



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Informe final previo a la obtención del título de Psicóloga clínica

TRABAJO DE TITULACIÓN

Terapia dialéctico conductual en el tratamiento de conductas suicidas en adolescentes

Autora: Valeria Michelle Barragán Pinos

Tutor: Mgs. Juan Pablo Mazón Naranjo

Riobamba-Ecuador

2020

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

Los docentes de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo, Miembros del Tribunal de Graduación del proyecto de investigación titulado “TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE CONDUCTAS SUICIDAS EN ADOLESCENTES”, presentado por la estudiante Valeria Michelle Barragán Pinos con C.C. 0202335766, dirigido por Mgs. Juan Pablo Mazón Naranjo.

Una vez realizado el informe final del proyecto de investigación escrito, con fines de titulación, en el que se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, se encuentra APROBADO Y APTO PARA PRESENTARSE A LA DEFENSA.

Para constancia de lo expuesto firman:

Mgs. Juan Pablo Mazón Naranjo

Tutor



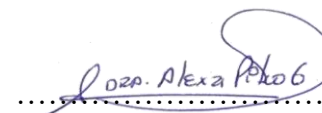
Dr. Byron Alejandro Boada Aldaz Mgs.

Miembro de Tribunal



Dra. Gina Alexandra Pilco Guadalupe PhD.

Miembro de Tribunal



Riobamba, 3 de Mayo de 2021.

APROBACIÓN DEL TUTOR

Mgs. Juan Pablo Mazón Naranjo, docente de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Chimborazo.

CERTIFICO

Haber revisado y asesorado el informe final del proyecto de investigación titulado: **TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE CONDUCTAS SUICIDAS EN ADOLESCENTES**, realizado por la Srta. BARRAGÁN PINOS VALERIA MICHELLE con C.C. 020233576-6, el mismo que cumple con los parámetros establecidos por la institución, por lo tanto, se encuentra **APROBADO Y APTO PARA PRESENTARSE A LA DEFENSA**.

Para constancia de lo expuesto firma:

A handwritten signature in blue ink, reading "Juan Pablo Mazón", is written over a horizontal line.

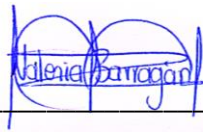
Mgs. Juan Pablo Mazón

TUTOR

Riobamba, 03 de Mayo del 2021

AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, VALERIA MICHELLE BARRAGÁN PINOS con C.C. 020233576-6, declaro ser responsable de las ideas, resultados y propuestas planteadas en este proyecto de investigación titulado **“TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE CONDUCTAS SUICIDAS EN ADOLESCENTES”** y que el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Valeria Michelle Barragán Pinos

020233576-6

AGRADECIMIENTO

Agradezco con especial cariño a mi madre Patricia quien durante toda mi vida ha sido fuente de inspiración, entereza y protección en cada paso que me ha guiado hasta aquí enseñándome que nada es imposible de lograr.

A mi abuelita Nelly que con sus consejos ha sabido dirigirme en la dirección correcta, con sus cuidados y apoyo incondicional siempre ha logrado apaciguar cada temor que me impedía continuar.

A Sylvania, Mónica, Milena y Hugo por compartir mis triunfos mostrándome su afecto. A mis amigas y amigos quienes se han convertido en mi familia, me han brindado su apoyo incondicional, han estado en mis más grandes penas y alegrías ayudándome a seguir adelante.

Finalmente agradezco a los maestros que han guiado mi formación académica y a mi tutor por ayudarme en la construcción de este trabajo.

DEDICATORIA

Dedico con entusiasmo este trabajo a mi madre y abuelita por todo el apoyo depositado en mí, convencida de que han hecho un gran esfuerzo, cada logro en mi vida siempre será en su nombre con mucho amor y gratitud eterna.

A aquellos adolescentes quienes conflictuados por las adversidades en algún momento han considerado la muerte como solución, esperando que el presente trabajo sea parte del cambio.

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL	I
APROBACIÓN DEL TUTOR	II
AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	III
AGRADECIMIENTO	IV
DEDICATORIA	V
RESUMEN:	IX
ABSTRACT:	X
CAPÍTULO I	1
CAPÍTULO II	11
Población	11
Muestra	12
Calidad Metodológica	14
Técnica de estudio y materiales empleados	17
Métodos de estudio	17
Consideraciones éticas	18
CAPITULO III	18
Estrategias de prevención secundaria de las conductas suicidas en adolescentes desde el enfoque de TDC	28
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	41
Anexo N.1	41
Anexo N.2	42
Anexo N.3	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios de selección.....	12
Tabla 2. Criterios utilizados para determinar la calidad metodológica	14
Tabla 3. Proceso de revisión de calidad metodológica.....	15
Tabla 4. Triangulación de los resultados de los estudios y aporte personal	20
Tabla 5. Estrategias, objetivos, desarrollo, contenido y observaciones para prevención secundaria del suicidio en adolescentes.....	29
Tabla 6. Documentos seleccionados tras la lectura crítica	42
Tabla 7. Puntuación de los artículos en base a la clasificación CRF-QS	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estructura de la estrategia de búsqueda realizada para la recolección de documentos científicos en la presente investigación bibliográfica.....	13
--	----

RESUMEN:

La adolescencia es una etapa que suele ser conflictiva para los individuos, debido a los cambios que se presentan, influyendo muchas veces en el desarrollo de conductas de riesgo y maneras de afrontamiento inadecuadas, por lo cual los adolescentes muestran tasas elevadas de suicidio. En base a esto, la presente investigación tuvo la finalidad de analizar la efectividad de la terapia dialéctico conductual en el tratamiento de conductas suicidas en adolescentes. Se llevó a cabo una investigación de nivel descriptivo, no experimental mediante revisión bibliográfica en la que a través del algoritmo de búsqueda se organizó los documentos recolectados de las bases de datos electrónicos como Redalyc, Elsevier, Google académico con la consecuente recuperación de archivos en páginas indexadas como Scielo, PubMed y sitios oficiales como la OMS y el INEC, contando con una población total de 2507 manuscritos; a partir de ello se obtuvo una muestra de 39 documentos mediante un muestreo no probabilístico basado en criterios de selección. La clasificación Critical Review Form-Quantitative Studies, permitió determinar la calidad metodológica de 11 artículos utilizados en la triangulación de la información, obteniendo que la terapia dialéctico conductual para adolescentes es más efectiva que otros tratamientos en la reducción de autolesión no suicida, intentos autolíticos, disminución de costos en el sistema de salud y en la prevención del síndrome de burnout en los terapeutas; pero es igual de efectiva como otros enfoques al reducir ideación suicida y la sintomatología depresiva.

Palabras clave: Terapia dialéctico conductual, conducta suicida, adolescentes.

ABSTRACT:

Adolescence is a stage that is usually conflictive for individuals, because of the changes that occur, often influencing the development of risk behaviors and inadequate ways of coping, which is why adolescents show high rates of suicide. Based on this, this research had the purpose of analyzing the effectiveness of dialectical behavioral therapy in the treatment of suicidal behaviors in adolescents. A descriptive, non-experimental research was carried out by a bibliographic review in which, through the search algorithm, the documents collected from electronic databases such as Redalyc, Elsevier, Google academic were organized with the consequent recovery of files in indexed pages such as Scielo, PubMed and official sites such as WHO and INEC, with a total population of 2507 manuscripts; from this, a sample of 39 documents was obtained by means of a non-probabilistic sampling based on selection criteria. The Critical Review Form-Quantitative Studies classification allowed determining the methodological quality of 11 articles used in the triangulation of information, obtaining that dialectical behavior therapy for adolescents is more effective than other treatments in the reduction of non-suicidal self-harm, self-harm attempts, reduction of costs in the health system and in the prevention of burnout syndrome in therapists; but it is as effective as other approaches in reducing suicidal ideation and depressive symptomatology.

Key words: Dialectical behavior therapy, suicidal behavior, adolescents.

Reviewed by:
Danilo Yépez Oviedo
English professor UNACH
0601574692

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación surge por los numerosos casos de muertes por suicidio que se presentan cada año en adolescentes, siendo por lo tanto una problemática sanitaria y social. El estado a través del sistema de salud en su esfuerzo por disminuir las cifras de suicidios ha realizado una serie de campañas de prevención, en las que se incorpora a un grupo de profesionales, destacando la figura del psicólogo clínico como el agente más importante para la intervención.

El ser humano a lo largo de su desarrollo se ha enfrentado con diferentes contextos, ideologías, circunstancias que han influido en su comportamiento, pensamiento y emociones. El suicidio no es un tema nuevo, ha estado presente en la sociedad desde el inicio de la humanidad asociado a celebraciones religiosas, esclavitud, sufrimiento y se ha transmitido culturalmente (Pacheco & Peralta, 2015).

El suicidio es un acontecimiento complejo que tiene como fin la muerte del individuo, compete un proceso que abarca diferentes manifestaciones, a lo que se denomina como conducta suicida, iniciando desde la ideación suicida impregnada de fantasías e ideas de muerte hasta el suicidio consumado.

Los datos indican que esta problemática duplica en cantidad los casos de muertes por accidentes de tránsito, también supera en número a los homicidios y casos de violencia de género (Fonseca & Pérez, 2020). Aunque no se pueda encasillar al suicidio como un problema de una población o grupo específico, se puede establecer grupos etarios en los que se presenta con mayor frecuencia como lo son los adolescentes y adultos mayores (Pacheco & Peralta, 2015).

En un estudio sobre la conducta suicida realizado en Cuba concluyen que la adolescencia por sí sola es un factor de riesgo, y si a esto se suma una familia disfuncional, ausencia de un proyecto de vida y trastornos relacionados con la salud mental del individuo, con gran probabilidad atentaría contra su vida (Cuenca, Roselló, Díaz, Fernández, & Ávila, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.) define a la adolescencia como una etapa de transición después de la niñez y antes de la vida adulta entre los 10 y 19 años. Durante esta etapa el desarrollo cerebral del adolescente todavía está en progreso; por lo tanto, la inmadurez de los centros cerebrales hace propenso al individuo a incurrir en conductas impulsivas y de riesgo (Papalia & Martorell, 2015).

Además, esta etapa comprende cambios muy importantes tanto físicos, psicológicos y sociales que por lo general desconciertan al individuo produciéndole sentimientos de incompreensión y miedo, lo que le orilla a una tendencia de padecer trastornos mentales; mismos son predisponentes para que la persona desarrolle conductas suicidas.

Entre las edades de 15 a 29 años el suicidio fue la segunda causa principal de muerte en el año 2016 a nivel mundial (OMS, 2019). Por otra parte, en España, durante el año 2018 aproximadamente 268 personas en el mismo rango de edad murieron por suicidio (Fonseca & Pérez, 2020). Según un estudio realizado en Ecuador se encontró que entre 2001 y 2014 el país registró 4855 suicidios en adolescentes y jóvenes, determinando alto riesgo en varones entre los 15 y 24 años de edad procedentes de la Amazonía, seguidos de la región interandina (Gerstner, Soriano, Sanhueza, Caffè, & Kestel, 2018). Además, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos, dentro de las causas principales de defunción en adolescentes de 12 a 17 años el suicidio ocupa el segundo lugar (Lugmaña, Carrera, & Albán, 2020).

La conducta suicida al abarcar más que el suicidio consumado, también indica cifras significativas referentes a sus otras manifestaciones. España muestra una prevalencia vital de ideación suicida en torno al 30% y de intentos de suicidio aproximadamente el 4% en población adolescente (Fonseca & Pérez, 2020). Por otra parte, en México en un estudio realizado a estudiantes de secundaria del estado de Morelos, se evidenció un índice del 14.1% en lo que respecta a intentos de suicidio y de 10.44% referente a ideación suicida (Valdez, Arenas, Cortés, Briceño, & Forteza, 2019).

En la ciudad de Riobamba, una investigación obtuvo que entre 2018 y 2019 la edad más frecuente en la que se presentaron más casos de intentos de suicidio fue entre los 15 a 19 años con una prevalencia mayor en el sexo femenino y en la etnia mestiza (Salazar & Zumba, 2020).

El suicidio es un problema prevenible al que se deben enfocar los recursos necesarios para poder implementar estrategias inteligentes, puesto que por cada persona que se suicida veinte más también lo harán (OMS, 2014). En los últimos años es notorio un incremento de los casos de intentos de suicidio y de suicidio consumado en la población joven, donde el 75% de los individuos de este grupo tuvo contacto con el primer nivel de atención un año previo al suceso, y el 45% un mes atrás (Valdez et al., 2019).

De tal forma los servicios de salud, tienen la obligación de incorporar esta problemática como un eje central, porque un acceso oportuno a la atención, una identificación temprana, acompañado de un tratamiento adecuado, disminuye el riesgo de comportamientos suicidas en el individuo y además frena las consecuencias subyacentes que se presentan (OMS, 2014).

A pesar de ello, en el personal de salud se evidencia una reacción negativa hacia la atención de personas quienes manifiestan conductas suicidas, asociado muy probablemente a la falta tanto de conocimiento como de habilidades que les permitan brindar un correcto abordaje a este tipo de pacientes (Valdez et al., 2019).

Dentro de este grupo de profesionales, el psicólogo clínico debido a su formación académica tiene una participación directa en la detección de esta problemática. Cuando se habla del manejo de conductas suicidas, así como de las terapias psicológicas que contrarrestan esta problemática se evidencia un sin número de enfoques, de los cuales pocos de ellos han demostrado en la práctica y la experiencia tener eficacia (Solís, 2018).

Las intervenciones psicológicas que generalmente se aplican para el tratamiento de conductas de riesgo como el suicidio; son de tipo cognitivo conductual centradas en la modificación de pensamientos distorsionados, conductas disfuncionales y actitudes desadaptativas, considerándose como las más adecuadas; pero también destacan las terapias de tercera generación conocidas de igual forma como terapias contextuales porque han logrado demostrar tener gran éxito (Valdez et al., 2019).

Las terapias de tercera generación surgen en la década de los noventa y se fundamentan en la idea de que para entender al individuo se debe dar importancia a las contingencias del entorno, generándose por lo tanto una concepción holística y contextual de la persona (López, 2019).

Estas terapias, aunque mantengan elementos comunes con sus predecesoras, el resultado no se dirige a la eliminación de conductas desadaptativas o a la reducción de síntomas cognitivos para el cambio de conducta, más bien se orientan a lograr la funcionalidad entre la relación del paciente con el problema, por medio de la modificación del contexto en el que los síntomas resultan problemáticos (Valdez et al., 2019).

Algunas de las terapias contextuales más representativas son: la terapia de aceptación y compromiso, la terapia de activación conductual, la terapia dialéctico conductual y la psicoterapia analítica funcional (López, 2019).

De este grupo, la terapia dialéctico conductual destaca como la mejor para el tratamiento de conductas suicidas debido a que cuenta con dimensiones y elementos biológicos, psicológicos y sociales que permiten tener una mejor visión de esta conducta problema (Sánchez, 2015). Además, muestra evidencia empírica suficiente para respaldar su eficacia no solo para tratar conductas suicidas sino que también la rabia y la ansiedad, para consecuentemente lograr que el individuo consiga mejorar su salud mental (Soler, Elices, & Carmona, 2016).

La terapia dialéctico conductual (TDC) es un enfoque desarrollado por Marsha M. Linehan a partir de la década de 1980, como parte de un proceso para tratar de manera eficaz a los individuos que presentaban tendencias suicidas crónicas y presentaciones clínicas complejas (Lindenboim, Lungu, & Linehan, 2017). En 1991 se publicó el primer ensayo controlado aleatorio realizado por Linehan junto con su equipo de trabajo, demostrando eficacia en la reducción de conductas suicidas (Miller, 2015).

Esta terapia estuvo dirigida originalmente a pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) (Soler et al., 2016). La motivación principal de la autora fue que la terapia cognitiva conductual clásica en este tipo de pacientes, no lograba alcanzar resultados adecuados. En esencia la TDC fue un esfuerzo clínico de prueba y error basado en la aplicación de principios conductuales y la teoría del aprendizaje social (Miller, 2015).

Lo que más caracteriza la TDC es la mezcla que existe entre la terapia cognitivo conductual clásica, los principios del Zen y aproximaciones budistas, la primera centrándose principalmente en el cambio de conducta y las siguientes en la aceptación y validación (Soler et al., 2016).

La filosofía dialéctica que maneja la TDC, se inspira en el método desarrollado por el filósofo Georg Hegel a finales del siglo XVIII, donde se establecen tres pasos del método dialéctico; el primero comienza con la tesis (afirmación intelectual), a continuación se analiza lo negativo de esa tesis (antítesis) y finalmente se llega a la síntesis que es la reconciliación de la tesis y la antítesis (Kelly & Robinson, 2017). De tal forma se entiende que siempre van a existir fuerzas opuestas que van a estar en una misma persona.

El objetivo terapéutico de la TDC consiste en lograr un balance entre el cambio, que permita a los pacientes crear una vida que valga la pena vivir y la aceptación de ellos tal como son en el momento (Lindenboim et al., 2017). Esta postura la diferencia de otro tipo de terapias y le atribuye un éxito superior, porque un tratamiento únicamente dirigido al cambio hace

que los pacientes se sientan invalidados y consecuentemente abandonen el proceso terapéutico; por otra parte, un enfoque basado solo en la aceptación no lograría promover los cambios necesarios de las conductas desadaptativas (Soler et al., 2016).

La duración total del tratamiento de la TDC estándar es de un año (MacPherson et al., 2012). Consta de 5 funciones las cuales son: mejorar la motivación del paciente, perfeccionar las capacidades del individuo, asegurar la generalización de las ganancias comportamentales a su contexto, estructurar un entorno que refuerce comportamientos funcionales y optimizar las capacidades del terapeuta (Rathus, Berk, Miller, & Halpert, 2020).

Las funciones previamente descritas se pueden evidenciar durante 4 etapas de tratamiento, mismas que se desarrollan en base a objetivos que tienen un orden jerárquico (MacPherson et al., 2012). Previo a la primera etapa se encuentra la fase de pre-entrenamiento que abarca de 1 a 4 sesiones, donde el terapeuta orienta a la persona al tratamiento, obtiene compromiso para trabajar en las metas terapéuticas y genera esperanza (Lindenboim et al., 2017).

En la primera etapa, el terapeuta ayuda al cliente tanto a alcanzar capacidades básicas como a reducir conductas que amenacen la vida del cliente, acciones que obstaculicen la terapia y comportamientos que interfieran con la calidad de vida del mismo, además se encamina a aumentar habilidades conductuales para reemplazar las disfuncionales (Linehan & Wilks, 2015).

La etapa dos se denomina “etapa de desesperación silenciosa” y tiene como objetivo que el individuo experimente una gama completa de emociones (Linehan & Wilks, 2015). El terapeuta incorpora en el paciente una experiencia emocional normativa (MacPherson, Cheavens, & Fristad, 2012).

En la etapa tres el terapeuta ayuda a que el paciente logre resolver problemas, aumente respeto por sí mismo y alcance metas individuales; finalmente en la etapa cuatro el paciente resuelve sus sensaciones de vacío (MacPherson et al., 2012).

Estas etapas de tratamiento se logran en cuatro modos de terapia las cuales son: terapia semanal individual, entrenamiento semanal en habilidades grupales, asistencia telefónica y reuniones semanales del equipo de consulta terapéutica (MacPherson et al., 2012).

La terapia individual es la pieza clave del tratamiento porque se encarga de enlazar todos los modos de terapia de la TDC, el objetivo que busca alcanzar es que el paciente aplique el

aprendizaje que adquiere en el entrenamiento en habilidades grupales, en todas las situaciones y contextos que se le presentan (Vásquez-Dextre, 2016).

La asistencia telefónica consiste en la atención que le brinda el terapeuta al paciente en el tiempo que transcurre entre cada sesión, siguiendo las reglas que se hayan establecido previamente (Vásquez-Dextre, 2016). El objetivo es reducir las conductas suicidas, parasuicidas y desadaptativas que generalmente se presentan en la persona cuando se encuentra en crisis, esto se logra al reparar los daños provocados en la relación terapéutica, mismos que pueden resultar dolorosos para el usuario; además al ayudarlo en la generalización de habilidades (Linehan & Wilks, 2015). Si los sujetos no están dispuestos a usar sus habilidades o se han autolesionado, se les prohíbe la asistencia telefónica por 24 horas (Kelly & Robinson, 2017) .

Las reuniones semanales del equipo de consulta terapéutica son una forma en la que se trata de prevenir el síndrome de burnout en los terapeutas permitiéndoles discutir sobre casos complejos al igual que solicitar supervisión sobre alguno en particular (Vásquez-Dextre, 2016). Es como una terapia para los profesionales donde se animan y se elogian entre sí, promoviendo el hecho de mantener la postura dialéctica (Kelly & Robinson, 2017).

El entrenamiento en habilidades grupales tiene un enfoque didáctico, incluye: historias, ensayos de comportamiento, retroalimentación, asignación de tareas entre otras herramientas (Linehan & Wilks, 2015). En la mayoría de los casos es dirigida por dos terapeutas, mismos que preferentemente deben ser distintos a los de la terapia individual, el objetivo que se persigue es que el paciente sea capaz de ejecutar conductas efectivas (Vásquez-Dextre, 2016). Además, consta de cuatro módulos: atención plena, efectividad interpersonal, regulación emocional, y tolerancia a la angustia (Linehan & Wilks, 2015). Mismos que se pueden modificar según las habilidades que se vayan a trabajar, en base a la necesidad que se presente con cada paciente dependiendo de su diagnóstico.

La atención plena es una habilidad básica que se presenta en cada módulo con distintas tareas (Linehan & Wilks, 2015). Esta destreza al reducir la concentración del paciente en eventos dolorosos del pasado o amenazas futuras permite que experimente las situaciones de su presente de una forma más plena (McKay, Wood, & Brantley, 2017).

El entrenamiento en efectividad interpersonal, consiste en brindar un repertorio de habilidades que le enseñan al individuo a manejar los conflictos con otras personas, crear

lazos con nuevas amistades, terminar las relaciones destructivas y reforzar el ambiente de manera efectiva (Linehan & Wilks, 2015).

La regulación de emociones enseña al paciente una variedad de estrategias cognitivas y conductuales para reducir las respuestas emocionales no deseadas, aumentando así emociones placenteras; además el individuo aprende a cómo identificarlas y describirlas (Linehan & Wilks, 2015).

Y el entrenamiento en tolerancia a la angustia ayuda a enfrentar de forma eficaz los acontecimientos dolorosos, fortaleciendo la resiliencia y proporcionando medios que reduzcan los efectos de las circunstancias adversas (McKay et al., 2017). Enseña una serie de técnicas de retraso de la gratificación y de auto alivio, destinadas a que el paciente pueda superar la crisis sin empeorar las cosas; esto va de la mano con la aceptación de la realidad entendiendo que los hechos dolorosos no se pueden cambiar (Linehan & Wilks, 2015).

Aplicar en niños y adolescentes el entrenamiento en habilidades, podría evitar problemas futuros como el desarrollo de trastornos mentales y mejora el funcionamiento general (Kelly & Robinson, 2017). Los adolescentes quienes muestran problemas de conducta valoran de forma positiva el trabajo en el grupo de habilidades, indican una satisfacción con los cambios intrapsíquicos que llegan a obtener después de este modo de tratamiento e incluso llegan a recomendarlo a personas sanas (Pardo, et al., 2020).

Debido al éxito de los resultados que se obtuvieron en el tratamiento de individuos diagnosticados con TLP y al gran impacto que generó la TDC, se desarrollaron numerosas adaptaciones tanto para trastornos como depresión crónica, abuso de sustancias, así como ajustes para la aplicación en adolescentes (Miller, 2015). Estas modificaciones son factibles porque la TDC tiene una estructura flexible donde el proceso terapéutico se adapta a las necesidades individuales del paciente en base al riesgo y complejidad del trastorno (Kelly & Robinson, 2017).

La terapia dialéctico conductual para adolescentes (TDC-A) es una adaptación realizada por Rathus y Miller, quienes en un inicio dirigieron los ajustes para el tratamiento de adolescentes que exhibían ideas y comportamientos suicidas, posteriormente la moldearon para otros problemas (MacPherson et al., 2012). La TDC-A mantiene las mismas directrices de la TDC estándar pero coloca a la familia en un rol más activo en el tratamiento (Soler et al., 2016). Por lo tanto, incluye siete ajustes:

El primero es que los miembros de la familia, por lo general los padres, son incluidos en el grupo de formación de habilidades multifamiliares para mejorar la generalización de conductas adaptativas, el refuerzo de habilidades y el entorno del adolescente; además al ser incluidos en el tratamiento, estos también pueden recibir asesoramiento telefónico con el terapeuta de grupo y el adolescente con el terapeuta individual (MacPherson et al., 2012).

En segundo lugar, dentro de la terapia individual del adolescente se destinan de 3 a 4 sesiones para terapia familiar si el caso lo amerita, por ejemplo: cuando la relación con un miembro de la familia es la fuente de conflicto o cuando surge una crisis dentro de la misma (MacPherson et al., 2012). Se trata temas como psicoeducación, habilidades, afrontamiento de crisis y conductas de riesgo, de esta manera se produce en la familia una mejor comunicación, logran comprender el trastorno y brindan un mejor apoyo al paciente (Vásquez-Dextre, 2016).

En tercer lugar, se agregó un quinto módulo denominado “el camino del medio” que aborda habilidades específicas tanto para los adolescentes como para sus familias enfocado en la validación de uno mismo y de los demás, principios de comportamiento y dilemas dialécticos (MacPherson et al., 2012).

En cuarto lugar, se busca desarrollar y enseñar en el módulo “el camino del medio” los 3 dilemas dialécticos presentes en la interacción adolescente-familia: indulgencia excesiva versus el control autoritario; normalizar comportamientos desviados del adolescente versus patologizar comportamientos normativos; fomentar la dependencia versus forzar la autonomía (Rathus et al., 2020).

En quinto lugar, la duración del tratamiento se redujo de un año a 16 semanas, de esta manera logra ser más atractivo para los adolescentes, puesto que quienes presentan conductas suicidas tienden a completar solo un número limitado de sesiones (MacPherson et al., 2012).

En sexto lugar, se promueve una segunda fase de tratamiento, desarrollando un grupo opcional de graduados con una duración de 16 semanas, los adolescentes que continúan mostrando descontrol conductual pueden repetir el grupo las veces que sean necesarias, ya que el objetivo es reforzar y generalizar las habilidades que se enseñaron previamente (MacPherson et al., 2012).

La séptima adaptación consiste en la modificación de los folletos de habilidades grupales, facilitando la aplicación y el entendimiento de los mismos (MacPherson et al., 2012).

En general la TDC se ha establecido como el tratamiento preferido para las personas que presentan conductas suicidas y TLP (Miller, 2015). El éxito se debe a la manera amplia en la que esta terapia entiende al suicidio y sobre todo porque trabaja en la dialéctica presente en esta conducta, debido a que por un lado el individuo presenta miedo a vivir y por otra parte su polo contradictorio el miedo a morir; buscando una salida a su propia angustia con el objetivo de lograr su muerte, pero también el deseo de vivir de otra manera (Rocamora, 2013).

Cuando la TDC trabaja con individuos que presentan conductas suicidas, los objetivos que se plantean de forma jerárquica son: disminuir los comportamientos de crisis suicidas, luego los intentos de suicidio, autolesión no suicida, posteriormente las comunicaciones suicidas y finalmente resolver otras emociones, expectativas y creencias que promuevan el suicidio; la TDC impulsa la reducción del comportamiento manifiesto en lugar de la eliminación de los pensamientos suicidas (DeCou & Carmel, 2020).

La conducta suicida es un problema que implica aspectos existenciales, psicopatológicos, sociales e incluso morales que debido a la gran cantidad de autores y terminología es difícil llegar a definir, delimitar y unificar (Rocamora, 2013). Hace referencia a un grupo de conductas en las que se evidencian tanto aspectos cognitivos como ideas suicidas, planificación de la muerte, al igual que aspectos conductuales como el intento de suicidio y el suicidio consumado (Mosquera, 2016).

La crisis suicida es activada por el entorno y consiste en el proceder que tiene el individuo para responder como si estuviera en un riesgo inminente de suicidio (DeCou & Carmel, 2020). Es un estado mental en el que destacan y se activan los impulsos de muerte en la persona (Rocamora, 2013).

La ideación suicida consiste en los pensamientos que presenta el individuo sobre querer estar muerto, acompañado de una fantasía autodestructiva; sin estar necesariamente adjuntados a un comportamiento preparatorio y a partir de estas ideas surge la planificación suicida que consiste en la organización de un plan estructurado para llevar a cabo la muerte y la comunicación suicida que es la expresión de estos pensamientos (Mosquera, 2016).

El intento de suicidio es un comportamiento potencialmente dañino autodirigido y no fatal, que muestra la intención que tiene el individuo de morir pudiendo o no resultar en una lesión (DeCou & Carmel, 2020). Por lo general, no se logra el objetivo ya sea porque no se

utilizaron los medios adecuados, hubo algún fallo en el método o el sujeto no tuvo la firme decisión de hacerlo (Rocamora, 2013).

El gesto suicida, parasuicidio o también conocido como autolesión no suicida, se define como un conjunto de conductas en las que la persona de forma voluntaria se produce daño físico con ausencia de la intención de lograr su muerte, más bien busca el resultado de provocarse dolor (Rocamora, 2013).

Finalmente, el suicidio consumado es la autodestrucción consiente y voluntaria en la que el sujeto logra su muerte (Rocamora, 2013). Es una de las principales causas de muerte prematura en muchos países del mundo, no solo afecta al perpetrador sino que también se ve afectado su círculo social y familiar cercano, mismos pueden presentar traumas y duelo complicado (Valdez et al., 2019).

Para que una persona llegue a mostrar este repertorio de conductas suicidas existen varios factores de riesgo que preceden e influyen en el individuo para que incurra en este comportamiento, como un déficit en el funcionamiento psíquico del individuo (impulsividad, desesperanza, baja autoestima), al igual que la presencia de trastornos mentales (depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno de personalidad, abuso de alcohol y otras sustancias) son factores determinantes y modificables que es justamente lo que se trabaja a nivel terapéutico (Pacheco & Peralta, 2015).

Los resultados terapéuticos de la TDC que se observan en mayor cantidad van dirigidos a población adulta, y por tal motivo es importante realizar esta investigación puesto que los adolescentes representan un número significativo de la población a nivel mundial y, como se pudo detallar, debido al ciclo vital en el que se encuentran se muestran susceptibles a no poder controlar ni entender sus emociones predisponiéndose a realizar conductas de riesgo, como el suicidio un problema que cada vez se incrementa más.

En Ecuador la TDC figura como una opción para el manejo psicoterapéutico de conductas suicidas en la guía práctica clínica que propone el ministerio de salud pública, pero no hace una distinción para población adolescente y además en el país no se encuentran estudios suficientes sobre este tema, a partir de esto es necesario corroborar si la TDC-A es realmente efectiva en el tratamiento de este tipo de conductas, para que de esta manera partiendo de las bases teóricas que propone esta terapia se puedan implementar programas de prevención del suicidio. Por lo tanto, en base a lo anteriormente expuesto la pregunta de investigación que

se ha llegado a plantear es: ¿La TDC –A es efectiva en el tratamiento de conductas suicidas en adolescentes?

El objetivo general que se planteó fue, analizar la efectividad de la terapia dialéctico conductual en el tratamiento de conductas suicidas en adolescentes por medio de revisión bibliográfica. Para lograrlo se conceptualiza las conductas suicidas en base al fundamento teórico de la TDC-A. Consecuentemente se identifica los efectos de esta terapia en el tratamiento de conductas suicidas en adolescentes. También se determina cuáles son los aspectos adicionales en los que se refleja la efectividad de la misma. Finalmente se llega a proponer desde la terapia dialéctico conductual, estrategias de prevención secundaria para adolescentes con conductas suicidas.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

El presente estudio realizado a nivel descriptivo detalla las características de las variables de estudio. Es de tipo bibliográfico porque se fundamenta en documentos de alto impacto científico. Su diseño es no experimental porque no se manipulan las variables y transversal pues fue desarrollado en el período mayo a octubre 2020. Tiene un enfoque cuali-cuantitativo; cualitativo por el análisis de información de cada archivo y cuantitativo por la sistematización de los mismos.

Se empleó buscadores boléanos en el idioma inglés AND, NOT para la obtención de documentos. Revisándose aquellos publicados con información sobre la terapia dialéctico conductual en el tratamiento de conductas suicidas en adolescentes, emitidos en páginas oficiales como la Organización Mundial de la Salud, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; bases de datos electrónicos como: Redalyc, Elsevier, Dialnet, Google académico con la consecuente recuperación de archivos en páginas indexadas como: Scielo y PubMed.

Población

La población de estudio está conformada por 2507 documentos científicos en los que se aborda la TDC en el tratamiento de conductas suicidas en adolescentes, publicados en revistas científicas de impacto regional o mundial entre los años 2015 y 2020 en los que se incluye informes técnicos, libros, capítulos de libros, artículos y tesis de pregrado.

Muestra

Para determinar la muestra se aplicó un muestreo no probabilístico basado en criterios de selección, mediante el cual se escogieron un total de 39 documentos, mismos que tienen relevancia investigativa.

De los 2507 documentos encontrados durante las diferentes secuencias de búsqueda se descartaron 2435 manuscritos debido a las siguientes razones:

- No estaban disponibles en texto completo
- Trabajaban con población adulta
- No mostraban resultados claros

Los documentos científicos fueron catalogados según el año de publicación, la fuente de emisión y el tipo de manuscrito; de los cuales 23 son artículos, 6 son libros, 4 capítulos de libros, 4 tesis de pregrado y 2 informes técnicos.

Los criterios que se tomaron en cuenta en el proceso de selección son los siguientes:

Tabla 1.

Criterios de selección

Criterio	Justificación
Documentos científicos divulgados preferentemente entre los años 2015 y 2020 a menos que el texto a citar sea relevante para el proyecto	La información se renueva constantemente, por lo tanto es fundamental recabar información actualizada
Estudios experimentales, y cuasi experimentales	Este tipo de estudios permite dar respuesta al objetivo general de la investigación dirigido a determinar la efectividad de la terapia dialéctico conductual en el tratamiento de conductas suicidas
Documentos científicos en idioma inglés y español	Porque la mayor cantidad de información acerca de la temática se encuentra en idioma inglés
Estudios que incluyan población adolescente	Debido a que el objetivo es conocer los efectos de la terapia en este grupo etario

Artículos que no incluyan trastornos alimenticios	Puesto que la TDC trabaja con un amplio conjunto de trastornos el interés de la presente investigación es la reducción de las conductas suicidas
Artículos que dispongan en su contenido métodos, resultados y conclusiones	Es importante conocer cómo se desarrolló el estudio para determinar su calidad metodológica
Guías, informes y artículos que presenten datos estadísticos sobre conductas suicidas	Es importante presentar datos concretos que sustenten la problemática

Nota: Los criterios de selección permitieron la discriminación adecuada de los documentos empleados en la presente investigación.

Algoritmo de búsqueda

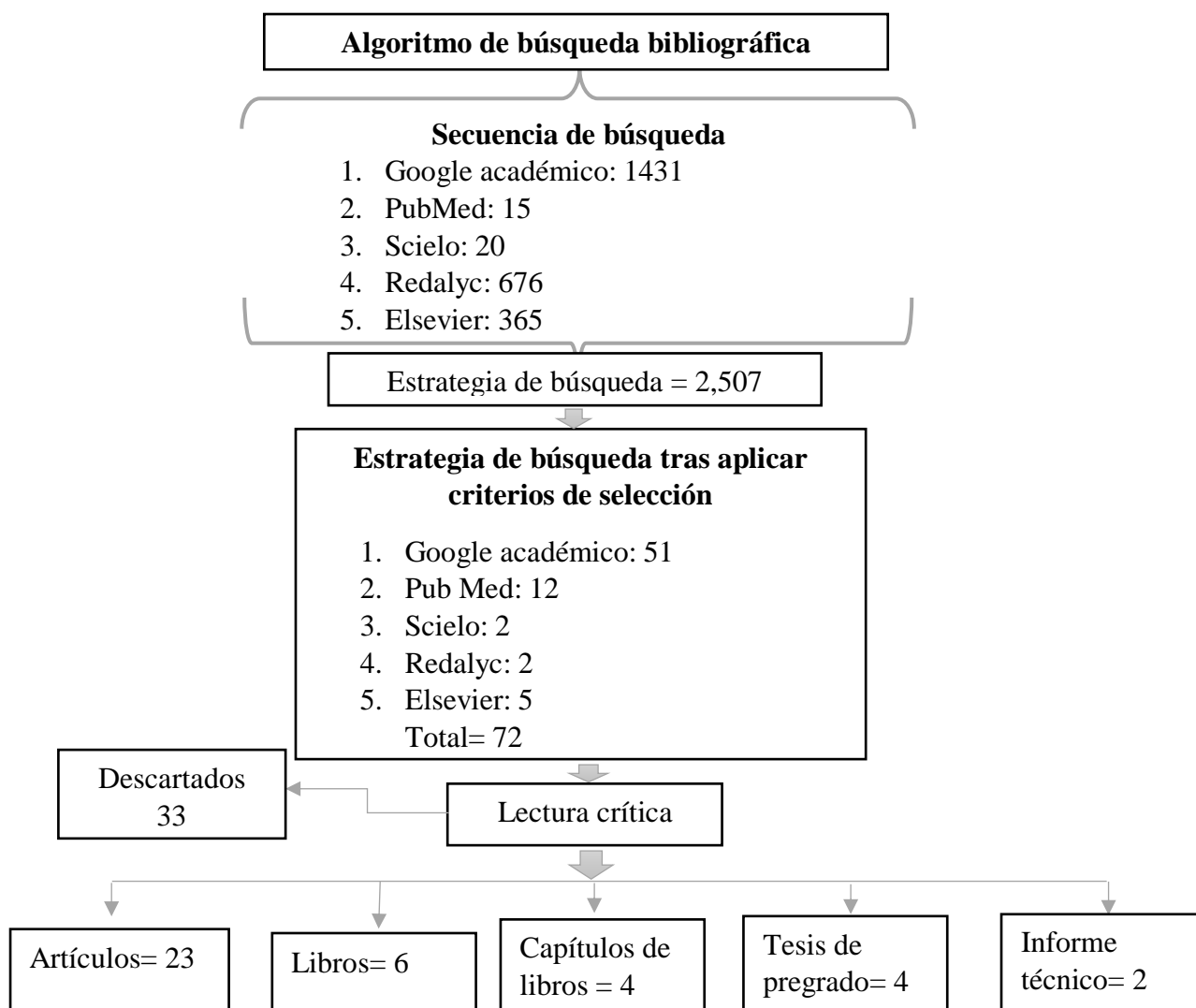


Figura 1. Estructura de la estrategia de búsqueda realizada para la recolección de documentos científicos en la presente investigación bibliográfica.

Calidad Metodológica

Para determinar la calidad metodológica de los artículos recolectados (23/39), se tomó en cuenta estudios experimentales y cuasi experimentales en los que se aplique la TDC (11/39). Se empleó la clasificación Critical Review Form- Quantitative Studies (CRF-QS), misma que fue desarrollada por el McMaster University Occupational Therapy Evidence- Based Practice Research Group en el año de 1998 (Law, et al., 1998).

CRF-QS consta de 19 ítems, donde cada uno equivale a un punto mismo que será otorgado al artículo en el caso de que cumpla con el parámetro expuesto, de esta manera los puntajes fluctúan entre 0 y 19 (Law, et al., 1998).

Para esta clasificación se cuenta con 5 niveles: el nivel más bajo, cuando el puntaje total es ≤ 11 siendo equivalente a una pobre calidad metodológica; entre 12 y 13 puntos, la calidad metodológica es aceptable; entre 14 y 15 es buena, entre 16 y 17 es muy buena y finalmente una puntuación ≥ 18 significa excelente calidad metodológica (Stagg, 2016).

Los 19 ítems son los siguientes (Law, et al., 1998) :

Tabla 2.

Criterios utilizados para determinar la calidad metodológica

Criterios	Nº Ítems	Elementos a evaluar
Propósito del estudio	1	Objetivos claros, medibles, concisos y alcanzables
Literatura	2	Información relevante para el estudio
Diseño	3	Apropiado para el estudio
	4	No presenta algún tipo de sesgo
Muestra	5	Se describió a detalle la muestra
	6	Se justificó el tamaño de la muestra
	7	Describe procedimientos éticos
Medición	8	Métodos de medición descritos claramente
	9	Fue fiable y valida la medición
Intervención	10	Descripción detallada de la intervención
	11	Evitar contaminación
	12	Evitar co- intervención
Resultados	13	Resultados expuestos de forma estadística

	14	Método de análisis apropiado
	15	Se informó de la importancia clínica
	16	Se informó número de abandonos
Conclusiones e implicación clínica de los resultados	17	Conclusiones coherentes
	18	Implicación en la práctica clínica de los resultados obtenidos
	19	Conciencia de las limitaciones del estudio

Nota: Recuperado de Guidelines for Critical Review Form-Quantitative Studies, 1998.

A continuación se presenta el proceso realizado por cada uno de los 11 artículos mencionados previamente.

Tabla 3.

Proceso de revisión de calidad metodológica.

No	Título del documento	Total obtenido	Categoría de calidad metodológica
1	Self-harm and self- regulation in urban ethnic minority youth: a pilot application of dialectical behavior therapy for adolescents	18	Excelente
2	Innovations in Practice: Dialectical behavior therapy for adolescents: multisite implementation and evaluation of a 16 – week programme in a public community mental health setting	17	Muy buena
3	Implementing Dialectical Behavior Therapy Skills Training with at-Risk Male Youth in a military- Style Residential Program	18	Excelente

4	Implementation of Dialectical Behavior Therapy with suicidal and Self – Harming Adolescents in a Community Clinic	18	Excelente
5	Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Self-injurious Thoughts and Behaviors	16	Muy buena
6	Differential Change of Borderline personality Disorder Traits During Dialectical Behavior Therapy For adolescents	16	Muy buena
7	Dialectical behavior therapy for adolescents: a comparison of 16-week and 24-week programmes delivered in a public community setting	18	Excelente
8	Adapted Dialectical Behavior Therapy for adolescents with High Risk of Suicide in a community Clinic: A pragmatic Randomized Controlled trial	18	Excelente
9	Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior	17	Muy buena
10	Efficacy of Dialectical Behavior Therapy Versus	17	Muy buena

	Treatment as Usual for Acute-Care Inpatient Adolescents		
11	Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide A Randomized trial	17	Muy buena

Nota: Proceso de revisión de la calidad metodológica de artículos experimentales y cuasi experimentales en los que se aplica TDC.

Técnica de estudio y materiales empleados

La técnica de recopilación de datos se desarrolló mediante la estrategia de búsqueda anteriormente mencionada y, en base a los criterios de selección se escogió los documentos que posteriormente fueron revisados de forma más detallada, principalmente los apartados de objetivos, metodología y resultados.

De esta forma se logró obtener datos que permiten la sistematización de la información, entre ellos se encuentran:

- Fuentes de información sobre las conductas suicidas
- Información teórica sobre la terapia dialéctico conductual.
- Adaptaciones de la TDC a la población adolescente
- Resultados de la aplicación de la TDC-A sobre conductas suicidas

Métodos de estudio

Para compendiar la información se tuvo en consideración los siguientes métodos del nivel teórico:

- Inductivo- deductivo: permitió agrupar cifras y datos importantes sobre las conductas suicidas en adolescentes a nivel micro, meso y macro, lo que dio paso a las conclusiones generales sobre la problemática e identificar como actuar sobre ella a través de la TDC-A.
- Analítico sintético: dio paso a la descripción de los fundamentos teóricos de la TDC, iniciando desde su historia, bases conceptuales y adaptaciones, facilitando la comprensión de la misma.

Consideraciones éticas

El presente estudio de revisión bibliográfica se realizó respetando los principios bioéticos de la investigación científica como beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia, aplicándolos durante la elaboración de la investigación y el manejo de la información obtenida.

CAPITULO III. DESARROLLO

Los resultados indican que la TDC-A ha sido mayormente aplicada en grupos de adolescentes que oscilan entre los 12 a 18 años. Si bien la adolescencia es una etapa comprendida desde los 10 hasta los 19 años, no se evidencia artículos que informen la aplicación antes o después de ese rango de edad. Respecto al género, aunque se conoce que el riesgo de suicidio es mayor en hombres, las investigaciones han sido realizadas con predominancia en el género femenino.

Por otra parte, si bien se encuentran estudios como el realizado por Yeo, et al., (2020) en adolescentes de variedad étnica, predominantemente hispano latinos, y el de Berk, Starace, Black, & Avina (2018) realizado en mujeres latinas, es importante ampliar las investigaciones a población latinoamericana ya que el factor cultural puede ser un determinante del éxito o fracaso de la terapia, aspecto que no se puede evaluar por la falta de información.

La TDC-A es una adaptación de la terapia estándar para población adolescente que ha generado sus propias directrices; su característica moldeable permite que se pueda continuar realizando ajustes para aplicarlo en diferentes trastornos o poblaciones (Linehan & Wilks, 2015). En base a esto los resultados indican que en la mayoría de intervenciones se ha trabajado con modificaciones referentes al tiempo principalmente aumentando las semanas de tratamiento, aplicando asistencia telefónica cuando fuera necesario, también han incrementado sesiones colaterales e inclusive se ha excluido a la familia por dificultades en su acceso.

Debido al trabajo en población adolescente, una corta duración de tratamiento resulta más atractivo logrando una buena adherencia a la terapia, afirmación que corrobora el estudio realizado por Gillespie, Joyce, Flynn, & Corcoran (2019) quienes encontraron que las tasas de abandono son mayores en el programa de 24 semanas, pero los resultados en la disminución de conductas suicidas son mejores.

Al hablar de las conductas suicidas los datos obtenidos muestran que la TDC-A tiene gran éxito disminuyendo los intentos de suicidio, la autolesión no suicida, la impulsividad, ideación suicida y sintomatología depresiva; pero, respecto a estos dos últimos estudios como el de Santamarina-Perez, et al., (2020) indican que al compararlo con otras terapias su éxito es igual; por otra parte, las investigaciones de Mehlum, et al., (2019) y Mccauley, et al., (2018) corroboran esto, indicando que durante el seguimiento de los participantes la ventaja de la TDC-A al disminuir ideación suicida y sintomatología depresiva se pierde, obteniendo los mismos resultados que otras terapias.

La información recolectada también refleja que las intervenciones realizadas han sido dirigidas principalmente a adolescentes que cumplan con el diagnóstico de TLP o con alguno de sus criterios. Las conductas suicidas no son únicas de este trastorno, más bien pueden presentarse como sintomatología subsecuente a diferentes patologías, por lo tanto, es importante ampliar el rango de investigación para respaldar con evidencias cuan efectiva es esta terapia.

Estudios como el de Flynn, et al., (2018) indican también aspectos importantes respecto a la efectividad de la TDC-A, poniendo en evidencia que al aplicar esta terapia se reducen costos en el ámbito de salud puesto que disminuyen el número de ingresos hospitalarios, días de hospitalización y visita a urgencias, aspectos provocados por algún tipo de conducta suicida. Por otra parte, los resultados del estudio de Berk et al. (2018) indican que la disminución de visitas a urgencias antes y después del tratamiento no es significativa.

Además, Flynn, et al., (2018) obtuvo en su investigación que hubo un desgaste en algunos profesionales encargados de brindar su servicio, pero al aprovechar las oportunidades de la reunión semanal del equipo de consulta terapéutica y capacitaciones adicionales recibidas para reponer al personal, se logró una sostenibilidad y éxito en el equipo.

Finalmente, con lo que respecta a los modos de terapia la TDC-A tiene cuatro, mismos que se complementan unos con otros, aun así, estudios como el realizado por Anestis, Charles, Lee-Rowland, Barry, & Gratz (2020) indican haber aplicado únicamente el entrenamiento en habilidades, obteniendo buenos resultados.

Tabla 4.*Triangulación de los resultados de los estudios y aporte personal*

N°	Autores	Participantes	Condiciones de participación	Tratamiento	Resultados	Aporte personal
1	Yeo, et al. (2020).	51 adolescentes entre 12 y 17 años, predominantemente hispano/latinos y de género femenino	1. Autolesiones durante las últimas 16 semanas o ideación suicida actual 2. Cumplir con el diagnóstico de TLP, o con solo 3 de los criterios	20 semanas de TDC- A (Una sesión individual y una sesión semanal de formación en habilidades multifamiliares y asistencia telefónica cuando fuera necesario).	20 participantes completaron el tratamiento, se obtuvo mejoría en la regulación de emociones y se predijo un mayor uso de habilidades después del tratamiento lo que reduce las conductas suicidas (Yeo, et al., 2020).	Una adecuada regulación de emociones y en general el empleo de habilidades aprendidas durante el tratamiento disminuyen la probabilidad de desarrollar conductas suicidas debido a que, estas son estrategias desadaptativas para regular emociones negativas.

2	Flynn, et al. (2018).	84 adolescentes entre 13 y 18 años	<p>1. Demostración de desregulación emocional y conductual</p> <p>2. Patrón persistente de autolesión</p> <p>3. Comportamiento auto lesivo o acto suicida ocurrido en las últimas 16 semanas o ideación suicida crónica</p>	16 semanas de TDC-A (con participación en pre-entrenamiento de 1 a 6 sesiones).	71 de los 84 participantes completaron el tratamiento. Hubo reducciones significativas en la presencia y frecuencia de autolesiones, ideación suicida y depresión; además se redujo el número de hospitalizaciones y visita a urgencias (Flynn, et al., 2018).	La TDC-A a más de tener éxito en reducción de conductas suicidas también presenta buena adherencia de los pacientes al tratamiento y en adolescentes eso es muy importante.
3	Anestis, Charles, Lee-Rowland, Barry, & Gratz (2020).	73 adolescentes de 16 a 18 años de género masculino	1. Características de personalidad límite (inestabilidad afectiva, problemas de identidad, relaciones negativas,	24 semanas de entrenamiento en habilidades de TDC-A, modificado al contexto; no se incluyó a la familia.	15 de los 46 participantes asignados no completaron la participación. Se evidenció disminución de las conductas desadaptativas, de las dificultades de regulación de emociones y aumento en tolerancia a la angustia	Debido a la estructura de la TDC las modalidades de terapia por separado también pueden lograr buenos resultados.

			autolesión y o ideación suicida)	(Anestis, Charles, Lee-Rowland, Barry, & Gratz, 2020).		
4	Berk, Starace, Black, & Avina (2018).	24 adolescentes de 12 a 17 años de edad, en su mayoría mujeres y predominancia de personas latinas	1. Haber tenido al menos un intento de suicidio y/o comportamiento de autolesión no suicida dentro de los últimos 4 meses 2. Cumplir 3 criterios diagnósticos para trastorno límite de la personalidad (incluido criterio de autolesión)	6 meses de TDC-A, (terapia individual semanal, grupo de habilidades multifamiliares, coaching telefónico, equipo de consulta terapéutica y sesiones colaterales cuando fuera necesario).	La tasa de finalización fue de 82%, hubo disminución de los intentos de suicidio, de la autolesión no suicida y de la ideación suicida. También hubo disminución en los factores de riesgo de conductas suicidas como desregulación emocional, depresión, impulsividad, síntomas de TLP, psicopatología, síntomas TEPT, consumo de sustancias (Berk, Starace, Black, & Avina, 2018)	Las conductas suicidas muchas veces están asociadas a otros trastornos por lo tanto la reducción total de sintomatología negativa en el paciente es importante para su bienestar.
5	Courtney & Flament (2015).	61 adolescentes de 15 a 18 años	1. Criterios de TLP 2. Pensamientos y comportamientos autolesivos	15 semanas de una adaptación de TDC-A	Disminución significativa de ideación suicida auto informada desde el inicio hasta la finalización del tratamiento;	Se realizan adaptaciones debido a la falta de recursos sobre todo para la

				Las adaptaciones de asistencia telefónica, fueron que los padres se incluyeron en sesiones de grupo (una adolescente) y asistencia telefónica en horario de oficina.	reducción significativa de autolesiones, el 38% se autolesionó en el intervalo de 4 meses posterior al tratamiento. No hubo suicidios consumados durante el tratamiento (Courtney & Flament, 2015).	de asistencia telefónica, pero aun así se evidencian buenos resultados.
6	Buerger, et al. (2018).	72 adolescentes de 12 a 17 años	1. Al menos 3 criterios de TLP 2. Conocimiento de idioma alemán	3 25 semanas de TDC- A y atención clínica (manejo de casos psiquiátricos, tratamiento farmacológico, citas con el servicio de bienestar juvenil).	18,1% de pacientes abandonaron el tratamiento. Durante el tratamiento se produjo 2 intentos de suicidio y no hubo suicidios consumados, la ideación suicida, los intentos de suicidio y las autolesiones no suicidas disminuyeron significativamente (Buerger, et al., 2018).	Es importante recordar que la TDC- A trabaja de manera jerárquica y su objetivo no es eliminar de inmediato las conductas disfuncionales, más bien busca reducirlas paulatinamente, por lo tanto, que se sigan presentando estas conductas no implica

que la terapia no funcione.

7	Gillespie, Joyce, Flynn, & Corcoran (2019).	152 adolescentes entre 13 y 18 años (84 en el de 16 semanas y 68 en el de 24 semanas)	<p>1. Demostración de desregulación emocional y conductual</p> <p>2. Patrón persistente de autolesión</p> <p>3. Lesión no suicida o intento de suicidio ocurrido en las ultimas 16 o 24 semanas, o ideación suicida crónica</p>	16 semanas vs 24 semanas de TDC-A.	Menor tasa de abandono en el grupo de 16 semanas. Reducción en la presencia y frecuencia de autolesiones en ambos programas. En el programa de 24 semanas reducción mayor en ideación suicida y depresión (Gillespie, Joyce, Flynn, & Corcoran, 2019).	Un programa más duradero de la terapia reduce mucho más los niveles de ideación suicida y depresión, por lo tanto, el grupo de graduados es una muy buena opción para quien lo necesite.
8	Santamarina-Perez, et al. (2020).	35 adolescentes (18 en TDC-A y 17 en tratamiento habitual + sesiones grupales)	<p>1. Edad entre 12 años 0 meses y 17 años 11 meses</p> <p>2. Autolesión no suicida repetitiva y/o intento suicida</p>	16 semanas de adaptación TDC-A (sesiones individuales quincenales, sesiones	de TDC-A más eficaz para reducir autolesión no suicida y uso de antipsicóticos. Ambos tratamientos fueron igual de efectivos reduciendo ideación suicida y depresión. En la	Debido a que la TDC-A no se enfoca principalmente en cambiar los pensamientos, puede influir en que no sea

			en los últimos 12 meses	entrenamiento en habilidades	en finalización del estudio	ningún más eficaz que las
			3. Al menos un padre o tutor	adolescentes separados de sus padres)	vs	otras terapias en la
			dispuesto a participar en las sesiones familiares	tratamiento habitual más sesiones grupales.	al., 2020).	reducción de ideación suicida.
9	Mehlum, et al. (2019).	Muestra original de 77 adolescentes	1. Antecedentes de autolesiones repetitivas y recientes	19 semanas de adaptación de TDC-A (no mantuvo reuniones del equipo terapéutico) vs	En el seguimiento de 3 años la adaptación de TDC-A se mantuvo superior en la reducción de frecuencia de autolesiones. Mientras que para ideación suicida desesperanza no hubo diferencia. No se registró ningún caso de suicidio consumado (Mehlum, et al., 2019).	Para la implementación de una terapia es importante también considerar que efectos tiene una vez finalizada y en el caso de la TDC presenta resultados positivos tanto durante el periodo de tratamiento como en el seguimiento.
			2. Al menos dos criterios de trastorno límite de la personalidad, además de cumplir el criterio autodestructivo	tratamiento habitual mejorado.		

10	Tebbett-Mock, Saito, McGee, Woloszyn, & Venuti (2020).	801 adolescentes entre 12 y 17 años (425 en TDC y 376 en tratamiento habitual)	1. Adolescentes hospitalizados en unidad mixta de cuidados intensivos 2. Desregulación en 5 áreas centrales	TDC-A vs TDC-A, menos incidentes de intentos de suicidio, de autolesión y agresión paciente a paciente o paciente a personal (Tebbett-Mock, Saito, McGee, Woloszyn, & Venuti, 2020).	La TDC-A denota una ventaja sobre otras terapias en la reducción de intentos de suicidio y autolesión no suicida, y en este caso se evidencia su éxito contra la terapia cognitivo conductual clásica.
11	Mccauley, et al. (2018).	173 adolescentes de 12 a 18 años (84 en TDC-A y 80 en terapia de apoyo individual y grupal)	1. Un intento de suicidio previo en la vida 2. Elevación de la ideación suicida en el último mes 3. Autolesiones frecuentes	6 meses TDC-A vs Se encontraron ventajas significativas para TDC en la reducción de intentos de suicidio, autolesión no suicida e ideación suicida; la diferencia disminuyó en el seguimiento de un año. Las tasas de finalización del tratamiento fueron mayores para TDC-A.	La TDC-A implementa recursos nuevos y sencillos de manejar para que sea más atractivo para los pacientes, lo que retiene al individuo en el tratamiento.

4. 3 o más criterios
del trastorno límite
de la personalidad

Se registró un suicidio
consumado en la terapia de
apoyo individual y grupal
(Mccauley, et al., 2018).

Nota: Se comparan los aspectos más importantes de los artículos recolectados para la obtención de los resultados.

Estrategias de prevención secundaria de las conductas suicidas en adolescentes desde el enfoque de TDC

Al ser la adolescencia una etapa crucial para el individuo es importante fomentar la salud mental en este grupo etario para reducir las probabilidades de que la persona incurra en conductas de riesgo como el suicidio. La OMS (2020) establece que una adecuada promoción de la salud mental, cuenta con intervenciones enfocadas en que el adolescente fortalezca su habilidad en la regulación de sus emociones, genere alternativas a conductas disfuncionales, desarrolle resiliencia y además se trata de potenciar entornos y redes sociales. Aspectos que son abordados por TDC, por lo que es factible generar estrategias a partir de las bases teóricas de la terapia.

Los suicidios son prevenibles, y con una adecuada estructuración de estrategias de prevención, se puede lograr una disminución en las tasas de conductas suicidas. Los países que actualmente presentan estrategias para la prevención de suicidio han aumentado en número durante los últimos años (OMS, 2019).

Es importante comprender que, para la correcta realización de estrategias de prevención, se debe partir de un sustento científico, objetivos claros, actores a intervenir bien definidos, además se debe efectuar las adecuaciones necesarias al contexto sociocultural propio de cada país con un enfoque en varios ámbitos como salud, educación empleo y justicia (OMS, 2014).

Por lo tanto, las estrategias propuestas se acoplan al contexto ecuatoriano, dirigido especialmente a la aplicación en instituciones educativas y de salud porque son los lugares principales en los que el adolescente se desenvuelve.

Se fundamenta en la TDC-A específicamente en el módulo de entrenamiento en habilidades grupales ya que se ha demostrado que es una forma adecuada de intervención preventiva en jóvenes con trastornos mentales emergentes, con facilidad para su difusión y acceso (Anestis et al., 2020).

Para la implementación de estas estrategias, se debe proceder primero a un diagnóstico temprano de las conductas suicidas en población adolescente, con el objetivo de dar un tratamiento precoz y consecuentemente detener el suicidio; esto se logra por medio de la intervención en conductas disfuncionales que aún pueden ser controladas, hablando así de prevención secundaria.

Tabla 5.

Estrategias, objetivos, desarrollo, contenido y observaciones para prevención secundaria del suicidio en adolescentes

Propuesta de estrategias de prevención secundaria de conductas suicidas en adolescentes

Objetivo General: Proponer estrategias que reduzcan las muertes por suicidio en adolescentes.

Facilitador: Psicólogos clínicos, estudiantes de psicología clínica o personal capacitado.

Población: Individuos entre 10 a 19 años.

Modalidad: Taller Grupal

Tiempo: Sesiones semanales, durante 16 semanas, con una duración de 45 minutos por taller cada taller.

Estrategia	Objetivo	Desarrollo	Contenido	Observaciones
Potenciar la atención plena	Conseguir que el adolescente sea consciente de sus pensamientos, emociones, sensaciones en el momento presente, sin críticas para que logre controlar sus pensamientos.	<ul style="list-style-type: none">• Psicoeducar acerca de la atención plena.• Diferenciar mente racional, mente sabia y mente emocional.• Instruir en habilidades que	Habilidades que: <ul style="list-style-type: none">• Observar: Fijarse únicamente en la experiencia, utilizando todos los sentidos, sin aferrarse a algún pensamiento, afrontar todos los pensamientos y sentimientos incluso si son dolorosos y dejar que fluyan (no es posible observar la experiencia interna de otra persona) (Rathus & Miller, 2015). Ejemplo: Observar las nubes e identificar patrones, describir algún objeto con la mayor cantidad de detalles.• Describir: Adjudicar palabras a la experiencia, a lo que se observa y siente sin interpretaciones (Rathus & Miller, 2015). Ejemplo: Describir las emociones mientras surgen	La atención plena requiere práctica, por ello es importante comenzar desde ejercicios simples e ir aumentando su dificultad conforme más actividades se realicen.

y habilidades cómo. “un sentimiento de enojo surge dentro de mí”, “cuando haces X me siento Y” (Rathus & Miller, 2015).

- **Participar:** Vivir el momento presente, sin enfocarse en el ayer o mañana (Rathus & Miller, 2015).

Habilidades cómo

- **No juzgar:** Reconocer el evento sin catalogarlo como bueno o malo, detectar los juicios y reemplazarlos por descripciones objetivas (Rathus & Miller, 2015).
- **Mantenerse enfocado:** No realizar dos actividades a la vez, evitar distracciones (Rathus & Miller, 2015).
- **Hacer lo que funciona:** Concentrarse en lo que funciona para lograr el objetivo, dejar de lado emociones negativas y los “debería” (Rathus & Miller, 2015).

Optimizar la efectividad interpersonal	Contribuir a que el adolescente mantenga relaciones interpersonales sanas, un adecuado	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducar sobre habilidades sociales. • Entrenar en asertividad. 	<p>Mantener relaciones positivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • GIVE: Ser amable y respetuoso, no usar amenazas y emplear buen tono de voz; escuchar y mostrar interés en lo que dice la otra persona, no interrumpirla mientras habla, mantener buen contacto visual; demostrar comprensión de 	Es importante localizar aspectos que bloqueen el progreso en efectividad interpersonal como
--	--	---	---	---

	<p>nivel de autoestima y asertividad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adiestrar en habilidades de escucha. 	<p>lo que expresa, sonreír y usar lenguaje corporal adecuado (Rathus & Miller, 2015).</p> <p>Asertividad</p> <ul style="list-style-type: none"> • DEAR MAN: Para pedir algo primero describir la situación objetivamente, expresar sentimientos (no emplear “deberías”), ser claro en lo que se quiere pedir (no temer a decir “no”), reforzar explicando efectos positivos al realizar lo que se pide, evitar distracciones (volver a la afirmación cuando sea necesario), mostrarse confiado, estar dispuesto a negociar (Rathus & Miller, 2015). <p>Mantener autoestima</p> <ul style="list-style-type: none"> • FAST: Ser justo con uno mismo y con los demás, no disculparse en exceso por el propio comportamiento, apegarse a los valores e ideales individuales, no mentir (Rathus & Miller, 2015). 	<p>patrones aprendidos, no finalizar relaciones conflictivas etc.</p>
<p>Perfeccionar la regulación emocional</p>	<p>Obtener que el adolescente comprenda y maneje las emociones que experimenta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducar sobre emociones primarias y secundarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer emociones: ¿Qué pasó? (describir situación que condujo a la emoción), ¿Por qué sucedió la situación? (identificar causas), ¿Cómo te hizo sentir? (evidenciar emociones primarias y secundarias con su presentación a nivel físico), ¿Qué querías hacer como resultado? (permite reconocer impulsos), ¿Qué hiciste y dijiste? (que se hizo 	<p>Las emociones son influenciadas por muchos factores por ello es importante hablar de cómo influyen los</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar modelo para describir emociones. • Instruir en estrategias para lograr control de emociones. 	<p>realmente), ¿De qué manera afectan más tarde tus emociones y acciones? (observar consecuencias a largo plazo) (McKay, Wood, & Brantley, 2017).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acción opuesta: Primero se debe identificar la emoción, luego comprobar si se ajusta a los hechos, seguido se identifica impulsos de acción; si esto no se ajusta a los hechos se identifica acciones opuestas, se pone en práctica y finalmente se repite hasta que la emoción cambie (Rathus & Miller, 2015). • ABC PLEASE: Acumular experiencias positivas, desarrollar habilidad de manejo de emociones, planear anticipadamente como hacer frente situaciones emocionales amenazantes, cuidar la salud física, comer balanceadamente, evitar drogas, sueño equilibrado y ejercicio físico (Rathus & Miller, 2015). 	<p>pensamientos, la alimentación, las drogas y alcohol, el ejercicio físico, la calidad de sueño, las enfermedades etc.</p>
<p>Mejorar la tolerancia a la angustia</p> <p>Lograr que el adolescente resista situaciones de estrés y encuentre una forma de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Describir nociones generales sobre la tolerancia a la angustia. 	<ul style="list-style-type: none"> • STOP: Ante una situación conflictiva primero detenerse, mantener el control; respirar hondo, observar que sucede y finalmente proceder con cuidado preguntándose qué acciones mejorarán la situación y cuales la empeorarán (Rathus & Miller, 2015). 	<p>Estas técnicas no implican evitar el problema, buscan generar una distracción hasta que se logre</p>

afrontamiento adecuada.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducar sobre cómo identificar una situación de crisis. • Instruir técnicas del módulo de tolerancia a la angustia. 	<ul style="list-style-type: none"> • TIPP: Sumergir el rostro en agua fría durante 30 segundos (puede incluirse hielo); realizar ejercicio aeróbico intenso durante de 10 a 15 minutos para relajar el cuerpo; reducir el ritmo de la respiración hasta 5 o 7 respiraciones por minuto, respirar desde el abdomen durante 1 o 2 minutos para reducir excitación; tensar y relajar cada musculo uno a la vez con intervalos de 5 segundos (Rathus & Miller, 2015). • Evitar cortes: Escribir sobre la parte del cuerpo que le gustaría herir utilizando marcador rojo imitando el sangrado luego con un marcador negro simular puntos de sutura (McKay, Wood, & Brantley, 2017). 	encontrar una respuesta adecuada al evento.
Fomentar la Validación Alcanzar que el adolescente aplique estrategias de validación en su diario vivir mejorando sus relaciones interpersonales.	<ul style="list-style-type: none"> • Definir validación, autovalidación e invalidación. • Psicoeducar sobre los niveles de validación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Validar a los demás: Escuchar activamente y mantener contacto visual, evitar invalidar con reacciones verbales o no verbales, observar que siente la otra persona describiéndolo con una palabra, reflejar el sentimiento sin juzgar con el objetivo de que la persona se sienta comprendida, mostrar tolerancia incluso si no se aprueba el comportamiento, responder de forma atenta (Rathus & Miller, 2015). 	Es necesario que no se confunda el acto de validar con estar de acuerdo ya que esta confusión puede generar conflictos.

-
- Informar las consecuencias positivas de validar.
 - **Validarse uno mismo:** Prestar atención a los propios pensamientos, sentimientos y comportamientos; describir los sentimientos sin juzgarlos (tiene sentido que me sienta triste), responder de forma que demuestre que tomarlo en serio (está bien que me sienta así a veces); reconocer que la emoción tiene sentido en el contexto, no juzgarse uno mismo ni a la emoción experimentada, utilizar actividades de efectividad interpersonal (técnica FAST) (Rathus & Miller, 2015).

Consideraciones generales:

- Fomentar la participación activa de los adolescentes (compartiendo experiencias, cumpliendo con las actividades)
- Garantizar la confidencialidad de la información emitida dentro del grupo
- Promover el apoyo entre los miembros del grupo
- Mantener respeto durante el desarrollo de cada taller

Observaciones finales:

- Se puede someter a modificaciones en dependencia del facilitador
- Las actividades pueden ser ampliadas en los libros “Manual práctico de terapia dialéctico conductual” y “DBT Skills manual for adolescents” .

Nota: Se elabora estrategias de prevención en base a la información recolectada sobre el módulo de habilidades de TDC.

CONCLUSIONES

- Se concluye que la TDC-A tiene su propia base conceptual de las conductas suicidas definiéndolas en forma de jerarquía; a diferencia de otros autores aquí se añade el término de crisis suicida misma que hace referencia al comportamiento manifiesto, de tal forma se convierte en objetivo de máxima prioridad para ser reducido, siendo entonces los pensamientos suicidas la base de este orden jerárquico y lo último en ser trabajado.
- Los efectos que la TDC-A tiene sobre el adolescente son muy prometedores puesto que se evidencia una disminución de las conductas suicidas, aspecto que se mantiene a lo largo del tiempo, además las habilidades aprendidas se siguen aplicando en la vida diaria lo que reduce la probabilidad de que incurran en conductas de riesgo, mejorando así su calidad de vida.
- Se determinó que la TDC-A es más efectiva que otras terapias en la reducción de autolesión no suicida e intentos autolíticos en los adolescentes, a más de esto presenta disminución de costos en el sistema de salud e influye en la prevención del síndrome de burnout en los terapeutas. Por otra parte, presenta resultados similares a otros enfoques en la reducción de ideación suicida y sintomatología depresiva.
- Se identificó que el hecho de aplicar estrategias de prevención secundaria, partiendo de las bases teóricas del módulo de entrenamiento en habilidades, puede tener muy buenos resultados ya que los individuos que han participado de este entrenamiento le atribuyen una valoración positiva, recomendándola incluso a personas sanas.

RECOMENDACIONES

- Para la realización de investigaciones futuras se recomienda incursionar en la aplicación de la TDC-A tanto en regiones latinoamericanas, en el género masculino y ampliarlo a otros trastornos a más de TLP puesto que los estudios en este campo son bastante reducidos.
- Se recomienda que se implementen programas de capacitación gratuitos sobre la terapia dialéctico conductual en el personal de salud mental incluidos estudiantes de últimos semestres, para que se pueda aplicar con éxito esta terapia o en su defecto programas de prevención basadas en la misma.
- Se recomienda a las instituciones encargadas de promover la salud mental poner a disposición espacios en los que se pueda impartir el programa de entrenamiento en

habilidades, dirigido no solo a los adolescentes sino también a la población en general.

- A los adolescentes se les recomienda poner en práctica las diferentes actividades que propone la TDC-A, para alejarse de conductas desadaptativas y acercarse más a una vida que, en palabras de Linehan valga la pena vivir.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anestis, J. C., Charles, N. E., Lee-Rowland, L. M., Barry, C. T., & Gratz, K. L. (2020). Implementing Dialectical Behavior Therapy Skills Training With at-Risk Male Youth in a Military-Style Residential Program. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(2), 169-183. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.07.001>.
- Berk, M. S., Starace, N. K., Black, V. P., & Avina, C. (2018). Implementation of Dialectical Behavior Therapy with Suicidal and Self-Harming Adolescents in a Community Clinic. *Archives of Suicide Research*, 24(1), 64-81. Obtenido de <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1509750>
- Buerger, A., Fischer-Waldschmidt, G., Hammerle, F., Auer, K. v., Parzer, P., & Kaess, M. (2018). Differential Change of Borderline Personality Disorder Traits During Dialectical Behavior Therapy for Adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 32(1), 1-16. doi:10.1521/pedi_2018_32_334
- Courtney, D. B., & Flament, M. F. (2015). Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Self-injurious Thoughts and Behaviors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(7), 537-544. doi:10.1097/NMD.0000000000000324
- Cuenca, E., Roselló, M., Díaz, N., Fernández, & Ávila, D. (2016). Caracterización clínico epidemiológica de la conducta suicida en la provincia Holguín, 1996-2014. *Correo Científico Médico*, 20(3), 490-503. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000300005&lng=es&tlng=es.
- DeCou, C., & Carmel, A. (2020). Efficacy of dialectical behavior therapy in the treatment of suicidal behavior. En J. Bedics (Ed.), *The Handbook of Dialectical Behavior Therapy* (págs. 97-112). Elsevier Inc. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816384-9.00005-1>
- Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., Corcoran, P., Gillespie, C., Suarez, C., . . . Arensman, E. (2018). Innovations in Practice: Dialectical behaviour therapy for adolescents: multisite implementation and evaluation of a 16-week programme in a public community mental health setting. *Child and Adolescent Mental Health*, 24(1), 76-83. Obtenido de <https://doi.org/10.1111/camh.12298>
- Fonseca, E., & Pérez, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la escala PAYKEL de suicidio. *Papeles del psicólogo*, 41(2), 1-10. Obtenido de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2928.pdf>
- Gerstner, R. M., Soriano, I., Sanhueza, A., Caffè, S., & Kestel, D. (2018). Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Rev Pan Am Salud Publica*, 42. Obtenido de <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.100>
- Gillespie, C., Joyce, M., Flynn, D., & Corcoran, P. (2019). Dialectical behaviour therapy for adolescents: a comparison of 16-week and 24-week programmes delivered in a public community setting. *Child and Adolescent Mental Health*, 24(3), 266-273. doi:10.1111/camh.12325

- Kelly, C., & Robinson, D. M. (2017). Dialectical Behavior Therapy. En A. Vernon, & K. Doyle (Edits.), *Cognitive Behavior Therapies: A Guidebook For Practitioners* (Primera ed., págs. 209-245). American Counseling Association. Obtenido de <https://doi.org/10.1002/9781119375395.ch7>
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). Guidelines for Critical Review Form-Quantitative Studies. Obtenido de <https://srs-mcmaster.ca/wp-content/uploads/2015/05/Guidelines-for-Critical-Review-Form-Quantitative-Studies.pdf>
- Lindenboim, N., Lungu, A., & Linehan, M. M. (2017). DBT and Treatment Engagement in the Context of Highly Suicidal Complex. En O. W, J. L, & S. C. (Edits.), *Practical Strategies and Tools to Promote Treatment Engagement* (págs. 45-74). Springer International Publishing. Obtenido de https://doi.org/10.1007/978-3-319-49206-3_4
- Linehan, M., & Wilks, C. (2015). The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy. *American Journal Of Psychotherapy*, 69(2), 97-110. Obtenido de <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97>
- López, J. (2019). *Terapias de tercera generación en adolescentes* (Tesis de pregrado). Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España. Obtenido de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/31896>
- Lugmaña, G., Carrera, S., & Albán, A. (2020). *Boletín técnico registro estadístico de defunciones generales*. INEC, Gestión de Estadísticas Sociales y Demográficas en Base a Registros Administrativos. Recuperado el 2020, de <https://bit.ly/358c62X>
- MacPherson, H., Cheavens, J., & Fristad, M. (2012). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents: Theory, Treatment, and Empirical Outcomes. *Clinical child and family psychology review*, 16(1), 59-80. doi:10.1007/s10567-012-0126-7
- Mccauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., . . . 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. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.1109
- McKay, M., Wood, J., & Brantley, J. (2017). *Manual práctico de terapia dialéctico conductual: Ejercicios prácticos de TDC para aprendizaje de Mindfulness, Eficacia Interpersonal, Regulación emocional y Tolerancia a la Angustia* (Primera ed.). (R. J. Álvarez, Trad.) España: Desclée De Brouwer.
- Mehlum, L., Ramleth, R.-K., Tormoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., . . . Groholt, B. (2019). Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. doi:10.1111/jcpp.13077
- Miller, A. (2015). Introduction to a Special Issue Dialectical Behavior Therapy: Evolution and Adaptations in the 21st Century. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 91-95. doi:10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.91

- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 9-18. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4771/477152548001>
- OMS. (s.f.). *Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado el 2020, de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- OMS. (2014). Prevención del suicidio un imperativo global resumen ejecutivo. Obtenido de https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf
- OMS. (9 de September de 2019). *Cada 40 segundos se suicida una persona*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
- OMS. (2 de Septiembre de 2019). *Suicidio*. Recuperado el 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- OMS. (28 de Septiembre de 2020). *Salud mental del adolescente*. Recuperado el 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Pacheco, B., & Peralta, P. (2015). La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. *ARS Médica revista de ciencias médicas*, 40(1), 47-55. Obtenido de <https://doi.org/10.11565/arsmed.v40i1.38>
- Papalia, D., & Martorell, G. (2015). *Desarrollo Humano* (Décimo tercera ed.). México: McGraw-Hill Global Education Holdings.
- Pardo, E. S., Rivas, A. F., Barnier, P. O., Mirabent, M. B., Lizeaga, I. K., Cosgaya, A. D., . . . Torres, M. A. (2020). A qualitative research of adolescents with behavioral problems about their experience in a dialectical behavior therapy skills training group. *BMC Psychiatry*, 20(245). doi:<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02649-2>
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2015). *DBT Skills manual for adolescents*. New York: The Guilford Press. doi:978-1-4625-1535-6
- Rathus, J. H., Berk, M. S., Miller, A. L., & Halpert, R. (2020). Dialectical behavior therapy for adolescents: a review of the research. En J. Bedics (Ed.), *The Handbook of Dialectical Behavior Therapy* (págs. 175-208). Academic Press. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816384-9.00008-7>
- Rocamora, A. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Desclée de Brouwer S.A. Obtenido de <https://waps.es/wp-content/uploads/sites/2/2019/03/Alejandro-Rocamora-Intervencion-En-Crisis-En-Las-Conductas-Suicidas.pdf>
- Salazar, A. N., & Zumba, J. (2020). *Prevalencia y factores asociados al intento autolítico Hospital Provincial General, 2017-2019* (Tesis de pregrado). Universidad nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador. Obtenido de <https://bit.ly/33eABuw>
- Sánchez, L. M. (2015). La conducta suicida y psicoterapia dialéctica comportamental: un acercamiento interdisciplinario. En *La psicoterapia frente al bienestar y al*

malestar (Primera ed., págs. 265-296). Guadalajara, México. Obtenido de <https://bit.ly/3oT09W8>

- Santamarina-Perez, P., Mendez, I., Singh, M. K., Berck, M., Picado, M., Font, E., . . . Romero, S. (2020). Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with a High Risk of Suicide in a Community Clinic: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50. doi:10.1111/sltb.12612
- Soler, J., Elices, M., & Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165), 35-49. Obtenido de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/12313/Terapia-Dialectica.pdf?sequence=2>
- Solís, Karen (2018). *Efectividad de la terapia Dialéctica Conductual en la Reducción de Ideación Suicida en Varones Musulmanes con arraigo cultural hacia la inmigración* (tesis de pregrado). Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador.
- Stagg, L. (2016). Efectividad del tratamiento en fisioterapia en mujeres que padecen prolapso genital: Revisión sistemática. *Universidad de Lleida*. Obtenido de <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/58956/1stagg1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Tebbett-Mock, A. A., Saito, E., McGee, M., Woloszyn, P., & Venuti, M. (2020). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy Versus Treatment as Usual for Acute-Care Inpatient Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(1), 149-156. doi:10.1016/j.jaac.2019.01.020
- Valdez, R., Arenas, M., Cortés, M., Briceño, R., & Forteza, C. (2019). *Simplemente quería desaparecer... Aproximaciones a la conducta suicida de adolescentes en México* (Primera ed.). Cuernavaca, México. Obtenido de <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/5034-conducta-suicida.html>
- Vásquez-Dextre, E. (2016). Terapia Dialéctica Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(2), 108-118. doi: 0034-8597
- Yeo, A. J., German, M., L. A., Camacho, K., Hirsch, E., & Miller, A. (2020). Self-harm and self-regulation in urban ethnic minority youth: a pilot application of dialectical behavior therapy for adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 25(3), 127-134. Obtenido de <https://doi.org/10.1111/camh.12374>

ANEXOS

Anexo N.1

Resolución del proyecto de investigación entregada por el Decanato.



DECANATO FACULTAD
DE CIENCIAS DE LA SALUD



Oficio No. 1044-RD-FCS-2020 – Teletrabajo
Riobamba, 14 de septiembre de 2020

Magíster
Ramiro Torres
DIRECTOR DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Presente

Señor Director:

Cumplo con el deber de informarle, la resolución adoptada por el Decanato de la Facultad, de fecha 14 de septiembre de 2020:

RESOLUCIÓN No. 1044-D-FCS-14-09-2020: Aprobar la modificación del tema del proyecto de investigación de la carrera de Psicología Clínica, conforme las justificaciones emitidas por la Comisión de Carrera. Oficio No. 064- CCPSCL-FCS-TELETRABAJO-2020, Comisión de Carrera y CID de la Facultad:

Nombres y apellidos de los estudiantes	Tema aprobado por Comisión de Carrera y CID anterior	Tema aprobado por comisión de Carrera y CID modificado	Observación sobre el tipo de estudio	Tutor y miembros del Tribunal, según Artículo 173 del RRA	Tribunal según Artículo 174 del RRA
Barragán Pinos Valeria Michelle	Terapia dialéctica conductual y logoterapia en el tratamiento de conductas suicidas en adolescentes	Terapia dialéctica conductual en el tratamiento de conductas suicidas en adolescentes	Revisión bibliográfica	Tutor: Mgs. Juan Pablo Mazón. Miembros: Mgs. Alexandra Pilco Mgs. Byron Boada Aldáz	Mgs. Isabel Cando Pilatuña (Delegado del Decano) Miembros: Mgs. Alexandra Pilco Mgs. Byron Boada Aldáz

OBSERVACIONES: Comisión de Carrera y CID aprueban el cambio solicitado, debido a que la búsqueda bibliográfica realizada por la estudiante-autor y docente-tutor sobre el tema inicialmente aprobado con Resolución No. 0850-D-FCS-03-08-2020, no ofrece información relevante que permita el alcance de los objetivos investigativos propuestos, por lo que se decide modificar el tema y medir la variable relativa a la terapia dialéctica conductual, en el tratamiento de conductas suicidas en adolescentes, temática con alta disponibilidad de resultados investigativos que permiten triangular información en esa área del conocimiento.

Particular que comunico para los fines legales pertinentes.

Atentamente,


Dr. Gonzalo Bonilla P.
DECANO DE LA FACULTAD

NOTA: Debido a la modalidad de teletrabajo, se sugiere a Secretaría y Dirección de Carrera, regirse estrictamente a las directrices aprobadas por CU, a fin de que la documentación que corresponda al caso, se encuentre legalizada previo a incluir en el expediente estudiantil.

Elaboración resoluciones y oficio: Ligia Viteri N.
Revisado por: Dr. Gonzalo Bonilla

Anexo N.2

Tabla 6.

Documentos seleccionados tras la lectura crítica

N°	Título	Fuente	Tipo
1	La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo.	Google académico	Artículo
2	Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la escala Paykel de suicidio	Google académico	Artículo
3	Caracterización clínico epidemiológica de la conducta suicida en adolescentes en la provincia Holguín, 1996-2014.	Scielo	Artículo
4	Desarrollo Humano (Décimo tercera ed.)	Google académico	Libro
5	Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador	Scielo	Artículo
6	Boletín técnico registro estadístico de defunciones generales	Google académico	Informe
7	Simplemente quería desaparecer: Aproximaciones a la conducta suicida en México	Google académico	Libro
8	Prevalencia y factores asociados al intento autolítico Hospital Provincial General Docente Riobamba, 2017-2019	Google académico	Tesis de pregrado
9	La psicoterapia frente al malestar y al bienestar	Google académico	Libro
10	Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica	Google académico	Artículo
11	Chapter 4 DBT and Treatment Engagement in the Context of Highly Suicidal Complex Clients	Google académico	Capítulo de libro

12	Chapter 7 Dialectical behavior Therapy	Google académico	Capítulo de libro
13	Dialectical behavior therapy for adolescents: a review of the research.	Google académico	Capítulo de libro
14	The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy	PubMed	Artículo
15	Dialectical Behavior Therapy for Adolescents: Theory, Treatment Adaptations, and Empirical Outcomes	PubMed	Artículo
16	Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio.	Redalyc	Artículo
17	Manual práctico de terapia dialéctico conductual	Google académico	Libro
18	A qualitative research of adolescents with behavioral problems about their experience in a dialectical behavior therapy skills training group	Google académico	Artículo
19	Introduction to a Special Issue Dialectical Behavior Therapy: Evolution and Adaptations in the 21st Century	Google académico	Artículo
20	Intervención en crisis de las conductas suicidas	Google académico	Libro
21	Efficacy of dialectical behavior therapy in the treatment of suicidal behavior	Google académico	Capítulo de libro
22	Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica	Redalyc	Artículo
23	Guidelines for critical review form- Quantitive studies	Google académico	Artículo
24	Efectividad del tratamiento en fisioterapia en mujeres que padecen prolapso genital: revisión sistemática	Google académico	Tesis

25	Self-harm and self-regulation in urban ethnic minority youth: a pilot application of dialectical behavior therapy for adolescents	Google académico	Artículo
26	Implementation of Dialectical Behavior Therapy with Suicidal and Self-Harming Adolescents in a Community Clinic	Google académico	Artículo
27	Dialectical behaviour therapy for adolescents: a comparison of 16-week and 24-week programmes delivered in a public community setting	Google académico	Artículo
28	Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with a High Risk of Suicide in a Community Clinic: A Pragmatic Randomized Controlled Trial	Google académico	Artículo
29	Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior	Google académico	Artículo
30	Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide A Randomized Clinical Trial	Google académico	Artículo
31	Innovations in Practice: Dialectical behaviour therapy for adolescents: multisite implementation and evaluation of a 16-week programme in a public community mental health setting	Google académico	Artículo
32	Implementing Dialectical Behavior Therapy Skills Training With at-Risk Male Youth in a Military-Style Residential Program	Elsevier	Artículo
33	Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Self-injurious Thoughts and Behaviors	Google académico	Artículo

34	Differential change of borderline personality disorder traits during dialectical behavior therapy for adolescents	PubMed	Artículo
35	Prevención del suicidio un imperativo global Resumen ejecutivo	Google académico	Informe
36	DBT Skills manual for adolescents	Google académico	Libro
37	Efficacy of Dialectical Behavior Therapy Versus Treatment as Usual for Acute-Care Inpatient Adolescents	PubMed	Artículo
38	Efectividad de la terapia Dialectica Conductual en la Reducción de Ideación suicida en Varones Musulmane con Arraigo Cultural hacia la inmoción	Google académico	Tesis de pregrado
39	Terapias de Tercera Generación en Adolescentes	Google académico	Tesis de pregrado

Anexo N.3

Tabla 7.

Puntuación de los artículos en base a la clasificación CRF-QS

No	Título del documento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Total obtenido	Categoría de calidad metodológica	
1	Self-harm and self-regulation in urban ethnic minority youth: a pilot application of dialectical behavior therapy for adolescents	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
2	Innovations in Practice: Dialectical behavior therapy for adolescents: multisite implementation and evaluation of a 16 – week programme in a public community mental health setting	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	Muy buena

3	Implementing Dialectical Behavior Therapy Skills Training with at-Risk Male Youth in a military- Style Residential Program	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente	
4	Implementation of Dialectical Behavior Therapy with suicidal and Self – Harming Adolescents in a Community Clinic	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
5	Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Self-injurious Thoughts and Behaviors	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	16	Muy buena
6	Differential Change of Borderline personality Disorder Traits	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	16	Muy buena

	During Dialectical Behavior Therapy For adolescents																						
7	Dialectical behavior therapy for adolescents: a comparison of 16-week and 24-week programmes delivered in a public community setting	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
8	Adapted Dialectical Behavior Therapy for adolescents with High Risk of Suicide in a community Clinic: A pragmatic Randomized Controlled trial.	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
9	Long term effectiveness of dialectical behavior	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	Muy buena

	therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior																								
10	Efficacy of Dialectical Behavior Therapy Versus Usual Acute-Care Inpatient Treatment for Adolescents	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	Muy buena
11	Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide A Randomized trial	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	17	Muy buena	