, con presencia de autolesiones, ideación suicida y depresión	Cuantita tivo longitud inal	Adolescentes de 13 a 18 años N=152; 2 grupos; TDC- A 16 S N= 84; EDAD= 15,72 Años; TDC-A 24 S; N= 68: EDAD= 15,62 2 años	Un total de 152 adolescentes con edades entre los 13 y los 18 años. Divididos en dos programas 84 en el TDC-A de 16 semanas y 68 en el programa de 24 semanas. Los criterios de inclusión fueron: demostración de desregulación emocional y conductual; un patrón persistente de autoagresión con un episodio de comportamiento de autoagresión o acto suicida ocurrido en las últimas 16/24 semanas o ideación suicida crónica informada. Se instruyó a todos los equipos que realizaron la intervención como parte de este proyecto para que aplicaran el programa TDC-A	<ul style="list-style-type: none"> • TDC-A de 24 semanas tiene beneficios adicionales a TDC-A de 16 semanas en una mayor reducción de la ideación suicida y la depresión, sin embargo, hubo más tasas de abandono en el grupo de 24 semanas. Ambas intervenciones informaron una disminución del 25% en el número de adolescentes que se autolesionaban después de la intervención. • La frecuencia de las autolesiones también se redujo en ambos programas y la mayoría de los participantes rara vez o nunca se autolesionaron después de la intervención.
Flynn et al., Salud Mental del Niño y del Adolescent	Innovaciones en la práctica: Terapia conductual Dialéctico para adolescentes:	Describir la implementación y la efectividad de TDC-A de 16 semanas en múltiples sitios en servicios de salud	Cuantita tivo longitud inal	Adolescentes de 13 a 18 años N=84 EDAD= 13-18 (15,72)	Cincuenta y cuatro médicos de siete equipos CAMHS completaron la capacitación TDC y entregaron el programa TDC-A de 16 semanas A ochenta y cuatro adolescentes con desregulación emocional y conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Reducciones significativas en todas las medidas de resultado para los participantes de TDC-A, incluida la presencia y frecuencia de autolesiones, ideación suicida y depresión.

e Reino Unido 2019	implementación y evaluación en múltiples sitios de un programa de 16 semanas en un entorno de salud mental comunitario público	mental para niños/adolescentes (CAMHS) financiados con fondos públicos en Irlanda.	Cuantitativo longitudinal	Adolescentes N=71; 18,79 años; TDC-A: N= 37 EUC: N=34	que participaron en la intervención y se administraron medidas de resultado antes de la intervención, después de la intervención y durante el seguimiento de 16 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> • También se informaron reducciones en el número de admisiones de pacientes hospitalizados agudos, días de cama y visitas al departamento de emergencias • Con una reducción del 44% en el primer periodo y de 25% con respecto al último. • Reducción global de conducta suicida de 69% desde el inicio hasta el tercer control
Mehlum et al., Revista de Psicología y Psiquiatría Infantil Noruega 2019	Eficacia a largo plazo de la terapia conductual Dialéctico versus atención habitual mejorada para adolescentes con conducta autolesiva y suicida	Investigar los efectos duraderos de TDC-A en comparación con la atención habitual mejorada (EUC) a través de un seguimiento prospectivo de 3 años, para analizar posibles mediadores de los efectos del tratamiento.	Cuantitativo longitudinal	Adolescentes N=71; 18,79 años; TDC-A: N= 37 EUC: N=34	Este fue un seguimiento de 3 años de la muestra original de 77 adolescentes que habían participado en un ensayo aleatorizado de TDC A versus (EUC). En total 71 de los 77 adolescentes aceptaron las evaluaciones (37 en el grupo TDC A y 34 en el grupo EUC), lo que resultó en una tasa de participación del 92 % para la fase de seguimiento a largo plazo	<ul style="list-style-type: none"> • TDC- A se asoció con una reducción del 68 % en el número medio de episodios de autolesión en comparación con el grupo EUC. Además, TDC- A había logrado una reducción significativamente mayor en su nivel de ideación suicida.
Ramleth et al., BioMed Central Noruega 2017	El impacto del trastorno límite de la personalidad y el trastorno límite de la personalidad por debajo del umbral en el curso de la depresión autoinformada y calificada por el médico en adolescentes	Examinar el impacto del TLP en la evaluación y el curso de la depresión autoinformada y calificada por el médico en adolescentes que se autolesionan antes y después de un período de tratamiento TDC-A de 19 semanas	Cuantitativo longitudinal	Adolescentes N=39 EDAD= 12-18 (15,8 años); TDC-A; N= 21. EUC; N= 18 TLP-C=10 TD=29	39 adolescentes con trastornos depresivos y rasgos de TLP que participaron en un ensayo controlado aleatorizado sobre el tratamiento de autolesiones con Terapia Dialéctico Conductual adaptada para Adolescentes o atención habitual mejorada. Los adolescentes con síndrome completo de TLP (n = 10) se compararon con adolescentes con TLP por debajo del umbral (n = 29) con respecto a sus síntomas depresivos autoinformados y calificados por el médico, ideación suicida y nivel global de funcionamiento al inicio del estudio, y después de 19 semanas de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Los adolescentes con TLP de síndrome completo autoinformaron niveles significativamente más altos de síntomas depresivos e ideación suicida en comparación con los adolescentes con TLP por debajo del umbral. • Todos los adolescentes mostraron una reducción significativa en los niveles de ideación suicida; sin diferencia entre grupos con una reducción del 73% en conducta suicida

	que se autolesionan					
Yeo et al., USA Salud Mental del Niño y del Adolescente Estados Unidos 2020	Autolesión y autorregulación en jóvenes de minorías étnicas urbanas: una aplicación piloto de terapia conductual Dialéctico para adolescentes	Examinar las relaciones entre la autorregulación y las autolesiones entre los adolescentes de minorías étnicas e investigó los cambios en su autorregulación al completar la TDC-A de 20 semanas	Cuantitativo longitudinal	Adolescentes N=51 EDAD= 12-17 (14,73 años);	51 adolescentes ingresaron a un programa TDC-A de 20 semanas debido a autolesiones y/o rasgos de personalidad límite, donde completaron cuestionarios sobre antecedentes de autolesiones, afrontamiento y regulación emocional El programa TDC-A de 20 semanas consistió en 1 sesión semanal de terapia individual (45-50 min) y 1 sesión semanal de entrenamiento de habilidades multifamiliares (120 min	<ul style="list-style-type: none"> TDC-A mejoró significativamente la regulación emocional en jóvenes de minoría étnica, con rasgos TLP e historial de NSSI y SA con una reducción del 41% en conducta suicida. Además, se identificó el afrontamiento disfuncional y la desregulación emocionales como factores de riesgo para las NSSI y SA.
TOTAL						879,3%
Media (x)						58,6%
Moda (MO)						69,0%
Mediana (Me)						63,2%

Leyenda de siglas

TDC-A= Terapia dialectico conductual en adolescentes	TDC TO-A= Terapia conductual Dialéctico radicalmente abierta adaptada para adolescentes	IGST= Terapia de apoyo individual y grupal
TAU= Tratamiento habitual	NSSI= Autolesiones no suicidas	SIQ= Ideación suicida
CO= Observación constante	MDCE= Trastornos mixtos de conducta y emociones	EUC= Atención habitual mejorada
GS= Terapia grupal	CAMHS= servicios de salud mental para niños/adolescentes.	TLP= Trastorno límite de la personalidad
SA= Tentativa de suicidio		

Anexo 3. Cuadros clínicos tratados bajo la terapia dialéctico conductual por cada artículo de la muestra

Referencia (Autor, Revista, País y Año)	Título	Muestra	Cuadro clínico	Resultados <i>Porcentaje</i>
Baunet et al. BMC Psiquiatría Londres (2021)	Terapia conductual Dialéctico radicalmente abierta adaptada para adolescentes: una serie de casos	N= 28	Trastornos de la conducta alimentaria Trastorno Depresivo Trastorno De Ansiedad Trastorno De Ansiedad Generalizada Fobia Social Ansiedad De Separación Trastorno De Estrés Post traumático (TEPT) Trastorno De Pánico Agorafobia Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) Trastorno del Espectro Autista (TEA)	78,6% 78,6% 67,9% 60,7% 42,9% 3,6% 3,6% 7,1% 3,6% 7,1% 3,6%
Darren B. Courtney y Martine F. Flament The Journal of Nervous and Mental Disease Canadá 2015	Terapia conductual Dialéctico adaptada para adolescentes con pensamientos y conductas autolesivas	N= 61	Trastorno por uso De Sustancias de algún tipo Rasgos de trastorno límite de personalidad (TLP) Trastorno del estado del ánimo Trastorno de ansiedad Trastorno de comportamiento disruptivo Trastorno de adaptación	67% 100% 54% 28% 11% 7%
McCauley et al., JAMA Psiquiatría Estados Unidos 2018	Eficacia de la terapia dialéctico conductual para adolescentes con alto riesgo de suicidio. Un ensayo clínico aleatorizado.	N=86	Trastorno depresivo Trastorno de ansiedad Trastornos de la conducta alimentaria Trastorno límite de la personalidad	79,10% 48,80% 1,16% 50%
Goldstein et al., Journal Of Child And Adolescent Psychopharmacology Estados Unidos (2015)	Terapia Dialéctico conductual (TDC) para adolescentes con trastorno bipolar: Resultados de un ensayo piloto aleatorizado	N= 14	Trastorno bipolar Trastorno de déficit de atención e hiperactividad Fobia social Trastorno de pánico Trastorno de estrés post traumático Ansiedad no especificada	100% 29% 29% 7% 7% 7% 14%
Asarnow et al., Revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente Estados Unidos (2021)	Terapia dialéctico conductual para las autolesiones suicidas en jóvenes: regulación de las emociones, mecanismos y mediadores.	N=86	Trastorno depresivo Trastorno de Ansiedad Trastorno límite de personalidad	83,81% 54,10% 53,20%

Berk et al., Archives of Suicide Research Estados Unidos 2020	Implementación de la terapia dialéctico conductual con adolescentes suicidas y autolesivos en una clínica comunitaria	N=24	Trastorno Depresivo Trastorno límite de la personalidad Trastorno de estrés post traumático	100% 100% 58,3%
Tebbett-Mock et al., Revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente Estados Unidos 2019	Eficacia de la terapia dialéctico conductual frente al tratamiento habitual para cuidados agudos en adolescentes hospitalizados	N= 425	Trastorno de déficit de atención e hiperactividad Trastorno de ansiedad Trastorno bipolar Trastorno depresivo Trastorno de comportamiento disruptivo Trastornos de la conducta alimentaria Trastorno obsesivo compulsivo Esquizofrenia Trastorno de Estrés Post Traumático Trastorno del sueño Trastorno por uso de sustancia	0,7% 2,6% 32,9% 46,4% 2,6% 0,5% 0,7% 7,8% 4,7% 0,2% 0,9%
Tørmoen, B et al., Archives of Suicide Research Noruega 2015	Viabilidad de la Terapia Dialéctico Conductual en Suicidio y autolesión con Jóvenes multiproblemas: Formación, Adherencia y Retención	N=27	Trastorno límite de la personalidad Trastorno del estado de ánimo Trastorno de déficit de atención e hiperactividad Trastorno de pánico Trastorno de consumo de sustancias	44% 67% 3,7% 3,7% 3,7%
Hancock-Johnson et al., JOURNAL OF FORENSIC PRACTICEReino Unido 2020	Pacientes adolescentes hospitalizados que completan la terapia conductual Dialéctico	N=22	Trastornos mixtos de conducta y emociones - Trastorno de Ansiedad - Trastorno Depresivo	77,27%
Santamarina et al., Terapia Conductual Dialéctico Para Adolescentes España 2020	Terapia Dialéctico Conductual adaptada para adolescentes con alto riesgo de suicidio en una clínica comunitaria: Un estudio pragmático, aleatorio y controlado	N=18	Trastorno depresivo Trastorno BIPOLAR Trastorno de ansiedad Trastorno de déficit de atención e hiperactividad Trastornos de la conducta alimentaria Trastorno de estrés post traumático	83% 6% 56% 22% 61% 22%
Gillespie a et al., Salud Mental del Niño y el Adolescente Irlanda 2019	Terapia conductual Dialéctico para adolescentes: una comparación de programas de 16 y 24 semanas impartidos en un entorno comunitario público	N=152	Trastorno límite de la personalidad Trastorno depresivo	100% 100%
Flynn et al., Salud Mental del Niño y del Adolescente Reino Unido 2018	Innovaciones en la práctica: Terapia conductual Dialéctico para adolescentes: implementación y evaluación en múltiples sitios de un programa de 16 semanas en un entorno de salud mental comunitario público	N=84	Trastorno límite de la personalidad Trastorno depresivo	100% 100%

Mehlum et al., Revista de Psicología y Psiquiatría Infantil Noruega 2019	Eficacia a largo plazo de la terapia conductual Dialéctico versus atención habitual mejorada para adolescentes con conducta autolesiva y suicida	N=37	Trastorno límite de la personalidad	100%
Ramleth et al., BioMed Central Noruega 2017	El impacto del trastorno límite de la personalidad y el trastorno límite de la personalidad por debajo del umbral en el curso de la depresión autoinformada y calificada por el médico en adolescentes que se autolesionan	N=39	Trastorno Depresivo Trastorno de personalidad limite Trastorno de ansiedad Trastorno de estrés post traumático Trastorno de déficit de atención e hiperactividad Trastornos de la conducta alimentaria Trastorno de Conducta	100% 26% 49% 18% 5% 10% 3%
Yeo et al., 2020 USA Salud Mental del Niño y del Adolescente Estados Unidos 2020	Autolesión y autorregulación en jóvenes de minorías étnicas urbanas: una aplicación piloto de terapia conductual Dialéctico para adolescentes	N=51	Trastorno depresivo Trastorno de ansiedad Trastorno de estrés post traumático Trastorno límite de la personalidad	73,6% 19,6% 15,1% 49,9%

Anexo 4. Aprobación del Trabajo de Integración Curricular



Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Loja, 08 de Junio del 2023

Dra.

Ana Puertas Azanza. Mg. Sc.

DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Ciudad.

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo, deseándole éxitos en su importante cargo, en cumplimiento del oficio circular Oficio. No. -075- C.PS.CL- FSH-UNL, con asunto de analizar y emitir el Informe de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado **"TERAPIA DIALECTICO CONDUCTUAL EN LA REDUCCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES"**, de autoría de la estudiante María Emilia Toledo Sarango con CI.1106024068, estudiante del VIII ciclo de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, concluyo con lo siguiente:

- Al presentar las debidas correcciones, **el Proyecto mencionado es pertinente, cuenta con estructura y coherencia en su totalidad.**

Información que pongo a su disposición, para los fines pertinentes.

Atentamente,



MONICA ELIZABETH
CARRION REYES

Psi. Cl. Mónica Elizabeth Carrión Reyes. Mg.

1104798846

monica.carrio@unl.edu.ec

PERSONAL ACADÉMICO OCASIONAL DE LA UNL

c.c.: Archivo

Anexo 5. Oficio de Designación de la Directora de Integración Curricular



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

MEMORANDO. Nro. UNL FSH-DCPS.CL 116
Loja, 16 de junio de 2023

DE: Doctora
Ana Catalina Puertas Azanza
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLINICA FSH-UNL

PARA: Psicóloga Clínica
Mónica Elisabeth Carrión Reyes Mgs
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL

ASUNTO: **DESIGNACIÓN DE DIRECCIÓN DE TRABAJO DE
INTEGRACIÓN CURRICULAR**

De mi consideración:

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el “Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 26 de julio del 2009”, una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de Integración Curricular fue aprobado; me permito hacerle conocer que está dirección, la ha designado Directora de del Proyecto de Integración Curricular adjunto, denominado: “**TERAPIA DIALECTICO CONDUCTUAL EN LA REDUCCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES**”, autoría de: María Emilia Toledo Sarango CI. 1106024068, estudiante del VIII ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana.

En seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento

Atentamente,



Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mgs
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL**

El suscrito Franco Guillermo Abrigo Guarnizo.

Lcdo. En Ciencias de la Educación Mención Idioma Inglés

A petición de la parte interesada y en forma legal.

CERTIFICA:

Que **María Emilia Toledo Sarango** con cédula de identidad número **1106024068**, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, completó satisfactoriamente la presente traducción de español a inglés del resumen del Trabajo de Integración Curricular denominado “**Terapia Dialéctico Conductual en la reducción de la conducta suicida en adolescentes**”.

Traducción que fue guiada y revisada minuciosamente por mi persona. En consecuencia, se da validez a la presentación de la misma. Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, pudiendo la interesada hacer uso del presente documento en lo que estimare conveniente.

Atentamente,



.....
Franco Guillermo Abrigo Guarnizo

Lcdo. En Ciencias de la Educación Mención Idioma Inglés

Número de Registro Senescyt: 1008-2021-2368808