

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual en la Reducción de
Ideación Suicida en Varones Musulmanes con Arraigo Cultural
hacia la Inmolación**

Proyecto de investigación

Karen Jacqueline Solís Hernández

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito para
la obtención del título de Psicóloga Clínica

Quito, 12 de diciembre de 2018

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE CALIFICACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**Efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual en la Reducción de
Ideación Suicida en Varones Musulmanes con Arraigo Cultural
hacia la Inmolación**

Karen Jacqueline Solís Hernández

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Micaela Jiménez Borja, Ph D.

Firma del profesor

Quito, 12 de diciembre de 2018

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Karen Solís Hernández

Código: 00121486

Cédula de Identidad: 1723678528

Lugar y fecha: Quito, 12 de diciembre de 2018

RESUMEN

La auto-inmolación se presenta a raíz de creencias ya sean religiosas, políticas o por actos terrorista con raíces religiosas. En el caso del terrorismo religioso, se hace referencia al islam, que presenta a la inmoción de manera ambigua, permitiendo que la población musulmana genere con convicción ideales suicidas terroristas (Flori, 2004). Este estudio tiene como meta comprobar la efectividad de la terapia dialéctica conductual, creada por la psicóloga Marsha M. Linehan, en jóvenes musulmanes que han sobrevivido a su propio intento de auto-inmolación o que han sido detenidos previo al ataque. A pesar de ser esta, una terapia diseñada para el trastorno límite de personalidad, se ha demostrado su eficacia en el tratamiento de otros trastornos donde prima la desregulación emocional (Dimeff & Linehan, 2001). La terapia dialéctica conductual, brinda herramientas a los pacientes que les permite regular y gestionar sus emociones y conductas, logrando reducir tanto la ideación como las conductas suicidas (Linehan et al., 2006). **Metodología:** Esta investigación se realizará con 10 varones musulmanes de edades entre 17 y 25 años, que no han logrado consumar su auto-inmolación. Los resultados serán medidos por métodos cuantitativos como los son la Escala de Ideación Suicida (SIS) y el Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE). Se espera comprobar la reducción de ideación suicida en los participantes mejorando su capacidad de regulación emocional, a través de la terapia dialéctica conductual. **Resultados:** Basado en la revisión de la literatura, se espera que los participantes muestren reducción de síntomas al igual que en la ideación y conductas suicidas, logrando ser más estables emocionalmente y ello les permita desenvolverse de mejor manera frente a diversas situaciones. **Conclusiones:** Se concluye que al igual que en otros estudios, la TDC puede ser efectiva en casos que presentan criterios distintos a del TLP, debido a su intervención de tratamiento, la estructura con la que está diseñada y los componentes que agrega la terapia

Palabras clave: religión, creencias, islam, suicidiología, suicidio terrorista, suicidio ritual, terrorismo religioso, inmoción, efectividad terapia dialéctica conductual, regulación emocional, DSM V, CIE 10.

ABSTRACT

Self-immolation occurs as a result of religious or political beliefs as well as terrorist acts with religious roots. In the case of religious terrorism, reference is made to Islam, that presents the immolation ambiguously, allowing the Muslim population to generate terrorist suicide ideals (Flori, 2004). This study aims to check the effectiveness of dialectical behavior therapy, created by psychologist Marsha M. Linehan, in young Muslims who have survived to their own self-immolation or who have been arrested prior to the attack. Despite being a therapy designed for the Borderline personality disorder, it has been proven effective in the treatment of other disorders where emotional dysregulation prevails (Dimeff & Linehan, 2001). Dialectical behavior therapy provides tools to patients that allows them to regulate and manage their emotions and behaviors, managing to reduce both the ideation and the suicidal behaviors (Linehan et al., 2006). **Methodology:** This research will be conducted with 10 Muslim males of ages between 17 and 25 years, who have not managed to consummate their self-immolation. The results will be measured by quantitative methods such as the Suicidal Ideation Scale (SIS) and the Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE). It is expected to check the reduction of ideation suicide in the participants improving their capacity for emotional regulation, through the dialectical behavior therapy. **Results:** Based on the review of the literature, participants are expected to show symptoms of reduction of suicidal ideation and behavior, becoming more emotionally stable and allowing them to cope in a better way with different situations. **Conclusions:** It is concluded that as well as in other studies, the DBT can be effective in cases that present different criteria from the borderline personality disorder, due to its treatment intervention, the structure with which it is designed and the components added by the therapy.

Keywords: religion, beliefs, Islam, suicidology, terrorist suicide, ritual suicide, religious terrorism, immolation, effectiveness dialectical behavioral therapy, emotional regulation, DSM V, CIE 10.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	<u>8</u>
ANTECEDENTES	9
Terapia dialéctica conductual (TDC)	9
Inmolación	10
PROBLEMA	13
MARCO CONCEPTUAL	14
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	15
OBJETIVOS	15
PROPÓSITO DE ESTUDIO	15
SIGNIFICADO DE ESTUDIO	16
REVISIÓN A LA LITERATURA	17
FUENTES Y FORMATO DE LA REVISIÓN DE LA LITERATURA	17
RELIGIÓN	18
ISLAM	20
Estereotipos y Prejuicios	21
Subdivisiones del islam: Chiítas, Sunnitas y Sufis	22
El Credo Islámico	23
Textos y Fuentes	24
La Shari'a	24
Yihad y la Guerra Santa	25
El Paraíso	26
SUICIDIO	27
Tipos de Suicidios	29
Posibles Causas y Factores de Riesgo	32
Métodos Suicidas	34
INMOLACIÓN	35
Suicidio Ritual	37
Grupos Terroristas Islámicos	43
TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL	46
La Terapia	47

Terapia Grupal	49
Terapia Individual	51
Modalidad Telefónica	53
Resultados	54
Trabajo con la Familia	54
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	56
Justificación de la Metodología Seleccionada	56
Herramientas de Investigación Utilizadas	57
Participantes.....	60
Reclutamiento de los participantes	61
Procedimiento	61
Consideraciones Éticas	62
RESULTADOS ESPERADOS	64
DISCUSIÓN	67
Limitaciones.....	69
Recomendaciones	70
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	71
Apéndice A	79
Apéndice B	80
Apéndice C	82
Apéndice D	84
Apéndice E	91

INTRODUCCIÓN

Los ataques terroristas, han significado un peligro social difícil de manejar, puesto que quienes llevan a cabo dichos actos, traen consigo un claro adoctrinamiento y entrenamiento durante años. Sin embargo, no es el único problema a tratar, ya que, la auto-inmolación conlleva en sí un acto de suicidio, el cual, se ha convertido en un conflicto de salud pública a nivel nacional e internacional. Sin duda resta mucho por comprender sobre ideologías que aceptan toda esta clase de acciones, y mucho más el vislumbrar las formas en cómo se debería abordar este tipo de problemáticas.

Esta investigación da inicio a la propuesta de emplear la terapia dialéctica conductual; no como solución, pero sí en la prevención de posibles ataques por parte de aquellas personas que, las autoridades han logrado identificar como atacantes y detener antes de que logren realizar su auto-inmolación o aquellos que han fallado en el intento. Para ello será necesario contar con la colaboración de centros psiquiátricos y centros de privación de libertad, a fin de intervenir a quienes cumplan con el perfil requerido; y con terapeutas entrenados para basarse y cumplir con los señalamientos que describe la terapia.

La terapia dialéctica conductual (TDC) fue diseñada por Marsha Linehan, para tratar el trastorno límite de personalidad (TLP), el cual, comprende una estrecha relación con ideación y conductas suicidas. A través del tiempo ha demostrado tener gran eficacia en diversos trastornos, debido su amplio enfoque, respecto a las dimensiones que aborda como aspectos biológicos, psicológicos y sociales. A su vez, la TDC recopila e incorpora de manera clara y bien estructurada, técnicas psicoterapéuticas cognitivas conductuales, humanistas y elementos de filosofías orientales como el mindfulness.

ANTECEDENTES

Terapia dialéctica conductual

La terapia dialéctica conductual (TDC) nace en 1993, por la psicóloga Marsha M. Linehan, investigadora de psicología en la Universidad de Washington. Linehan, Suarez y Allmon (1991) basaron su teoría en conceptos básicos de la corriente cognitivo-conductual, enfocados a regulación emocional en combinación con técnicas orientales tales como el mindfulness y también neurociencias (Linehan et al., 1991). Formando así, la terapia dialéctica conductual, como terapia más eficaz para el trastorno límite de personalidad (TLP). (Juanmartí & Lizeretti, 2017). Sin embargo, se ha concluido que la TDC, también ofrece resultados favorables a otros síntomas asociados a desregulación emocional como trastornos del estado de ánimo, trastornos alimenticios, auto-lesiones, abuso sexual y abuso de sustancias (Dimeff & Linehan, 2001).

La TDC, tiene como objetivo que el paciente regule y gestione sus propias emociones y conductas. De esta manera, se evitará las respuestas impulsivas a cambios o alteraciones que manifiesta el individuo en su estado de ánimo (Juanmartí & Lizeretti, 2017). Dentro de las metas propuestas, se espera la reducción de ideas o conductas suicidas y conductas que alteran la calidad de vida de la persona; y el incremento de auto-validación y aceptación por uno mismo (Linehan et al., 2006). Este último, como el principal pilar para alcanzar el objetivo de la terapia. Linehan y colegas (2006), asegura que pacientes con alto riesgo suicida, fueron expuestos a ambientes de invalidación y poca aceptación. Por ello, se propuso una terapia enfocada en la aceptación incondicional y la validación, promovidas por la alianza terapéutica y la necesidad de compromiso al proceso terapéutico. (Jamilian, Malekirad, Farhadi, Habibi & Zamani, 2014).

La TDC, tiene como base cuatro fases. La primera de ellas, Mindfulness, este concepto proveniente de técnicas orientales, el cual, significa plenitud de conciencia, es decir, estar en el aquí y ahora. Este concepto se adapta en la terapia para fortalecer habilidades sugeridas por la TDC (Dimeff & Linehan, 2001). La siguiente fase es la efectividad interpersonal, se resalta las buenas habilidades de las personas con TLP. Sin embargo, se centra en el deseo por cambiar aspectos de situaciones o de las demás personas (Dimeff & Linehan, 2001). La regulación emocional, es la tercera fase que trabaja con insistencia en las habilidades para identificar emociones y emplear recursos que ayuden al manejo y regulación de emociones (Linehan, 1993b). Finalmente, es tolerancia a la angustia, en la cual, la TDC pone empeño en capacitar a los pacientes para que en ellos se forje la habilidad de soportar el dolor de las circunstancias adversas (Soler, Elices & Carmona, 2016).

Inmolación

La inmolación viene a partir de un convencimiento y el arraigo hacia las creencias culturales de las mismas. Este, es un sacrificio hecho en beneficio de un ideal, donde algunos grupos, como los musulmanes, cumplen con inmolarse por una causa o el bien de otros (Kelly, 2011).

De acuerdo a la historia de la inmolación, se puede mencionar a la secta de los asesinos, Nizaríes; quienes con ideales provenientes del profeta Mahoma, forjaron sus actividades durante los siglos X al XIII (Reinares, 2004). Tomando como víctimas, en su gran mayoría, a los musulmanes sunníes y algunos cruzados. Sin embargo, este grupo de víctimas humilladas, no esperaban rescate alguno ni se disponían para escapar. Pues, dentro de sus marcados ideales, el sobrevivir al martirio tanto para los musulmanes como para la

secta de los asesinos, era considerado como una desdicha (Reinares, 2004). La práctica de ataques suicidas fue tomada por los musulmanes asiáticos para atacar y resistirse a ser colonizados desde el siglo XVIII hasta gran parte del siglo XX. En esta época, el martirio seguía siendo un acto loable y a la vez una orden divina según la interpretación de los escritos y potestades religiosas (Reinares, 2004).

En la actualidad se mantiene los actos de inmoliación, con propósitos mayormente religiosos y promesas para el mártir, como el no sufrir al llevar a cabo su misión y tras su muerte tener acceso inmediato al paraíso (Abrahms, & Lula, 2013). Existe también la inmoliación terrorista con raíces religiosas. El islam, ha relacionado la religión con la inmoliación de manera ambigua, permitiendo llevar dicha práctica a actos extremos de terrorismo principalmente con sus rivales los israelitas y extendiéndose hacia otras poblaciones con el propósito de quitarse la vida y la de otras personas, conocidos como infieles (Flori, 2004). Por otro lado, existe la inmoliación política, donde los ideales de los miembros políticos, llegan a ser exacerbados (Geller & Saperstein, 2015). Puede conocerse a dichos practicantes como idealistas, quienes ponen en riesgo su salud a corto, mediano o largo plazo como muestra de su esfuerzo y dedicación hasta su muerte (Geller & Saperstein, 2015).

Esta investigación se centrará en la población musulmana con ideales suicidas terroristas y será valioso el conocer los trasfondos de aquellas personas que cometen el acto de inmolarsse. Se hace referencia al terrorismo suicida, como el suicidio que cobra más de una vida. La mayoría de los inmoliados han sido reclutados por su propia voluntad (Geller & Saperstein, 2015). Sin embargo, en muchos de los casos los padres recibían dinero a cambio de sus hijos, aceptando por no atentarse contra la creencia de su pueblo (Geller & Saperstein, 2015). De esta manera se prepara a los jóvenes en manejo de armas y

explosivos. Dicho entrenamiento previo es necesario, puesto que, para el islam, el suicidio es absolutamente prohibido, únicamente se permite la muerte como tal a causa de la yihad “Esfuerzo en el camino de Dios” (Flori, 2004). Al momento de culminar su misión, cumplen con un rito, reciben una porción del Corán y se les graba en un vídeo donde se despiden de sus familiares, defendiendo hasta el último la yihad (Flori, 2004).

Existen distintas perspectivas sobre la inmoliación, que son, importantes resaltar. Por un lado, Adam Lankford (2013), se interesa por conocer el estado psicológico de los atacantes islámicos. Busca diferenciar si su motivación a inmolarsse es dada por una causa ideológica o verdaderamente existe un deseo de morir a causa de un desequilibrio mental. Por otro lado, la psicología social, sostiene que aquellos actos como la inmoliación, dentro de un contexto cultural, son normalizados y carentes de psicopatologías en los atacantes (Post et al., 2009). La psicología política, también determina la normalidad de la auto-inmoliación y permite comprender cómo se logran superar los mecanismos de auto-censura y dan paso, a actos considerados como actos patrióticos para aquellos que lo llevan a cabo o como actos de violencia indiscriminada para organizaciones tales como el Instituto de Lucha contra el terrorismo (Fink, 2014).

No obstante, en la actualidad se han encontrado investigaciones como la de Ariel Merari y colegas (2009). Quien, junto con su equipo realizaron pruebas psicométricas a atacantes suicidas que fueron detenidos momentos antes de inmolarsse. Estas pruebas arrojaron información donde se hallaba una efectiva evidencia a tendencias suicidas, al igual que depresivas. Otros estudios, en diversas partes de Irán, han demostrado un alto índice de trastornos mentales en poblaciones sobrevivientes a la inmoliación. El 67%

presentaron trastorno de adaptación (todas mujeres), 10% abuso y dependencia de drogas y alcohol (todos hombres), 7% distimia, 3% depresión mayor, 3% anorexia nerviosa, 3% insomnio primario (50% hombres), 7% trastorno límite de personalidad (todas mujeres) y 3% trastorno antisocial de la personalidad (Ahmadi et al., 2010).

Este estudio pretende demostrar la comprobación científica acerca de la existencia de psicopatologías en el grupo en estudio, donde se cree que resalta la falta de estabilidad y regulación emocional. Pues, en la población de jóvenes musulmanes que han sobrevivido a su auto-inmolación, se espera evidenciar casos con psicopatologías donde la desregularización emocional, sea el principal componente a identificar y tratar por medio de la terapia dialéctica conductual; comprobando así, si tiene o no eficacia en dichos casos.

PROBLEMA

El estudio de este problema resulta bastante complejo por la falta de información acerca del tratamiento de la terapia dialéctica conductual, aplicado a poblaciones con arraigo cultural hacia la inmolación. De la misma manera, la brecha cultural nos impide, como cultura occidental, conocer y entender objetivamente la cosmovisión de los grupos que practican la inmolación, dado que la misma se da mayormente en países de Oriente Medio, donde prima la corriente musulmana.

La inmolación es un tema que dentro de nuestro país no nos ha afectado como se evidencia en otras culturas, no por ello significa que no se haya manifestado. Sin embargo, como sociedad hemos sido influenciados por las noticias, dado que vivimos en un mundo globalizado, sobre las distintas formas de exterminio de seres humanos. Entendemos por inmolación ciertos atentados suicidas, debido a una convicción tan arraigada en aquellos que llevan a cabo esta práctica. Es importante analizar a esta población, para cerciorarnos

según la TDC, si las motivaciones de auto-inmolación tienen su base en convicciones religiosas o se ha convertido en una distorsión utilizado por el terrorismo.

Un agravante a esta problemática, se da en los familiares de las víctimas por inmólación, dado que quedan con traumas y temores para desenvolverse socialmente libres en su medio. Se hace necesario plantear políticas de apoyo para tratar el sufrimiento de los familiares afectados.

MARCO CONCEPTUAL

En el siguiente estudio se utilizará fuentes científicas previamente publicadas, para de esta manera, determinar si cabe o no la posibilidad de este estudio, fundamentada dicha información en base teórica. Se utilizarán datos de investigaciones relevantes al tema sobre la TDC y a su vez argumentos válidos y probados de casos reales de suicidio terrorista por auto-inmolación. Dados los componentes que cada uno supone, se hallaran evidencias que relacionen ambas variables y sean el nexo para la aplicación de la TDC como terapia válida a dicho problema social.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo y hasta qué punto la aplicación de Terapia Dialéctica Conductual disminuye la ideación suicida en varones musulmanes de 17 a 25 años con arraigo cultural hacia la inmólación?

OBJETIVOS

General:

1. Investigar si la terapia dialéctica conductual tiene resultados positivos en casos de personas que no lograron consumir su auto-inmolación.

Específicos:

1. Investigar los conceptos principales de la terapia dialéctica conductual.
2. Determinar las características del grupo en estudio para encontrar los factores en común que los motivan.
3. Señalar cuales son los conceptos de la terapia dialéctica conductual, que serán más efectivos para el tratamiento en los rasgos en común encontrados en el grupo en mención.

PROPÓSITO DE ESTUDIO

El presente estudio tiene como propósito definir si los varones musulmanes sobrevivientes a ataques suicidas terroristas y detenidos por dicha razón, pueden reducir dicha tendencia e ideación suicida luego de realizar la intervención de la TDC enfocada en regulación emocional.

Para esta investigación se utilizará una muestra de hombres en edades de 17 a 25 años. El escoger dicha población, surge a raíz de que se ha descubierto que el 86% de los atacantes pertenecientes a dicha cultura son hombres (Baños, 2008). El índice, es mayor debido a que los jóvenes en dicho rango de edad, están en una constante búsqueda de su identidad y se inclinan fácilmente a una ideología a la cual pertenecer (Erdely, 2002). Ello, los hace estar aun más dispuestos a llevar a cabo cualquier tipo de actos a fin de lograr formar parte. Usualmente, buscan algo por lo que vivir o de lo contrario porque morir. Se suma a ello, la facilidad de consumir su auto-inmolación debido a que son edades en las cuales, no han consolidado aun sus familias (Erdely, 2002).

SIGNIFICADO DE ESTUDIO

La importancia de este estudio radica en que, al finalizar la investigación, se obtendrá más información respecto al tema y se aportará soluciones al mismo. Esta investigación, además, brindará aportes fidedignos sobre el estudio efectuado en personas afectadas por la desregulación emocional. Confirmando así el valor de la TDC aplicada al grupo en estudio.

En esta investigación, se estudiará el efecto de la terapia dialéctica conductual en varones provenientes de países musulmanes con un rango de edad entre 17 a 25 años, sobrevivientes a intentos de inmolación. La investigación tendrá cabida en el tratamiento de la TDC en pacientes con diversos trastornos fundamentados en regulación emocional para mostrar su eficacia. A continuación, se encuentra la Revisión de la Literatura que permitirá divisar integralmente el tema sugerido, seguido de la metodología utilizada, análisis de resultados, conclusiones y discusión.

REVISIÓN A LA LITERATURA

FUENTES Y FORMATO DE LA REVISIÓN DE LA LITERATURA

El presente estudio basará sus fuentes en investigación previamente descubierta, proveniente de estudios de caso, tesis universitarias, artículos científicos, revistas y libros relacionados a los temas que componen el estudio y fundamentados en base teórica.

Para la revisión de la literatura en sus fuentes bibliográficas digitales se deberá acceder mediante palabras claves tales como: religión, creencias, islam, suicidiología, suicidio terrorista, suicidio ritual, terrorismo religioso, inmolación, efectividad terapia dialéctica conductual, regulación emocional, DSM V, CIE 10. Cabe mencionar que se utilizaron tanto fuentes de literatura clásica como de literatura contemporánea para una mejor recopilación de datos y comprobación de los hallazgos sugeridos para este estudio.

Para el desarrollo de este estudio se clasificará la información en diferentes temas que facilitaran el entendimiento del lector para lograr conectarlo con el propósito del estudio previamente señalado. Los temas a tratar se presentan en el siguiente orden: Religión; Islam; Suicidio, los cuales, servirán como introducción para la comprensión de los temas del enfoque central de la presente investigación que son, Inmolación y Terapia Dialéctica conductual. Una vez se abarquen dichos temas, se dará paso al análisis que conectará cada tema, a fin de dar conclusiones que estén sólidamente sustentadas en la información hallada y en la metodología del estudio.

RELIGIÓN

Es importante tratar el tema de la religión, ya que, es un fenómeno universal el cual, trasciende a toda época, cultura, raza y clase social que ha existido hasta la actualidad. A esto, se suma su importancia, la influencia e impacto que genera la religión sobre la conducta humana. Mankeliunas (1957), da una explicación sobre el estudio de la psicología de la religiosidad, puesto que la psicología estudia hechos psíquicos presentes en situaciones de menor extensión universal. El autor añade también, que una religión correctamente aplicada puede generar un impacto positivo en la persona, al igual que su mal uso dará inevitablemente un efecto negativo (Mankeliunas, 1957).

Según la RAE, la religión es el conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto. Se entiende que la religión da paso a la búsqueda personal y la elaboración de una explicación hacia el mundo y la realidad que este compone, interpretándose mediante la fe y los preceptos de la religión como tal (Peoples, Duda, & Marlowe, 2016).

Según Corriveau y colegas (2015), la religión tiene un mayor efecto de adoctrinamiento en la niñez, puesto que esta, es una etapa crucial en la cual, se determinan pensamientos y creencias centrales al igual que gran parte de la identidad de la persona. En dicho estudio, los autores mencionan que a nivel psicológico la enseñanza de la religión a temprana edad, da como resultado niños más crédulos y generan creencias sin fundamentos, aunque se desconoce el grado hasta el cual ellos interiorizan la creencia que aceptan (Corriveau et al., 2015).

Por otro lado, McCullough y Willoughby (2009), sostienen en su investigación, que las personas religiosas tienden a alcanzar mayor auto-control, ser más perseverantes y

capaces de conseguir metas que personas que no lo son. Los autores proponen, que la religión ciertamente puede motivar a los sujetos a proceder tanto de manera positiva como negativa, entendiendo que la religión, les ayuda a manejar sus impulsos, al igual que servir a objetivos más grandes. Las personas que cumplen con dichos objetivos, lo hacen más allá de su temor al juicio final, a causa de la incorporación de tales ideales religiosos en sus sistemas de valores personales (McCullough & Willoughby, 2009). Es por esto, que existen personas motivadas a participar de actos de caridad y de alto grado de generosidad como también personas que están dispuestas a colocarse bombas para hacerlas detonar en zonas públicas (McCullough & Willoughby, 2009).

A lo largo de la historia ha existido una amplia variedad de religiones, muchas de ellas se han extinguido con el tiempo, mientras que otras mantienen su auge hasta la actualidad (Peoples et al., 2016). Sin embargo, las religiones monoteístas, principalmente reconocidas y con mayor impacto a nivel mundial son el judaísmo, el cristianismo y el islamismo (Peoples et al., 2016). Estas tres, son religiones provenientes de Oriente Próximo. El judaísmo y el cristianismo surgen en distintas épocas, pero ambas proceden de Palestina, acogiendo en su desarrollo influencia helenista y romana (Tamayo, 2009). Por otra parte, en la Península Arábiga se da el nacimiento del islam en el siglo VII d.C., tras el surgimiento del profeta Mahoma (Tamayo, 2009). El islamismo, a diferencia del judaísmo y el cristianismo no recibió influencia ni de Grecia ni de Roma; aunque Grecia pudo influenciar recién en los siglos XI y XIII, que fue la época de oro del islam (Tamayo, 2009). Luego de esto, señala Tamayo (2009), el modo de pensar islámico estuvo bien estructurado tanto filosófica como teológicamente.

ISLAM

El islam fue fundado por Mahoma o Mohammed, quien es considerado hasta la fecha, un profeta enviado por Dios (Irving, 1850). La palabra islam proveniente del árabe, se traduce al inglés *self-surrender*, lo cual significa, auto-rendición y la sumisión voluntaria a Ala (Erdely, 2002). El islam cuenta con cerca de 2.000 millones de creyentes, haciéndola la segunda religión del mundo con mayor cantidad de seguidores (Blanco, 2015). En comparación con otras religiones, el islam ha tenido una gran expansión esperando que llegue a infundirse rápidamente en países europeos (Erdely, 2002). Si bien es cierto el islam es una religión, ésta debe entenderse en términos más amplios como cultura y fe, religión y política, derecho y moral, filosofía y teología (Tamayo, 2009).

Sin embargo, es importante poner en perspectiva varias distinciones de términos mal empleados por desconocimiento de los mismos. No es lo mismo hablar de árabe, musulmán, islámico, islamista o yihadista estas palabras se usan de manera independiente y entre ellas no son sinónimos (Tamayo, 2009).

- Se define como *árabe* a las personas nacidas en países donde su lengua natal es el árabe, existen en total 22 países árabe. Este término nada tiene que ver con su religión, política, raza o cultura (Tamayo, 2009).
- La palabra *musulmán*, es un adjetivo religioso que define a la persona creyente de la religión del profeta Mahoma. Esto quiere decir que no se asocia a una nacionalidad, pues, un europeo o un occidental puede ser musulmán (Tamayo, 2009).
- *Islámico* es un término que se lo utiliza para definir todo aquello que está relacionado con la religión islámica, esto bien puede ser su cultura islámica, arquitectura islámica, etc. (Barnier, 1997).

- El concepto de *islamista* va dirigido a toda persona que a partir del islam crea y pertenece a una ideología y/o movimiento político. Los islamistas no aceptan la violencia como medio para imponer su ideología (Barnier, 1997).
- Yihad significa esfuerzo, por lo cual *yihadista*, dentro del contexto religioso inicialmente, fue considerado el esfuerzo por ser mejor como individuo o de manera colectiva en el camino espiritual de la fe islámica. Sin embargo, en la actualidad los grupos extremistas islámicos adoptaron el término, significando ahora, terrorismo (Erdely & Argüelles, 2003).

Estereotipos y Prejuicios

Se sabe bien que existe una gran cantidad de estereotipos y prejuicios creados sobre el islam, no solamente en países de occidente, sino también en países árabes (Tamayo, 2009). Gran parte del problema, es la falta de información y la diversidad de percepciones sobre el tema. En promedio, los musulmanes son personas pacíficas y bastante trabajadoras (Trujillo, Moyano, León, Valenzuela & González-Cabrera, 2005). Así como se han formado prejuicios erróneos hacia el islam, cabe mencionar que también los habitantes de las naciones islámicas, han desarrollado prejuicios deformados sobre occidentales, en este caso, mucho se lo debe a películas que han generado un gran impacto a nivel mundial, aunque alejados de la realidad (Trujillo et al., 2005).

Ambas culturas ven a la otra tras una imagen distorsionada de la realidad, sin un fundamento sólido que lo respalde y de manera generalizada de ciertos hechos. Este, es un hecho lamentable, ya que, impide el acercamiento entre las naciones que, respectivamente son llenas de riqueza cultural y pluralismo dignas de apreciar (Erdely, 2002).

Subdivisiones del islam: Chiítas, Sunnitas y Sufis

Pronto iniciado el islam, tuvo una gran expansión geográfica, creando así, diversas necesidades en los creyentes musulmanes a lo largo del imperio (Blanco, 2015). Para solventar dichas necesidades se consideró el aumento de normas y leyes, puesto que el Corán y la Hadith (textos sagrados), no estaban aun completamente detallados (Barnier, 1997). No obstante, varios expertos de la ley estaban en desacuerdo con muchos de los preceptos que se querían implantar (Barnier, 1997). Esto produjo que se crearan distintas escuelas legales. El islam cuenta con tres grandes subdivisiones hasta la actualidad, los Sunnitas, los Chiítas y los Sufís (Tamayo, 2009).

Las principales razones por la que se generaron tales divisiones, fue por las diversas posturas acerca de quién debería ser el próximo sucesor del profeta Alí y cuáles deberían ser los principios por mantener como creyentes (Blanco, 2015). Los musulmanes Sunnitas comprenden el 90% de los islámicos, considerados como la principal rama y la más tradicional. Para este grupo es importante defender que el sucesor o califa debe pertenecer a la misma tribu de Mahoma (Tamayo, 2009). Luego se encuentran los musulmanes Chiítas, que constituyen el 9%. Estos, se separaron de los Sunnitas una vez que discreparon sobre el sucesor de Mahoma. Su apreciación del tema es que el califa debe pertenecer al linaje de Mahoma y Alí (Tamayo, 2009). Finalmente, la tercera y menos seguida, es la corriente de los Sufís, que comprenden un 1% de musulmanes. Su tradición se basa en el conocimiento de Alá por medio del misticismo (Tamayo, 2009).

Cada escuela cuenta con sus propios principios de religión. Sin embargo, el credo islam ha estructurado cinco pilares que se aplican para todos aquellos que componen dicha religión, sin importar la subdivisión a la que pertenezcan (Blanco, 2015).

El Credo Islámico

Los cinco pilares del islam son:

1. Shahada: La confesión de fe. Declarar que solo hay un dios y que Mahoma fue el último profeta mas no el único (Blanco, 2015).
2. Salat: Es la oración que se realiza con el fin de adorar postrado cinco veces al día en dirección a la Mecca (Erdely, 2002). Se debe rezar al amanecer, a media mañana, a media tarde, al anochecer y en la noche (Blanco, 2015).
3. Zakat: Es la obligación de dar limosna y ofrenda a los pobres, con el fin de corregir las desigualdades sociales (Blanco, 2015).
4. Ayuno de Ramadán: Mantener el ayuno diario desde el amanecer hasta la puesta de sol en el noveno mes del año. El ayuno consiste en la abstinencia de alimentos, bebidas y actividad sexual (Blanco, 2015).
5. Hay: Es la peregrinación a la ciudad de la Mecca como mínimo una vez en la vida y una vez sea mayor de edad (Erdely, 2002).

Por otro lado, el credo islámico se divide también en cinco creencias que se deben cumplir:

1. Creer en Alá como único Dios.
2. Creer en la existencia de los ángeles.
3. Aceptar los textos sacros del islam.
4. Creer en los profetas.
5. Creer en el día del Juicio (Erdely, 2002).

En comparación con otras religiones el islam muestra mayor énfasis en la praxis de sus preceptos. Los principios y creencias señalados, están claramente detallados en los textos centrales del islam (Erdely, 2002).

Textos y Fuentes

El islam basa su doctrina en textos sagrado imprescindibles para sus creyentes. En primer lugar, se usa el Corán y este se complementa con la Hadith. Escritos como la ley islámica o la Shari'a están basados en estas fuentes (Tamayo, 2009). En el 2002, Erdely menciona que los creyentes musulmanes se someten a la voluntad de Alá y mandatos declarados por Mahoma. El derecho islámico escrito en el Corán, dicta ordenanzas del comportamiento humano frente a diversas situaciones como el matrimonio, legado, comercio, impuestos, etc. (Tamayo, 2009). También hace alusión a las sanciones frente a comportamientos impropios (Tamayo, 2009).

La Shari'a

La Shari'a, es la ley islámica que contiene un cuerpo de derecho, el mismo que constituye un código de conducta y las normas culticas (Monturiol, 2006). Este es un término que debe usarse con precaución y cuidar de una mala interpretación (Erdely & Argüelles, 2003). Proviene del verbo sharaa, que significa “trazar el camino que conduce a la fuente” y consiste en vivir de manera transparente en todo momento (Tamayo, 2009). Los musulmanes viven su ley de acuerdo a su religión, rigiéndose ambas por sus textos sagrados, es decir, que no se hace distinción alguna como lo hace la cultura occidental (Tamayo, 2009).

Según Erdely (2002), los conceptos que para nuestra sociedad son importantes distinguir, para la cultura islámica se los entiende dentro de una misma cosmovisión. Es así que, lo que clasificamos como político y religioso; privado y público; terrenal y eterno se entiende como un solo constructo en el islam (Erdely, 2002). Por ello, es importante

conocer el concepto de Shari'a para tratar de comprender el terrorismo religioso y sus componentes (Schbley, 2006).

A pesar de que no se tenga esta distinción en el islam, es importante resaltar que ciertos fragmentos del islam han sido influenciados por conceptos de la cultura occidental, haciendo para algunos, que el islam sea un sistema de creencias parcialmente politizado, principalmente en la subdivisión de los Chiítas (Blanco, 2015).

Yihad y la Guerra Santa

Como fue mencionado anteriormente, la Yihad es un término que en árabe significa esfuerzo; se lo utiliza en un ámbito religioso, que define el afán por ser mejor en la fe islámica, para así agradar a Alá (Flori, 2004). Originalmente, la Yihad era un mandato de todo musulmán para conquistar a los demás países por medio de la guerra santa. No obstante, existían limitaciones como el de no matar a niños, mujeres, ancianos o enfermos. De la misma manera, se restringía el dañar al pueblo judío o a cristianos. Según sus preceptos, dicha guerra era contra grupos politeístas a quienes se les presentaba como opción el recibir el islam y convertirse al mismo o morir. Sin embargo, esta era una opción que no se empleaba para hebreos o católicos, ellos, por lo contrario, debían pagar impuestos y una vez bajo el gobierno islámico, podrían continuar con su fe, aunque con ciertos parámetros.

Durante los últimos años, el concepto de la Yihad se ha redefinido por ciertos grupos extremistas que han hecho uso de este término para denominar una forma de alcanzar sus fines (Erdely & Argüelles, 2003). Lo que quiere decir que, bajo el amparo de la doctrina y preceptos del profeta Mahoma, se justifican los actos terroristas iniciados a partir de su concepción de guerra santa. Dicha guerra esta implícitamente declarada a los

musulmanes que se han desviado de su fe y deciden no volver a creer, como también se la declara a los infieles (todo aquel que no profesa el islam como una verdad), sin importar su edad, sexo, condición ni creencia. (Blanchard, 2007).

El término Yihad, ha pasado de ser utilizado en un contexto religioso a entenderse lo más bien, con un sentido bélico, teniendo que ver con el terrorismo, la violencia y los atentados suicidas. Estos grupos, mayormente pertenecientes a la subdivisión de los chiítas, son denominados como yihad islámica y la tendencia que practican como yihadismo (Erdely & Argüelles, 2003).

El Paraíso

El Dr. Jorge Erdely (2002), señala en su libro “Terrorismo Religioso”, que cuando los miembros de grupos terroristas deciden ser parte de los atentados suicidas, lo llevan a cabo bajo el contexto de la Yihad. El significado de morir en la Yihad es, un pase directo al paraíso (Tobeña & Pallarés, 2005). Según sus creencias, para dichos mártires, no será necesaria la espera de la resurrección de sus cuerpos como para el resto de musulmanes. Esto también incluye la purificación y perdón de pecados de manera instantánea (Erdely, 2002).

Algunas de las menciones más importantes que reciben los yihadistas previo a su inmolación, son las instrucciones descritas en misivas o cartas, dando a entender que el acto que están por cometer es agradable ante los ojos de Alá (Tobeña & Pallarés, 2005).

“Recuerda todas las cosas que Dios ha prometido para los mártires”

Se suma a estos mandatos, ciertas promesas de lo que recibirán en el paraíso por recompensa de actos loables como lo es la inmolación (Erdely, 2002):

“Recuerda que regresarás a Dios (...) porque estás realizando una obra que Dios ama y le será aceptada”. “Este será el día, Dios mediante, que pasarás con las mujeres del paraíso”.

“Sonríe delante de las dificultades, oh joven; porque vas hacia el paraíso eterno”.

“Y recibe la muerte de todo corazón por causa de Dios (...) Después nos reuniremos en el cielo más alto”.

Como conclusión se puede decir, que si bien es cierto el islam no es la única religión que promueve la vida después de la muerte, si se puede decir que incita a sus seguidores a hacerse acreedores del paraíso, por medio de obras terrenales entre ellas la inmolación o el suicidio las cuales son bien vistas por su deidad; cuando se comenten por una razón ya sea política, religiosa o por cumplir un ideal de trascendencia.

A continuación, se describirá el problema del suicidio en el mundo.

SUICIDIO

El concepto de suicidio es el acto deliberado de dañarse a uno mismo con el fin de quitarse la vida de manera intencional (Valdivia, 2015). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), cada año 800 mil personas terminan con sus vidas, lo que significa que cada 40 segundos hay una muerte por esta causa. Para el 2016 se registra el mayor índice de suicidios entre los 15 a 29 años de edad siendo considerada como la segunda causa de muerte en dicho grupo etario (OMS, 2018). Se descubre también que el 79% de suicidios sucedieron en países de estratos bajos y medios (OMS, 2018). Las cifras cada vez

son más alarmantes, ya que, en lugar de reducir parecen aumentar, especialmente en población cada vez más joven (Wasserman, Wasserman, Rozanov & Sokolowski, 2009).

Entendiendo el concepto de suicidio denota su importancia, siendo éste, un problema a nivel de salud pública. Dicha tragedia no solo afecta a quien toma la decisión de suicidarse; cada suicidio afecta directamente a los familiares que, según la OMS (2018), más allá de ser un evento tan devastador para quienes afrontan la pérdida, conlleva implicaciones emocionales, sociales y económicas (Valdivia, 2015). A pesar de ello, no se detiene ahí; el suicidio afecta también a amigos, comunidades y a los países que lo sufren, debido a los efectos (OMS, 2018).

Dadas a las inquietudes sobre el suicidio, surge la suicidología. Este es el estudio científico sobre la conducta suicida y las herramientas de prevención (Valdivia, 2015). En un inicio se debe comprender que realmente no se conoce en su totalidad aquello que el suicida experimenta en cuanto a sus sentimientos y pensamientos (Pérez, 2018). Según Valdivia (2015), cada intento por quitarse la vida es completamente distinto a los demás. Los estereotipos lastimosamente han formado una visión general del suicida en la sociedad y es considerado como una persona que ha sido infeliz (Valdivia, 2015). Sin embargo, existen causas incalculables por las que muchas personas determinan poner fin a sus vidas.

Para este estudio es importante delimitar ciertos conceptos que deben ser entendidos y expresados con propiedad.

- Ideación suicida: Son los pensamientos del individuo que involucran el deseo por auto-eliminarse, estos, pueden ser de manera explícita o implícita (Valdivia, 2015). El individuo bien puede manifestar su deseo como un acto inminente con su respectivo plan, o como una fantasía sin riesgo alguno de que suceda (Pérez, 2018).

- **Conducta Suicida:** Hace referencia al comportamiento altamente perjudicial que puede llevar al individuo a terminar su vida (Valdivia, 2015). Este incluye los pensamientos e intentos suicidas al igual que el suicidio per se (Pérez, 2018).
- **Comunicación suicida:** Acción que toma el individuo a fin de transmitir el pensamiento o deseo por la autoagresión. Sin embargo, no siempre presenta un componente de auto-agresión, lo que lo hace difícil de identificar (Valdivia, 2015). Dicha comunicación puede ser directa verbal (explícita), directa no verbal (indica la posibilidad), indirecta verbal (implícita) e indirecta no verbal (no indican posibilidad inminente) (Pérez, 2018).
- **Riesgo suicida:** Existe un riesgo potencial cuando el individuo tiene un plan desarrollado y el acceso al mismo. Dicho riesgo puede estar presente a corto plazo o a lo largo de su vida (Valdivia, 2015).
- **Intento de suicidio:** Aquel individuo que realizó un acto con el fin de morir, mas debido a algún fallo en su método o al arrepentimiento de dicho deseo, no alcanzó tal desenlace fatal (Valdivia, 2015).

Tipos de Suicidios

Existe una amplia variedad al momento de tratar los tipos de suicidio. Esto se debe a la cantidad de suicidios que se han producido a lo largo de la historia y que han manifestado componentes alternos en sus características y propósitos (Durkheim, 2005). El autor, afirma que se pueden clasificar diversos tipos de suicidios según ciertos criterios. La clasificación dada por Durkheim (2005) es según:

- **La motivación del suicidio:** Entre los principales factores a evaluar en casos que se evidencie el acto suicida. Se han descubierto varias motivaciones que llevan a las

de personas a concebir el deseo de acabar con sus vidas. Ejemplos de ello son el suicidio como grito de ayuda, suicidio con finalidad de muerte, suicidio como huida, suicidio finalista, suicidio por venganza, suicidio de balance, etc. (Durkheim, 2005).

- La modalidad o método: Aquellos que deciden quitarse la vida acuden a distintos medios para alcanzar su objetivo (Henry & Short, 1954). Esto va a depender de su necesidad por dominar la situación, el grado de padecimiento que desea tener o de los recursos con los que cuente la persona para llevar a cabo el acto. Los diferentes tipos de dichas modalidades son blandas, duras, extrañas y enmascaradas (Durkheim, 2005).

- El nivel de regulación e integración social: Durkheim (2005), considera que el suicidio tiene un alto componente de causalidad por elementos sociales. Los tipos que proponen están relacionados al nivel de integración de la persona como a la regulación de la misma sobre los individuos. Las cuatro clasificaciones son el suicidio altruista, suicidio egoísta, suicidio anómico y suicidio fatalista.

- La presencia de planificación previa: Son los tipos de suicidios que se dan según si estos son premeditados o no. Los ejemplos son el suicidio accidental, suicidio reflexivo, intencional o premeditado y suicidio impulsivo (Durkheim, 2005).

- El resultado: Se determina por los resultados alcanzados de haber o no tenido éxito con el cometido. Se registran los tipos de auto-agresión no suicida, intento de suicidio, suicidio consumado y suicidio frustrado (Durkheim, 2005).

- La implicación de otras personas: El suicidio puede implicar a terceros con o sin el consentimiento del individuo. Destacan el suicidio colectivo, suicidio ampliado, suicidio asistido, suicidio inducido y falso suicidio. (Durkheim, 2005).

Cada una de estas clasificaciones se subdividen en varios tipos que fueron señalados. No obstante, a continuación, se detallarán algunos de los tipos de suicidios relevantes al estudio en cuestión y otros para esclarecer los términos.

- El *suicidio altruista o benévolo* es en este caso, el principal tipo de suicidio a tratar. Se caracteriza por el poco valor que se le da al “yo” y el exceso de integración social (Durkheim, 2005). Se considera agudo cuando un individuo se quita la vida por el bien de su comunidad, o por cuestiones de honor o mayormente por convicciones religiosas como el de merecer una supuesta recompensa divina. Algunos consideran también la inmolación como un suicidio altruista (Pérez, 2018).
- El *suicidio egoísta* se da cuando la interacción con la sociedad es muy baja y el individuo no se siente parte de la misma (Pérez, 2018). La ausencia de realización social tiende a desbordarlo, haciéndolo sentir solo (Easthope, 2017).
- Las personas con poca regulación social, suelen acudir al *suicidio anómico*. Este se da cuando el ambiente social es inestable los valores del individuo fluctúan con facilidad hasta distorsionar su propia identidad (Durkheim, 2005).
- Por otro lado, el *suicidio fatalista* se da cuando los individuos se encuentran bajo un control demasiado demandante al punto que desean la muerte como una forma de escapatoria a su situación (Pérez, 2018).
- Se llama *suicidio consumado* cuando el individuo ha concebido la iniciativa de poner fin a su vida y efectivamente lo ha alcanzado (Pérez, 2018).
- El *suicidio frustrado* es el intento de suicidio que no se ha consumado a pesar de que la decisión y el plan hayan sido inminentes (Durkheim, 2005). Puede frustrarse dicho plan por múltiples causas como el ser descubierto, o que los doctores

hayan logrado salvar su vida, una mala planificación o el hecho de que los medios fueron ineficientes para alcanzar el objetivo de fallecer (Durkheim, 2005).

- Otro tipo de suicidio importante de reconocer, es el *suicidio colectivo*, ya que, fácilmente se lo puede confundir con el suicidio altruista. Este tipo de suicidio tiene que ver con la muerte de un grupo entero que realiza un pacto de forma voluntaria, para terminar con sus vidas (Pérez, 2018). Mayormente suceden en contextos de guerra o incluso de sectas (Durkheim, 2005). Como fue el caso del conocido suicidio colectivo de 1978 en Guyana, que acabó con la vida de 909 miembros de la secta llamada “El Templo del Pueblo” dirigida por su líder Jim Jones (Erdely, 2002).

- El *suicidio ampliado*, se da cuando el suicida priva la vida de aquellos que no tienen deseo de morir (Pérez, 2018). Generalmente en ambientes familiares, donde el suicida imagina que ellos no soportarían la pérdida y le resulta un acto compasivo el evitarles dicho dolor acabando con la vida de ellos y la suya propia. (Durkheim, 2005).

- Finalmente, el *suicidio inducido* tiene como propósito de coaccionar e inducir a otras personas a que se quiten la vida (Durkheim, 2005). El individuo podría ser obligado o sugestionado para que tenga el deseo de morir (Pérez, 2018).

Posibles Causas y Factores de Riesgo

A pesar de entender que cada caso de suicidio es distinto a los demás, se puede hablar de ciertas causas que se hallan entre las más comunes y los factores que potencializan el riesgo suicida. Las personas que tienen deseo por suicidarse no se las denomina dentro de un perfil psicológico, ya que esto no existe; pero se entiende que parte de las motivaciones se dan por la combinación de factores (Harris & Barraclough, 1997).

Los pensamientos suicidas pueden suceder a partir de eventos dolorosos y traumáticos, en los cuales, suscitan fuertes sentimientos de dolor, culpa, vergüenza desencadenando una idea de desesperanza donde no se haya solución. Algunos de los eventos que hacen del suicidio una opción viable frente a los problemas es, la pérdida de un ser querido, ruptura amorosa, rechazo, pérdida de capacidades, abuso sexual, problemas de finanzas (Simpson & Tate, 2007). Como factor de riesgo, se considera los desórdenes mentales con gran importancia, al igual que abuso de sustancias, asuntos familiares y sociales e inclusive componentes genéticos (Brown, Beck, Steer & Grisham, 2000).

Los trastornos mentales y el suicidio tienen una fuerte correlación, en la cual, se estima que el 90% de los casos de intento suicidas y suicidios consumados se ven influenciados por algún trastorno mental o una condición médica grave (Wasserman et al., 2009). La depresión ocupa el primer lugar, entre los trastornos más comunes en relación al suicidio. No obstante, se ha demostrado que entre el 13 y 40% de suicidas no completan los criterios para denominarse como trastorno de depresión mayor (Wasserman et al., 2009).

Seguido de ello, un 10% corresponde a otros desordenes como el abuso de sustancias (principalmente de alcohol), esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno de personalidad limítrofe (Brown et al., 2000). En este último trastorno, duplican sus probabilidades de intentos suicidas a comparación de quienes son diagnosticados únicamente con depresión (Brown et al., 2000). Suicidios por causas no clínicas componen del 5 al 10%, se presume que son casos subclínicos, donde manifiestan ciertos síntomas, mas no son suficientes para dar un diagnostico (Simpson & Tate, 2007).

Factores como el sexo o la edad demuestran ser también un riesgo (Stengel, 1964). Pues, según Durkheim (2005), se sabe que la idea de terminar con la vida es más recurrente en las mujeres, aunque son justamente ellas quienes presentan mayor número de suicidios

frustrados. Mientras que son los hombres quienes suelen consumir el suicidio en mayor cantidad de casos. Se cree que la genética cumple un rol muy importante al hablar de riesgo suicida. El historial familiar de suicidios, tiende a ser un riesgo significativo en los demás miembros, aumentando potencialmente sus conductas suicidas (Appleby, 2000). Esto se debe al daño por cercanía o la permanencia de estresores, los cuales, son difíciles de sobrellevar por la carencia de recursos (Appleby, 2000). A su vez, se ha descubierto que, a nivel orgánico, existe mayor predisposición a manifestar conductas riesgosas debido a bajos niveles de serotonina en el sistema nervioso (Harris & Barraclough, 1997).

Los asuntos familiares y sociales contribuyen a que exista mayor riesgo, de igual manera todas aquellas situaciones que demanden altos niveles de ansiedad como problemas económicos, abusos, asilamientos, entre otras, permitiendo que la probabilidad del suicidio ascienda y se vuelva insostenible para quien lo vive (Valdivia, 2015).

Métodos Suicidas

Al hablar de suicidio es importante explorar el método que la persona ha empleado para quitarse la vida o tiene deseo de hacerlo, ya que esto, determina la intencionalidad del sujeto. Durkheim (2005), dentro de su clasificación sobre tipos de suicidio previamente señalada, hace referencia a los tipos de suicidios blandos, duros y extraños, entre los más comunes y más utilizados. La importancia de conocer dichas formas radica en fomentar estrategias de prevención (Appleby, 2000).

Los métodos blandos, se emplean con el fin de causar poco dolor y trauma (Durkheim, 2005). Ejemplo de ello es la ingesta excesiva de fármacos, cortes auto-lesivos, hipotermia, estos, causarán un estado de adormecimiento (Easthope, 2017). Da mayor probabilidad para que el sujeto se arrepienta o logre ser salvado con tiempo (Durkheim,

2005). Por otro lado, existen los métodos duros que generan un impacto más rápido y brutal en la muerte de la persona, dejando poca probabilidad de revertir los efectos del daño (Durkheim, 2005). Dentro de los medios duros más recurrentes se encuentra el uso de armas de fuego, ahorcamiento, saltar desde un lugar alto, electrocución (Easthope, 2017). Finalmente, se habla del tipo de suicidios extraños, los cuales se dan por envenenamiento, intoxicación, ahogamiento o incluso el auto-canibalismo (Durkheim, 2005).

Sin duda existen muchos más mecanismos que se pueden utilizar para llegar a consumir el acto del suicidio según sea su motivación, intencionalidad, disponibilidad, estrategia, planificación, deseo de daño, alcance, resultado, etc. No obstante, a continuación, se profundizarán estos elementos en relación a la inmólación, la cual, es controversialmente considerada como suicidio altruista.

INMOLACIÓN

El sociólogo Émile Durkheim (2005), clasifica los diversos tipos de suicidios y denomina como suicidas altruistas a aquellas personas que, por involucrarse y sentirse parte de la sociedad, deciden quitarse la vida en busca de un beneficio para su comunidad. A este término le viene bien el ejemplo de los kamikazes japoneses durante las guerras. Sin embargo, el autor introduce con una clara distinción, el concepto de “inmólación”. En un inicio la palabra hace alusión de un sacrificio que sea de agrado para una divinidad. Se conoce que inclusive se construían altares para dichos sacrificios y se daban ofrendas para diversos dioses (Palacio, 2010). En la actualidad, la palabra inmólación se ha utilizado para identificar ciertos actos que se han presentado cada vez, con mayor recurrencia, estos bien

pueden ser suicidios con motivaciones religiosas, políticas, de protesta, o de rebeldía (Palacio, 2010).

Sin embargo, es importante remontarse a los antecedentes que dieron origen a estas prácticas que han cambiado el mundo. De acuerdo a la historia de la inmoliación, se puede mencionar a la secta de los asesinos, Nizaríes; quienes con ideales provenientes del profeta Mahoma, forjaron sus actividades durante los siglos X al XIII (Reinares, 2004). Tomando como víctimas, en su gran mayoría, a los musulmanes sunníes y algunos cruzados. Sin embargo, este grupo de víctimas humilladas, no esperaban rescate alguno ni se disponían para escapar. Pues, dentro de sus marcados ideales, el sobrevivir al martirio tanto para los musulmanes como para la secta de los asesinos, era considerado como una desdicha (Reinares, 2004). La práctica de ataques suicidas fue tomada por los musulmanes asiáticos para atacar y resistirse a ser colonizados desde el siglo XVIII hasta gran parte del siglo XX. En esta época, el martirio seguía siendo un acto loable y a la vez una orden divina según la interpretación de los escritos y potestades religiosas (Reinares, 2004).

Kelly (2011), menciona que el deber de inmolarsse se da según convicciones de una ideología a causa de un beneficio mayor. Se sabe bien que la inmoliación puede producirse por varios factores como lo son el factor político, religioso y sus derivados, el terrorismo con bases religiosas.

Por un lado, se halla la inmoliación política, en la cual, los ideales y creencias de quienes participan de la política, llegan a ser bastante altos y difíciles de alcanzar (Geller & Saperstein, 2015). A tales practicantes se los denomina como idealistas, quienes, por su lucha, serán capaces de ponerse en riesgo sobre su salud en cualquier plazo deseado como muestra de su esfuerzo y dedicación hasta su muerte. Estos líderes, durante su trayectoria

de poder crean grandes redes de seguidores que lo engrandecen por sus obras e incluso lo endiosan después de su fallecimiento (Geller & Saperstein, 2015).

Por otro lado, la práctica de la inmolación en la actualidad ha tomado auge en ciertas religiones como el islam, en el cual, consideran a la inmolación como la forma más rápida de alcanzar el paraíso y ser limpios de pecados (Abrahms, & Lula, 2013). Muchos de los líderes que instruyen a grupos mayormente extremistas, preparan a sus seguidores para que estos estén dispuestos a dar incluso hasta sus vidas (Fink, 2014). Ciertos grupos derivados del islam, manejan prácticas estrictamente basados en la Yihad y son considerados referentes del terrorismo, como lo es Al-Qaeda. Se ha permitido actos extremos de terrorismo principalmente con sus rivales los israelitas y extendiéndose hacia otras poblaciones con el propósito de quitarse la vida y la de otras personas, conocidos como infieles (Flori, 2004).

El concepto de terrorismo suicida según Ganor (2002), comprende que el ataque realizado con motivo de perpetrarlo, dependerá de la muerte del atacante. Al igual que para llegar a consumir un suicidio se contemplan varias motivaciones; de la misma manera sucede para quienes tienen la misión de inmolarsse. Entre dichas motivaciones se vislumbran las siguientes que pueden ser tanto personales como grupales: venganza, presión social, desesperación, ideológicas, nacionalistas, reivindicación de igualdad (especialmente mujeres), imitación de otros suicidas, recuperación del honor (Baños, 2008).

Suicidio Ritual

Según Leenaars (1996), la depresión clínica ha sido reconocida por la ciencia médica, como la principal causa de suicidio en el mundo. Sin embargo, en casos como suicidios colectivos, pudiendo hacer referencia al caso de Jim Jones en Guyana, no podrían

ni siquiera ser considerados dentro de dicho cuadro clínico. Pues, difícilmente cientos de personas de un mismo grupo coincidirían en presentar síntomas de depresión clínica que los lleve a quitarse la vida. A este fenómeno Erdely (2002) lo llama también, como suicidio ritual.

Muchas de las creencias religiosas, como el budismo, hinduismo o el islam, se oponen firmemente al suicidio y no contienen en sus preceptos ni su credo ningún tipo de rito de este estilo, más allá de lo que ya conocemos que se ha ido distorsionando por ciertos grupos radicalizados (Erdely, 2002). El autor añade que más bien, entre las causas para estos eventos catastróficos se hallan tres factores relacionados y que han estado presentes en suicidios colectivos, como el de Guyana e incluso en eventos terroristas, como lo fue el secuestro de dos aviones que estallaron contra el World Trade Center, el 11 de septiembre del 2001. Más que ser una creencia, se debe entender como el producto dado de la manipulación de ciertos principios para de esa forma justificar patologías muy graves y delirios mesiánicas por parte de los líderes (Salavert et al., 2003).

Los factores que se destacan según Erdely (2002), son:

- Liderazgo mesiánico
- Obediencia incondicional
- Evento desencadenante.

Líder mesiánico, es un término que hacer referencia al Mesías y lo relacionado al mismo. Religiosamente se lo comprende como el enviado de Dios o el ungido (Montoya, 1972). Dentro de las características que se le atribuyen a este líder son el de ser especial, tener una misión divina, ser escogido para dicha tarea, su propósito es salvar y redimir de forma espiritual y/o material, entre otras (Erdely, 2002). En el islam Mahoma jamás ha recibido el atributo de divinidad, de lo contrario, los preceptos de esta religión señalan que

no hay divinidad sino Dios y Mahoma es su profeta (Tamayo, 2009). No obstante, con esta aclaración no se deja de lado que el profeta ha recibido muchas cualidades mesiánicas que prevalecen hasta la actualidad.

Obediencia incondicional, los suicidios rituales existen porque existe gente que esté dispuesta a creer y obedecer incondicionalmente a un líder religioso. Estas personas admiran a sus líderes y se someten a ellos para cumplir sus mandatos sin importar que sean (Erdely, 2002).

Dentro de los grupos totalitarios religiosos, el poder que se impone a nivel social y psicológico de los miembros es muy alto; pues, cada uno de ellos debe responder con obediencia a las instrucciones dadas. Si el líder es percibido por los miembros de su grupo como un mesías, el poder del mismo, puede escalar y ser aún mayor que la autoridad que debería significar la sociedad, la familia o incluso la religión (Lifton, 2012).

La obediencia que se confiere algunas veces puede ser comprendida por razones justificables. Sin embargo, todo dependerá del poder que el líder desee demandar y hasta donde quiera llegar, reconociendo la autoridad que ejerce sobre sus seguidores y volviéndose un problema mayor cuando estos respondan a todos sus mandatos arbitrarios con suma obediencia (Erdely, 2002). Sin duda, esta combinación se vuelve peligrosa y deliberada en manos de las personas incorrectas.

El caso del World Trade Center fue visto como un acto indiscriminado de violencia ante los ojos del mundo. Sin embargo, desde el punto de vista de los 19 atacantes que murieron el 11 de septiembre, su acto los redimiría inmediatamente de sus pecados y su convicción era la de estar ese mismo día en el paraíso, gracias a la Yihad (Erdely, 2002). No obstante, antes de haber llegado a su cometido de morir en tal atentado, estas personas,

miembros de la secta Al-Qaeda, tuvieron que haber sido adoctrinados por un líder, en este caso, se sabe que Osama bin Laden fue el autor de los hechos (Rodríguez, 2012).

Psicológicamente se ha demostrado que líderes de este tipo, crean condiciones y ambientes artificiales para lograr generar la conducta deseada en sus seguidores. Existe una clasificación que permite reconocer las reformas de pensamiento que se pueden estar manifestando en un grupo con diversas técnicas psicológicas de coerción (Lifton, 2012). Entre los criterios que Lifton (2012) destaca se encuentra el control de la atmosfera social, manipulación mística, lenguaje redefinido, mayor importancia a la doctrina que a la misma persona, ciencia sagrada, culto de confesión, demandas de pureza insostenibles, decidir sobre la existencia. El factor mesiánico más la suma del miedo generado, crea fácilmente la inhibición de raciocinio en los seguidores de cualquier secta (Clark, 1979).

En referencia a la psicofisiológica del ser humano, está, puede presentar cambios importantes que resultan en pro de los líderes totalitarios y sus demandas (Erdelyi, 2002). Sucede cuando uno afronta situaciones que quebrantan y van en contra del código de ética internamente establecido (Baruk, 1960). Siendo así, fácilmente se agotará el sistema nervioso del individuo, interfiriendo sobre las funciones cerebrales. De entre las principales funciones, se inhibe el razonamiento del sujeto (Baruk, 1960).

El estrés, es un estado natural del cuerpo que biológicamente cumple con la función de alertar (Sandi, 2012). Sin embargo, si los estímulos que generan dicho estrés persisten en el tiempo, estos producirán alteraciones a nivel del cortisol y la adrenalina, causando bajas en la glucosa del sistema sanguíneo (Jubiz & Soto, 1981). La glucosa, es imprescindible para el correcto desempeño de las funciones cerebrales. Entre varias de sus funciones, permite mantener un pensamiento lucido (Jubiz & Soto, 1981). Este es un proceso, que como se mencionó, sucede con normalidad; no obstante, al repetir cualquier ciclo, no

permite que el cuerpo regrese a su estado de homeostasis. Dicha exposición constante de estrés, puede incluso desencadenar síntomas psicóticos (David, Kutcher, Jackson & Mellman, 1999).

Se puede añadir que la inhibición de razonamiento también podría darse por componentes fisiológicos. Este aspecto no sucede habitualmente en todos los grupos sectarios (Erdely, 2002). Las demandas que se imponen podrían incluir la privación de sueño, dietas no proteicas y carentes de vitaminas o incluso métodos que reduzcan el flujo sanguíneo cerebral como la hiperventilación (Singer, Temerlin, & Langone, 1990). Estos procesos, al inhibir la capacidad de razonamiento, hacen mucho más sencillo la sugestión hacia sus líderes, la inhabilidad de tomar decisiones siendo ilógico. Todos estos componentes favorecen la manipulación y control no solo de una, sino de varias personas dispuestas incondicionalmente (Erdely, 2002).

El tercer factor que señala Erdely (2002), es *el evento desencadenante*. Hay grupos que se consideran potencialmente suicidas, ya que, cumplen con los dos factores de un líder, el riesgo puede ser casi inminente en tal punto. El tercer factor dependerá de las variables que se presenten, como el llamamiento de cumplir con propósitos religiosos, experiencias místicas, el de la rebeldía o confrontación contra la sociedad, entre otras. Es importante destacar que dichos eventos desencadenantes, podrían tardar años en manifestarse, los factores mencionados requieren de preparación para obtener resultados. Sin embargo, el tercer factor conlleva un elemento sorpresa que no requerirá de mayor elaboración para llevarse a cabo, haciéndolo difícil de predecir (Erdely, 2002).

Es relevante conocer como estos tres factores son imprescindibles al momento de hablar de actos terroristas y cómo funcionan las mentes de quienes operan los grupos radicalizados, dándonos una perspectiva más amplia de a qué nos enfrentamos como

sociedad. Para ello, se hace alusión también del estado mental de los líderes totalitarios que, según Kernberg (1985), entre los diagnósticos que mejor encuadran a sus perfiles, se hallan los trastornos psicóticos con delirios de grandeza y el narcisismo maligno. En ambos priman los delirios paranoides y de persecución, al igual que muestran poco contacto con la realidad, fomentando conductas de riesgo (Kernberg,1985).

Existen a su vez, investigaciones en la actualidad sobre los atacantes suicidas. Según Merari y colegas (2009) se realizaron pruebas psicométricas a atacantes que fueron descubiertos y detenidos justo antes de que logren inmolarse. En estas pruebas se comprueba evidencia clara y efectiva de sus tendencias hacia la depresión y el suicidio. Otra investigación realizada en variados lugares de Irán, demostró que las poblaciones sobrevivientes a la inmolación efectivamente presentaban un alto índice de desórdenes mentales. El 67% presentaron trastorno de adaptación (todas mujeres), 10% abuso y dependencia de drogas y alcohol (todos hombres), 7% distimia, 3% depresión mayor, 3% anorexia nerviosa, 3% insomnio primario (50% hombres), 7% trastorno límite de personalidad (todas mujeres) y 3% trastorno antisocial de la personalidad (Ahmadi et al., 2010).

No obstante, aun cuando hay mucho que decir al respecto, en investigación que afirma lo dicho, existen también declaraciones que lo normalizan. Por parte de la psicología social, se hace hincapié en que actos como la inmolación, son normalizados y carentes de psicopatologías por parte de los atacantes cuando se las comprende dentro de un contexto cultural (Post et al., 2009). En cuanto a la psicología política, también determina a la auto-inmolación con normalidad, permite comprender cómo se logran superar los mecanismos de auto-censura y dan paso, a actos considerados como actos patrióticos para aquellos que

lo llevan a cabo o como actos de violencia indiscriminada para organizaciones tales como el Instituto de Lucha contra el terrorismo (Fink, 2014).

Sin embargo, sin totalizar los resultados de un punto de vista o del otro, se debe comprender que resultados hallados no significa que todos los líderes totalitarios experimenten alucinaciones o delirios, o que los atacantes suicidas sufran necesariamente de un trastorno mental (Erdely, 2002). Aunque ello se halla demostrado y es válido, también resulta que en varios casos pueden darse estas conductas suicidas por la exageración del deseo de ser exaltado, queriendo inmortalizar su recuerdo en base a sus actos, sin importar cuales sean o el mero capricho de actuar bajo impulsos. También se da el caso de líderes y grupos extremistas que guardan grandes rencores; tanto reales como falsos; por conservar tradiciones o un código distorsionado de honor; incluso por desequilibrios hormonales, entre otras (Erdely, 2002). Sea cual sea la razón, no es justificable ante una sociedad que únicamente percibe amenaza.

Grupos Terroristas Islámicos

Los grupos terroristas se mueven bajo una esfera de terror, intimidación y amenaza. Grupos radicalizados como los que se nombrarán a continuación, basan poco o nada de sus prácticas en la religión que proclaman y la interpretan en forma de su beneficio, pues ésta, como ha sido entendida y estudiada con anterioridad, no tiene como objeto el destruir a todo aquel que no compartiera su pensamiento (Rodríguez, 2012). A pesar de existir la guerra santa y su permiso para actuar con violencia por la misma, sus parámetros son claros y bien establecidos. No obstante, éste ha sido un buen justificativo utilizado por extremistas, para desencadenar actos de horror y llevar a cabo hazañas criminales (Rodríguez, 2012).

Entre los grupos terroristas islámicos más peligrosos se nombran los siguientes:

- ISIS, representa las siglas de *Estado Islámico de Irak y Siria*, países en los cuales se dispersan. Es un grupo de rebeldes formado por miembros pertenecientes a la subdivisión de los Sunitas. Se originó como organización terrorista colindante a Al Qaeda y se caracteriza por ser inflexibles a lo que representa para ellos el islam y en su nombre actúan con violencia extrema (Laub & Masters, 2016).
- Hezbollah, significa *Partido de Dios*. Este grupo es originario de Líbano y apareció durante el enfrentamiento con Israel de 1983. A lo largo del tiempo, han sido armados, entrenados y apoyados económicamente por parte de Irán. Este grupo se caracteriza por el secuestro como actividad principal (Mena, 2018).
- Abu Sayyaf, grupo extremista yihadista. El significado de su nombre es *Padre de Espada*. Se ubican estratégicamente en las islas de Filipinas. Abu Sayyaf se caracteriza por sus actos violentos como secuestros, asesinatos y atentados suicidas masivos (Rose, 2018).
- Al-Shabbaab, su nombre significa *La Juventud*, puesto que dicho movimiento yihadista está mayormente conformado por jóvenes de Somalia. Empezó en el 2007 tras la invasión de dicho país y está fuertemente relacionado con Al Qaeda desde el 2012. Entre sus actividades más frecuentes están los secuestros, atentados suicidas e impiden que cualquier tipo de ayuda llegue (Rose, 2018).
- Al Qaeda, su nombre significa “La regla”. Este movimiento yihadista fue fundado y dirigido por su líder Osama bin Laden. Al Qaeda en dirección de bin Laden, son los autores del atentado del 11 de septiembre del 2001 en Nueva York (Rodríguez, 2012).

Así como éste, se pueden citar varios grupos terroristas, los cuales, comparten como factor en común, el terror. Los métodos que se utilizan son cada vez más cruentos y no tienen reparo en crear una masacre si se rehúsan a unirse a ellos en sus diversas causas y reclutarse como miembros (Rodríguez, 2012). Por ello, no es de extrañarse que sean asesinados por estos grupos, personas de su misma religión y cultura. Según lo menciona Erdely (2002), esto no es y no debería ser considerado como islam clásico, sino como un *islamismo sectario radicalizado*.

Se conoce de la existencia de campos de entrenamiento, diseñados para adoctrinar y capacitar a nuevas generaciones en el manejo de armas y explosivos para futuras auto-inmolaciones (Erdely, 2002). Usualmente sus discursos y propagandas están diseñadas para jóvenes especialmente de bajos recursos, poca educación y conflictos sociales, aunque han conseguido con éxito que jóvenes de otros estratos sociales y con formación académica que desean ser parte de estos grupos. Grupos como el de ISIS, postean videos en internet en distintos idiomas con el propósito de reclutar a todas las personas que les sea posible para conformar su ejército (Rodríguez, 2012).

La mayoría de estos jóvenes se reclutan bajo su propia disposición (Geller & Saperstein, 2015). No obstante, existen casos donde los padres se ven obligados a recibir dinero a cambio de sus hijos, esto es aceptado con el fin de no atentar contra creencias culturales (Geller & Saperstein, 2015). El proceso de instrucción y adoctrinamiento es esencialmente importante en niños y jóvenes adolescentes. Es en esta etapa en la que las enseñanzas religiosas son cruciales y se resaltan con gran euforia el recordatorio de que un terrorista es un mártir y es por ello que reciben la promesa de llegar directamente al paraíso una vez culmine la misión de inmolarsse (Erdely, 2002).

A lo largo del entrenamiento y capacitación de estos jóvenes reciben instrucciones y repetidas veces se les reitera que por su gran valor obtendrán el paraíso. Varios de los atacantes son guiados e instruidos por su líder incluso al tiempo de consumir su muerte (Erdely, 2002). Como lo es el caso del 11 de septiembre en el World Trade Center, donde a los atacantes se les especificó lo qué debían pensar y el cómo hacerlo una vez abordaran los aviones, hasta como rezar en el momento que estos colisionaran contra las torres (Erdely, 2002). De otros sucesos se sabe que, al momento de inmolarsse, el atacante realiza un rito mientras reza una porción del Corán, en algunos casos son grabados despidiéndose de sus familiares y defendiendo hasta el último la Yihad (Flori, 2004).

TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL

Al tratar el tema del suicidio y las posibles terapias que contrarrestan las conductas suicidas se puede hablar de una gran cantidad de enfoques psicológicos. Sin embargo, son pocas las corrientes que han demostrado ser eficaces tras investigaciones que lo han demostrado empíricamente (Valdivia, 2015). Entre dichos tratamientos psicoterapéuticos se encuentra la terapia cognitivo conductual, terapia dialéctica conductual, terapia humanista y la terapia interpersonal (Valdivia, 2015). A continuación, se profundizará la terapia dialéctica conductual en base a la propuesta realizada en este estudio.

La terapia dialéctica conductual (TDC), surgió en el año de 1993, tras el periodo de hospitalización de Marsha Linehan, quien fue diagnosticada de trastorno límite de la personalidad (TLP). Marsha, a raíz de su experiencia, se dedicó a la investigación de su sintomatología, dando paso a la actual terapia dialéctica conductual (Linehan et al., 1991). El enfoque de dicha teoría se basa en conceptos aplicados en la terapia cognitivo

conductual dirigidos a regulación emocional y combina sus métodos con técnicas como lo son la neurociencia y el mindfulness (Linehan et al., 1991). La TDC destaca por ser efectiva para el TLP. No obstante, se ha descubierto ser asertiva para tratar síntomas asociados a la desregulación emocional como trastornos del ánimo, alimenticios, auto-lesiones, abuso de sustancias (Dimeff & Linehan, 2001).

El TLP se lo identifica de acuerdo con los síntomas de inestabilidad iniciada en la adolescencia y en relación a distintas situaciones (APA, 1994). Linehan (1993), menciona que personas con dicho trastorno muestran rápidamente respuestas emocionales a las situaciones del medio ambiente, a diferencia de la población normal, de igual forma combaten contra un ritmo de retorno mucho más lento, lo cual, problematiza la regulación emocional de estos pacientes. La TDC trabaja con las principales disfunciones del TLP que son: confusión sobre el yo, caos interpersonal, inestabilidad emocional e impulsividad (Vega & Sánchez Quintero, 2013).

Terapia Dialéctica Conductual

La TDC fue diseñada para pacientes con un déficit significativo en el área social y emocional (Fernández, 1996). Para ello, la terapia capacita a los pacientes a regular y gestionar sus emociones y conductas, con el fin de evitar respuestas impulsivas frente a los estímulos que alteran el estado anímico del individuo (Juanmartí & Lizeretti, 2017). Según Linehan y colegas (2006), se asegura que la falta de regulación emocional que experimentan individuos biológicamente vulnerables, se debe a la exposición que reciben desde la infancia a ambientes disfuncionales, invalidantes y con poca aceptación. Dicha inestabilidad causa disfunción en áreas afectivas, cognitivas y conductuales, completando

así los rasgos que superponen estos pacientes, incluyendo conductas de alto riesgo suicidas (Valdivia, 2015).

La TDC busca reducir la ideación y conductas suicidas, fortaleciendo a su vez, la autovalidación y aceptación hacia uno mismo (Linehan et al., 2006). Por ello, se mantienen los conceptos de aceptación incondicional y validación, en el proceso terapéutico, que son promovidas por la alianza terapéutica y la necesidad de compromiso al proceso de terapia (Jamilian et al., 2014). Este enfoque terapéutico evita el culpar a la víctima y se enfoca en la validación y empoderamiento, sin dejar de lado la necesidad de cambio que debe atravesar el paciente y el reforzar conductas que reflejen progreso (Valdivia, 2015). Sumado a esto, el enfoque de la TDC abre la posibilidad de fortalecer la alianza con el terapeuta y que el paciente se entrene a si mismo bajo diversas modalidades que aborda la TDC (Valdivia, 2015).

La TDC ofrece la posibilidad de trabajar en sesiones grupales de dos horas y media por semana en un periodo mínimo de un año; este formato es bastante estructurado y se encarga de brindar habilidades básicas (Fernández, 1996). Por otro lado, se le suma la terapia individual impartida una hora por semana y se enfoca en la motivación. Finalmente, se añade la modalidad de llamadas telefónicas como apoyo para fortalecer habilidades en situaciones específicas; los pacientes estándares reciben las tres modalidades (Fernández, 1996). La TDC se ejecuta bajo una rigurosa organización de objetivos y marco teórico; culmina una vez el paciente sea capaz vivir una vida digna y deseada (Linehan, 1993a). Entre las técnicas que distinguen la terapia esta la exposición, moldeamiento, aprendizaje por imitación, juego de roles, instrucciones y auto-instrucciones, refuerzos y retroalimentación, todo esto mientras se valida al paciente y su experiencia (Vega & Sánchez Quintero, 2013).

Terapia Grupal

La sesión grupal idealmente está destinada para el entrenamiento de habilidades y se la realiza con dos terapeutas, su actuación debe ser bastante directiva para que no se sobrepongan problemas individuales (Fernández, 1996). No obstaculiza el realizar la terapia si uno de sus individuos no se encuentra con el ánimo de participar, sino que se continua con el resto (Fernández, 1996). El trabajo grupal sirve mucho para observar mejoras en cuanto a conductas interpersonales y el aprendizaje mutuo (Linehan, 1993a). Parte del trabajo de ambos terapeutas es apoyarse con fin de reducir el desgaste que demanda la terapia grupal (Vega & Sánchez Quintero, 2013). Estos deben considerar reunirse frecuentemente con el terapeuta individual y analizar el progreso de cada paciente.

El entrenamiento de habilidades se compone de cuatro módulos enfocados cada uno a la sintomatología de pacientes con TLP (Vega & Sánchez Quintero, 2013). Estos módulos están enfocados en la dificultad de regulación que muestran los pacientes y como esto repercute en su bienestar (Linehan, 1993a). La TDC propone habilidades de conciencia, de efectividad interpersonal, de regulación emocional y de tolerancia al malestar (Vega & Sánchez Quintero, 2013). Se destinan ocho sesiones para cada uno de los módulos con el fin de tener mayor efectividad durante el entrenamiento. El primer módulo puede ser más corto, sin embargo, se lo repasa al iniciar cada nueva sesión (Vega & Sánchez Quintero, 2013). Véase Tabla 1 (Apéndice A).

El módulo de habilidades de conciencia está basado en métodos de mindfulness, la cual, es de origen oriental, que significa plenitud de conciencia, es decir estar en el aquí y ahora (Dimeff & Linehan, 2001). La filosofía oriental se mantiene en esta técnica y se adapta a la terapia mediante la meditación, enfocada en el poco conocimiento del yo y la impresión de vacío (Vega & Sánchez Quintero, 2013). El propósito de esta herramienta es

el capacitar a los pacientes a controlar la mente, lo cual, requiere de determinación sobre a que se prestará atención y por cuanto tiempo (Linehan, 1993b). Dentro del entrenamiento, esta es la primera fase que se enseña, aunque se la mantiene durante todo el tratamiento (Vega & Sánchez Quintero, 2013).

La habilidad de efectividad interpersonal es el segundo módulo. Personas con TLP concurrentemente tienen relaciones inestables, problemáticas y de mucho dolor (Dimeff & Linehan, 2001). Se conoce también que suelen tolerar muy poco el abandono y sus respuestas al mismo pueden ser de agresión hacia otros o hacia el mismo (Linehan, 1993a). El objetivo que presenta este módulo es el de brindar herramientas que permita a los pacientes relacionarse de manera eficaz, es decir, que mantengan relaciones a pesar de su condición, sin causar daño (Linehan, 1993b). Para ellos los pacientes son entrenados primeramente para analizar situaciones y colocar objetivos. Seguido de ello, se analizan los factores que intensifican la efectividad interpersonal y cuáles de lo contrario lo reducen (Vega & Sánchez Quintero, 2013). Como tercer paso, los pacientes analizan posibles consideraciones previo a expresarse, solicitar algo o decir que no. Finalmente, se trabaja en mantenerse firmes en lo que deciden. Ayuda el uso de técnicas como juego de roles o ejemplos cotidianos para practicar (Linehan, 1993b).

El tercer módulo trata las habilidades de regulación emocional. Este aspecto, se cataloga entre las principales disfunciones al tratar trastorno de personalidad límite (Vega & Sánchez Quintero, 2013). Se implementan técnicas para el manejo de emociones como herramientas centrales del tratamiento (Linehan, 1993b). Pacientes con TLP varían en sus emociones, experimentan constantemente la ira, frustración, tristeza y ansiedad (Vega & Sánchez Quintero, 2013). Tienen muy pocos recursos que les ayude a manejar sus

emociones volviéndose insostenible, lo cual, desencadena conductas auto-líticas o consumo de sustancias, entre otras que los coloca en un alto riesgo (Linehan, 1993b).

Por ello, este módulo ve relevante el validar a cada paciente en la situación en la que se encuentre. Se enseña al paciente a ser consciente de sus emociones, observándolas sin sentencias ni juicios (Vega & Sánchez Quintero, 2013). Se anima a los pacientes para que aprendan a tolerar sus emociones con la consigna de cambiar la respuesta emocional y conductual que suelen ser dañinas (Linehan, 1993b). Este módulo enseña a identificar emociones y cuáles son sus funciones. Se suman técnicas que prevengan la vulnerabilidad en relación a su estilo de vida como horas de sueño y alimentación (Linehan, 1993b).

Finalmente, el último módulo son las habilidades de tolerancia al malestar. Estas habilidades también están basadas en técnicas orientales como el mindfulness y aspectos zen y budistas relacionados a la aceptación (Soler, Elices & Carmona, 2016). Al aceptar no se pretende evitar el dolor sino, aprender a manejarlo para adquirir un cambio (Linehan, 1993b). Se esfuerza por capacitar a los pacientes a forjarse la habilidad de soportar el dolor de las situaciones difíciles (Soler, Elices & Carmona, 2016). El módulo se clasifica en habilidades de supervivencia a las crisis, enfocándose en la tolerancia al dolor sin conductas que lo aumente y habilidades de aceptación a la realidad, tiene como objeto aceptar sin enjuiciar las situaciones, tal y como se presentan (Vega & Sánchez Quintero, 2013).

Terapia Individual

La terapia individual es fundamental para lograr el avance en el tratamiento. Previo a su inicio, el profesional debe lograr que el paciente esté motivado, de tal manera que pueda lograr un vínculo terapéutico (Vega & Sánchez Quintero, 2013).

La TDC trabaja desde las relaciones ya que se espera que el paciente vea al terapeuta como una persona confiable, en tanto que el terapeuta debe lograr que no se repita el ambiente patológico que invalidaba al paciente (Linehan, 1993a). Los pacientes límite presentan muchas conductas disfuncionales que pueden llegar a presentar ciertos riesgos que pueden afectar el progreso de la terapia. Por ello, en la TDC, los objetivos principales tienen como meta proteger al paciente y llevarlo a involucrarse en el tratamiento (Vega & Sánchez Quintero, 2013). Estos objetivos son:

1. Disminuir al máximo las conductas que puedan afectar al paciente.
2. Disminuir lo más posible conductas que afecten y que no permitan su progreso.
3. Disminuir conductas que puedan afectar la calidad de vida del paciente.
4. Aumentar las estrategias que le permitan tener una regulación emocional (Vega & Sánchez Quintero, 2013).

En la semana anterior al inicio del procedimiento se debe determinar el centro de una terapia individual, a la vez que se deben descubrir los factores que tengan que ver con la conducta disfuncional del paciente. Esto a su vez permitirá determinar qué conductas adaptativas se deban integrar al tratamiento (Vega & Sánchez Quintero, 2013). Cuando esto ha sido determinado, se procede a iniciar el tratamiento con las más conflictivas dificultades que están afectando el presente (Linehan, 1993b). Hay otros factores que también pueden afectar la terapia a los cuales se los considera objetivos secundarios y hay dos que son muy frecuentes:

1. La vulnerabilidad emocional, que tiene que ver con una respuesta exagerada hacia los estímulos del entorno.
2. La auto-invalidación que sería adoptar como propias las características de un entorno invalidante, lo que puede provocar 3 formas de respuesta:

- a. Inhibirse de experiencias y expresiones emocionales.
- b. Percibirse a sí mismo de una manera negativa.
- c. Creer de manera exagerada que los problemas actuales se van a resolver de una manera demasiado fácil (Vega & Sánchez Quintero, 2013).

En el TDC, el terapeuta ayudará al paciente a entender que su respuesta tiene sentido y comunicará esta validación escuchando con atención y aceptando lo dicho por el paciente (Linehan, 1993b). Estos objetivos se logran en alrededor de un año de intenso tratamiento. Posteriormente el paciente logrará construir una vida propia e irá superando las distintas situaciones que lo afectaban (Linehan, 1993b).

Modalidad Telefónica

La consulta telefónica y las reuniones de supervisión son complemento a la terapia individual y el entrenamiento de habilidades en la TDC (Linehan, 1993b).

El propósito de la consulta telefónica es atender las situaciones de crisis, donde el terapeuta tratará de usar técnicas específicas para la situación que se haya presentado (Linehan, 1993b). La consulta telefónica también sirve para reparar cualquier crisis en la relación terapéutica sin tener que esperar a la siguiente consulta y antes que el paciente abandone el tratamiento (Linehan, 1993b). El terapeuta debe ser cuidado a través de reuniones de supervisión, las cuales, tienen como propósito servirles de apoyo a los profesionales que están pasando por este procedimiento. Esto se da, puesto que ellos enfrentan directamente el proceso y como todos, no dejan de ser humanos que podrían ser afectados por la demanda de cada paciente (Vega & Sánchez Quintero, 2013).

Resultados

La TDC ha sido la primera en ser evaluada en pacientes con trastorno límite de personalidad (Fernández, 1996). Cuando se aplicó la TDC a mujeres que tenían este diagnóstico, se vio una mejora significativa y una reducción en el porcentaje de manifestaciones de conductas propias de este trastorno (Fernández, 1996). Se encontró que estas personas funcionaban mejor en cuanto a tolerancia al dolor o control de su comportamiento, pero, no eran más felices ni estaban más satisfechas que pacientes que continuaban con el tratamiento normal (Fernández, 1996). Inicialmente este tratamiento fue aplicado a un grupo similar de mujeres con características suicidas crónicas, pero no se conocía qué tipo de resultados se obtendrían si fuese aplicado en mujeres menos disfuncionales o con hombres límite, ya que se aplicó a pocos pacientes (Fernández, 1996).

Sin importar el enfoque psicológico se deben reconocer los criterios que indican éxito del proceso terapéutico. Dichos criterios se encuentran especificados tras la investigación realizada pre-post tratamiento, indicando la reducción de conductas riesgosas en casos de intentos suicidas (Valdivia, 2015). Entre los indicadores más importante se halla el ayudar al paciente a que se sienta comprendido, reducir el estrés y los síntomas que presenta, demostrar ser más eficaz que otros métodos; también se ha demostrado ser efectivo el enfocar el trabajo en el aquí y ahora, poner atención a emociones negativas, capacitar en solución de conflictos y finalmente enfatizar el compromiso del paciente de manera empática (Valdivia, 2015).

Trabajo con la Familia

El proceso terapéutico debe tener en consideración la importancia de trabajar con la familia de la persona que ha intentado suicidarse. Como se explicó anteriormente, los

familiares de personas que han consumado su muerte o lo han intentado, pasan de manera automática a ser personas en riesgo (Valdivia, 2015). El padecimiento de aquellos que fueron cercanos al individuo son varios, empieza con incertidumbre y angustia por encontrar una explicación (Valdivia, 2015). La culpa, vergüenza, rabia, tristeza suelen escalar rápidamente por lo que la ayuda se vuelve indispensable. Sin embargo, existe un gran estigma en la sociedad sobre el tema del suicidio, por lo cual, no suelen ser comunicadas las necesidades de la familia y la aceptación puede tardar más en llegar a la vida de estas personas (Garcíandía, 2013).

El deber de todo profesional, es brindar la ayuda necesaria y enfatizar la psicoeducación con el fin de que los familiares comprendan la situación desde una perspectiva más amplia y sepan que están siendo apoyados en el proceso y las decisiones que tomen en adelante (Valdivia, 2015).

Este capítulo ha permitido comprender de mejor manera cada punto a tratar, a fin de abordar con la información que sea necesaria entender antes de proceder al trabajo de campo y efectuar la investigación. La revisión de la literatura enfocó sus temas principales en la religión, el islam, el suicidio, la inmolación y la terapia dialéctica conductual. Con ello, se pretendió conectar cada tema para una vez finalizado el estudio se logre concluir con un conocimiento más amplio y mejor estructurado de lo que se procura realizar. A continuación, se redacta la metodología del estudio, al igual que los resultados esperados, discusión, conclusiones, limitaciones y recomendaciones respectivos de lo analizado.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se describirá la metodología necesaria para el estudio, el cual, se rige bajo un diseño de investigación cuantitativo con la intervención de 20 participantes. Para ello, se realizarán entrevistas semi-estructuradas pre y post tratamiento, las cuales, se basarán en la Escala de Ideación Suicida (método cuantitativo). Estas, serán realizadas por el investigador, quien, llenará el cuestionario con las respuestas recibidas por el paciente de manera oral. También, se usarán evaluaciones cada 2 sesiones, que medirán el bienestar, con el fin de recoger datos y hacer el análisis estadístico correspondiente. Las herramientas elegidas serán sustentadas por escalas de medición previamente validadas.

Justificación de la Metodología Seleccionada

El diseño de investigación cuantitativa es la más utilizado por estudios empíricamente validados (González, 2010). Consiste en el planteamiento de una hipótesis sustentada bajo el contraste de teorías previamente desarrolladas (Tamayo, 2007). El diseño cuantitativo sirve para la recopilación y análisis de datos que responderá a la pregunta de investigación e hipótesis planteada, por medio de medición numérica, conteo y estadísticas que indicarán claramente los patrones de comportamiento de la población seleccionada (Gómez, 2006). Para su desarrollo se hace una propuesta de plan, en el cual, se pone a prueba las variables dentro del contexto seleccionado, se observa y trata el proceso por medio del uso de herramientas como lo son las escalas de medición (Tamayo, 2007). El estudio cuantitativo es común al medir la relación entre las variables (González, 2010). Enfoca sus métodos al uso de cuestionarios, inventarios y análisis demográficos que se presenten de forma numérica. Se centra principalmente en las causas de los fenómenos que

presenta la sociedad como tal. El análisis estadístico permitirá el aprobar o rechazar la correlación propuesta por las variables (Rodríguez, 2010).

Esta investigación se basa en el diseño cuantitativo, puesto que sus variables dependiente e independiente, ideación suicida y terapia dialéctica conductual, se miden por medio de un análisis estadístico. Este estilo de investigación se caracteriza por el uso de herramientas pre y post tratamiento que van en relación a la causa y efecto de las variables. Además, este estudio procura recolectar los datos que respondan la pregunta de investigación, establecer patrones de comportamiento y comprobar las teorías, manteniendo siempre una secuencia y un lineamiento (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). La pregunta a responder en esta investigación es ¿Cómo y hasta qué punto la aplicación de Terapia Dialéctica Conductual disminuye la ideación suicida en varones musulmanes de 17 a 25 años con arraigo cultural hacia la inmigración?

Herramientas de Investigación Utilizadas

Esta investigación contará con dos escalas de medición cuidadosamente seleccionadas, a fin de obtener resultados válidos sobre la intervención propuesta. Se hará uso de la Escala de Ideación Suicida y la escala Clinical Outcomes in Routine Evaluation.

La Escala de Ideación Suicida, (SIS) (Apéndice B) por sus siglas en inglés (Beck, Kovacs & Weissman, 1979). Esta escala se aplica de forma escrita. Sin embargo, para este estudio se la realizará con la modalidad de entrevista semi-estructurada, es decir, se llenará el cuestionario mientras el participante responde de forma oral los ítems que componen esta escala. Las razones son el generar una alianza terapéutica desde iniciado el proceso y debido a que, para la población, el suicidio probablemente continúe siendo percibido como

un acto loable. Por ello, el evaluador debe prestar mayor atención a la intención y riesgo que a el discurso dado para completar la escala. De esta manera, se cuantifica y evalúa la ideación suicida del paciente (De la Torre Martí, 2013).

Según el Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica, (2006) la herramienta cuenta con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.89 – 0.96 y una fiabilidad interna de 0.83, demostrando ser un método confiable. La validez de la SIS en correlación del BBS con la escala de Desesperanza de Beck (BDI) es de 0.25 – 0.75 y con la Escala para la Evaluación de Depresión de Hamilton (Ham-D) es de 0.30.

La SIS consta de 20 ítems en relación a la ideación y comportamiento suicida, que se valoran en un rango de 3 puntos (0 a 2) (De la Torre Martí, 2013). La entrevista tendrá una duración de 30 minutos, lapso en el cual, el evaluador completará el cuestionario según el nivel de intensidad que manifieste el paciente. Los niveles son 0 = ausente, 1 = intenso, 2 = máxima intensidad (Beck, Kovacs & Weissman, 1979). El resultado final se da por la suma de cada uno de los reactivos contestados, este fluctúa entre 0 - 38 puntos, según vaya aumentando el puntaje mayor riesgo suicida (De la Torre Martí, 2013). Esta escala tiene tres divisiones claramente presentadas:

1. Parte objetiva (ítems 1 al 8): Circunstancias objetivas. Mide aislamiento, medición del tiempo, precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas, actuación para conseguir ayuda durante o después del intento, actos finales en anticipación de la muerte, preparación activa del intento, nota suicidio y comunicación verbal (Beck et al., 1979).

2. Auto-informe (ítems 9 a 15): Mide propósito supuesto del intento, expectativas sobre la probabilidad de muerte, concepción de la letalidad del método, seriedad del intento, actitud hacia el vivir/morir, concepción de la capacidad de salvamiento médico y grado de premeditación (Beck et al., 1979).
3. Parte subjetiva (ítems 16 al 20): Mide reacción frente al intento, preconcepciones de la muerte, número de intentos de suicidio previos, relación entre ingesta de alcohol e intento y relación entre ingesta de drogas e intento (Beck et al., 1979).

Esta herramienta metodológica se aplicará al iniciar el tratamiento y al finalizarlo, luego de completado el año de intervención.

Como siguiente herramienta metodológica se utilizará la escala Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure, (CORE – OM) (Apéndice C) (Evans et al., 1998). El CORE servirá para hombres para evaluar cambio tras la intervención de un proceso terapéutico (Feixas et al., 2012). Sirve para medir el malestar psicológico mediante sus cuatro dimensiones. Este método de medición cuenta con un alfa de Cronbach en todas sus dimensiones de 0.75 – 0.90, y un test - retest de (0.87 – 0.91), lo que resulta como una fiabilidad interna apropiada (Feixas et al., 2012). Su validez convergente en todas las dimensiones manteniendo correlaciones altas con diversos instrumentos, al igual que una excelente aceptación y sensibilidad al cambio (Feixas et al., 2012).

Es un cuestionario de auto-informe que consta de 34 ítems (Feixas et al., 2012). Para el estudio se administrará el instrumento cada 15 días, debido al riesgo que compone la población hasta completar el año, su duración es aproximadamente de 5 a 10 minutos siendo una aplicación breve (Beutler, 2001). Cada ítem puede puntuarse de 0 – 4, se lo

realiza de manera manual o computarizada. El cuestionario se compone de reactivos tanto de alta como de baja intensidad (Feixas et al., 2012). Esta escala funciona de manera que mientras más alta sea la puntuación mayor será el nivel de problemas o síntomas (Feixas et al., 2012). En la dimensión de bienestar sucede lo mismo, por lo cual, el resultado se lo obtiene de manera invertida, para mantener su consistencia (Evans et al., 2002). Las dimensiones del CORE – OM son:

1. Bienestar subjetivo: Se compone de 4 reactivos (Evans et al. 2002).
2. Problemas o Síntomas: Contiene 12 reactivos que miden ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos (Evans et al. 2002).
3. Funcionamiento general: Representado por 12 reactivos que miden relaciones íntimas, sociales y otros aspectos del funcionamiento cotidiano (Evans et al. 2002).
4. Riesgo: Incluye 6 reactivos que se funcionan como indicadores clínicos de intentos de suicidio, auto-lesiones o actos de agresión a terceros (Evans et al. 2002).

Participantes

Esta investigación requerirá la participación de 20 miembros, los cuales, deberán cumplir ciertos parámetros para ser aceptados. Todos los miembros serán de género masculino, en un rango de edad de 17 a 25 años, provenientes de la cultura musulmana. Es importante resaltar que, como parte de los requisitos, los participantes deberán presentar un cuadro clínico a raíz del intento de inmólación no consumado. Finalmente, deben haber sido remitidos por una institución de salud mental o un centro de privación de libertad. El único criterio de exclusión es que, aunque se cumpla con todos los requisitos, si el individuo no pertenece a un establecimiento de ayuda psicología o de acción penal, no

podrá participar debido a riesgos legales que se puedan presentar y en cuyo caso el estudio no podrá intervenir.

Reclutamiento de los participantes

Para el reclutamiento de participantes se realizará un convenio con 20 centros psiquiátricos o cárceles donde estén recluidos individuos con el perfil requerido. Se solicitará a las instituciones que se comprometan a ser parte activa de este proceso, en cuanto al traslado y la seguridad que requiera cada individuo durante los dos días que se imparta terapia a la semana. De igual manera los centros aceptan el incentivar a los miembros participantes según lo consideren, por medio de menos trabajo forzado, más horas libres, posibilidad de contactarse con los familiares u otros incentivos que ellos puedan proponer y no estén aquí contemplados o incentivos que los participantes soliciten siempre y cuando sea previamente aprobado.

Para el desarrollo del presente estudio se presenta una limitación geográfica, puesto que los participantes claramente se encontrarán en países en los cuales han cometido sus atentados o han sido descubiertos previo a sus ataques; los más destacados sería Estados Unidos o países europeos como Francia o España. Por ello, se considera importante realizar la recolección de datos en dichas localidades, una vez aprobada la propuesta.

Procedimiento

Una vez reclutados los 20 participantes, se iniciará con el proceso terapéutico y la recolección de datos, para ello, se realizará una entrevista inicial a todos los participantes por igual, la cual, será respaldada por la Escala de Ideación Suicida tanto en el pre y post tratamiento.

Luego, el grupo recibirá el tratamiento de terapia con los lineamientos de la TDC como fue descrito en el capítulo 2. Se impartirá tanto la terapia individual de 1 hora, terapia grupal de 2 horas y asistencia vía telefónica con disposición de las 24 horas diarias, a fin de entrenar a los participantes en las habilidades que brinda la TDC.

El tiempo a completar es de un año de tratamiento, durante el cual, una vez iniciado el proceso se realizará la evaluación del CORE – OM cada 2 sesiones en todo el grupo. En esta herramienta, medirá progresivamente los síntomas problemáticos y el bienestar en cada miembro, con el propósito de ahondar sobre dichas mejoras o deterioro durante las sesiones individuales. Al terminar el tiempo de duración, se realizará nuevamente la entrevista semi-estructurada que propone la SIS, con lo cual, se analizarán los resultados pre y post y se marcarán cuáles fueron los resultados hallados a lo largo del procedimiento.

Para una mejor evaluación el terapeuta asignado para cada paciente deberá asistir a supervisiones constantes y mantenerse en contacto con las instituciones de las cuales procede cada miembro. De esta manera, se conocerá con una visión más amplia el desempeño, los comportamientos, los cambios y si se evidencian riesgos de conductas suicidas fuera de las terapias. La pregunta de investigación tendrá resultados concretos una vez se haya finalizado el tratamiento propuesto y se haya realizado el respectivo análisis estadístico en ambos grupos.

Consideraciones Éticas

Esta investigación psicológica incluye consideraciones éticas previas a la intervención. En primer lugar, es necesario un consentimiento informado que detalle los parámetros, condiciones y derechos a los que se sujetan una vez ingresan a este proceso

(Apéndice C). Se debe tener en consideración que, al ser personas con historial delictivo, su participación es de carácter obligatorio una vez el establecimiento, al cual pertenecen, así lo determine. Esta condición surge por el hecho de ser una población, poco o nada interesada en recibir algún tipo de ayuda y su deseo por consumir su muerte podría estar latente.

Sin embargo, si los participantes demuestran una clara necesidad por abandonar el estudio, podrán hacerlo con la asesoría que sea necesaria para el caso. Previo a iniciar el tratamiento se informará el riesgo que el estudio puede significar, como intensidad en los niveles de malestar del participante, no obstante, el tratamiento radica en reducir dichos niveles. De ser necesario se brindará ayuda exclusiva fuera de la provista por la investigación a fin de alcanzar el bienestar del paciente.

Cada paciente al igual que en cualquier psicoterapia, cuenta con la confidencialidad de información por parte de los terapeutas asignados a las diversas modalidades de terapia. Es importante contar con la documentación de los miembros, ya que como población significan un riesgo. Sin embargo, toda información personal se tratará únicamente entre el terapeuta y el paciente. Al finalizar la investigación todo documento personal será destruida transcurridos 5 años a partir de la investigación para proteger a los pacientes. Dentro del tiempo de estudio los pacientes podrán permanecer en todo momento bajo el anonimato, esto quiere decir que serán llamados por seudónimos.

RESULTADOS ESPERADOS

De acuerdo a la información recabada a lo largo de esta investigación, se plantearán los posibles resultados de la misma. Se reconoce que la terapia dialéctica conductual (TDC) ofrece buenos resultados a otros trastornos más allá del trastorno límite de personalidad (TLP), puesto que se enfoca en la desregulación emocional del paciente, independientemente de un diagnóstico clínico. Por ello, se esperaría un cambio genuino en la mayor parte de los miembros del grupo; ya que, como lo propuso Lankford (2013), algunos presentarán una verdadera motivación por morir en defensa de la causa en la cual creen; sin embargo, muchos otros actuarán en relación a un desequilibrio mental, donde, el componente emocional tendrá gran peso. Esto se refuta por otras investigaciones como las de Merari y colegas (2009) o Ahmadi y colegas (2010); quienes hayan, una clara evidencia de tendencias suicidas y un alto índice de desórdenes mentales en dicha población, siendo la regulación emocional un elemento fundamental.

La expectativa es que, al transcurrir el año de intervención, las escalas SIS y CORE – OM, demuestren que la TDC tiene eficacia para reducir la ideación suicida, en hombres jóvenes sobrevivientes a su auto-inmolación. A pesar de que la TDC sea muy funcional y da prioridad a la alianza terapéutica y el compromiso con la terapia, se espera encontrar fallos en esta población, ya que, se mantienen firmes ideales y creencias que perjudican el tratamiento. Incluso en el estudio de Linehan (2006), donde la duración de la terapia es de 2 años, se halla una reducción en conductas auto-lesivas del 50%, lo cual es un buen referente. En comparación con a este estudio, se cree que la población reducirá dicha ideación y conducta, a un porcentaje incluso menor que el que se describe en el estudio de Linehan, dado al tiempo y población del caso.

Dentro del tiempo estipulado, se esperará encontrar entre los resultados pacientes con un mejor y más amplio conocimiento del yo y la realidad a través del mindfulness y las habilidades de la TDC, haciéndolos capaces, no solo de controlar sus conductas, sino también, de gobernar sus ideas. De igual forma, gracias a las herramientas que brinda la terapia, se tiene la expectativa de lograr evidenciar una mejora en las interacciones y conductas sociales por medio del aprendizaje mutuo del grupo y fuera de él.

Como uno de los principales resultados, se cree posible la comprobación del aumento en los recursos emocionales que fomenten su regulación. Es decir, que aprendan a reconocer y lidiar con emociones difíciles como la tristeza, ansiedad, ira, frustración, etc., que, previo al estudio, desencadenaban conductas riesgosas. Esta habilidad sumada a la auto-validación y un mejor estilo de vida beneficiará a los pacientes, evitando respuestas impulsivas. De entre las habilidades que la TDC ofrece, se espera que los pacientes hayan disminuido la frustración de no haber consumado su muerte, al igual que una reducción significativa en frecuencia y severidad de ideación y conductas suicidas. Se pretende con ello, que los miembros sean capaces de tolerar el malestar, dolor, incompreensión de situaciones difíciles por medio de la aceptación.

Se considera que a partir de la intervención de TDC, los niveles de ansiedad y estrés que se produce a raíz de las situaciones de cada participante, hayan disminuido. También se espera, que con el trabajo realizado se ayude a los pacientes a que logren reconstruirse ellos mismos, desarrollen un correcto auto-concepto, el cual, sea realista, positivo y forjado en la auto-validación. Sumado a ello, se esperaría que los pacientes tomen en consideración metas, planes a futuro y desarrollen proyectos de vida (Soler, 2016). Sin embargo, es

posible que no todos puedan visualizar esta alternativa debido a las sentencias que deberán cumplir por los delitos de atentados suicidas realizados o sus intentos.

Dentro de los resultados deseados, se encuentra el trabajo en conjunto entre los terapeutas y los establecimientos de salud psicología y centros de privación de libertad, a fin de que se evite cualquier conducta impulsiva, intento de suicidio, actos auto-lesivos o ataques hacia los demás. Sumado a ello, se espera que la mayoría de los participantes que iniciaron el proceso terapéutico, lo finalicen, puesto que habrá un respaldo de parte de los establecimientos a cargo, para que asistan regularmente. Con ello, se tiene en consideración los diversos factores que afectar para que se dé por terminado el proceso terapéutico en ciertos casos.

Otro resultado esperado es que una parte de los participantes, estén dispuestos a aceptar un posible diagnóstico que tras el tiempo de intervención se pueda percibir y a su vez alcanzar una buena adherencia al tratamiento, necesaria para los participantes por su cuenta, busquen ayuda, ya sea con esta terapia u otras. A fin de que se dé la recuperación y se consiga un bienestar independientemente de la realidad que tengan que enfrentar; estando cada vez más preparados para aceptar la sentencia que se les asigne o la reinserción a la sociedad que algunos de ellos podrán recibir.

DISCUSIÓN

Una vez finalizado el estudio se puede responder a la pregunta de investigación planteada en un inicio ¿Cómo y hasta qué punto la aplicación de Terapia Dialéctica Conductual disminuye la ideación suicida en varones musulmanes de 17 a 25 años con arraigo cultural hacia la inmoleración? La terapia dialéctica conductual (TDC) es un tratamiento que presenta mejoras efectivas en casos donde existe un alto riesgo suicida (Linehan et al., 2015). No obstante, la información acerca de terapias realizadas a atacantes terroristas es muy limitada por el hecho de ser una población de difícil acceso y de creencias muy sólidas. Son justamente dichas creencias las que han impedido que se logren cambios más pronunciados y perdurables en el tiempo. No obstante, se propone con ello, que se integren varias opciones aun sin intentar en casos como los presentados, antes de decidir una cadena perpetua o una pena de muerte.

La TDC sobresale por ser de carácter integrador, recopilando varios elementos que moldean el paciente más de una sola área a la vez. La TDCh ha sido validada en cuanto al tratamiento por intentos de suicidio que comúnmente va acompañado de síntomas depresivos, ansiedad, ira e impulsividad (Gempeler, 2008). Los pilares que componen la TDC al igual que las modalidades de tratamiento, aumentan la probabilidad de tratar casos de alta complejidad y fuera del margen que supone ser la terapia (Gempeler, 2008). Para esta investigación, es importante tener un conocimiento bastante amplio tanto de la población como de la TDC.

Con el trabajo realizado se espera haber puesto en perspectiva la necesidad de trabajar con poblaciones semejantes a la expuesta. De esta manera, también generar

conciencia sobre la realidad que se vive y la urgencia que demanda. Se debe comprender que existe una diferencia entre lo que es normal y lo que es común, por ello, no se debe hablar de normalidad cuando se trata de grupos extremistas y gente que se inmola por las creencias que fundamentan dichos grupos, ya que, no es una conducta normal, sino, común.

Entre las conclusiones halladas, este estudio ha demostrado que la TDC tiene resultados positivos en casos de alto riesgo de suicidio. Sin embargo, la ideación y conducta suicida remarca un potencial riesgo, creando una demanda terapéutica aun mayor y suele ser considerada un reto (Enríquez-Rosas, Gómez-Gómez, Zohn-Muldoon, 2015). El éxito de la TDC radicara mayormente en el conocimiento del terapeuta y su capacidad de integrar su comprensión a la práctica. No obstante, en este estudio se pudo observar la necesidad de trabajar en su totalidad con dimensiones tanto biológicas, psicológicas y sociales, a fin de comprender el comportamiento suicida y con esas mismas dimensiones basar la terapia (Enríquez-Rosas et al., 2015).

Al igual que en otros estudios, se ha comprobado que la TDC trabaja eficazmente en casos que presentan criterios distintos a del TLP, debido a su intervención de tratamiento, la estructura con la que está diseñada y los componentes que agrega la terapia. Mediante la investigación se logró concluir que las variables tendrán una alta correlación con la regulación de las emociones, pues se caracteriza a la inmolación como un acto lleno de emocionalidad e impulsividad y a la TDC como una terapia enfocada gran parte de ella, en las emociones.

Como conclusión, también se puede destacar que no en todos los casos, pero si en muchos o la mayoría de ellos, se refleja algún tipo de desorden mental, dejando de lado el

concepto de normalidad que se le ha agregado al acto de inmólación con trasfondo cultura, político o religioso.

Limitaciones

Las limitaciones que se hayan en este estudio son variadas. En primer lugar, se identifica la limitación geográfica. Las localidades que están en la mira de los atacantes mayormente son países europeos o Estados Unidos, los cuales, son justamente lugares donde más han ocurrido atentados terroristas y mayor cantidad de intentos. Es importante poder recolectar los datos de la investigación en lugar de mayor alcance estratégico y determinar el inglés como el lenguaje utilizado a lo largo del proceso.

Se logra identificar como un factor limitante de la investigación, el poco deseo de cambio por parte de los participantes. Si bien es cierto, que se ha trabajado en el compromiso de la terapia, los pacientes mostrarán cierta resistencia, unos más que otros. Sin embargo, los resultados, con el tiempo puede ser favorables. Lo que demuestra otro limitante, el tiempo de terapia. La TDC está diseñada para realizar una intervención de 2 años y este estudio se lo propuso de 1 año. Con lo que se esperaría del estudio, se percata la necesidad de ampliar el tiempo de duración para obtener mayor beneficio y proponerlo según se evalúen más grupos en diversos estudios para alcanzar cada vez mejores resultados. Se reconoce la limitación de que los datos no se pueden generalizar

Finalmente, se halla una limitación más a tratar. Esta es, la variedad de trastornos que presentan cada uno de los miembros (si es el caso) en un mismo grupo. Como se concluyó ya, gran parte de personas con el perfil descrito para el estudio, mostrarán indicios de algún tipo de desequilibrio mental que es importante tratar. Puesto que la investigación

se enfocó en proveer recursos para la regulación emocional, muchos de los participantes se beneficiaron en su propio trastorno. Y como se ha mencionado a lo largo del proyecto, el propósito es el lograr una reducción en la ideación suicida y no en la mejoría de un trastorno u otro. Sin embargo, se hubiera logrado un mejor resultado si hubiese sido especificado dicho aspecto.

Recomendaciones

Gracias a la investigación realizada se puede dar ciertas recomendaciones según se han presentado las necesidades. En primera instancia, como se ha planteado ya, el continuar con terapia psicológica en esta u otras corrientes. Se recomienda, no solo a los centros penitenciarios que puedan apoyar esta causa, sino también, al estado para que se responsabilice de estos casos a fin de proteger otros. Se recomienda que las terapias que se dispongan sean de 2 años o el tiempo que se considere necesario en futuras investigaciones. También, tener un enfoque claro sobre algún trastorno en específico que se vaya a tratar en conjunto con otras necesidades, evaluando cuales son las demandas más relevantes en casos como el tratado en el estudio.

Se recomienda también, a futuras investigaciones u organizaciones interesados en poblaciones iguales o parecidas a las de este proyecto; puedan involucrarse y planificar métodos de rescate de niños, jóvenes y si es posible adultos que pertenezcan a grupos extremistas para poder brindar la ayuda necesaria. Se conoce el riesgo y la dificultad de ello, pero se mantiene como propuesta válida, ya que, muchos de ellos merecen la oportunidad de ser salvados para alcanzar un mejor futuro.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Abrahms, M., & Lula, K. (2013). *The Myth of Martyrdom: What Really Drives Suicide Bombers, Rampage Shooters, and Other Self-Destructive Killers*. Middle East Quarterly.
- Ahmadi, A., Mohammadi, R., Schwebel, D. C., Yeganeh, N., Hassanzadeh, M., & Bazargan Hejazi, S. (2010). *Psychiatric Disorders (Axis I and Axis II) and Self-Immolation: A Case–Control Study from Iran*. *Journal of forensic sciences*.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*. American Psychiatric Pub.
- APA 1994 American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*.
- Appleby, L. (2000). *Prevention of suicide in psychiatric patients*. The international handbook of suicide and attempted suicide.
- Baños, P. (2008). *Mujer terrorista suicida, manipulación extrema*. Boletín Elcano.
- Barnier, H. (1997). *Percepciones sobre el mundo árabe*. Madrid. CIP.
- Baruk, H. (1960). *Psiquiatría moral experimental*. México, D.F; Fondo de Cultura Económica.
- Bazargan Hejazi, S. (2010). *Psychiatric Disorders (Axis I and Axis II) and Self-Immolation: A Case–Control Study from Iran*. *Journal of forensic sciences*.
- Beck AT, Kovacs M, Weissman A. (1979). *Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation*. *J Consult Clin Psychol*.

- Beutler, L. E. (2001). *Comparisons of quality assurance systems: From outcome assessment to clinical utility*. Journal of Consulting and Clinical Psychology
- Blanchard, C. M. (2007, January). *The Islamic Traditions of Wahhabism and Salafiyya*. Library of Congress Washington DC Congressional Research Service.
- Blanco, P. C. (2015). *Los rostros del islam: Una introducción al mundo musulmán contemporáneo (Vol. 11)*. Universitat de València.
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., & Grisham, J. R. (2000). *Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study*. Journal of consulting and clinical psychology.
- Clark, J. G. (1979). *Cults*. Jama.
- Corriveau, K. H., Chen, E. E., & Harris, P. L. (2015). *Judgments about fact and fiction by children from religious and nonreligious backgrounds*. Cognitive Science.
- David, D., Kutcher, G. S., Jackson, E. I., & Mellman, T. A. (1999). *Psychotic symptoms in combat-related posttraumatic stress disorder*. The Journal of clinical psychiatry.
- De la Torre Martí, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Dimeff, L., & Linehan, M. M. (2001). *Dialectical behavior therapy in a nutshell*. The California Psychologist.
- Durkheim, E. (2005). *Suicide: A study in Sociology*. Routledge.
- Easthope, R. (2017). *On Suicide*. Macat Library.
- Enríquez Rosas, R., Gómez-Gómez, E.N., Zohn Muldoon, T. (2015). *La conducta suicida y psicoterapia dialéctica comportamental: un acercamiento interdisciplinario*. La psicoterapia frente al bienestar y al malestar.

- Erdely, J. (2002). *Terrorismo religioso: un análisis y una respuesta de una tragedia*. Editorial Unilit.
- Erdely, J., & Argüelles, L. (2003). *La Nueva Jihad: mitos y realidades sobre el Pan-islamismo*. Publicaciones para el Estudio Científico de las Religiones.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor Clark, J. y Audin, J. (2002). *Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM*. British Journal of Psychiatry.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., ... & López González, M. A. (2012). *La version española del CORE-OM: Clinical outcomes in routine evaluation-outcome measure*. Revista de Psicoterapia.
- Fernández, B. A. (1996). *La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad*. Psicología conductual.
- Fink, L. (2014). *Understanding radicalisation and dynamics of terrorist networks through political-psychology*.
- Flori, J. (2004). *Guerra santa, "yihad", cruzada: violencia y religión en el cristianismo y el islam* (Vol. 13). Universitat de València.
- Gempeler, J. (2008). *Terapia conductual dialéctica*. Revista colombiana de psiquiatría.
- Ganor, B. (2002). *Defining terrorism: Is one man's terrorist another man's freedom fighter?* Police Practice and Research.
- Garciandía Imaz, J. A. (2013). *Family, Suicide and Mourning*. Revista colombiana de Psiquiatría.

- Geller, D. S., & Saperstein, A. M. (2015). *A dynamic model of suicide terrorism and political mobilization*. *International Political Science Review*.
- Gómez, M. M. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. Editorial Brujas.
- González, R. G. (2010). *Utilidad de la integración y convergencia de los métodos cualitativos y cuantitativos en las investigaciones en salud*. *Revista Cubana de Salud Pública*.
- Harris, E.C. & Barraclough, B. (1997). *Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis*. *Br J Psychiatry*.
- Henry, A. F., & Short, J. F. (1954). *Suicide and homicide: Some economic, sociological and psychological aspects of aggression* (Vol. 91442). New York: Free Press.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*.
- Irving, W. (1850). *The life of Mahomet* (Vol. 191). Henry G. Bohn.
- Jamilian, H. R., Malekirad, A. A., Farhadi, M., Habibi, M., & Zamani, N. (2014). *Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core distress tolerance and emotion regulation components) on Expulsive Anger and Impulsive Behaviors*. *Global journal of health science*.
- Juanmartí, F. B., & Lizeretti, N. P. (2017). *Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: Una revisión*. *Papeles del psicólogo*.
- Jubiz, W., & Soto, R. (1981). *Endocrinología clínica*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Kelly, B. D. (2011). *Self-immolation, suicide and self-harm in Buddhist and Western traditions*. *Transcultural psychiatry*.

- Kernberg, O. F. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Rowman & Littlefield.
- Lankford, A. (2013). *A comparative analysis of suicide terrorists and rampage, workplace, and school shooters in the United States from 1990 to 2010*. Homicide studies.
- Laub, Z., & Masters, J. (2016). *The Islamic State*. Council on Foreign Relations.
- Leenaars, A. A. (1996). *Suicide: A multidimensional malaise*. Suicide and Life-Threatening Behavior.
- Lifton, R. J. (2012). *Thought reform and the psychology of totalism: A study of 'brainwashing' in China*. UNC Press Books.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder (1st Ed.)*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder (1st Ed.)*. New York. The Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... & Lindenboim, N. (2006). *Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder*. Archives of general psychiatry.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... & Murray Gregory, A. M. (2015). *Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis*. JAMA psychiatry.

- Linehan, M. M., Suarez, A., & Allmon, D. (1991). *Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically*. Arch Gen Psychiatry.
- Mankeliunas, M. V. (1957). *Introducción a la psicología de la religiosidad*. Revista Colombiana de Psicología.
- McCullough, M. E., & Willoughby, B. L. (2009). *Religion, self-regulation, and self-control: Associations, explanations, and implications*. Psychological bulletin.
- Mena, S. I. M. (2018). *Irán y Arabia Saudí, rivalidades geopolíticas y escenarios de confrontación*. OASIS.
- Merari, A., Diamant, I., Bibi, A., Broshi, Y., & Zakin, G. (2009). *Personality characteristics of “self martyrs” “suicide bombers” and organizers of suicide attacks*. Terrorism and Political Violence.
- Montoya Briones, J. D. J. (1972). *Manuel Lozada, ¿líder mesiánico?* Religión en Mesoamérica.
- Monturiol, Y. L. (2006). *Términos clave del islam*. Junta Islámica, Centro de Documentación y Publicaciones Islámicas.
- OMS. (2018). *Datos y cifras sobre el suicidio*. Organización Mundial de la Salud.
- Palacio, A. F. (2010). *La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días*. Affectio Societatis.
- Peoples, H. C., Duda, P., & Marlowe, F. W. (2016). *Hunter-gatherers and the origins of religion*. Human Nature.
- Pérez, A. (2018). *Glosario de Términos Suicidológicos*. Psicología-Online. España
- Post, J. M., Ali, F., Henderson, S. W., Shanfield, S., Victoroff, J., & Weine, S. (2009). *The psychology of suicide terrorism. Psychiatry: Interpersonal and biological processes*.

- Reinares, F. (2004). *¿Qué hay detrás del terrorismo suicida?* Araucaria.
- Rodríguez (2010). *Métodos de investigación: diseño de proyectos y desarrollo de tesis en ciencias administrativas, organizacionales y sociales*. Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Rodríguez, T. (2012). *El terrorismo y nuevas formas de terrorismo*. Espacios Públicos. Sistemas de Información Científica. Redalyc.
- Rose, G. (2018). *Terrorism Financing in Foreign Conflict Zones*. Counter Terrorist Trends and Analyses.
- Salavert, J., Berrospi, M., Miralles, M. L., Dueñas, R. M., Tiffon, M. L., & San Molina, L. (2003). *El trastorno delirante. Revisando los aspectos de la paranoia*. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona. Referencia de inmolación.
- Sandi, C. (2012). *Influencia del estrés sobre las capacidades cognitivas*. Ministerio de Educación.
- Schbley, A. H. (2006). *Toward a common profile of religious terrorism: Some psychosocial determinants of Christian and Islamic terrorists*. Police Practice and Research.
- Simpson, G., & Tate, R. (2007). *Suicidality in people surviving a traumatic brain injury: prevalence, risk factors and implications for clinical management*. Brain injury.
- Singer, M. T., Temerlin, M. K., & Langone, M. D. (1990). *Psychotherapy cults*. Cultic Studies Journal.
- Soler, J., Elices, M., & Carmona, C. (2016). *Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica*.
- Stengel, E. (1964). *Suicide and attempted suicide*.

- S/N. (2006). *Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica*. Universidad Complutense Madrid.
- Tamayo, J. J. (2009). *Islam, cultura, religión y política*. Trotta.
- Tamayo, M. (2007). *Metodología de la Investigación*. México: Limusa.
- Tobeña, A., & Pallarés, A. T. (2005). *Mártires mortíferos: Un itinerario por el cerebro de los suicidas atacantes (Vol. 1)*. Universitat de València.
- Trujillo, H. M., Moyano, M., León, C., Valenzuela, C., & González Cabrera, C. (2005). *El radicalismo islamista en las sociedades occidentales: prejuicio, identidad social y legitimación del terrorismo*. Psicología Conductual.
- Valdivia, Á. (2015). *Suicidología: Prevención, tratamiento psicológico e investigación de procesos suicidas*. Lima, Perú.
- Vega, I. D. L., & Sánchez Quintero, S. (2013). *Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite*. Acción psicológica.
- Wasserman, D., Wasserman, J., Rozanov, V., & Sokolowski, M. (2009). *Depression in suicidal males: genetic risk variants in the CRHR1 gene*. Genes, Brain and Behavior.

Apéndice A

Tabla 1.

Estructura del entrenamiento en habilidades en la TDC

Módulo de entrenamiento	Síntoma
Habilidades básicas de conciencia	Confusión acerca del yo. Identidad. Vacío
Habilidades de efectividad interpersonal	Caos interpersonal. Relaciones inestables
Habilidades de regulación emocional	Inestabilidad emocional/estados de ánimo
Habilidades de tolerancia al malestar	Impulsividad

Vega, I. D. L., & Sánchez Quintero, S. (2013). *Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite*. Acción psicológica.

Apéndice B

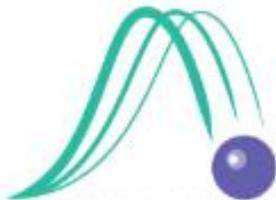
Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)

I. Circunstancias objetivas	
1. <i>Aislamiento</i>	0. Alguien presente 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono) 2. Nadie cerca o en contacto
2. <i>Medición del tiempo</i>	0. La intervención es muy probable 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable
3. <i>Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas</i>	0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.) 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)
4. <i>Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento</i>	0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado 2. No contactó, ni avisó a nadie
5. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)</i>	0. Ninguno 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
6. <i>Preparación activa del intento</i>	0. Ninguna 1. Mínima o moderada 2. Importante
7. <i>Nota suicida</i>	0. Ninguna 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2. Presencia de nota
8. <i>Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)</i>	0. No comunicación verbal 1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto») 2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)
II. Autoinforme	
9. <i>Propósito supuesto del intento</i>	0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza 1. Componentes de 0 y 2 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas
10. <i>Expectativas sobre la probabilidad de muerte</i>	0. Pensó que era improbable 1. Posible pero no probable 2. Probable o cierta
11. <i>Concepción de la letalidad del método</i>	0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal
12. <i>Seriedad del intento</i>	0. No intentó seriamente poner fin a su vida 1. Inseguro 2. Intentó seriamente poner fin a su vida

**Escala de Intencionalidad Suicida de Beck
(Suicide Intent Scale, SIS)**

13. <i>Actitud hacia el vivir/morir</i> 0. No quería morir 1. Componentes de 0 y 2 2. Quería morir
14. <i>Concepción de la capacidad de salvamento médico</i> 0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica 1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica 2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica
15. <i>Grado de premeditación</i> 0. Ninguno, impulsivo 1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento 2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento
III. Circunstancias subjetivas
16. <i>Reacción frente al intento</i> 0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza 1. Acepta tanto el intento como su fracaso 2. Rechaza el fracaso del intento
17. <i>Preconcepciones de la muerte</i> 0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos 1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas 2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte
18. <i>Número de intentos de suicidio previos</i> 0. Ninguno 1. 1 o 2 2. 3 o más
19. <i>Relación entre ingesta de alcohol e intento</i> 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento
20. <i>Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)</i> 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

Apéndice C



Código del centro:

Código del cliente

Nombre o código del psicoterapeuta

Fecha

A A A A M M D D

Edad

Fase actual
S Selección
R Derivación
A Evaluación
F Primera sesión de terapia
P Pre-terapia
D Durante terapia
L Última sesión de terapia
X Seguimiento 1
Y Seguimiento 2

Sexo
Hombre
Mujer

Fase

Episodio de terapia

IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST.
A continuación encontrará 34 frases. Lea cada frase y piense con qué frecuencia usted se ha sentido así **durante los últimos siete días**.
Después marque la casilla que mejor lo refleje.

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	
1 Me he sentido muy solo y aislado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
2 Me he sentido tenso, ansioso o nervioso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
3 He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
4 Me he sentido bien conmigo mismo	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	W
5 Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
6 He sido violento físicamente hacia los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
7 Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
8 He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
9 He pensado en hacerme daño a mí mismo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
10 Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
11 La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
12 Me he sentido satisfecho con las cosas que he hecho	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
13 Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
14 He tenido ganas de llorar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	W

Por favor continúe en la página siguiente

Durante los últimos siete días...

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	NO RESPONDIÓ	
15 He sentido pánico o terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	P
16 He hecho planes para acabar con mi vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	R
17 Me he sentido agobiado por mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	W
18 He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	P
19 He sentido afecto o cariño por alguien	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>	F
20 Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	P
21 He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>	F
22 He amenazado o intimidado a otra persona	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	R
23 Me he sentido desesperado o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	P
24 He pensado que sería mejor que estuviera muerto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	R
25 Me he sentido criticado por los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	F
26 He pensado que no tengo amigos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	F
27 Me he sentido infeliz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	P
28 Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	P
29 Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	F
30 He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	P
31 Me he sentido optimista sobre mi futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>	W
32 He conseguido las cosas que quería	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>	F
33 Me he sentido humillado o avergonzado por otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	F
34 Me he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	R

GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO

Puntuación total	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	→ <input type="text"/>	→ <input type="text"/>
Puntuaciones medias <small>(Puntuación total en cada apartado dividida entre el número de respuestas completadas en ese apartado)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	(W)	(P)	(F)	(R)	Todos los ítems	Todos menos R

Apéndice D



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

SOLICITUD PARA APROBACION DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

INSTRUCCIONES:

1. Antes de remitir este formulario al CBE, se debe solicitar vía electrónica un código para incluirlo, a comitebioetica@usfq.edu.ec
2. Enviar solo archivos digitales. Esta solicitud será firmada en su versión final, sea de manera presencial o enviando un documento escaneado.
3. Este documento debe completarse con la información del protocolo del estudio que debe servir al investigador como respaldo.
4. Favor leer cada uno de los parámetros verificando que se ha completado toda la información que se solicita antes de enviarla.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN
Título de la Investigación
Efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual en el Reducción de Ideación Suicida en Varones Musulmanes con Arraigo Cultural hacia la Inmolación.
Investigador Principal <i>Nombre completo, afiliación institucional y dirección electrónica</i>
Karen Jacqueline Solís Hernández, Universidad San Francisco de Quito, karensol987@gmail.com
Co-investigadores <i>Nombres completos, afiliación institucional y dirección electrónica. Especificar si no lo hubiera</i>
No Aplica.
Persona de contacto <i>Nombre y datos de contacto incluyendo teléfonos fijo, celular y dirección electrónica</i>
Karen Solís, 022046991, 0998545759, karensol987@gmail.com
Nombre de director de tesis y correo electrónico <i>Solo si es que aplica</i>
Micaela Jiménez Borja, mjimenezb@usfq.edu.ec
Fecha de inicio de la investigación <i>Febrero 2018</i>
Fecha de término de la investigación <i>Diciembre 2018</i>
Financiamiento <i>No aplica</i>

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Objetivo General *Se debe responder tres preguntas: qué? cómo? y para qué?*

Investigar si la terapia dialéctica conductual tiene resultados positivos en casos de varones musulmanes de 17 a 25 años de edad, que no lograron consumir su auto-inmolación. La evaluación pertinente se la realizará a través de la Escala de Ideación Suicida (SIS) pre y post tratamiento, sumada a la evaluación del CORE y la terapia que medirán el efecto del tratamiento.

Objetivos Específicos

- Investigar los conceptos principales de la terapia dialéctica conductual.
- Determinar las características del grupo en estudio para encontrar los factores en común que los motivan.
- Señalar cuales son los conceptos de la terapia dialéctica conductual, que serán más efectivos para el tratamiento en los rasgos en común encontrados en el grupo en mención.

Diseño y Metodología del estudio *Explicar el tipo de estudio (por ejemplo, cualitativo, cuantitativo, con enfoque experimental, cuasi-experimental, pre-experimental; estudio descriptivo, transversal, de caso, in-vitro...) Explicar además el universo, la muestra, cómo se la calculó y un breve resumen de cómo se realizará el análisis de los datos, incluyendo las variables primarias y secundarias..*

El diseño de investigación cuantitativa es la más utilizado por estudios empíricamente validados (González, 2010). Consiste en el planteamiento de una hipótesis sustentada bajo el contraste de teorías previamente desarrolladas (Tamayo, 2007). El diseño cuantitativo sirve para la recopilación y análisis de datos que responderá a la pregunta de investigación e hipótesis planteada, por medio de medición numérica, conteo y estadísticas que indicarán claramente los patrones de comportamiento de la población seleccionada (Gómez, 2006). Para su desarrollo se hace una propuesta de plan, en el cual, se pone a prueba las variables dentro del contexto seleccionado, se observa y trata el proceso por medio del uso de herramientas como lo son las escalas de medición (Tamayo, 2007). El estudio cuantitativo es común al medir la relación entre las variables (González, 2010). Enfoca sus métodos al uso de cuestionarios, inventarios y análisis demográficos que se presenten de forma numérica. Se centra principalmente en las causas de los fenómenos que presenta la sociedad como tal. El análisis estadístico permitirá el aprobar o rechazar la correlación propuesta por las variables (Rodríguez, 2010).

Esta investigación se basa en el diseño cuantitativo, puesto que sus variables dependiente e independiente, ideación suicida y terapia dialéctica conductual, se miden por medio de un análisis estadístico. Este estilo de investigación se caracteriza por el uso de herramientas pre y post tratamiento que van en relación a la causa y efecto de las variables. Además, este estudio procura recolectar los datos que respondan la pregunta de investigación, establecer patrones de comportamiento y comprobar las teorías, manteniendo siempre una secuencia y un lineamiento (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). La pregunta a responder en esta investigación es ¿Cómo y hasta qué punto la aplicación de Terapia Dialéctica Conductual disminuye la ideación suicida en varones musulmanes de 17 a 25 años con arraigo cultural hacia la inmolación?

Procedimientos *Los pasos a seguir desde el primer contacto con los sujetos participantes, su*

reclutamiento o contacto con la muestra/datos.

1. Se realizará un convenio con centros psiquiátricos o cárceles donde estén recluidos individuos con el perfil requerido.
2. Una vez reclutados los 20 participantes, serán informados del proceso terapéutico, firmarán el consentimiento informado.
3. Se realizarán evaluaciones a todos los miembros al iniciar el proceso con la Escala de Ideación Suicida (SIS).
4. Se intervendrá a los participantes con la terapia dialéctica conductual durante un año de duración. Se aplicarán evaluaciones cada dos sesiones a ambos grupos mediante la escala del CORE.
5. Al finalizar la intervención se evaluará nuevamente a los participantes con la escala SIS.
6. Para concluir con el estudio se analizarán todos los datos recopilados por medio de las escalas administradas pre y post tratamiento y durante la duración del proceso.

Recolección y almacenamiento de los datos *Para garantizar la confidencialidad y privacidad, de quién y donde se recolectarán datos; almacenamiento de datos—donde y por cuánto tiempo; quienes tendrán acceso a los datos, qué se hará con los datos cuando termine la investigación*

La información recabada a través de la investigación será utilizada con cautela reconociendo la confidencialidad de cada uno de los miembros. Durante la investigación se utilizarán seudónimos a fin de no exponer la identidad de los pacientes y sus datos personales. Los únicos que podrán conocer de dicha información es el equipo de terapeutas, con los cuales se trabajará para la investigación. La información de cada caso será correctamente almacenada bajo llave, donde solo se podrá acceder de ser completamente necesario para la investigación. El tiempo que se retendrá la información será de 5 años a partir de la investigación con el fin de proteger a los pacientes, terminado dicho lapso de tiempo, se destruirá todo documento, manteniendo únicamente la investigación realizada.

Herramientas y equipos *Incluyendo cuestionarios y bases de datos, descripción de equipos*

Escala de Ideación Suicida (SIS)
Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE)

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA DEL ESTUDIO

Se debe demostrar con suficiente evidencia por qué es importante este estudio y qué tipo de aporte ofrecerá a la comunidad científica.

El estudio es de importancia por la información que brinda al respecto del tema y aporta soluciones al mismo. Esta investigación, además, brindará aportes fidedignos sobre el estudio efectuado en personas afectadas por la desregulación emocional. Confirmando así el valor de la terapia dialéctica conductual aplicada en el grupo de estudio.

DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO	
Criterios para la selección de los participantes <i>Tomando en cuenta los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto</i>	
	Esta investigación requerirá la participación de 20 miembros, los cuales, deberán cumplir ciertos parámetros para ser aceptados. Todos los miembros serán de género masculino, en un rango de edad de 17 a 25 años, provenientes de la cultura musulmana. Los participantes deberán presentar un cuadro clínico a raíz del intento de inmolación no consumado. Finalmente, deben haber sido remitidos por una institución de salud mental o un centro de privación de libertad. El único criterio de exclusión es que, aunque se cumpla con todos los requisitos, si el individuo no pertenece a un establecimiento de ayuda psicología o de acción penal, no podrá participar debido a riesgos legales que se puedan presentar y en cuyo caso el estudio no podrá intervenir.
Riesgos <i>Describir los riesgos para los participantes en el estudio, incluyendo riesgos físico, emocionales y psicológicos aunque sean mínimos y cómo se los minimizará</i>	
	La terapia podría traer consigo cierto malestar emocional debido al cambio que propone la TDC. En el caso de que los participantes experimenten emociones fuertes, los terapeutas a cargo tomarán las medidas necesarias para reducir el riesgo, brindando mayor atención y mayor número de terapias si el caso lo amerita. Dicha atención es garantizada y estará a cargo de la investigación.
Beneficios para los participantes <i>Incluyendo resultados de exámenes y otros; solo de este estudio y cómo los recibirán</i>	
	Los participantes gozarán de cierta estabilidad emocional y disminución de síntomas que les permitirá tener un mejor desempeño personal al igual que interpersonal. Se recuerda que el malestar generado por el cambio puede ser necesario para alcanzar el beneficio deseado. Los pacientes adquirirán bienestar ayudándoles a enfrentar la realidad a la que deberán enfrentarse cada uno.
Ventajas potenciales a la sociedad <i>Incluir solo ventajas que puedan medirse o a lo que se pueda tener acceso</i>	
	La sociedad podría beneficiarse de este estudio, debido al alcance de daño que la problemática presenta. Este estudio servirá y se podrá utilizar para otros estudios en relación a la auto-inmolación en poblaciones como la descrita en el estudio.
Derechos y opciones de los participantes del estudio <i>Incluyendo la opción de no participar o retirarse del estudio a pesar de haber aceptado participar en un inicio.</i>	
	Los participantes tendrán el derecho de manifestar su deseo por retirarse del estudio, siempre y cuando las autoridades que están a su cargo y los representantes del estudio lleguen un consenso y admitan su salida tras analizar los factores.
Seguridad y Confidencialidad de los datos <i>Describir de manera detallada y explícita como va a proteger los derechos de participantes</i>	
	El estudio cuenta con los lineamientos éticos necesarios para proteger la integridad de cada uno de los participantes. Se cuenta con el respectivo consentimiento informado con las condiciones y derechos para el estudio. Se mantendrá el anonimato de los pacientes, a lo largo de la intervención

se utilizarán seudónimos por los cuales serán llamados. Toda la documentación que esté ligada a la identidad de los pacientes será destruida permitiendo que el estudio permanezca. En ningún caso se brindará información de los pacientes a quienes soliciten el estudio para continuar con investigaciones semejantes. Se brindará asistencia y terapias extras en el caso de que sea necesario atender a uno o varios de los pacientes con mayor frecuencia, con la finalidad de proteger el bienestar de la persona. Se respetarán los horarios y disponibilidad de los centros retención donde los pacientes se hallen. Se hará un seguimiento de cada uno de los participantes durante el proceso terapéutico y se evaluarán con cuidado las decisiones a tomar por cualquiera de las partes.

Consentimiento informado *Quién, cómo y dónde se explicará el formulario/estudio. Ajustar el formulario o en su defecto el formulario de no aplicación o modificación del formulario*

El consentimiento informado será presentado y se brindará de toda la información necesaria para el estudio, una vez se hayan reclutado a todos los participantes. Será explicado por quien realiza la investigación y se responderán todas las dudas que se presenten.

Responsabilidades del investigador y co-investigadores dentro de este estudio.

La responsabilidad de los terapeutas a cargo es el de cumplir con las disposiciones señaladas al igual que las consideraciones éticas. Se respetará en todo momento a los participantes y sus necesidades, siendo ellos, la prioridad en todo momento.

Documentos que se adjuntan a esta solicitud (ponga una X junto a los documentos que se adjuntan)

Nombre del documento	Adjunto	Idioma	
		Inglés	Español
PARA TODO ESTUDIO			
1. Formulario de Consentimiento Informado (FCI) y/o Solicitud de no aplicación o modificación del FCI *	X		X
2. Formulario de Asentimiento (FAI) <i>(si aplica y se va a incluir menores de 17 años)</i>			
3. Herramientas a utilizar <i>(Título de:: entrevistas, cuestionarios, guías de preg., hojas de recolección de datos, etc)</i>	X		X
4. Hoja de vida (CV) del investigador principal (IP)			
SOLO PARA ESTUDIOS DE ENSAYO CLÍNICO			
5. Manual del investigador			
6. Brochures			
7. Seguros			
8. Información sobre el patrocinador			
9. Acuerdos de confidencialidad			
10. Otra información relevante al estudio (especificar)			

(*) La solicitud de no aplicación o modificación del FCI por escrito debe estar bien justificada.

Apéndice E



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual en el Reducción de Ideación Suicida en Varones Musulmanes con Arraigo Cultural hacia la Inmolación.

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Karen Jacqueline Solís Hernández*

Datos de localización del investigador principal *022046991, 0998545759,*

karensol987@gmail.com

Co-investigadores *No Aplica*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción (*Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación*)

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con los centros que lo remiten si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la terapia dialéctica conductual, enfocado en regulación emocional en personas que han intentado auto-inmolarse.

Propósito del estudio (incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)

El presente estudio tiene como propósito definir si los varones musulmanes sobrevivientes a ataques suicidas terroristas, pueden reducir dicha tendencia suicida tras la intervención de la terapia dialéctica conductual enfocada en regulación emocional.

Descripción de los procedimientos (breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)

En primera instancia se realizará una evaluación previa al tratamiento, utilizando la Escala de Ideación Suicida. Se realizará la intervención de la terapia propuesta durante un año completo en sesiones tanto grupales como individuales, cada dos sesiones se aplicará una evaluación de bienestar a través de la escala Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure. Al finalizar el año, se realizará nuevamente la valoración por medio de la Escala de Ideación Suicida.

Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

La terapia podría traer consigo cierto malestar emocional debido al cambio que propone la TDC. En el caso de que los participantes experimenten emociones fuertes, los terapeutas a cargo tomarán las medidas necesarias para reducir el riesgo, brindando mayor atención y mayor número de terapias si el caso lo amerita. Dicha atención es garantizada y estará a cargo de la investigación. Los participantes gozarán de cierta estabilidad emocional y disminución de síntomas que les permitirá tener un mejor desempeño personal al igual que interpersonal. Se recuerda que el malestar generado por el cambio puede ser necesario para alcanzar el beneficio deseado. Los pacientes adquirirán bienestar ayudándoles a enfrentar la realidad a la que deberán enfrentarse cada uno.

Confidencialidad de los datos (se incluyen algunos ejemplos de texto)

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y terapeutas a cargo tendrán acceso.

2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio (*si aplica*) ó

2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo (*si aplica*)

3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante (se incluye un ejemplo de texto)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0998545759 que pertenece a Karen Solís, o envíe un correo electrónico a karensol987@gmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado <i>(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)</i>	
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.	
Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha