

PREVENCIÓN DE CONDUCTAS SUICIDAS EN NIÑOS: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

SUICIDE RISK PREVENTION IN CHILDREN: AN INTERVENTION PROPOSAL.

Margarita Vega Vázquez*, **María Elena Rivera Heredia ****,

Luis Miguel Sánchez Loyo*, **Fabiola González Betanzos****

Universidad De Guadalajara*, Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo**, México.

Correspondencia: magui.vev@gmail.com

RESUMEN

Las conductas suicidas en la infancia ha sido insuficientemente estudiadas y requieren atención para su prevención. Objetivo: diseñar y evaluar un programa de intervención basado en terapias contextuales para disminuir los indicadores de riesgo suicida en población infantil. Método: estudio de dos casos de menores mexicanos de 9 años con ideación suicida, depresión, ansiedad e impulsividad. La intervención constó de pretest, 8 sesiones para los infantes, 4 para sus padres o tutores y postest. Resultados: se encontraron cambios clínicos significativos en ambos casos, en ideación suicida, riesgo suicida y depresión. Conclusiones: los resultados son alentadores respecto al tratamiento de las conductas suicidas en la infancia, indicando la pertinencia de esta intervención basada en las terapias contextuales.

Palabras clave: suicidio; prevención; niños; padres; psicología clínica

ABSTRACT

Suicidal behavior in childhood has been insufficiently studied and requires attention for its prevention. Objective: to design and evaluate an intervention program based on contextual therapies to reduce suicide risk indicators in children. Methods: study of two cases of Mexican 9-year-old children with suicidal ideation, depression, anxiety and impulsivity. The intervention consisted of pretest, 8 sessions for the children, 4 for their parents or guardians and posttest. Results: significant clinical changes were found in both cases, in suicidal ideation, suicidal risk and depression. Conclusions: the results are encouraging regarding the treatment of suicidal behaviors in childhood, indicating the relevance of this intervention based on contextual therapies.

Keywords: suicide; prevention; children; parents; clinical psychology

INTRODUCCIÓN

Las conductas suicidas se posicionan entre las primeras 5 causas de muerte en menores de 10 a 19 años (WHO, 2018). En América, el suicidio es la tercera causa de muerte en personas de 10 a 24 años, y en México el grupo de 10 a 14 años reportó los mayores incrementos porcentuales en suicidio en el periodo de 1980 al 2013 (PAHO, 2016). Aunado a ello, existe un sub-registro de muerte por suicidio y más aún en los intentos de suicidio (Sánchez et al., 2015). A lo anterior se le suma que las conductas suicidas en menores suelen pasar desapercibidas, ya que son conductas internalizadas y socialmente encubiertas. A pesar de la importancia de la problemática, las intervenciones diseñadas para la atención de conductas suicidas en menores de 12 años o menos son prácticamente inexistentes (Covarrubias et al., 2017; Cox y Hetrick, 2017).

Una de estas propuestas terapéuticas es la Terapia Dialéctica Conductual (Dialectical Behavior Therapy, DBT), que ha demostrado efectividad en el abordaje de las conductas suicidas en adultos (Long et al., 2011) y del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo en preadolescentes (Perepletchikova et al., 2017). Asimismo, se ha adaptado para trabajar con familias de individuos con trastornos de conducta (Wilks et al., 2016), adolescentes con trastorno oposicionista desafiante (Nelson-Gray et al., 2006), así como en contextos penitenciarios tanto para adolescentes (Shelton et al., 2011) como para adultos (Shelton et al., 2009). Constituye además como un posible tratamiento eficaz para la desregulación de la emoción de manera general (Neacsiu et al., 2015).

Desde su perspectiva, la permanencia de los problemas en pacientes con conductas suicidas se concibe como un proceso transaccional entre la vulnerabilidad individual, la falta de regulación emocional y el ambiente invalidante (Dimeff y Koerner, 2007). En la propuesta original, el abordaje de estas funciones se hace con un enfoque integral y desde distintos elementos, mismos que son: psicoterapia individual, grupo de entrenamiento en habilidades, consulta telefónica y equipo de consulta de terapeutas (Dimeff y Linehan, 2001). Las habilidades que se entrenan en este proceso son: atención plena, tolerancia al malestar, regulación emocional y efectividad interpersonal (Linehan, 2015).

Por su parte, la Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) ha reportado buenos resultados en el tratamiento de niños con anorexia nerviosa, ansiedad, dolor crónico (Murrell y Scherbarth, 2008) e ira problemática (Ruiz y Perete, 2015). En la población adulta se ha aplicado efectivamente en el tratamiento de adicciones (Páez et al., 2006), dolor crónico (McCracken y Vowles, 2014), depresión (The Australian Psychological Society, 2010), así como para tratar trastornos de ansiedad y conductas compulsivas (Bass et al., 2014).

Desde su perspectiva, las distintas problemáticas psicológicas aparecen cuando los contenidos privados (emociones, pensamientos o sensaciones negativas) cobran una importancia mayor en la vida de los sujetos, perdiendo de vista las conductas que fortalecen los valores personales (Páez et al., 2006) y promoviendo, por tanto, que éstos se alejen gradualmente de las personas, metas y actividades que son importantes para ellos. Así, su propósito es ayudar al individuo a crecer y aprender de la situación que le hace sufrir, para dar paso a una vida plena. Ello implica aceptar los pensamientos y sentimientos, estar presente, definir un rumbo con base en sus valores, tomar las medidas necesarias, para finalmente, actuar (Harris, 2009).

Dicho lo anterior, se decidió combinar técnicas de ambas terapias para generar habilidades en los menores y sus padres o cuidadores, reorientando los esfuerzos hacia lo valioso e importante en sus vidas para hacerlas más plenas. Ello partiendo de los alcances de estas propuestas terapéuticas en intervenciones precedentes con menores de edad, y considerando los elementos que como terapias contextuales comparten.

OBJETIVO

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

Hipótesis

La intervención contextual resultará eficaz para la reducción del riesgo suicida en los niños y niñas participantes.

MÉTODO

Tipo de estudio

Diseño de caso único. Pre-test, post-test y seguimiento.

PARTICIPANTES

Un niño y una niña de nueve años con riesgo suicida moderado, estudiantes de sexto grado de educación básica en una escuela pública de la ciudad de Morelia, Michoacán, México.

Caso A.

Hijo de padres divorciados. Los abuelos paternos son los cuidadores principales, dado que la madre murió y el padre trabaja fuera de la ciudad. Además, vive con su hermano 3 años mayor y una tía. El padre los visita cada 15 días, el fin de semana. La relación con el abuelo y el hermano mayor es conflictiva. El abuelo intenta poner límites con firmeza pero es socavado por las acciones condescendientes de la abuela. Previo a la intervención el menor presenta síntomas de depresión, ansiedad e impulsividad (de moderada a alta), además de ideación suicida. El menor refiere que a partir de que murió su mamá comenzó a sentirse profundamente triste y vacío, con poco interés por el mundo, insomnio y rumiación respecto de la falta de su madre, lo cual lo lleva a experimentar una profunda tristeza y a pensar cómo suicidarse. Asimismo, cuando experimenta situaciones frustrantes, busca formas de lesionarse a sí mismo, como golpearse las manos contra la pared. Las ideas de muerte están presentes hace 3 años y se han presentado con mayor frecuencia e intensidad. El niño es muy sensible a las críticas y reproduce los comentarios negativos como verdades (“nada me sale bien”, “no soy bueno en nada”), se hace autoreproches y anticipa resultados negativos a sus esfuerzos.

Caso B.

Hija de padres divorciados. Los cuidadores principales son los abuelos. Su madre trabaja la mayor parte del día y el padre está preso. Desde hace 3 años, la menor vive en casa de sus abuelos junto con su hermano

mayor, una tía y la madre. La relación con la abuela es conflictiva y con el hermano distante. La abuela intenta poner límites rígidos, mismos que la madre busca flexibilizar. La sintomatología identificada comprende: Ideación suicida, depresión, alta impulsividad y ansiedad. Meses antes de la intervención, la niña comenzó a cortarse, procurando cubrirse con la ropa o hacerlo en zonas poco visibles para los demás; esta conducta la tenía en casa, en momentos y lugares en los que no era vigilada, después de situaciones que le hacían sentir profundamente triste. En el pasado, ella fue testigo de violencia física hacia su madre por una anterior pareja. La madre tuvo seis intentos de suicidio, siendo el último cuando la abuela le negó el apoyo para llevarse a sus hijos a vivir con ella y su pareja (hace un poco menos de tres años). La menor comienza a sentirse profundamente triste cuando su padre se ausenta (es apresado) y convive poco con su madre a raíz de su carga de trabajo y menor tiempo de convivencia con ella.

INSTRUMENTOS Y/O TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Inventario de depresión para niños (CDI), de Del Barrio et. al. (1992) adaptado a población española de 8 a 12 años. Conformado por 26 ítems (p.e. “Estoy triste de vez en cuando/muchas veces/siempre”) cuyas respuestas son de 0 (normalidad), 1 (cierta intensidad) y 2 (presencia inequívoca). En México ha reportado un Alfa de Cronbach de .821 (de la Torre et al., 2016).

2. Escala de Impulsividad de Barrat para niños (adaptada por Chahin et al., 2010). Se conforma por 26 ítems (p.e. “Hago las cosas sin pensarlas”) con 4 opciones de respuesta (Nunca/casi nunca, a veces, frecuentemente y siempre/casi siempre). Este instrumento mide impulsividad motora ($\alpha=.74$), no planeada ($\alpha=.72$) y cognitiva ($\alpha=.59$).

3. Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ), desarrollado por Horowitz et al. (2001) y adaptada por Robles et al. (2005), quienes reportan fiabilidad de .68. Este instrumento autoaplicable se conforma por 14 preguntas tipo Likert de 7 puntos que van de “no” a “sí” (p.e. “En el pasado, ¿tú consideraste seriamente matarte a ti mismo?”).

4. Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI), creada por Beck et al. (1979). Consta de 19 ítems respondidos por el terapeuta en formato de entrevista (p.e. “Deseo de morir”). Las opciones de respuesta puntúan 0 (ausencia), 1 (cierta intensidad) y 2 (presencia inequívoca). En México, ha reportado un $\alpha=.93$ (Mondragón et al., 1998).

5. Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS) en la versión en español de Spence et al. (2010). Está compuesta por 32 ítems (p.e. “me preocupa que algo malo le suceda a alguien de mi familia”) cuyas respuestas van de nunca (0), a veces (1), muchas veces (2), a siempre (3). Su nivel de fiabilidad es de .88.

6. Inventario Breve de Razones para Vivir para adolescentes (BRFL-A), adaptado para adolescentes por Osman et al. (1996). Se agrupa en 5 factores: miedo a la muerte y desaprobación social, objeciones morales, supervivencia y afrontamiento, responsabilidad con la familia y miedo al suicidio. Consta de 14 ítems (p.e. “Mi familia me necesita”) con opciones de respuesta que van desde nada importante (1) hasta extremadamente importante (6). Su Alfa de Cronbach es de .75.

7. Entrevista a profundidad tanto a los niños como a sus padres o cuidadores primarios respecto a la aparición y evolución de los síntomas detectados, causas a las que se les atribuyen, así como estrategias utilizadas para reducirlos.

PROCEDIMIENTO

Se realizó un procedimiento de tamizaje con los tres primeros instrumentos (auto-aplicados) en una escuela de educación básica, previo consentimiento informado de los padres o cuidadores; posteriormente, se enviaron los resultados a los padres y se llamó a aquellos padres cuyos niños fueron identificados con mayor riesgo suicida; se invitó a tres menores a participar en la intervención. Se les realizó una entrevista con los padres y otra con los niños en la que se analizó la historia del problema. Las sesiones de la intervención fueron aplicadas de forma individual con cada menor y cada padre/tutor, sin costo y en consultorio particular. Únicamente dos menores concluyeron la intervención. El seguimiento se realizó tres meses después, respondiendo nuevamente todos los instrumentos (auto aplicados) y una entrevista con cada menor y su padre/cuidador principal, en el mismo consultorio particular.

INTERVENCIÓN

Se conformó por una sesión de pre-test, 8 sesiones psicoterapéuticas para los infantes, 4 sesiones psicoterapéuticas para los padres o cuidadores principales, y una sesión de evaluación postest. Todas las sesiones psicoterapéuticas se realizaron una vez a la semana durante 60 min (ver Tabla 1).

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se calculó el Índice de Cambio Clínico Objetivo, ya que permite identificar las diferencias individuales, determinando la significancia clínica de los cambios a través del porcentaje de cambio (PC) propuesto por Cardiel (1994):

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

PC= porcentaje de cambio

P₁= porcentaje de la pre-evaluación

P₂= porcentaje de la post-evaluación

La significancia estadística se alcanza en índices con porcentajes de cambio mayores al 20%.

Tabla 1.

Estructura General de la Intervención para la disminución del riesgo suicida en población infantil

Tema: Evaluación inicial				
Sesión	Actividad	Materiales	Tarea	Tiempo
-A-	Entrevista inicial: conceptualización de caso Aplicación de instrumentos	RSQ SSI CDI Razones para vivir Impulsividad de Barrat Escala de ansiedad		70 min.
Tema: Aceptación				
1	Ejercicio de mindfulness: Observación de la respiración	Autoregistro de la situación problemática:	Práctica de mindfulness (establecer horario) Escribir las cosas que no les gusta pero no pueden cambiar	60 min
	Los problemas de hoy y las soluciones de ayer	Pensamientos/sentimientos		
	Metáfora del hombre en el agujero (ACT)	Estrategias de enfrentamiento		
	Presentar la matrix de ACT	Eficacia a corto plazo		
	La oportunidad de aceptación y cambio (aceptar lo que no se puede cambiar, cambiar lo que sí y diferenciar entre ambas)	Eficacia a largo plazo Consecuencias		
	Establecimiento del contrato terapéutico	Dibujo de la matrix		

2	<p>Ejercicio de mindfulness: ¿qué tiempo está haciendo por dentro?</p> <p>Revisión de la sesión anterior</p> <p>Para qué dar tanto brinco estando el suelo tan parejo (la aceptación como alternativa)</p> <p>Identificando los ganchos de la tristeza, ansiedad y los problemas de conducta</p>	<p>Botella de la calma</p> <p>Juego de pesca</p> <p>Registro en la matrix</p>	<p>Observar la botella de la calma</p> <p>Hoja de registro (Formato 2)</p> <p>Padres: 20 min. Diarios de juego/ actividad recreativa con sus hijos</p>	60 min
1-Madre/ cuidador	<p>Ejercicio de mindfulness: observación de la experiencia de la crianza de su hijo(a)</p> <p>Revisión del impacto personal de las sesiones de trabajo con su hijo(a)</p> <p>Elaboración de su propia matrix</p>	Dibujo de la matrix		60 min
Tema: Defusión cognitiva				
3	<p>Ejercicio de mindfulness: observación de las experiencias (juego del detective)</p> <p>Revisión de la sesión anterior</p> <p>El que a dos años sirve con alguno queda mal.</p> <p>Revisando obstáculos (máscara) en la expresión de la tristeza, el miedo y el enojo: generando nuevos caminos</p>	<p>Caja con objetos que se puedan ver, oler, escuchar, probar y tocar</p> <p>Accesorios para hacer la máscara</p>	<p>Práctica de mindfulness (en la comida)</p> <p>Hoja de registro</p> <p>Registro de lo que la máscara le incitaba a decir/hacer y lo que realmente dijo/hizo</p>	60 min
Tema: Valores y acción comprometida				

4	Ejercicio de mindfulness: observación de las emociones		Hoja de registro	60 min
	Revisión de la sesión anterior			
	El que no corre no alcanza, y el que corre mucho se cae de panza. El botón de la pausa: regulando mis emociones (DBT)	Recipiente con agua fría/ hielos Toalla de manos		
2-Madre/ cuidador	Ejercicio de mindfulness: visualizando los valores perdidos Revisión de sus obstáculos y valores Lo que dice su propia “máscara”	Formato 3		60 min
5	Ejercicio de mindfulness: yo como observador	Juego de Conecta-4	Practicar la persuasión y la atención a la respiración Hoja de registro	60 min
	Revisión de la sesión anterior			
	Soy como un tablero La magia de la persuasión: no dejes para mañana lo que puedes hacer hoy			
3-Madre/ cuidador	Ejercicio de mindfulness: el conflicto más difícil Revisión de la sesión anterior El arte de la negociación		Registro de activación conductual	60 min
6	Posturas de yoga: observación de las sensaciones corporales y atención en la respiración	1 tapete Secuencia de posturas de yoga para niños	Practicar las posturas de yoga	60 min
	Revisión de la sesión anterior			
	Poco a poco se llega lejos. Entendiendo lo valores y definiendo pasos hacia ellos	Matrix para aclarar los valores	Registro de emociones	
	Los valores en el día a día: horario de actividades	Formato 4	Actividades planteadas	
Tema: Yo como contexto				

7	Ejercicio de mindfulness: observación de la respiración		Hoja de registro	60 min
	Revisión de la sesión anterior		Mindfulness (respiración)	
	Validación emocional: la paciencia vence lo que la dicha no alcanza (DBT)		Practicar la validación	
4-Madre/ cuidador	Ejercicio de mindfulness:		Hoja de registro	60 min
	Revisión de la sesión anterior		Practicar la validación	
	Validación emocional (DBT)			
8	Ejercicio de mindfulness: conciencia plena en la vida diaria	Hojas blancas	Tener presentes las actividades hechas para acercarse a lo que es importante y hacerlo parte de su vida cotidiana	60 min
	Revisión de la sesión anterior	Colores		
	Repasando el proceso con dibujos			
	Prevención de recaídas (posibles obstáculos y posibles soluciones)			
	¡A darle que es mole de olla!		Hoja de registro	
	Cierre			
-B-	Postest	RSQ SSI CDI Razones para vivir Impulsividad de Barrat Escala de ansiedad		70 min

Consideraciones éticas:

Se solicitó el apoyo de las autoridades escolares para enviar a los padres información sobre la investigación y una carta de consentimiento para la participación de sus hijos e hijas en el estudio. Se enfatizó la confidencialidad y los beneficios de la intervención. Una vez detectados los menores con riesgo, se les invitó a los padres de familia a participar en la investigación

vía telefónica, y se extendió la invitación a los menores por medio de los padres. En la primera sesión se confirmó este consentimiento tanto por los padres como por los menores participantes. Las sesiones se efectuaron en el consultorio particular de la investigadora principal, fuera del horario escolar, de acuerdo a la conveniencia de los participantes.

RESULTADOS

Caso A

Tras las 12 sesiones de intervención psicoterapéutica se observó mejoría en los síntomas que generaban mayor malestar plasmados en los autoregistros y en los puntajes de los instrumentos aplicados (ver tabla 2 y 3, y Figura 1):

- Emocionales y conductuales: se consigue mayor estabilidad emocional y reconocimiento de sus fortalezas, más capacidad de tolerar la frustración y para concentrarse cuando se distrae y menor rumiación de la pérdida de su madre. Dejó de buscar información del suicidio en internet. Remitieron sus ideas y conductas autolesivas.
- Relaciones sociales: mayor apertura a relacionarse con sus pares y mayor disposición para hablar con su abuela.

Además, el participante se mostró más cooperativo en las sesiones finales de la intervención, con mayor implicación en sus estudios. Sin embargo, sigue siendo necesario trabajar en la relación con el abuelo, el respeto a los límites de casa, la capacidad de negociación y la disminución de los síntomas de depresión y ansiedad (Ver Tabla 3). Los cambios alcanzados se mantuvieron en el seguimiento (ver Figura 1).

Tabla 1.

Autoregistro del caso A en la primera sesión

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

Tabla 3.

Cambio Clínico en ambos casos

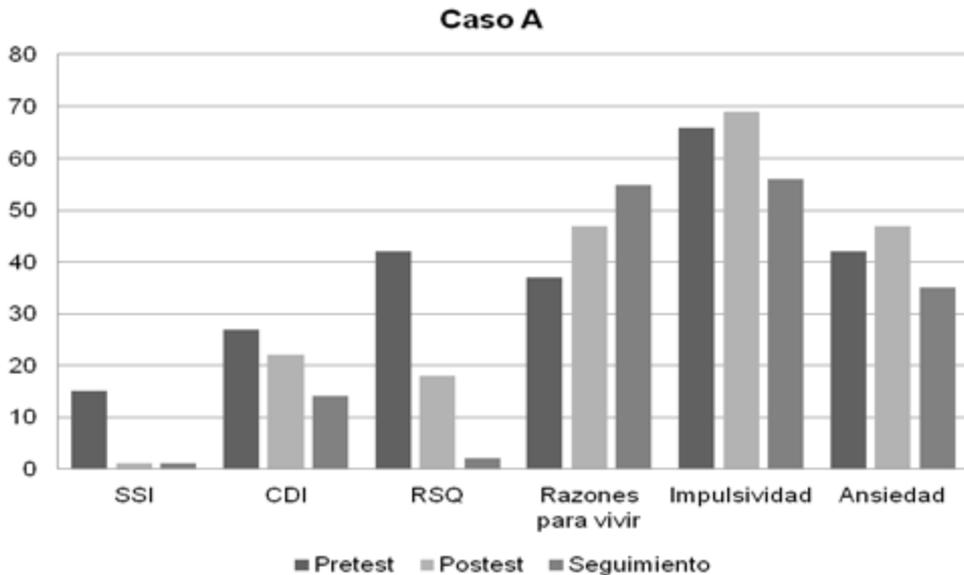
Instrumento	Caso A			Caso B		
	Pretest	Postest	PC	Pretest	Postest	PC
SSI	15	1	14.0*	8	1	7.0*
CDI	27	22	0.22*	27	13	1.07*
RSQ	42	18	1.33*	45	9	4.0*
Razones para vivir	37	47	0.21*	56	50	0.12
Impulsividad	66	69	0.04	71	52	0.36*
Ansiedad	42	47	0.10	41	19	1.15*

* Significativo (>0.2)

En la entrevista final, el menor mencionó la utilidad de la intervención, la actividad que más recordaba es que debe relajarse cuando comienza a enojarse. Respecto a las diferencias antes y después de la intervención escribió: antes “pensaba en cosas perturbadoras como cortarme las venas, cortarme cualquier parte del brazo”, ahora “casi no pienso ni hago nada de eso”. Reportó que la idea de cortarse es pasajera y poco intensa, por lo que se puede enfocar en otras actividades fácilmente.

Figura 1.

Puntajes promedio en indicadores de riesgo suicida al inicio, final y seguimiento de la intervención para el caso A



Caso B

Tras la intervención psicoterapéutica se observa una mejoría en los síntomas de mayor malestar plasmados en los autoregistros y en los puntajes de los instrumentos aplicados (ver tablas 3 y 4, y la Figura 2):

Emocionales y conductuales: se consigue mayor estabilidad emocional, mayor capacidad de tolerar la frustración, mayores habilidades para expresar lo que se siente y llegar a acuerdos con los demás. Las conductas suicidas remiten por completo.

Relaciones sociales: se observa mayor apertura en sus relaciones con sus pares, disposición a socializar con niños de distintas edades en diferentes contextos. Mejora la comunicación con su madre y discute menos con su abuelo. Toma un poco de distancia de las relaciones conflictivas (con su abuela y su profesora).

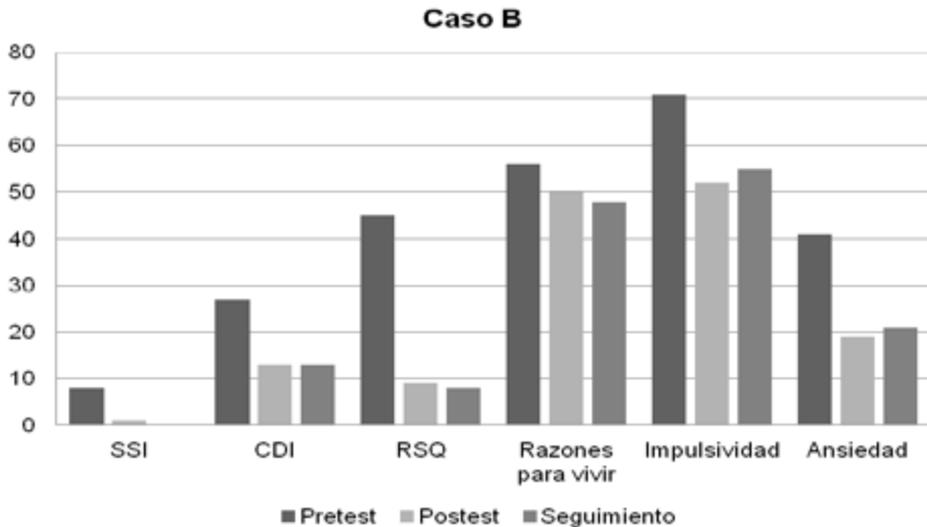
Tabla 4.

Autoregistro del caso B en la primera sesión

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

Figura 2.

Puntajes promedio en indicadores de riesgo suicida al inicio, final y seguimiento de la intervención para el caso B



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

Como puede observarse en la Tabla 3, la paciente logró una reducción en las mediciones de ideación y riesgo de suicidio, las de depresión, impulsividad y ansiedad. Estos resultados se mantuvieron en el seguimiento (ver Figura 2).

En cuanto a la evaluación de la intervención, la menor indicó que ésta le fue muy útil; la actividad que más recordaba fue la de negociación, en la que debe relajarse y ser más tranquila con la gente que le rodea, y manejar sus emociones. Respecto a las diferencias antes y después de la intervención escribió: antes “me hacía daño, salía mucho sin permiso y me criticaba”, ahora “no me hago daño, no salgo mucho, no me critico”.

DISCUSIÓN

La intervención resultó particularmente sensible para el trabajo con ideación suicida en menores de edad, dado que este aspecto fue el elemento en el que se observaron mayores cambios después de la intervención y en el seguimiento. Esto coincide con la propuesta de DBT (Linehan, 1993): abordar las conductas que interfieren con la vida (en este caso la ideación suicida y las conductas autolesivas), para posteriormente trabajar problemáticas asociadas, pero menos severas. En este caso, el trabajo de dichas problemáticas se inició con la inclusión de los valores personales propuestos en ACT (Harris, 2009).

Entre los factores de riesgo de suicidio reportados previamente en la literatura y observados en los dos casos, se identificaron la depresión (Stewart et al. 2017), la impulsividad (de Sousa et al., 2017), la desesperanza y el perfeccionismo (O'Connor y Nock, 2014), la ansiedad (Mosquera, 2016), la rumiación, y la dificultad para resolver y afrontar satisfactoriamente los problemas, así como las adversidades a la que se han tenido que enfrentar en esta etapa, particularmente en cuanto al manejo del enojo y la tristeza (Linehan, 1993; Sánchez-Loyo, 2015), las dificultades académicas (Cabra, Infante y Sossa, 2010) así como para plantear nuevas metas (O'Connor et al., 2012), además del duelo por uno de los padres como factor desencadenante de las crisis suicidas más recientes (Oquendo

et al., 2007). Asimismo, ambos menores experimentan distancia física y emocional del otro progenitor y se encuentran al cuidado de los abuelos, manteniendo una relación conflictiva con uno de ellos.

Las mejoras fueron significativas en ambos casos. En el “Caso A” hubo una reducción sustancial en las puntuaciones de ideación suicida, riesgo suicida, depresión y razones para vivir, con lo cual se reduce de manera importante la propensión del menor a presentar conductas suicidas. Por otro lado, en el “Caso B” además de la mejora en los síntomas de depresión, ideación y riesgo suicida, disminuyeron significativamente los síntomas de impulsividad y ansiedad.

Al explorar las razones por las que funcionó esta intervención, podrían señalarse las adecuaciones a las actividades originales de las terapias contextuales para los menores en función de su desarrollo cognitivo y de los intereses propios de su edad (Vega Vázquez, 2017), la formación y motivación de la aplicadora, el ser una propuesta informada en terapias con evidencia en poblaciones con sintomatología similar (aunque de otros grupos etarios) (Bass et al., 2014; Neacsiu, Bohus, & Linehan, 2015; Nelson-Gray et al., 2006; Páez et al., 2006; Perepletchikova et al., 2017; Shelton et al., 2011; Shelton et al., 2009; Wilks et al., 2016). Asimismo, centrar los esfuerzos iniciales en generar alternativas para regular las emociones, los pensamientos y el malestar que genera la ideación suicida sobresale como un paso esencial.

Cabe resaltar que un elemento clave para lograr la adherencia terapéutica fue la inclusión de los padres o cuidadores primarios en el proceso de intervención. La importancia de este último elemento puede explicarse en parte por la especial relevancia que tiene el contexto en el que se desarrolla

un individuo que presenta conductas suicidas (Linehan, 1993), a lo cual se le suma el valor que los latinos dan a la familia, independientemente de la etapa de desarrollo (Zayas y Pilat, 2008).

A pesar de que los resultados obtenidos son favorables, la aplicación en dos casos resulta insuficiente para determinar la pertinencia y garantizar la replicabilidad de la intervención. Por lo que es necesario continuar poniendo a prueba esta intervención con un mayor número de participantes y con un diseño de ensayo clínico aleatorizado. Asimismo, se sugiere estudiar el impacto que tiene la inclusión de los padres o tutores en la efectividad. Replicar esta intervención podría ayudar a reducir costos de hospitalización, académicos y emocionales a mediano y largo plazo en población infantil.

CONCLUSIONES

La presente investigación contribuye al abordaje de las conductas suicidas infantiles desde la perspectiva de las terapias contextuales, encontrando que el programa de intervención aplicado favorece primordialmente la reducción de síntomas de ideación y riesgo suicida. Los resultados son alentadores para la práctica clínica, tanto pública como privada por la relevancia de la problemática del riesgo suicida en población infantil y la necesidad de contar con programas eficaces para su tratamiento.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos especiales a los participantes y a CONACYT por su apoyo para realizar esta investigación.

REFERENCIAS

- Bass, C., van Nevel, J., & Swart, J. (2014). A comparison between dialectical behavior therapy, mode deactivation therapy, cognitive behavioral therapy, and acceptance and commitment therapy in the treatment of adolescents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9, 4-8.
- Beck, A. T., Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (2), 343-352. doi: 10.1037//0022-006x.47.2.343
- Cabra, O., Infante, D. y Sossa, F. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Medica-Fundación Universitaria Sanitas*, 13(2), 28-35. Disponible en: <https://www.unisanitas.edu.co/Revista/18/suicidio.pdf>
- Cardiel, R. M. (1994). La medición de la Calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.), *Epidemiología Clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana McGraw Hill.
- Chahin, N., Cosi, S., Lorenzo-Seva, U. y Vigil-Colet, A. (2010). Stability of the factor structure of Barrat's Impulsivity Scales for children across cultures: A comparison of Spain and Colombia. *Psicothema*, 22 (4), 983-989. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3830.pdf>
- Covarrubias de la Torre, M. G., Soltero Avelar, R., Sánchez-Loyo, L. M., Rivera Heredia, M. E. y Pavón Cuéllar, D. (2017). Pensamientos de muerte e ideación suicida en niños y niñas mexicanos de 6 a 11 años. *Uaricha. Revista de Psicología*, 14 (32), 20-30. Disponible en: <http://www.revistauaricha.umich.mx/index.php/urp/article/view/148>
- Cox, G. & Hetrick, S. (2017). Psychosocial interventions for self-harm, suicidal ideation and suicide attempt in children and young people: What? How? Who? and Where? *Evidence-Based Mental Health*, 20 (2), 35-40. doi: 10.1136/eb-2017-102667

- de la Torre, I. M., Laborín Álvarez, J. F., Chávez-Hernández, A. M., Sandoval Godoy, S. A. y Torres Soto, N. Y. (2016). Propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, México. *Psicología y Salud*, 26 (2), 273-282. Disponible en <https://psicologiasalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2203>
- de Sousa, G. S. de, Santos, M. S. P. dos, Silva, A. T. P. da, Perrelli, J. G. A., & Sougey, E. B. (2017). Revisão de literatura sobre suicídio na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 3099–3110. doi:10.1590/1413-81232017229.14582017
- Del Barrio, V., Moreno-Rosset, C., López-Martínez, R., 1999. El Children's Depression Inventory [CDI; Kovacs, 1992]. Su aplicación en población española. *Clínica y Salud*, 10, 393-416. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/979d472a84804b9f647bc185a877a8b5>
- Dimeff, L. A., & Koerner, K. (Eds.). (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. New York: Guilford Press.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple. An Easy-to-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. Canada: New Harbinger Publications, Inc.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Long, C. G., Fulton, B., Dolley, O., & Hollin, C. R. (2011). Dealing with feelings: The effectiveness of cognitive behavioral group treatment for women in secure settings. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 39, 243–247.
- McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic
- Mondragón, L, Saltijeral, M. T., Bimbela, A. y Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*, 21(5):20- 27. Disponible en: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/718/717
- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3 (1), 9-18.

- Murrell, A. R., & Scherbarth, A. J. (2008). State of the research & literature address: ACT with children, adolescents and parents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2, 531-543. doi:10.1037/h0100921
- Neacsiu, A. D., Bohus, M., & Linehan, M.M. (2015). Dialectical Behavior Therapy Skills: An Intervention for Emotion Dysregulation. En J. J. Gross (Ed.). *Handbook of Emotion Regulation*, 1 (2). Guilford Press, New York.
- Nelson-Gray, R., Keane, S., Hurst, R., Mitchell, J., Warburton, J., Chok, J.,... Cobb, A. R. (2006). A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: Promising preliminary findings. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1811-1820.
- O'Connor, R. C., O'Carroll, R. E., Ryan, C., & Smyth, R. (2012). Self-regulation of unattainable goals in suicide attempters: a two year prospective study. *Journal of affective disorders*, 142 (1-3), 248-255. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.035>
- O'Connor, R. C. & Nock, M. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1(), 73-85. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- Oquendo, M. A, Bongiovi-Garcia, M. E., Galfalvy, H., Goldberg, P. H., Grunebaum, M. F., Burke, A. K., Mann, J. J. (2007). Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 134-141.
- Osman, A., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Osman, J. R., Besett, T., & Linehan, M. M. (1996). The brief Reasons for Living Inventory for adolescents (BRFL-A). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(4), 433-443. doi:10.1007/bf01441566
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S. y Luciano-Soriano, C. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1-20. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/560/56060101.pdf>

- Pan American Health Organization (2016). Prevention of suicidal behavior. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31166/9789275119198-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Perepletchikova, F. (2017). Dialectical Behavior Therapy for pre-adolescent children. In M. Swales, Ed. *The Oxford Handbook of Dialectical Behavior Theory*. Oxford, UK: Oxford University Press. doi:10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.25
- Perepletchikova, F., Nathanson, D., Axelrod, S. R., Merrill, C., Walker, A., Grossman, M., Rebeta, J., Scahill, L., Kaufman, J., Flye, B., Mauer, E., Walkup, J. (2017). Randomized Clinical Trial of Dialectical Behavior Therapy for Preadolescent Children With Disruptive Mood Dysregulation Disorder: Feasibility and Outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(10), 832–840. doi:10.1016/j.jaac.2017.07.789
- Robles-García, R., Páez Agraz, F., Ascensio Guirado, M., Mercado Salcedo, E., & Hernández Muñoz, L. (2005). Evaluation of suicide risk in children: psychometric properties of the Spanish version of the Risk of Suicide Questionnaire (RSQ). *Actas españolas de psiquiatria*, 33 (5), 292–297.
- Ruiz, F. y Perete, L. (2015). Application of a relational frame theory account of psychological flexibility in young children. *Psicothema*, 27 (2), 114-119. doi: 10.7334/psicothema2014.195. Recuperado de <http://www.psicothema.com/PDF/4243.pdf>
- Sánchez-Cervantes, F. S., Serrano-González, R. E. y Márquez-Caraveo, M. E. (2015). Suicidios en menores de 20 años. México 1998-2011. *Salud mental*, 38 (5), 379-389. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.051>
- Sánchez-Loyo, L. M. (2015). La conducta suicida y psicoterapia dialéctica comportamental: un acercamiento interdisciplinario. En: Enríquez-Rosas, R.; Gómez-Gómez, E. N.; Zohn-Muldoon, T. (coords.) (2015). *La psicoterapia frente al bienestar y al malestar*. Guadalajara, Jalisco: ITESO. p. 265-296

- Shelton, D., Kesten, K., Zhang, W., & Trestman, R. (2011). Impact of a dialectic behavior therapy-corrections modified (DBT-CM) upon behaviorally challenged incarcerated male adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24, 105–113. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3080237/>
- Shelton, D., Sampl, S., Kesten, K. L., Zhang, W. L., & Trestman, R. L. (2009). Treatment of impulsive aggression in correctional settings. *Behavioral Science and the Law*, 27, 787–800. Disponible en https://www.researchgate.net/profile/Deborah_Shelton/publication/26841756_Treatment_of_impulsive_aggression_in_correctional_settings/links/548997760cf2ef344792aa78.pdf
- Spence, S. H., González Montesinos, M. J., Aguilar Villalobos, J., Bermúdez-Ornelas, G., Martínez-Guerrero, J. I., Hernández-Guzmán, L. y Gallegos Guajardo, J. (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1) 13-24. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80515880002>
- Stewart, J., G., Esposito, E. C., Glenn, C. R., Gilman, S. E., Pridgen, B., Gold, J. & Auerbach, R. P. (2017). Adolescent self-injurers: Comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research*, 84 (1), 105–112. doi:10.1016/j.jpsychires.2016.09.031.
- The Australian Psychological Society (2010). *Evidence-based Psychological Interventions in the Treatment of Mental Disorders: A Literature Review*. 3rd edition. Australia: The Australian Psychological Society Ltd.
- Vega Vázquez, M. (2017). *Diseño y evaluación de un programa de intervención para la prevención del suicidio infantil*. (Tesis de maestría en Psicología). Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Michoacán, México.
- WHO (2018). Suicide. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Wilks, C.R., Valenstein-Mah, H., Tran, H., King, A.M.M., Lungu, A. & Linehan, M.M. (2016). Dialectical Behavior Therapy Skills for Families of Individuals With Behavioral Disorders: Initial Feasibility

and Outcomes, *Cognitive and Behavioral Practice*.doi: 10.1016/j.cbpra.2016.06.004

Zayas, L.H., & Pilat, A.M. (2008). Suicidal Behavior in Latinas: Explanatory Cultural Factors and Implications for Intervention. *Suicide and Life-Threatening & Behavior*, 38 (3), 334-342. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.3.334>

Envío a dictamen: 27 de septiembre de 2021

Reenvío: 12 de octubre de 2021

Aprovación: 28 de octubre de 2021

Margarita Vega Vázquez. Estudiante del Doctorado Interinstitucional en Psicología en la Universidad de Guadalajara, Licenciada y Maestra en Psicología por la UMSNH. Investigadora en temas relacionados con el suicidio en general, y conductas suicidas en la infancia con mayor profundidad. Es terapeuta particular, con un abordaje clínico desde las terapias contextuales. Miembro de la Asociación de Suicidología en Latinoamérica y el Caribe (ASULAC). Ha participado en diferentes congresos como ponente y publicado artículos en torno a la muerte, el suicidio, las emociones y la resiliencia. Ha fungido también como árbitro en la revista de Investigación y Posgrado. Correo electrónico: magui.vev@gmail.com

María Elena Rivera Heredia. Profesora de tiempo completo de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH). Es doctora en Psicología y Maestra en Psicología clínica por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Y Psicoterapeuta Familiar por el Instituto Latinoamericano y de Estudios de la Familia (ILEF). Realizó la Licenciatura en Psicología en el Instituto Tecnológicos y de Estudios de Occidente (ITESO). Recibió el Premio Nacional de Psicología 2014 otorgado por el Consejo Nacional de Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP). Es autora de diversos artículos de investigación y divulgación. Entre sus libros se encuentran: “Psicología y Comunicación Visual. Estrategias para la prevención del suicidio en adolescentes”, “Familia y Migración. Bienestar físico y mental” y “Competencias para la investigación, desarrollo de habilidades y conceptos”, “Migración: miradas y reflexiones desde la universidad”. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores (nivel 1). Es responsable del cuerpo académico consolidado “Intervenciones psicológicas y socioculturales en familia, género, migración, educación y salud”. Correo electrónico: maelenarivera@gmail.com

Luis Miguel Sánchez Loyo. Licenciado en Psicología, Doctor en Ciencias del Comportamiento. Profesor Investigador Titular de la Universidad de Guadalajara, Profesor Titular, Universidad ITESO. Vicepresidente de “Isabel ayuda para la vida”. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel I. Miembro de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, Representante de México en la Asociación de Suicidología de América Latina y el Caribe. Ha dictado más 170 ponencias, conferencias o talleres. Ha publicado más de 55 artículos y capítulos de libros sobre conducta suicida, psicopatología, funcionamiento cerebral y procesos cognitivos y emocionales. Correo electrónico: sanchezloyo@yahoo.com.mx

Fabiola González Betanzos. Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), con una maestría en ciencias del comportamiento por la UNAM, realizó un máster en Metodología en Ciencias del Comportamiento y la Salud por la Universidad Complutense de Madrid y es Doctora en Estadística y Metodología en Ciencias del Comportamiento y de la Salud por la Universidad Autónoma de Madrid, España. Ha sido docente en la UNAM y actualmente es Profesora Investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores (Nivel I). Las líneas de investigación que cultiva son la creación de instrumentos de medición, el análisis de datos, el desarrollo de modelos psicométricos y estadísticos para el estudio de las Trayectorias escolares y laborales, así como investigación en ciencias de la salud. Ha participado en 8 libros como coautora y 1 como coordinadora. Ha escrito cerca de 20 artículos en revistas nacionales e internacionales. Es revisora de revistas internacionales como la Revista Complutense de Educación y La Revista de Psicología de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Correo electrónico: fabiolagonzalezbetanzos@gmail.com