

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual en  
Reducir Conductas Suicidas en Adolescentes  
Víctimas de Abuso Sexual en la Infancia**

**Proyecto de Investigación**

**María Gloria Medina de la Barra**

**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 Reducir  
Conductas Suicidas en Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual en  
la Infancia**

**María Gloria Medina de la Barra**

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Mariel Paz y Miño, 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: María Gloria Medina de la Barra

Código: 00116909

Cédula de Identidad: 1803591880

Lugar y fecha: Quito, 12 de diciembre de 2018

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicar este trabajo de investigación a mis padres quienes han sido mi apoyo y ejemplo de perseverancia y fuerza. A mis hermanos por enseñarme a no darme por vencida y a ser constante en mis actividades. Por último, a mis profesores por haberme apoyado a lo largo de la carrera y darme las herramientas necesarias para poder desenvolverme en el ámbito profesional y motivarme para crecer como persona.

## RESUMEN

El propósito de este estudio fue investigar la efectividad de la terapia dialéctica conductual en reducir conductas suicidas en adolescentes de 12 a 18 años de edad que han sido abusados sexualmente en la infancia. Se utilizó una muestra no aleatoria de adolescentes, recolectada por medio de anuncios expuestos en los centros de la DINAPEN de la ciudad de Quito. Además, para medir la efectividad de la terapia dialéctica conductual se utilizó un diseño pre prueba y post prueba, usando dos inventarios: La Escala de Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS) y El Inventario de Depresión de Beck. Estas herramientas medirán el estado emocional del adolescente con respecto a la depresión y el suicidio. La terapia dialéctica conductual fue aplicada a los adolescentes dos veces por semana durante 16 semanas. Finalmente, se espera que el estudio obtenga como resultado la disminución de conductas suicidas en los adolescentes, una mejor regulación emocional; así como la relación familia-adolescente mejore.

Palabras clave: adolescentes, conductas suicidas, suicidio, depresión, terapia dialéctica conductual.

## ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of dialectical behavioral therapy to reduce suicidal behavior in adolescents between 12 to 18 years old, who have been sexually abused in childhood. A non-random sample of adolescents was used, collected through advertisements posted at the DINAPEN centers in the city of Quito. In addition, to measure the effectiveness of behavioral dialectic therapy, a pre-test and post-test design was used, using two inventories: The Columbia Scale to Evaluate the Suicide Risk (C-SSRS) and The Beck Depression Inventory. These tools will measure the emotional state of the adolescent, depression and suicide. In addition, behavioral dialectic therapy was applied to adolescents twice a week for 16 weeks. Finally, this study expects to obtain as a result a decrease of suicidal behavior in adolescents, better emotional regulation and an improvement of the family-adolescent relationship.

*Key words:* adolescents, suicidal behavior, suicide, depression, behavioral dialectic therapy.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>Introducción al problema .....</b>	<b>10</b>
<b>Antecedentes .....</b>	<b>11</b>
<b>Problema .....</b>	<b>13</b>
<b>Pregunta de Investigación.....</b>	<b>14</b>
<b>Propósito del Estudio .....</b>	<b>15</b>
<b>El significado del estudio.....</b>	<b>15</b>
<b>REVISIÓN DE LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
<b>Fuentes.....</b>	<b>17</b>
<b>Formato de la Revisión de la Literatura .....</b>	<b>17</b>
<b>Tema 1. El Abuso Sexual Infantil .....</b>	<b>17</b>
1.1 El Abuso Sexual y sus Características.....	18
1.2 El Abuso Sexual y la Familia .....	20
1.3 Tipos de Abuso Sexual.....	21
1.4 Prevalencia.....	22
<b>Tema. 2 Consecuencias del abuso sexual infantil .....</b>	<b>24</b>
<b>Tema 3. Conductas suicidas en adolescencia y el abuso sexual infantil .....</b>	<b>27</b>
<b>Tema 4. Terapia dialéctica conductual como herramienta terapéutica .....</b>	<b>30</b>
<b>Tema 5. Terapia Dialéctica Conductual en Adolescentes .....</b>	<b>32</b>
<b>Tema 6. Terapia Dialéctica Conductual y Conductas Suicidas en Adolescentes .....</b>	<b>35</b>
<b>6.1 Terapia Individual.....</b>	<b>36</b>
<b>6.2 La Familia en el Tratamiento .....</b>	<b>37</b>
<b>6.3 Habilidades en la Terapia Dialéctica Conductual en Adolescentes .....</b>	<b>38</b>
1. Regulación emocional .....	38
2. Efectividad Interpersonal.....	39
3. Tolerancia al Malestar .....	40
4. Mindfulness .....	40
5. Caminar por el camino medio .....	41
<b>6.4 Programa de Graduados.....</b>	<b>41</b>
<b>6.5 Etapas de Tratamiento .....</b>	<b>42</b>
<b>Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada.....</b>	<b>44</b>
<b>Herramientas de Investigación Utilizadas.....</b>	<b>45</b>
<b>La Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS) .....</b>	<b>45</b>
<b>El Inventario de Depresión de Beck (BDI).....</b>	<b>47</b>
<b>Descripción de participantes.....</b>	<b>47</b>
<b>Procedimiento de recolección y Análisis de Datos .....</b>	<b>48</b>

<b>Consideraciones Éticas.....</b>	<b>49</b>
<b>Limitaciones del Estudio.....</b>	<b>55</b>
<b>Recomendaciones para Futuros Estudios .....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes .....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado.....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN .....</b>	<b>69</b>
<b>Anexo c1: Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS).....</b>	<b>69</b>
<b>Anexo c2: Inventario de Depresión de Beck (BDI).....</b>	<b>79</b>



## INTRODUCCION

El abuso sexual infantil o infanto-juvenil es una forma de violencia en la infancia. Es una de las problemáticas más frecuentes, y se define como “los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el primero se utiliza para estimulación sexual de la otra persona” (Figuro & Ortiz, 2005). Como mencionamos antes, la violencia no solo se refiere al maltrato físico y psicológico sino también al maltrato sexual, al consumo de alcohol, drogas y riesgo de suicidio. En el 2012, en el Ecuador el 25% de violencia a los niños se debe a maltrato psicológico, 18% al maltrato físico y 7% por haber sufrido abuso sexual (UNICEF, 2017). Cabe recalcar, que muchas de las veces el abuso no sale a la luz, debido al sometimiento del niño ya que no deja lesiones y son difícil de diagnosticar (Figuro & Ortiz, 2005). Adicionalmente, 1 de cada 10 mujeres fue víctima de abuso sexual cuando era niña o adolescente, los varones también han sido víctimas pero no se conocen las cifras (UNICEF, 2017). Del total de casos de abuso sexual, solo el 15% fue denunciado y solo el 5,3% fue sancionado, el 65% de los casos de abuso sexual fueron cometidos por familiares y personas cercanas a las víctimas.

Varios estudios revelan, que la victimización del abuso sexual infantil puede causar consecuencias a largo plazo en la adolescencia y en la adultez. Los problemas emocionales son los más frecuentes que atraviesan las víctimas de abuso sexual infantil como trastornos depresivos, ansiosos, trastornos de personalidad; así como las conductas autodestructivas y auto lesivas, las ideas suicidas e intentos de suicidio (Beltrán, 2010). De igual manera, podemos decir que en la adolescencia hay mayor riesgo de autolesionarse, mientras que en los adultos se manifiestan más trastornos de ansiedad y depresión (Beltrán, 2010). Las correlaciones más importantes para suicidio

en jóvenes están asociadas con depresión, abuso físico y sexual, problemas emocionales e inadecuado auto concepto o auto estima (Cañon, 2011). Si bien no hay una cantidad de estudios específica en donde se encuentre causalidad entre ser víctima de abuso sexual en la infancia y llevar a cabo algún tipo de conducta suicida en la adolescencia (Baita & Moreno, 2015). Por otro lado, si existen correlaciones significativas con personas que tiene algún otro tipo de trastorno como de depresión o ansiedad que no han experimentado victimización (Baita & Moreno, 2015).

Adicionalmente, al hablar de suicidio, se puede distinguir entre varios conceptos como; ideación suicida, intentos de suicidio y finalmente el suicidio completado. Por lo tanto, las conductas suicidas se definen como “la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo” (Cañon, 2011). Este espectro se puede entender como “ideas y deseos suicidas, las conductas suicidas sin resultado de muerte y los suicidios consumados o completados” (Cañon, 2011).

Consecuentemente, evidenciando el riesgo que existe de las personas que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia y experimentar conductas suicidas en la adolescencia y adultez, siendo en Latinoamérica la mayor incidencia de la conducta suicida se da en jóvenes entre los 15 y 19 años (Arias, Fernández, Jiménez, Gutiérrez & Tamayo, 2009). En la presente investigación, se reconoce la importancia del riesgo suicida en la adolescencia y se propone utilizar una intervención para reducir las conductas suicidas en víctimas de abuso sexual en su infancia.

### **Introducción al problema**

En varias ocasiones niñas, niños y adolescentes son víctimas de algún tipo de violencia. En Ecuador, 7 de cada 10 adolescentes entre 15 y 19 años sufrieron violencia física y/o sexual (Baita & Moreno, 2015). Asimismo, estudios realizados en diversos

países señalan que entre un 7 a 36% de mujeres y 3 a 29% de hombres han tenido historias de abuso en la infancia (Martínez, 2000).

De igual manera, quienes son víctimas de abuso sexual en su infancia, suelen experimentar varias consecuencias a largo plazo en su adolescencia o adultez (Martínez, 2000). Por ejemplo, problemas emocionales tales como depresión, ansiedad, así como también las conductas autodestructivas, de riesgo, auto lesivas, ideas e intentos de suicidio, baja autoestima entre otras (Beltrán, 2010). En Ecuador, se encuentra que el suicidio, es la segunda causa común de muerte en la adolescencia (Observatorio de los derechos de la niñez y adolescencia, 2012). Por lo tanto, este estudio pretende aplicar técnicas de la terapia dialéctica conductual en adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual en su infancia, para reducir el riesgo de conductas suicidas en este grupo.

## **Antecedentes**

### **La historia de la terapia dialéctica conductual: Una breve reseña.**

La terapia dialéctica conductual, es un tratamiento cognitivo conductual principalmente desarrollado para pacientes mujeres diagnosticadas con el trastorno límite de la personalidad y un historial de comportamientos suicidas crónicos (Swales, 2009). La terapia dialéctica conductual, fue el primer tratamiento para pacientes con trastorno límite de la personalidad (Swales, 2009). Los principios de la práctica zen basados en la aceptación señalan una parte importante para complementar a dicha terapia, como también la filosofía de la dialéctica; dos componentes que demuestran la eficacia de la terapia dialéctica conductual en pacientes con ciertas patologías (Swales, 2009).

Si bien en su mayoría, diversos autores coinciden en que la terapia dialéctica conductual es una psicoterapia que integra varios enfoques de la filosofía oriental y las

prácticas de meditación y comparte varios elementos con enfoques psicodinámicos, centrados en el cliente paradójicos y estratégicos (Swales, 2009; Katz & Cox, 2002). La terapia dialéctica conductual, tiene cinco funciones específicas; mejorar las capacidades de comportamiento, mejorar la motivación, asegurar ganancias en un entorno natural, brindar estructura al entorno para que se refuercen varias conductas funcionales y mejorar las capacidades del terapeuta para brindar una buena terapia. Estas funciones son claras en el transcurso de las etapas del tratamiento y cada una con sus propios objetivos (MacPherson, Cheavens & Fristad, 2013). Por otra parte, la terapia dialéctica conductual busca un equilibrio constante y estabilidad con el objetivo de lograr síntesis en varios enfoques (MacPherson, Cheavens & Fristad, 2013). Las estrategias se enfocan en los comportamientos extremos, así promoviendo el pensamiento dialéctico en conjunto con estrategias de validación, que sirven para que las respuestas conductuales tengan sentido en un contexto o situación específica dada (MacPherson, Cheavens & Fristad, 2013). De esta manera, una vez aprendidas las técnicas de la terapia dialéctica conductual, se puede utilizar para enfrentar los comportamientos y conductas suicidas (Linehan, 1993; citado por Quiroga & Errasti, 2001).

Posteriormente, la terapia dialéctica conductual es incorporada en pacientes no solamente diagnosticados con el trastorno de personalidad límite, si no puede ser aplicada a personas que tienen abuso de sustancias, comportamientos suicidas entre otros. En un estudio, realizado por Linehan (1991; citado por Quiroga & Errasti, 2001) a 44 sujetos internos comparando la terapia dialéctica conductual y el tratamiento psiquiátrico usual afirman que la terapia dialéctica, ofrece mejores resultados con respecto a la modificación de conductas de alto riesgo como el suicidio y conductas auto lesivas (Linehan, 1991).

Los beneficios de la terapia dialéctica conductual son varios y han sido documentados con sustento empírico por ejemplo; Bohus, et al (2000) en un estudio piloto de adultos parasuicidas con trastorno límite de la personalidad, encontraron que la terapia dialéctica conductual condujo a una reducción en comportamientos parasuicidas, depresión, disociación, ansiedad y estrés global. Por otra parte, otro estudio aleatorio de veteranas pacientes ambulatorias diagnosticadas con trastorno de personalidad límite la terapia dialéctica conductual redujo la ideación suicida, la desesperanza, la depresión y la ira (Koons et al, 2001).

Si bien, no hay estudios sobre como la terapia dialéctica conductual puede ser eficaz para disminuir el riesgo suicida de adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia, por un largo periodo de tiempo y con una alta intensidad (Beltrán, 2010). Si existen estudios que hablan sobre como el abuso sexual infantil puede generar consecuencias negativas en adolescentes y adultos (Beltrán, 2010).

## **Problema**

El abuso sexual es una problemática, que ha sido estudiada durante varios años y que afecta principalmente a los niños y niñas, de todas las culturas desarrolladas y subdesarrolladas en cualquier nivel cultural y socioeconómico. Se entiende a los niños y niñas como un grupo vulnerable y es un fenómeno que señala considerables proporciones tanto en epidemiología como en las consecuencias que se derivan a partir del mismo (Martínez, 2000). Tiene un acontecimiento de 0.5 casos por 1.000 niños y una prevalencia de 0 a 18 años de uno de cada seis hombres y una de cada cuatro mujeres (Figuro & Ortiz, 2005). La investigación sugiere que las víctimas de abuso sexual en su infancia, tienen índices más altos de depresión, ideación suicida, intentos de suicidio y muerte por suicidio (Beltrán, 2010).

Considerando que el suicidio representa el 23,8% de todas las muertes entre los jóvenes de 15 a 24 años en Canadá y es la tercera causa de muerte entre los adolescentes en los Estados Unidos (Katz, Cox, Gunasekara & Miller, 2004). En Ecuador, es la segunda causa de muerte en adolescentes (Observatorio de los derechos de la niñez y adolescencia, 2012); es por eso el interés y no es sorprendente en realizar una investigación con respecto a las intervenciones preventivas para disminuir el riesgo suicida en adolescentes (Gould, Greenberg, Velting, & Shaffer, 2003).

Un estudio relevante para esta investigación realizado por Katz, Cox, Gunasekara & Miller (2004) con pacientes parasucidas adolescentes y las estrategias proporcionadas en la terapia dialéctica conductual pueden usarse de manera efectiva para abordar problemas graves como conductas suicidas y reducir comportamientos desadaptativos en pacientes adolescentes (Katz, Cox, Gunasekara & Miller, 2004). No obstante, no se han encontrado investigaciones similares en adolescentes y adultos que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia, lo cual sugiere que se necesita más investigación con diversos grupos etarios, para comprender con mayor claridad si las técnicas aplicadas en la terapia dialéctica conductual pueden también beneficiar a jóvenes y adultos que sufren aun las consecuencias negativas del abuso sexual y la victimización del mismo.

### **Pregunta de Investigación**

¿Cómo y hasta qué punto la terapia dialéctica conductual es efectiva en la reducción de conductas suicidas en adolescentes entre 12 y 18 años víctimas de abuso sexual infantil?

## **Propósito del Estudio**

El objetivo de este estudio, radica en que no se han encontrado propuestas de intervención con un grupo de adolescentes que fueron víctimas de abuso sexual en su infancia. Si bien, hay investigaciones que hablan de intervenciones de las consecuencias negativas del abuso sexual infantil, estas generalmente utilizan muestras en adultos (Beltrán, 2010). De igual manera, la mayoría de las investigaciones son de carácter explicativo lo que quiere decir que proponen la importancia de la prevención del abuso sexual (Martínez, 2000; UNICEF, 2017). Adicionalmente, no se han encontrado estudios que vinculen el uso de la terapia dialéctica conductual para reducir el riesgo de conductas suicidas en adolescentes que experimentan victimización de abuso sexual en la infancia.

Los autores, indican la importancia de desarrollar programas de intervención para quienes sufren abuso sexual y otro tipo de violencia puesto que la victimización de esto puede ser estable durante años y sus efectos pueden ser devastadores y persistentes hasta la edad adulta, siendo esto un riesgo para tener un trastorno mental y llevar a cabo conductas suicidas (Martínez, 2000). Adicionalmente, por el estudio de Katz, Cox, Gunasekara & Miller (2004) se comprende que las mujeres con un previo diagnóstico del trastorno límite de la personalidad, aprenden técnicas de la terapia dialéctica conductual y tienen una menor tendencia a desarrollar depresión y conllevar actos suicidas. No obstante, este estudio se enfoca principalmente en adolescentes de 12 y 18 años, que tienen diagnóstico de presentar cuadros del trastorno personalidad límite, por lo que se necesita más investigación para determinar si la terapia dialéctica conductual puede ser efectiva también con jóvenes adolescentes ecuatorianos.

## **El significado del estudio**

Considerando lo mencionado anteriormente, este estudio se enfoca en la necesidad de utilizar técnicas de la terapia dialéctica conductual con adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual infantil, puesto que hay evidencia que indica que estas personas tienen mayor probabilidad de tener conductas suicidas. En este estudio se utilizará una muestra de adolescentes que reporten retrospectivamente haber experimentado abuso sexual en la infancia. A continuación, se encuentra la revisión de la literatura donde se explica con mayor profundidad acerca del abuso sexual infantil y sus consecuencias en la adolescencia con predisposición a tener conductas suicidas, además se introducen técnicas del tratamiento con la terapia dialéctica conductual y su efectividad. Esto seguido de la metodología de investigación, los resultados esperados, la discusión y las limitaciones de este estudio.



## REVISIÓN DE LITERATURA

### Fuentes

La información que se utilizará proviene de revistas indexadas (*peer review journals*), artículos académicos y trabajos de investigación. Se accedió a esta información por algunas bases de datos como las siguientes; EBSCO, Research Gate, Google Académico, ScienceDirect. Las principales palabras claves que se utilizaron fueron: abuso sexual, suicidio, terapia dialéctica conductual, consecuencias del abuso sexual en la infancia, suicidio y adolescentes, índice de suicidio por abuso sexual en adolescentes, efectividad de la terapia dialéctica conductual, terapia dialéctica conductual y suicidio.

### Formato de la Revisión de la Literatura

La revisión de la literatura se realizará por temas, comenzando por el abuso sexual en la infancia, las consecuencias del abuso sexual en adolescentes, la ideación suicida y conductas suicidas, la terapia dialéctica conductual como herramienta terapéutica, y por último, el uso de la terapia dialéctica conductual para tratar pacientes adolescentes con conductas suicidas.

### Tema 1. El Abuso Sexual Infantil

Al abuso sexual infantil se lo reconoce dentro de la problemática del maltrato infantil, ya que ha causado un gran impacto a nivel social, psicológico y político en los últimos años, a pesar de que los derechos de los niños han sido vagamente tratados a lo largo del tiempo y pese a que existen diversas definiciones de abuso sexual infantil (Aguilar, 2009; Martínez, 2000). Este concepto es difícil de delimitar, ya que una gran variedad de profesionales atiende diversos casos relacionados con el maltrato infantil,

específicamente el abuso sexual y cada uno tiene un nombre específico para referirse al mismo tales como; estupro, violación, pedofilia, incesto etc (Figuro & Ortiz, 2005). En este caso, utilizaremos la definición de Escartín (2001) que afirma que el “abuso sexual a niños ocurre cuando un adulto o alguien mayor que el niño o niña abusa del poder o autoridad que tiene sobre él/ella y/o aprovecha de la confianza y respeto para hacerlo/a participar en actividades sexuales” (Escartín, 2001).

Además, no todas las víctimas del mismo son capaces de denunciar, sin embargo, en los últimos años se conocen más casos y no necesariamente porque ha aumentado la prevalencia, más bien porque han sido más reportados (Feldman, Feldman & Goodman, 1991; citado por Figuro & Ortiz, 2005). Pese a que existen varias definiciones y varios conceptos cuando se trata de definir el abuso sexual infantil, hay factores bastante comunes uno de ellos es que, el abuso sexual siempre ha existido y ocurre en diferentes culturas subdesarrolladas, desarrolladas y en diferentes niveles socioeconómicos y socioculturales (Figuro & Ortiz, 2005). Otro factor importante, es que siempre que se habla de abuso sexual, se involucra a un menor de edad en actividades sexuales de cualquier tipo. Un tercer factor es la diferencia en la jerarquía que existe entre el abusado o víctima y el perpetrador y como cuarto factor está estrechamente relacionado al anterior y se refiere al uso de acciones coercitivas por parte del perpetrador, esto se explicará posteriormente más detalle (Martinez, 2000).

### **1.1 El Abuso Sexual y sus Características**

Adicionalmente, según Figuro & Ortiz (2005) en el abuso sexual se conoce que hay tres diferentes elementos en este caso la víctima, el abusador y el proceso de abuso. En el primer caso, de los 8 a 12 años es la edad de riesgo que podrían tener las víctimas, caracterizada por la etapa de la pre-pubertad donde empiezan a aparecer muestras de

desarrollo sexual (Intebi, 2011). Sin embargo, cualquier edad pediátrica se considera dentro del rango de sufrir abuso sexual. Se entiende que el sexo femenino se encuentra en más riesgo que los niños de sexo masculino, de todas maneras los varones por un tema cultural son los que menos denuncias reportan (Figuro & Ortiz, 2005; Baita & Moreno, 2015). La victima también cumple ciertas características que lo hacen vulnerable y se los considera factores de riesgo como retraimiento, aislamiento, falta de padres protectores, vínculos defectuosos, entorno del niño inestable o sin parentesco biológico (Figuro & Otero, 2005). Otros de los factores de riesgo importantes dentro de la victimización, es que los niños tienen una capacidad reducida para resistirse o revelar lo que les está pasando, niños maltratados, abandonados, vulnerables a manipulación, problemas en el desarrollo físico o psicológico (Girón, 2015). Dentro de lo psicológico, la victima presenta miedo al fracaso, terrores nocturnos, intentos suicidas entre otros (Intebi, 2011).

Por otra parte, como segundo elemento el agresor o abusador. A este se lo identifica principalmente por el maltrato que le da al niño y por abusar sexualmente de él (Figuro & Otero, 2005). Varios modelos explican, que existen factores de riesgo por parte del abusador para que el abuso sexual se produzca (Figuro & Otero, 2005). Como primer punto, es que el agresor tenga la motivación para cometer el abuso y se clasifica en diferentes categorías; por repetición transgeneracional de experiencias previas, por un componente de personalidad, por falta de control de impulsos, por pedofilia y por fijación obsesiva con un objeto sexualizado (Villanueva, 2013). En segundo lugar, la habilidad del agresor para superar sus propios miedos. Dentro de las razones individuales de desinhibición está el alcohol, psicosis entre otros y los factores de riesgo que pertenecen a este ítem sería la pornografía infantil y la incapacidad de la persona adulta para identificarse con las necesidades de los niños y/o victimas (Villanueva,

2013). En tercer lugar, está la capacidad del agresor para superar los factores de protección del niño. En este caso, los factores de riesgo correspondientes a esta categoría serían el distanciamiento de la madre o ausencia de la figura de apego, el aislamiento social de la familia, la falta de vigilancia o cuidado. Dentro de esta categoría uno de los factores de riesgo importantes es la incapacidad del niño para evitar o resistirse al abuso sexual, inseguridad emocional, confianza entre el niño y el agresor, amenazas y más, todo esto aumenta la probabilidad de ser víctima de abuso y maltrato infantil (Villanueva, 2013).

## **1.2 El Abuso Sexual y la Familia**

Como otro punto, el abuso sexual está estrechamente relacionado con el entorno familiar (Villanueva, 2013). Según Mejía Montenegro (citado por Losada, 2012), en un estudio llevado a cabo en Nicaragua a 34 niñas y adolescentes que habían sido víctimas de abuso sexual, se encontró que “el abusador fue alguien del entorno familiar en el 80% de los casos y el hecho ocurrió en un lugar familiar tanto para la víctima como para el abusador” (Losada, 2012). En otro estudio, Perrone y Martínez (2007) explican el estilo y la estructura del sistema familiar que puede incidir en la aparición del incesto, en este caso el sentimiento de responsabilidad del adulto hacia un niño puede confundirse, por lo que los mismos autores señalan que “en las familias reconstruidas el riesgo de incesto es dos veces más alto” p. 453. Sin embargo, esto no quiere decir que en las familias aparentemente “normales” no exista riesgo, de alguna forma externamente demuestran bienestar y esto les obliga internamente a colaborar con dicha simulación (Perrone & Martínez, 2007). En este esquema patológico, se considera que se debe callar para proteger a la familia, más aún si es que existe agresión verbal y física de por medio, y sí que existe historia de crisis y abusos a algún miembro de la familia (Villanueva, 2013).

Adicionalmente, Barudy (1999) clasificó dos tipos de abuso sexual a partir de la relación entre el niño, niña y abusador o perpetrador. Como primero, expone al abuso sexual extra familiar, que es cuando el agresor no pertenece el sistema familiar y es exclusivamente un desconocido que pertenece y es parte de entorno en el que se rodea la víctima. En segundo lugar, el abuso intrafamiliar, que se refiere al contacto sexual entre un niño o niña y un familiar directamente relacionado con la víctima, es decir según Barudy (1999) “familiar consanguíneo de la unidad familiar nuclear como; abuelos, tíos, padrastros, hermanastros”. Se entiende que este tipo de abuso, está relacionado con el hecho que el agresor logra manipular el sistema y el vínculo familiar a través “del poder que le confiere su rol” (Barudy, 1999). La familiaridad que existe entre el niño, niña y el abusador en donde existen lazos emocionales bastante estrechos, contribuye a que este tipo de abuso, genere un impacto a nivel cognitivo, emocional y conductual para el niño y la familia (Brawn, 2002).

### **1.3 Tipos de Abuso Sexual**

Existen diferentes categorías en las que se podría clasificar el abuso sexual. La primera es el abuso sexual sin contacto físico, en esta el agresor utiliza palabras y comentarios al niño, les expone a órganos sexuales, muestra de material pornográfico y le induce el niño a masturbarse o a desvestirse (Mariscal & Gutiérrez, 2002). Otra de las categorías se caracteriza por la existencia de contacto entre la víctima y el abusador, esta categoría incluye tocar las áreas íntimas del niño, que el niño toque las áreas íntimas del abusador y también frotar las áreas del cuerpo contra el cuerpo del otro. La tercera categoría, se refiere a la penetración de objetos que incluye penetrar un dedo, la mano, o cualquier objeto del agresor en la vagina o ano del niño u obligar al niño a realizarle lo mismo al abusador (Mariscal & Gutiérrez, 2002). Existe otra categoría que incluye el sexo oral, esto no necesariamente incluye penetración más bien tiene que ver

con mordidas, succiones de senos y otras partes, besadas, lamidas, voyerismo (Mariscal & Gutiérrez, 2002). Por último, existe la categoría donde si incluye penetración con pene o puede ser vaginal, anal y obligar al niño a tener relaciones sexuales con otros objetos y/o animales (Mariscal & Gutiérrez, 2002).

La categoría más importante de todas las mencionadas antes según Finkelhor (1991) no es la penetración, si no las caricias del cuerpo de los niños por encima y por debajo de la ropa y la segunda más importante es la de tocar los genitales de los niños que constituye un 13 a 33% de los casos (Finkelhor, 1991).

#### **1.4 Prevalencia**

Debido a que en estos últimos años el abuso sexual, se ha considerado una problemática de más conciencia acerca de la prevención y las consecuencias que pueden causar dichas experiencias. Se puede evidenciar en cuanto a la prevalencia los siguientes datos; Dong, Anda, Dube, Giles & Felitti (2003) expusieron un informe sobre los resultados de una encuesta realizada en Estados Unidos en un centro de prevención y promoción de salud, habían 17337 adultos en el plan de salud pertenecientes al centro, lo sorprendente es que “el 25% de las mujeres y el 16% de los hombres habían sido víctimas de abuso sexual en su niñez” (Dong et al, 2003). En otro estudio, realizado por Pereda & Forns (2006) halló una prevalencia del abuso sexual infantil en una muestra de 1033 estudiantes de la Universidad de Barcelona que el 15,5 % eran varones y un 19% mujeres. Sin embargo, es importante reconocer que existen estimaciones entre un 75 y 80% de los casos no son denunciados (Martínez, 2000).

En un estudio realizado a 2.159 estudiantes de la Universidad de Granada, en donde 269 manifestaron haber sufrido abuso sexual, 31 de las víctimas volvieron a sufrir abuso antes de los 18 años, 29 eran mujeres y 2 hombres (Cortés, Cantón &

Cantón, 2011). En el mismo estudio 7.4% de las víctimas, todas las mujeres excepto una, declaró haber cometido algún tipo de abuso sexual contra otro niño con una edad de 10,7 años al cometerlo (Cortés, Cantón & Cantón, 2011). En un estudio de 269 personas, en 142 casos el autor del abuso fue algún familiar y en los 127 restantes alguien sin parentesco con la víctima, lo que quiere decir que de todos los abusos sexuales solo el 10% fueron cometidos por personas desconocidas, lo que representa un 21,3% de los abusos extra familiares y un 53,3% contra mujeres los cometió un pariente. Mientras que la relación de los hombres y los abusos intrafamiliares fue del 51,7% (Cortés, Cantón & Cantón, 2011). Como se puede evidenciar, está claro que en un 75% de los casos los abusadores son personas conocidas y cercanas a la familia (Finkelhor, 2009).

Según un estudio realizado en el 2005, se demostró que si existen diferencias de género en la prevalencia del abuso sexual infantil, con respecto a características del abuso, experiencias posteriores y síntomas de estrés post traumático (Ullman & Filipas, 2005). Por lo tanto, las mujeres eran más propensas que los hombres a denunciar el abuso, la intensidad y duración del mismo (Finkelhor, 2009). No se encontró diferencias en la relación víctima-abusador, daño físico o amenazas a la víctima y tampoco en las atribuciones de culpa al perpetrador ni en el momento del abuso ni en la actualidad (Ullman & Filipas, 2005). Las mujeres estaban más afectadas emocionalmente al momento del abuso, con sentimientos de culpa y desagrado que los hombres. Con respecto a las estrategias de afrontamiento, estas no variaron dependiendo del género, a pesar de que las mujeres eran más propensas a revelar el abuso, no hubo diferencias en el detalle de la revelación, su utilidad y si es que les ayudo revelar la experiencia (Ullman & Filipas, 2005). En donde si hubo una diferencia, es en los síntomas de estrés

post traumático, las reacciones sociales positivas más en las mujeres que en los hombres (Ullman & Filipas, 2005).

## **Tema. 2 Consecuencias del abuso sexual infantil**

Al tratarse de un suceso traumático esté ligado a una variedad de desórdenes psiquiátricos en la niñez y continúan en la adolescencia y posteriormente en la adultez (Hornor, 2010). Con respecto a las víctimas, la mayoría de los niños que han sido sexualmente abusados presentaran una cantidad de síntomas de moderado a severo en algún punto de su vida (Hornor, 2010). Resulta imposible decir que hay un solo patrón de síntomas, más bien esto depende de una serie de componentes que atenuarán o agravaran las secuelas de lo sucedido y esto dependerá de cada una de las victimas (Jauregui, 2014). Estudios también señalan la importancia y la relación de las estrategias de afrontamiento y las víctimas de abuso sexual. Por lo tanto, los síntomas de malestar psicológico, que podrían bloquear el procesamiento emocional y cognitivo dependen de las estrategias de afrontamiento después de una experiencia traumática (Cortés et al., 2011; Hébert et al., 2006; Wright et al., 2007).

Sin embargo, hombres y mujeres lidian con los estresores del abuso sexual de manera diferente. Las mujeres por lo general tienen, conductas internalizantes como depresión, trastornos alimenticios, ansiedad entre otros. Mientras que los hombres tienen conductas externalizantes como abuso de alcohol y delincuencia (Hornor, 2010). Entender los sentimientos de impotencia y de pérdida de control que experimentan las víctimas de abuso sexual, ayuda a deducir los comportamientos y las consecuencias que presentan las victimas (Hornor, 2010).

Asimismo, a lo largo de la investigación se ha intentado identificar factores asociados al trauma y a la victimización sexual, a través de algunos estudios se han identificado varios factores relacionados a las consecuencias de la victimización



(Jauregui, 2014). Uno de ellos es el tipo de acto sexual, este supone un mayor trauma para la víctima, por otro lado, aquellas víctimas que mantuvieron relaciones sexuales que implicaba penetración presentan un mayor trauma (Jauregui, 2014). Como también la duración y la frecuencia de los abusos supone mayores efectos a corto y largo plazo (Jauregui, 2014).

En un estudio realizado por Cortés, Cantón, Justicia & Cortés (2011) los resultados obtenidos sugieren, que las víctimas que han sufrido abusos consistentes en tocamientos y penetración, como también víctimas de abusos continuados suelen verse a sí mismas como culpables. En otro estudio realizado por Feiring y Cleland (2007) encontraron que la gravedad del abuso se relaciona con puntuaciones altas en autoinculpación a sí mismos y a la familia (Feiring & Cleland, 2007). También se encontró que actos sexuales más graves y con mayor frecuencia y duración se asocia a sentimientos de culpabilidad (Filipas y Ullman, 2006). A pesar de que las víctimas se quedan con sentimientos de culpa y sufrimiento, “se considera que la agresión sexual nunca es culpa de la víctima, la identificación de la susceptibilidad puede aumentar la capacidad de proporcionar y dirigir los esfuerzos a poblaciones de alto riesgo” (Álvarez y Pueyo, 2013).

En cuanto a los efectos a corto y largo plazo, existe una diversidad de estudios que explican y evalúan esto. Por lo tanto, para definir algunos de los efectos es importante tomar en cuenta los factores antes mencionados como también las etapas del ciclo de vida (Figuro, 2005). En términos generales, se ha llegado a una conclusión y es que los efectos más característicos dependen de la edad que la víctima sufrió el abuso y las consecuencias en la adolescencia y adultez pueden ser bastante marcadas y significativas (Aguilar, 2009). No obstante, cada sujeto tiene una vivencia personal y

con el paso del tiempo los efectos del abuso tienden a complicarse sobre todo con respecto al funcionamiento psicológico de la víctima (Echeburúa y corral, 2006).

De esta forma, a pesar de que algunas veces los efectos a largo plazo como en la adolescencia entre los 13 y 18 años y en la etapa adulta son inciertos, si se ha comprobado que existe una correlación entre el abuso sexual sufrido en la infancia y la aparición de ciertos síntomas como; inadecuación, aislamiento social, problemas de pareja, comportamientos sexuales inadecuados, trastornos afectivos, abuso de sustancias entre otros (Echeburúa y corral, 2006). “en los casos más graves pueden llegar a realizar conductas autodestructivas o auto lesivas, así como tentativas de suicidio” (Aguilar, 2009).

Se denomina “efectos a corto plazo” a todas las alteraciones que se derivan de la experiencia traumática y están presentes en los primeros años desde que se llevó a cabo (Figuro, 2005). En un estudio realizado por Finkelhor (1986) se encontró que “solo entre el 20 y 30% de los menores abusados mantiene una estabilidad emocional después de ser agredidos”. En este mismo apartado, se entiende que “las niñas presentan reacciones ansioso-depresivas, mientras que los niños suelen tener un mayor fracaso escolar, así como dificultades inespecíficas de socialización” (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). Cabe recalcar que los efectos nunca serán los mismos en niños en edad preescolar, en edad escolar y en adolescentes (Aguilar, 2009).

Con respecto al otro, se denomina “efectos a largo plazo” cuando estos se manifiestan a partir de los dos años siguientes a la experiencia de abuso (Finkelhor, 1986). Son menos frecuentes que los efectos a corto plazo, pero es un importante factor de riesgo para desarrollar alguna patología (Beltrán, 2010). Dentro de la problemática de la consecuencia del abuso sexual, uno de los más importantes son los problemas emocionales, dentro de este están los trastornos depresivos, bipolares, trastornos de

personalidad limítrofe, antisocial y nuevamente las conductas de riesgo como ideas suicidas, intentos de suicidio y baja autoestima (cortés, cantón & cantón, 2011; Beltrán, 2010; Oates, 2004).

Al hablar de efectos a largo plazo, es importante especificar a la población, en este caso, a los adolescentes por la relevancia para este trabajo y los efectos del abuso sexual en la infancia en dicha etapa (cortés, cantón & cantón, 2011). Por lo tanto, es típico que en esta etapa adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual en su niñez presenten síntomas de depresión, ideas o conductas autolesivas e intentos de suicidio o suicidio consumado, como también huir de casa, involucrarse en actividades delictivas, todo esto puede suponer una revictimización tanto en mujeres como en hombres (cortés, cantón & cantón, 2011).

Las futuras consecuencias y efectos del abuso sexual infantil han sido ampliamente estudiados; siendo una de ellas y la más relevante los problemas emocionales. En estudios recientes, se encontró que al examinar las diferencias de género entre adolescentes con un historial de abuso sexual, resultó que las mujeres eran más propensas a participar en comportamientos de ideación suicida y trastornos alimenticios, y los hombres a exhibir comportamientos más externalizantes (Chandy, Blum & Resnick, 1996). Sin embargo, en otro estudio se encontró que las mujeres y hombres sobrevivientes de abuso sexual infantil, tenían resultados similares en los rasgos con respecto a salud mental (Banyar, Williams & Siegel, 2004).

### **Tema 3. Conductas suicidas en adolescencia y el abuso sexual infantil**

La victimización por abuso sexual infantil, puede generar varias dificultades que perduran hasta la adolescencia y edad adulta. Dentro del sistema del trauma, existe un proceso de retroalimentación, es decir las personas que han sido expuestas a sucesos

traumáticos pueden involucrarse una vez más en situaciones de riesgo, que a su vez causan nuevamente trauma y se perpetúa la organización de dicho sistema (Villanueva, 2013). En los últimos años, el suicidio se ha considerado una problemática de salud pública y ha adquirido una relevancia considerable en las últimas décadas. Según Varela, castillo, Isaza & castillo (2008) “las estimaciones realizadas indican que en el 2020 las víctimas podrían ascender a 1,53 millones y de 10 a 20 veces más personas realizarán intentos de suicidio, es decir aproximadamente una muerte cada 20 segundos y un intento cada 1-2 segundos” (Varela, castillo, Isaza & castillo, 2008).

Las conductas suicidas en adolescentes se definen como “la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo” (cañón, 2011). Los análisis justifican que el suicidio en Latinoamérica tiene mayor incidencia en la conducta suicida en jóvenes entre los 15 y 19 años de edad (arias, Fernández, Jiménez, arias & Tamayo, 2009). En una investigación realizada por González, ramos, Vignau & Ramírez (2001) se determinó que la conducta suicida en adolescentes fue de 3 mujeres por 1 hombre, el intento de quitarse la vida se comprueba una vez mas que es un factor de riesgo para el suicidio consumado y el haberlo intentado pone en riesgo y le hace al sujeto más vulnerable.

Como factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes se encontró la depresión, la disfunción familiar, el abuso sexual, el maltrato y negligencia como tal (Hornor, 2010). Con relación al abuso sexual infantil, se ha reportado como consecuencia del mismo las conductas suicidas, el trastorno por estrés postraumático, la depresión, problemas emocionales entre otras cosas. En los resultados de dos estudios, se encontró que el malestar depresivo y la ideación suicida fueron más frecuentes en mujeres que habían sido víctimas de abuso sexual que en hombres (Kienhorst, de Wilde, Diekstra & Wolters, 1992; Kumar & Steer, 1995). De todas maneras, la edad también es

relevante, ya que la adolescencia es una etapa de crisis donde se desarrollan varios cambios para entrar a la adultez y aquí es donde las personas toman decisiones importantes en su vida, este cambio se vuelve también un factor de riesgo para algunas víctimas (Honor, 2010). Si bien es cierto, el intento suicida es alarmante, no siempre el propósito es quitarse la vida, sino más bien se lo considera un “grito de ayuda”, a pesar de que la persona pone en riesgo su vida sin necesariamente habérselo propuesto (Kienhorst, de Wilde, Diekstra & Wolters, 1992).

Con respecto a la depresión, puede estar presente en la pre-adolescencia, la adolescencia y la adultez de víctimas que han sido abusadas sexualmente (Mullers & Downing, 2008). Existen varios estudios que afirman que la depresión y el abuso sexual infantil están altamente correlacionados, además niños y niñas que han sido sexualmente abusados tiene un riesgo mayor a desarrollar depresión y el riesgo se perpetúa hasta la adultez (Paolucci et al, 2001; Dube et al, 2005). Por otro lado, personas que tienen una historia previa de abuso sexual puede incrementar el riesgo del individuo para tener suicidio en la adolescencia y la adultez (Dube et al, 2005).

En definitiva, una de las consecuencias más alarmantes que puede acontecer el abuso sexual en la infancia, son las conductas suicidas en la adolescencia y adultez. Por ejemplo, en una investigación realizada por Pérez, Martínez, Vianchá & Avendaño (2017) a estudiantes colombianos de secundaria que oscilan entre los 12 y 20 años de edad, en donde se encontró que el 15.5% (198 estudiantes) han intentado suicidarse entre los 14 y 17 años de edad, lo cual el 60.1% corresponde a estudiantes de sexo femenino. Esto también comprueba que los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres adolescentes que en adultas y que los hombres son los que mayor número de suicidios consumados reportan (rodríguez, medina & Cardona, 2013).

Asimismo, se encontró que la conducta suicida más frecuente comprende el grupo de edad entre los 15 y 17 años. De acuerdo a esta investigación, si existe una diferencia entre el abuso sexual con tocamientos y el abuso sexual por penetración, ya que todos los estudiantes que han sido víctimas de abuso sexual por penetración presentan intento suicida, además del total de víctimas el 48% intentos suicidas. Por lo tanto, el abuso sexual por penetración y tocamientos está estrechamente relacionado a la conducta suicida ya sea intento como también ideación (Pérez, Martínez, Vianchá & Avendaño, 2017). De la misma manera, se puede evidenciar que el abuso sexual comprende varias consecuencias, especialmente en los adolescentes siendo esta una población en riesgo a cometer algún acto relacionado a atentar con su vida y al suicidio. Como también, todas las variables relacionadas al trauma pueden influir en el desarrollo de patologías en víctimas de abuso sexual infantil (Pérez, Martínez, Vianchá & Avendaño, 2017).

#### **Tema 4. Terapia dialéctica conductual como herramienta terapéutica**

La terapia dialéctica conductual fue creada por la Dra. Marsha Linehan, esta terapia en si fue desarrollada para pacientes con trastorno límite de la personalidad. En la década de los 90 se implementó dicha terapia además para pacientes con rasgos suicidas (Gómez, 2007). Como primer punto, el término “dialéctica” en la tdc tiene raíces en la filosofía oriental y prácticas de zen. Una interacción entre opuestos, los opuestos pueden ser dos verdades que interactúan una con la otra a pesar de ser distintas (gómez,2007). Lo más importante de la dialéctica para la tdc es la validación y la aceptación que resulta un cambio (Elices & cordero, 2011). Gómez (2007) afirma que uno de los niveles más básicos de validación es “permanecer alerta a las manifestaciones del paciente frente a las circunstancias” (Gómez, 2007).

Con respecto, a la aceptación si es que se logra validar y aceptar la experiencia esto genera un cambio en el paciente porque se muestra receptivo a querer aprender a cambiar y a aceptar lo que no se puede cambiar (Gómez, 2007). Por lo tanto, el objetivo de la tdc es “ayudar al paciente a poner en marcha conductas funcionales y adaptadas, incluso cuando está experimentando emociones muy intensas” (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo & Linehan, 2006).

La TDC es una terapia que incluye cuatro componentes; la terapia individual, entrenamiento en habilidades grupal, soporte telefónico y un grupo de consulta para terapeutas. Estos módulos se establecen de acuerdo con las prioridades de la severidad de la problemática que presente el paciente (soler, Elices & Carmona, 2016). Como sustentan varios estudios la tdc ha sido muy investigada por lo que se le considera uno de los enfoques más importantes basado en evidencia (soler, Elices & Carmona, 2016). En un estudio realizado por Bohus et al (2013) en donde se evaluó la eficacia de la tdc en individuos diagnosticados con trastorno por estrés postraumático y víctimas de abuso sexual infantil “tiene 3 objetivos principales; que el paciente reduzca el miedo a las emociones primarias relacionadas con el trauma, reducir las emociones secundarias asociadas al trauma, promover la aceptación radical del evento traumático” (Bohus, 2013).

Por otro lado, la tdc habla sobre la conducta autodestructiva según Gómez (2007), esta conducta es un intento defensivo que se aprende cuando no se pueden controlar ni manejar conductas negativas intensas, ciertas personas son capaces de reaccionar ante la culpa, la ira, el miedo y la tristeza de manera normal, pero otras que padecen una vulnerabilidad emocional intensa recurren a este tipo de conductas. Por lo tanto, la meta de la tdc es que el paciente por medio de este tratamiento y las modalidades antes mencionadas logre encontrar una mejor adaptación al medio y así

mismo a controlar conductas negativas como los impulsos de auto destrucción (Gómez, 2007). Finalmente, la finalidad de la tdc es enseñar a los pacientes diversas estrategias y brindarles herramientas que les permita enfrentarse a situaciones difíciles y eventualmente como en la terapia cognitiva conductual convertirse en sus terapeutas (Linehan & Wilks, 2015).

### **Tema 5. Terapia Dialéctica Conductual en Adolescentes**

Existe evidencia que la terapia dialéctica conductual tiene resultados positivos en adultos, por lo que se ha incorporado una terapia dialéctica conductual para adolescentes (TDC-A) con conductas suicidas y rasgos de personalidad límite, es un tratamiento de 16 semanas de duración que incluye terapia individual y un grupo de entrenamiento que incluye a la familia que se explicara a detalle más adelante (Soler, Elices & Carmona, 2016). “Una vez terminado el tratamiento de 16 semanas el paciente tiene la opción de participar en otro grupo para “graduados” en el que se busca principalmente, la generalización y reforzamiento de habilidades” (Soler, Elices & Carmona, 2016). Los adolescentes en su mayoría presentan problemas con la regulación emocional, el control de impulsos y comportamientos problemáticos (Heather, McPherson, Cheavens & Fristad, 2013).

Dado que los adolescentes también podrían presentar emociones desreguladas y comportamientos problemáticos, la TDC trabaja en las diversas formas de patologías relacionadas con los adolescentes y la regulación de las emociones (Heather, McPherson, Cheavens & Fristad, 2013). Como se describió anteriormente, individuos que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia pueden presentar varios síntomas y conductas que se internalizan y externalizan en la adolescencia y en la adultez a consecuencia del trauma (Heather, McPherson, Cheavens & Fristad, 2013; Hornor,



2010). La TDC para adolescentes sigue el mismo protocolo en estrategias, objetivos, modos de tratamiento y conceptos que la TDC estándar (Miller, 2007).

A continuación, se describe las *siete* principales adaptaciones de la TDC para adolescentes en comparación con la TDC estándar.

*Primero*, los padres se incluyen en la capacitación de grupos que son presenciales y también pueden ser por teléfono, esto fomenta las habilidades multifamiliares y es un refuerzo importante para estructurar o re estructurar el entorno de los adolescentes (Heather, McPherson, Cheavens & Fristad, 2013).

*Segundo*, para la TDC estándar las sesiones de terapia familiar se llevan a cabo si es que es necesario, sin embargo para la TDC adaptada para adolescentes se enfoca explícitamente en introducir a la familia al tratamiento (Miller, 2002). En este caso, para los adolescentes suicidas el sistema de apoyo primario es crucial y las sesiones familiares se llevan a cabo cuando la relación con un miembro de la familia es la fuente principal del conflicto o existe crisis dentro del sistema familiar. Entre las principales metas que implica incluir a la familia en el tratamiento, es para que el adolescente pueda interactuar con los padres y a su vez los padres puedan comprender la vulnerabilidad emocional de los adolescentes y modificar las contingencias en el entorno familiar entre otros (Heather, McPherson, Cheavens & Fristad, 2013).

*Tercero*, la adaptación y el desarrollo de tres dilemas dialécticos entre los adolescentes y sus familias, estos se podrían considerar según Linehan (1993a) “objetivos de comportamiento secundario en la TDC”. El primer dilema dialéctico (1), implica poner pocos límites en el comportamiento del adolescente o excesiva permisividad, que limitan la libertad, autonomía e independencia del adolescente, el segundo dilema dialéctico (2) implica ver el comportamiento del adolescente y no abordar o percibir dichos comportamientos, sean normales o desviados, el tercer dilema

(3) implica forzar la autonomía frente a fomentar la dependencia, lo cual es forzado a volverse autosuficiente y actuar para que no se inhiba la autonomía. La prioridad de los dilemas dialécticos entre los adolescentes y las familias es ayudarles a moverse en una posición equilibrada en síntesis (Heather, McPherson, Cheavens & Fristad, 2013).

*Cuarto*, el tiempo de tratamiento se reduce significativamente por el contenido, y la duración se modificó para que sea más llamativa para los adolescentes y logren completar un tratamiento significativo y ofrecer un tratamiento relativamente breve con conductas suicidas, ideación suicida etc (Heather, McPherson, Cheavens & Fristad, 2013).

*Quinto*, adapto un grupo de posgrado que es opcional y ayuda a lograr objetivos identificados, tanto la primera como la segunda fase ayuda a reducir comportamientos que interfieren con la calidad de vida y aumentar habilidades de comportamiento (Heather, McPherson, Cheavens & Fristad, 2013).

*Sexto*, en la TDC de adolescentes se aumentó un quinto módulo de habilidades, llamado “el camino del medio” este módulo enseña la validación del yo y los demás principios de comportamiento como; reforzar, extinguir, castigar y moldear el comportamiento (Heather, McPherson, Cheavens & Fristad, 2013).

*Séptimo*, se modificaron los folletos de habilidades grupales para mejorar su aplicabilidad y entendimiento para los adolescentes. Estas modificaciones incluyeron, la simplificación de la terminología y la adición de gráficos adaptados para grupos de adolescentes, el uso de métodos más experienciales y en vivo en lugar de didácticos (Heather, McPherson, Cheavens & Fristad, 2013).

Por lo tanto, la TDC para adolescentes se basa en los mismos fundamentos teóricos y generalmente sigue el mismo marco, incluidas las funciones de tratamiento, los objetivos y las estrategias de la TDC para adultos. Las adaptaciones de la TDC-A

que incluye; la inclusión de miembros de la familia, la terapia familiar, los dilemas dialécticos, la reducción del tiempo de tratamiento, el grupo opcional de graduados, el quinto módulo de habilidades, la modificación de los folletos y el contenido en los grupos de habilidades así es más aplicable y atractiva para los adolescentes y sus familias (Heather, McPherson, Cheavens & Fristad, 2013).

## **Tema 6. Terapia Dialéctica Conductual y Conductas Suicidas en Adolescentes**

La terapia dialéctica conductual para adolescentes se desarrolló por Linehan con los mismos principios que la terapia dialéctica conductual estándar. Existen varios trastornos como de estado de ánimo, de personalidad, alimenticios, depresión, ideación y conductas suicidas relacionadas directamente para justificar la TDC como tratamiento psicoterapéutico (Heather, McPherson, Cheavens & Fristad, 2013). Por lo tanto, varios fundamentos teóricos de la TDC sugieren que este es un tratamiento beneficioso para los adolescentes que tienen dificultades en su regulación emocional, control de impulsos, comportamientos de autodestrucción entre los más importantes y destacados (Heather, McPherson, Cheavens & Fristad, 2013).

En un estudio, los resultados demuestran que el TDC- A es efectivo para reducir los intentos de suicidio y las conductas de autolesión (McCauley et al, 2018). Una comparación entre jóvenes que recibieron el tratamiento durante 6 y 12 meses y se encontró que en el índice de autolesiones hubo una disminución en dichas conductas para la TDC de 12 meses, incluso cuando los dos grupos recibieron el mismo método de tratamiento (McCauley et al, 2018). Como es una terapia enfocada a adolescentes, el hecho de que los padres hayan estado involucrados y participando activamente, se relacionan directamente a lo positivo que es el componente familiar para adolescentes con conductas suicidas y su tratamiento (McCauley et al, 2018).

La terapia dialéctica conductual para adolescentes consta de 4 módulos; la terapia individual, la familia como parte del tratamiento, las habilidades y el grupo de graduados, en donde se demuestra que cada uno de ellos sirve como mediador del éxito terapéutico (McCauley et al, 2018). Por lo tanto, es un tratamiento multicomponente que se enfoca en el compromiso de la reducción de cierta sintomatología y la reducción de intentos de suicidio, autolesión, por medio de la enseñanza y de “construir una vida que valga la pena vivir” (Linehan, 1993). En varios estudios dirigidos a adolescentes suicidas se comprobó que la eficacia de la TDC-A fueron prometedores, en un estudio relacionado con adolescentes que se autolesionaron se encontraron efectos positivos de la TDC para reducir la autolesión y la ideación suicida (Linehan, 1993; Shelton, Kesten, Zhang & Trestman, 2011).

### **6.1 Terapia Individual**

La terapia individual es una de las más importantes y más desafiantes dentro de la terapia dialéctica conductual, explora diversas habilidades que le ayudan al paciente a mejorar su calidad de vida (Miller et al, 2007). La terapia busca mantener el conflicto y el verdadero porque del problema y sacar una fusión de estos dos. Es importante, como en todas las terapias construir una relación terapéutica saludable y segura, para que así el proceso terapéutico sea más completo (Miller et al, 2007). Como podemos observar, el terapeuta individual tiene varias funciones entre ellas es que él o ella es responsable del tratamiento, la motivación, el proceso, inhibir comportamientos inadaptados y aumentar comportamientos hábiles tanto dentro como fuera de la terapia (Miller et al, 2007).

Uno de los mayores desafíos dentro de la terapia individual, es que el terapeuta debe luchar con las conductas de los adolescentes suicidas, el riesgo que esto implica, la fobia que tienen de expresar emociones y sentimientos, la evitación de los adolescentes

en terapia sobre múltiples temáticas, el ataque al terapeuta e incluso la ausencia o discontinuación del proceso (Linehan, 2015). Todas estas conductas interfieren con el proceso y es por esto que la terapia individual con un adolescente es extremadamente desafiante (Linehan, 1993). Por otro lado, una vez que se llega al adolescente, se emplea una variedad de estrategias y métodos que sean eficaces y le den esperanza al paciente, adquiriendo poco a poco la confianza de hablar sobre ciertos comportamientos y eventos que pueden resultar bastante dolorosos (Miller et al, 2007; Linehan, 2015).

## **6.2 La Familia en el Tratamiento**

El hecho de introducir a los padres en el tratamiento ya marca una de las principales diferencias entre la terapia dialéctica conductual estándar y la adaptada a adolescentes. Una vez que los padres participan en el tratamiento del adolescente, esto mejora las habilidades de comunicación, benefician una crianza saludable y eficaz, como también fomentan un apoyo para cumplir el tratamiento establecido (Miller et al, 2007). Al trabajar con la familia es importante evaluar el sistema y el entorno, porque a menudo esto juega un rol importante en las conductas funcionales y disfuncionales que pueda presentar el adolescente. Trabajar con la familia, le brinda al terapeuta una visión más amplia y directa de la naturaleza de la problemática y abordar directamente las interacciones relacionadas directamente con la familia. La TDC-A tiene como prioridad la enseñanza de ciertas habilidades y el hecho de que los padres implementen las mismas fuera de la terapia modifica la forma que responden los adolescentes a diferentes conductas. La familia se siente reconocida y esto aporta en la conexión, validación y el apoyo para que las familias sean consistentes en las sesiones (McCauley et al, 2018).

Existen tres modos de trabajo en la que los miembros de la familia pueden participar cuando el adolescente es el cliente principal. Primero, las sesiones de terapia

familiar brindan un contexto para que los miembros y el adolescente interactúen en presencia de terapeuta y se pueda ofrecer herramientas para resolver los problemas y conflictos de ese momento y fortalecer habilidades entre los miembros y el adolescente (Miller et al, 2007). Segundo, las habilidades multifamiliares, permite a los miembros de la familia aprender habilidades al a par con el adolescente, siendo estas productivas en la interacción con sus hijos. Tercero, la consulta telefónica con los miembros de la familia les ayuda a mejorar la generalización de las habilidades mencionadas anteriormente, procura ayudar a superar momentos de crisis en entornos ambulatorios y requieren una intervención inmediata (Miller et al, 2007).

### **6.3 Habilidades en la Terapia Dialéctica Conductual en Adolescentes**

Con respecto a las habilidades en la terapia dialéctica conductual se mantuvieron los módulos de la terapia dialéctica conductual estándar es decir, regulación emocional, efectividad interpersonal, tolerancia al malestar, mindfulness y se agregó a la TDC-A un quinto módulo para caminar por el camino medio para adolescentes y sus familias. Cada módulo se organiza de acuerdo con las áreas y habilidades principales que se van a trabajar con los miembros del grupo. Se asignan tareas semanalmente, se trabaja en el contenido personal y se brinda un clima de apoyo y validación (Miller et al, 2007; McCauley et al, 2018). Por lo tanto, según Linehan (1993) “las habilidades son versiones psicológicas y conductuales de las habilidades de meditación”.

#### *1. Regulación emocional*

La regulación emocional es uno de los módulos más importantes cuando se habla de TDC-A, su función es identificar y etiquetar las emociones y reducir la vulnerabilidad emocional, regular estados afectivos dolorosos o molestos, a través de técnicas como el sentido de dominio, los evento emocionales positivos, la atención de la

emoción y “cambiar el componente expresivo-conductual de una emoción actuando de manera opuesta al impulso de acción asociado con la emoción” (Miller et al, 2007). La desregulación emocional, es la encargada de los comportamientos problemáticos y esto se debe efectivamente a mecanismos de vulnerabilidad que causan la desregulación en el individuo y desempeñan un papel primordial en las conductas internalizantes y externalizantes de los adolescentes (Linehan, 1993). La vulnerabilidad se debe a algunos factores como; genéticos, eventos traumáticos en la infancia entre otros. Dichos eventos, afectan directamente al desarrollo del sistema nervioso y el cerebro (Miller et al, 2007). Por lo tanto, “la vulnerabilidad emocional se conceptualiza como una alta sensibilidad a los estímulos emocionales, respuestas emocionales intensas y un retorno lento a la línea de base emocional” (Miller et al, 2007; Linehan, 1993).

## *2. Efectividad Interpersonal*

El módulo de efectividad interpersonal incluye componentes como; identificar las creencias que interfieren con la efectividad interpersonal y factores que se deben tomar en cuenta como, la validación que uno tiene sobre sí mismo (Linehan & Wilks, 2015). La efectividad interpersonal, involucra estrategias que envuelven lo que uno necesita o quiere, y es una manera de enfrentar el conflicto y mantener relaciones saludables que involucren el respeto al sí mismo (Linehan & Wilks, 2015). Uno de los objetivos iniciales de este módulo, es que adolescente aprenda a relacionarse saludablemente con otras personas, los problemas en las relaciones inician cuando las emociones negativas o desreguladas intervienen en las decisiones y formas de acción entre las personas y su interacción (Linehan & Wilks, 2015). La primera parte, trata de que los pacientes analicen situaciones, la segunda que analicen factores que contribuyen la efectividad interpersonal, la tercera a expresar una opinión y aprender a decir “no”, la

cuarta y última se trata de habilidades específicas como tener un punto de corte y no explotar. En este módulo, dichas habilidades se trabajan preferiblemente en role playing, para que la persona plantee situaciones hipotéticas y salgan problemáticas que se puedan resolver y discutir (Vega & Sánchez, 2013).

### *3. Tolerancia al Malestar*

El módulo de tolerancia al malestar enseña a jóvenes estrategias para sobrevivir a situaciones dolorosa, sin involucrar un comportamiento desadaptativo que posteriormente empeora la situación (Linehan, 1993). El módulo de tolerancia al malestar tiene dos tipos de habilidades; La primera, es la habilidad de supervivencia de la crisis que incluye estrategias para distraerse, calma, sobrellevar la circunstancia, pros y contras de tolerar la angustia. La segunda, es la habilidad de aceptación que enseña a los clientes a aceptar la situación tal y como se presenta, esto no significa “aprobación” más bien el concepto de aceptación se va mas por tener voluntad de aceptar los procesos de la vida y desviar la mente a pensamientos más óptimos que ayudan a la tolerancia de la angustia y malestar (Miller et al, 2007).

### *4. Mindfulness*

El mindfulness es una de las habilidades más importantes y que más evidencia empírica tiene para conseguir resultados prometedores. En la TDC-A las técnicas se explican con bases de conciencia básica y plena, estas son las primeras que se enseñan, trabajan y practican a lo largo de todo el tratamiento, están enfocadas en la filosofía zen y meditación, se centran en los sentimientos de vacío y de falta de reconocimiento (Miller, et al, 2007).“ El objetivo es aprender a controlar nuestra propia mente, en vez de dejar que la mente nos controle a nosotros, controlar los procesos, atenciones durante



cuánto tiempo y a que, estos ejercicios ayudan a concentrar la atención en el “aquí y ahora” (Vega & Sánchez, 2013; Linehan & Wilks, 2015). En este módulo se plantea tres estados principales; la mente emocional, racional y sabia (Vega & Sánchez, 2013; Miller et al, 2007).

### *5. Caminar por el camino medio*

Este quinto módulo se ha desarrollado para los adolescentes y miembros de la familia. Este módulo consiste en aprender a reconocer verdades; dos cosas que parecen opuestas pueden ser verdaderas y la otra; que hay más de una manera de resolver un problema y ver una situación (Miller et al, 2007). El hecho de reconocer las verdaderas mencionadas, los miembros de la familia junto con el adolescente pueden trabajar en generar un cambio en pensamientos, sentimientos que sean difíciles y causen mucho dolor, al mismo tiempo trabajan sobre aceptarse a sí mismos y a los demás en ese momento (Miller et al, 2007). Los puntos por tratar en este módulo van de acuerdo a las necesidades y el plan de tratamiento del paciente, siendo consistente y dispuesto a negociar ciertas circunstancias. De esta forma como terapeuta, se le brinda al adolescente apoyo y orientación a través de ciertas reglas que le permiten responsabilizarse y darle libertad e independencia al mismo tiempo, mientras va adquiriendo a su vez confianza en sí mismo y en los demás (Miller et al, 2007; Linehan, 1993).

### **6.4 Programa de Graduados**

El objetivo de grupo de graduados es reforzar y generalizar las habilidades mencionadas previamente. Las sesiones grupales involucran a adolescentes y fomentan el aprendizaje, el entrenamiento de habilidades y el apoyo entre los miembros del grupo. Como primera fase, el equipo complementario con él terapeuta estructura el entorno

según lo necesario, en la segunda fase con la intensidad reducida, los clientes sienten una sensación de dominio y pueden manejar el proceso y mantener el progreso (Miller et al, 2007). En el grupo de graduados, es importante mantener la duración del tratamiento y ofrece al resto de pacientes adolescentes la oportunidad de utilizar las habilidades que aprendieron en las primeras fases de tratamiento y ampliar los objetivos paulatinamente. Este enfoque tiene estas dos etapas principales, para asegurar que los terapeutas dispongan de los recursos y cumplan con el tratamiento, incluso con pacientes que están iniciando la TDC-A (Miller et al, 2007).

### **6.5 Etapas de Tratamiento**

El tratamiento se divide en una etapa de pretratamiento y las cuatro etapas subsiguientes de tratamiento, cada una cumple con objetivos específicos dependiendo del individuo y su problemática (Miller et al, 2007; Linehan, 1993). El pretratamiento, es una etapa que tiene tres objetivos establecidos; la evaluación de los pacientes, guiar al paciente sobre la naturaleza del tratamiento y obtener el compromiso de cumplir el proceso. Es importante en esta etapa, establecer objetivos claros de acuerdo con las disfunciones en áreas de desregulación y conductas disfuncionales (Linehan, 1993). En la etapa I, el objetivo es llegar a un control de conductas, reducir conductas suicidas, la puntualidad, asistencia a terapia, la calidad de vida, aprender habilidades de mindfulness, mantener relaciones interpersonales saludables y adecuadas, entender las emociones y la tolerancia al malestar (Linehan & Wilks, 2015). En la etapa II, tiene como principal objetivo experimentar los sentimientos en forma adecuada sin disociarse o tener síntomas de estrés postraumático. Esta etapa es importante, porque se explora y trabaja en el trauma (Brodsky & Stanley, 2013). En la etapa III, el objetivo es aumentar los sentimientos en forma adecuada auto concepto, auto respeto e incrementar la calidad de vida, construir una buena vida, saludable y propia (Miller et al, 2007). En la etapa

IV, el objetivo es el trabajo espiritual para eliminar la sensación de vacío, generar una trascendencia, cambio y significado en la misma (Mcpherson, Chevens & Fristad, 2013).

## METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

### Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada

Tomando en cuenta que la pregunta de investigación es ¿Cómo y hasta qué punto la terapia dialéctica conductual es efectiva, para reducir conductas suicidas en adolescentes que han sido abusados sexualmente en la infancia? Se propone utilizar un diseño de investigación cuantitativo, que consta de una pre prueba y post prueba en dos grupos.

La investigación cuantitativa, es un método en donde se utiliza la recolección de ciertos datos y se busca probar una hipótesis, una teoría o cambios de comportamiento (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). La investigación cuantitativa, frecuentemente cuantifica las relaciones entre las variables independiente y dependiente. Se clasifican por lo general, en diseños de investigación experimentales y no experimentales (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

En este caso es apropiado utilizar un diseño experimental, ya que lo que se propone es medir dos variables; las conductas suicidas y la efectividad de la terapia dialéctica conductual. El diseño experimental propuesto para esta investigación incluye una pre-prueba y post-prueba. Por lo tanto, se debe “seleccionar sujetos de forma aleatoria, tanto para el grupo de control como para el grupo experimental, ambos grupos son sometidos a una pre-prueba y posteriormente el grupo experimental será sometido a una post prueba” (Sousa, Driessnack & Costa, 2007).

El objetivo principal, es que el grupo de control y experimental reciban cuestionarios siendo esta la pre-prueba, el primer cuestionario evalúa las conductas

suicidas y el segundo cuestionario es un inventario para medir depresión. A continuación, se deben comparar si las conductas suicidas y los rasgos de depresión disminuyeron, aumentaron o se mantuvieron, después del tratamiento que reciba únicamente el grupo experimental. De esta manera, se logra comprobar si es que la intervención resulto eficaz, para disminuir conductas suicidas en adolescentes que han sido abusados sexualmente en la infancia. Según McCauley (2018) los intentos de suicidio y autolesiones disminuyeron después de un tratamiento con TDC, encontrando que la terapia dialéctica conductual en comparación con la terapia de apoyo individual y grupal tiene mayor efecto en disminuir las conductas suicidas (McCauley, 2018).

### **Herramientas de Investigación Utilizadas**

Para cumplir el propósito de esta investigación, se utilizará La Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS) adaptada al español (Al Halabí et al, 2016) y el Inventario de Depresión de Beck (Beck &Steer, 1984; Mukhtar & Tian, 2008).

#### **La Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS)**

Este cuestionario, utiliza un método bastante preciso para ofrecer una definición clara de las conductas suicidas, la ideación suicida, conductas auto destructivas no suicidas y determinar de manera exacta lo dicho por los pacientes, dentro de un contexto clínico. Plantea preguntas sobre conducta suicida, ideación suicida, evalúa el pasado y la intención presente, también permite “cuantificar el espectro completo de la ideación y conducta suicida, como también medir su gravedad en determinados periodos” (Al Halabí et al, 2016). En un estudio, se comprobó que “una tentativa de suicidio previa es el factor de riesgo más fiable para un futuro intento de suicidio o una consumación del mismo (Oquendo et al, 2008).

La C-SSRS es una entrevista semiestructurada que toma en cuenta la aparición, la gravedad y la frecuencia de la conducta y pensamientos relacionados al suicidio. En la C-SSRS se miden cuatro constructos que mencionaremos brevemente.

El primer constructo es la gravedad de la ideación, con una subescala se evaluaron 5 tipos de ideaciones de gravedad con una escala ordinal de 5 puntos; 1 = deseos de morir a 5 = ideación suicida con plan específico e intención. El segundo constructo es la intensidad de la ideación, con una subescala de 5 elementos; 2 de ellos (frecuencia y duración) se evaluaron con una escala ordinal de 5 puntos (de 1 a 5) y los otros 3 (controlabilidad, disuasión y motivo de ideación) se evaluaron con una escala ordinal de 6 puntos (de 0 a 5). El tercer constructo es la conducta suicida, con una subescala en que se evaluaron con una escala nominal tentativas reales, interrumpidas y abortadas, actos preparatorios y conducta autodestructiva no suicida. El cuarto constructo es la letalidad de la conducta suicida, con una subescala que valora el nivel de daño médico real de la tentativa que se evalúa con una escala ordinal de 6 puntos (de 0 = no hay daño físico a 5 = muerte); si la letalidad real es 0, la letalidad potencial de la tentativa se clasifica según una escala ordinal de 3 puntos (Posner et al, 2011, p. 136).

Con respecto a la consistencia interna, es decir el Alpha de Cronbach fue de 0,53 en la subescala de intensidad de la ideación suicida. Además, presentó una validez convergente y divergente que también es adecuada a la sensibilidad al cambio. Por lo que se puede determinar, que la C-SSRS es un instrumento fiable y válido para evaluar ideación suicida y conductas suicidas en ámbitos como la práctica clínica (Al Halabí et al, 2016).

## **El Inventario de Depresión de Beck (BDI)**

Este cuestionario ha sido altamente estudiado y validado en varias poblaciones clínicas y psiquiátricas. También ha sido utilizado para fines de investigación. (Mukhar & Tian, 2008). El BDI comprende 21 ítems de una escala de 4 puntos y en total suma 63 puntos. Consta de dos dimensiones y son las siguientes; 1. cognitivo/afectivo con un Alpha de Cronbach de .89 y 2. somático/vegetativo con un Alpha de Cronbach de .72 (Mukhar & Tian, 2008).

Algunos ítems relacionados a la depresión como; la tristeza, culpa, pesimismo, insomnio, fatiga, desinterés, irritabilidad y otras deben ser completados de acuerdo con como la persona se ha sentido las dos últimas semanas, incluyendo el día de la evaluación (Beck & Steer, 1984). El BDI es una herramienta útil, que tiene como objetivo evaluar a los adolescentes y si es que el participante obtiene un puntaje alto en este cuestionario, advierte que el adolescente necesita ser referido para recibir tratamiento clínico.

## **Descripción de participantes**

Para la realización de esta investigación, se necesitan adolescentes que decidan participar en el estudio, que se encuentren en un rango de edad entre los 12 y 18 años y que hayan sido abusados sexualmente en la infancia. Por otra parte, el adolescente debe presentar actualmente o en los últimos tres meses algún tipo de conducta suicida.

Igualmente, no se tomará en cuenta al adolescente que presente rasgos o que haya sido previamente diagnosticado con un trastorno de personalidad, esquizofrenia o manía. También se excluirán a participantes, que hayan sido víctimas de otro tipo de trauma o que consuman algún tipo de medicamento psiquiátrico. Así mismo, se exceptuarán a las personas, que no sepan leer, escribir o que estén realizando una

terapia adicional, puesto a que todo lo descrito anteriormente puede alterar los resultados que se espera encontrar.

### **Procedimiento de recolección y Análisis de Datos**

Se debe seleccionar una muestra de jóvenes entre los 12 y 18 años que han reportado en la Dinapen (Dirección Nacional De la Policía Especializada para Niños, Niñas y Adolescentes) haber sido abusados sexualmente en la infancia. Los participantes serán reclutados, poniendo flyers en las sedes de la Policía Nacional del Ecuador y la sede principal de la Dinapen en la Ciudad de Quito. El flyer debe incluir un número telefónico y correo electrónico al que los participantes interesados podrán contactarse. Luego se hará una entrevista con cada participante y se les informará de los detalles de la investigación, los objetivos del estudio, los beneficios, las consecuencias y el propósito de la investigación. Los adolescentes que contacten a la investigadora, se procederá a entregarles la carta de reclutamiento, el consentimiento informado, donde se explica a detalle los cuestionarios que deberán llenar y lo que es la terapia dialéctica conductual, para que firmen y entregarles una copia.

De acuerdo al criterio de inclusión, los adolescentes deben cumplir dos condiciones principales; haber sido abusados sexualmente en su infancia y que actualmente estén experimentando conductas suicidas. Posteriormente, de manera aleatoria se dividirá la muestra en dos grupos. El grupo experimental recibirá el tratamiento (TDC-A), que tiene como duración 16 semanas y consiste en 4 componentes principales; la terapia individual, entrenamiento de habilidades en grupo, soporte telefónico y un grupo de consulta para terapeutas. Cada uno de estos componentes se divide en otras temáticas que han sido explicadas anteriormente.



Posteriormente, mediante un muestreo aleatorio simple, se seleccionará a los dos grupos, el de control y el grupo experimental. Adicionalmente, se les pedirá a todos los participantes que completen los cuestionarios de pre prueba es decir, el Inventario de Depresión de Beck y la Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio. En el grupo experimental, participarán adolescentes durante 16 semanas en terapias individuales y grupales incluyendo a la familia ya que como mencionamos antes, la TDC-A es un tratamiento que hace mucho énfasis en la inclusión de la familia durante el proceso terapéutico. A continuación, se le tomará al grupo experimental los mismos cuestionarios, después de haber recibido el tratamiento durante 16 semanas (post prueba). Por otro lado, el grupo de control no recibirá ningún tipo de tratamiento durante las 16 semanas.

Por medio del diseño de la investigación escogido, se comprobará si es que existen resultados con la frecuencia e intensidad de la disminución de conductas suicidas y la efectividad del tratamiento con TDC en adolescentes después de las 16 semanas. Esto permitirá observar, la relación entre la eficacia de la terapia dialéctica conductual que recibirán los participantes y la reducción de las conductas suicidas después del tratamiento.

### **Consideraciones Éticas**

En este estudio se tomarán en cuenta las siguientes consideraciones éticas. Como primer punto, todos los participantes deben llenar ciertos formularios al estar de acuerdo con participar en el estudio. El consentimiento informado, consta en explicar los objetivos del estudio, se define que la participación es voluntaria y la información recolectada es totalmente confidencial. Por último, se recalca que los resultados obtenidos únicamente serán utilizados con fines de investigación. Los participantes

tienen el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento. El anonimato de los participantes se mantendrá, ya que se les proporcionará un número en los sobres correspondientes y en cada prueba para así mantener confidencialidad y que el participante sienta seguridad.

Como podemos observar, esta investigación trata de varios temas sensibles como las conductas suicidas y el trauma. De todas maneras, se intenta proteger a los individuos de cualquier consecuencia que pueda perjudicarles. Por lo que, se intenta comprobar la efectividad de la terapia dialéctica conductual en el grupo experimental y en el caso de que se obtengan resultados positivos se continuará posteriormente con el tratamiento ahora dirigido al grupo de control. Con respecto al grupo experimental, se les informara sobre los pros y contras de su participación y los límites de confidencialidad sobre todo porque son menores de edad y el consentimiento debe ser llenado y aceptado por los padres de la misma manera que por el adolescente. En el caso de que exista un riesgo suicida presente, lo que se sugiere es que haya un protocolo de intervención en donde la persona es referida a un terapeuta individual o lo que requiera dependiendo del caso (Lakeman & FitzGerald, 2009). Finalmente, en varios estudios no se encontró consecuencias negativas por participar en el estudio (Rathus & Miller, 2007; Mehlum et al, 2014).

## RESULTADOS ESPERADOS

En el presente estudio lo que se espera encontrar, es una correlación significativa alta entre los resultados de la Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio y la reducción de conductas suicidas, en el grupo que tuvo 16 semanas de TDC-A. Se esperaría que las sesiones individuales, la enseñanza de habilidades y las terapias en grupo con la inclusión de la familia, disminuya las conductas suicidas en los adolescentes que pertenecen al grupo experimental. Esto se puede corroborar ya que en un estudio, se demostró que las intervenciones de TDC-A con los adolescentes y familias están asociadas a un mejoramiento en temas como el suicidio, las conductas autodestructivas, la regulación emocional y la depresión (Fleischhaker et al, 2011).

En otro estudio, se encontró que los componentes que se trabajan en la TDC permiten al paciente controlar sus impulsos y tener una buena regulación emocional (Gómez, 2007). Con respecto, al grupo de control es evidente que no se les aplico ningún tipo de intervención. Por lo tanto, no se esperaría encontrar ninguna correlación significativa en este grupo. Mientras tanto, en el grupo experimental se espera que los puntajes de la Escala de Columbia para Evaluar Riesgo de Suicidio sean más bajos después de la intervención, al igual que los puntajes en el Inventario de Depresión de Beck.

Tomando en cuenta la validez y la confiabilidad de la medida para evaluar riesgo de suicidio, se puede suponer que será posible identificar adecuadamente y se podrá cuantificar retrospectivamente la ideación y los comportamientos suicidas por lo que se podría predecir cuáles serán los resultados en este estudio (Mundt et al, 2013). Esta medida, ha sido validada en muestra de adolescentes y adultos, por lo que se estima que los resultados obtenidos serán significativos y aptos para este estudio (Mundt et al, 2013). Según Al Halabí (2016) esta escala ha sido utilizada para ensayos clínicos,

investigación y en una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios en donde evalúa todo el espectro relacionado a las conductas suicidas (Al Halabí, 2016).

Con respecto, al Inventario de Depresión de Beck, esta escala mide la intensidad de los síntomas que se manifiestan en la depresión. Por lo tanto, el BDI es adecuado para medir esto en pacientes clínicos y además se lo utiliza como una medida que complementa a otras, para dar un diagnóstico adecuado (Ritcher et al, 1998). Se esperaría que después de la intervención, el grupo experimental que reciba TDC-A obtenga menores puntajes relacionados a la pre-prueba, y posteriormente que esto que indique una reducción significativa en síntomas de depresión. En un estudio piloto se encontró que, el entrenamiento basado en habilidades de la terapia dialéctica conductual puede ser beneficioso para la depresión más sensible, incluso después de las 16 semanas de tratamiento los pacientes demostraron significativamente más satisfacción con su vida (Harley et al, 2008).

En base a estudios previos, se puede estimar que los resultados después de la intervención con TDC serán prometedores. Una vez que culmina el tratamiento, los adolescentes logran tener un mejor control de impulsos, regulación emocional y se reducen significativamente los comportamientos problemáticos y los síntomas de depresión (Heather, McPherson, Cheavens & Fristad, 2013). En otro estudio, realizado por Miller et al (2000) encontró una reducción general de los síntomas relacionados con las conductas suicidas después de recibir un tratamiento de TDC. Sin embargo, el entrenamiento de habilidades está directamente relacionado a la eficacia del tratamiento (Miller et al, 2007).

Finalmente, después de la intervención se esperaría encontrar una diferencia significativa en el puntaje de la primera y la segunda medición, solo en el grupo experimental. Estudios han encontrado que recibir un tratamiento de terapia dialéctica

conductual, está relacionado al cambio en el bienestar y reducción de síntomas negativos relacionados al suicidio (Linehan, 2013).

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se creó dos grupos de la población de adolescentes que decidió participar en este estudio. El tratamiento que se propuso fue terapia dialéctica conductual para adolescentes y la efectividad de dicho tratamiento en reducir las conductas suicidas en adolescentes de 12 a 18 años. Si bien no se realizó la intervención, se esperaría encontrar resultados prometedores sobretodo en el grupo experimental al que se le aplicaría la intervención. Por ejemplo, se encontró que la TDC es eficaz para la reducción de síntomas relacionados con el trastorno de estrés post traumático (Bohus et al, 2013). En otro estudio se encontró que la terapia dialéctica conductual para adolescentes es eficaz para una población con conductas suicidas y rasgos limítrofes (Miller, 2002).

Por lo tanto, las estrategias que propone la terapia dialéctica conductual tienen como objetivo buscar la importancia y el beneficio de cada perspectiva (Robins & Rosenthal, 2011). La terapia dialéctica conductual busca el equilibrio entre la aceptación, el compromiso, el cambio, la flexibilidad y el enfoque de trabajar cada una de las conductas, promover el pensamiento y la acción desde una perspectiva dialéctica (MacPherson et al, 2013). Otra de las estrategias importantes es la de validación, en donde se toma en cuenta la dinámica entre el cliente y el terapeuta dependiendo del contexto y de una situación determinada (MacPherson et al, 2013). Por último, las estrategias de estilo y de forma entre el terapeuta y el paciente, que incluyen una comunicación y entendimiento recíproco también son importantes para la eficacia del tratamiento (MacPherson et al, 2013).

Por otro lado, varios estudios documentan el uso de la terapia dialéctica conductual para adolescentes en diferentes contextos. Por ejemplo, en un estudio realizado con adolescentes en centros penitenciarios, donde se implementó estrategias

grupales de la TDC-A y el entrenamiento de habilidades durante 16 semanas, indicaron mejoras en problemas de comportamiento, conductas impulsivas, autocontrol (Trupin et al, 2002; Shelton et al, 2011). En otro estudio, adaptado a jóvenes que recibieron TDC, se encontró que el entrenamiento de habilidades tiene correlación significativa con la reducción de conductas inadaptadas como pensamientos y sentimientos negativos, conductas auto lesivas y problemáticas (Charlton & Dykstra, 2011).

Los hallazgos en los estudios antes mencionados con TDC para adolescentes en diversos entornos y criterios han dado resultados prometedores (MacPherson et al. 2013). Específicamente, con lo antes mencionado se puede corroborar la propuesta del presente estudio, que es que la TDC-A es efectiva para reducir conductas suicidas en adolescentes víctimas de abuso sexual en la infancia. Las conductas problemáticas pueden ser consecuencia del trauma, por eso se recalca la importancia de la efectividad del TDC no únicamente en conductas suicidas sino en otros aspectos importantes que están directamente relacionados con al abuso sexual infantil (Beltrán, 2010).

Dados los resultados prometedores de la TDC adaptada para adolescentes, esta terapia se ha adaptado para adolescentes con problemas de conducta, trauma y algunos trastornos psiquiátricos. Las adaptaciones incluyen a la familia, la reducción del tratamiento de la TDC estándar, el grupo de graduados, la terapia individual, el entrenamiento de habilidades y el material didáctico con el que se trabaja (MacPherson et al. 2013). Esto se asoció directamente a la reducción significativa, de síntomas de impulsividad, desesperanza, desregulación emocional, conductas suicidas y una mejoría en el funcionamiento en general de los pacientes (Beltrán, 2010). Por lo que la TDC-A parece ser una intervención prometedora para los adolescentes que presentan una gama de dificultades.

### **Limitaciones del Estudio**

El presente estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, es un estudio basado en auto-reporte por lo tanto, la dificultad para el sujeto de responder de esta manera tan sugestionable puede generar una alteración en la información y los datos obtenidos pueden variar. Otra limitación, es que no se evalúan los efectos de la TDC-A en adolescentes a largo plazo, se evalúa después de 16 meses. Sería muy interesante poder evaluar esto en dos o tres años, en un estudio longitudinal. Asimismo se podría evaluar, si las personas que han recibido un tratamiento individual antes del presente, tuvieron resultados relevantes y significativos. Tercero, el término “conductas suicidas” envuelve varios aspectos y es difícil incluir todas las variables. Sería importante, utilizar un enfoque relacionado a las conductas suicidas para que sea más fácil poder determinar el resultado de acuerdo con una variable un poco más explícita. Por otro lado, se hizo mucho énfasis en las víctimas de abuso sexual infantil, sin embargo sería interesante poder evaluar a los perpetradores.

Cuarto, el cuestionario para medir conductas suicidas y depresión no ha sido adaptado a una población hispanohablante, por lo cual se complica su aplicación y esto afecta la metodología. Por ende, podría afectar los resultados que se esperarían encontrar. Quinto, no se tomó en cuenta la edad en la que los adolescentes habían sido abusados sexualmente, entonces se debería evaluar el impacto del trauma dependiendo de la edad en la que sufrieron abuso sexual. Acorde a esto, se podría plantear la hipótesis que las conductas suicidas y su intensidad pueden variar y depender de la edad en la que la víctima sufrió el abuso sexual y esto de qué manera influye en cada persona.

### **Recomendaciones para Futuros Estudios**



Existe mucha investigación con respecto a la prevención del abuso sexual infantil y la prevención del suicidio. De todas maneras, en la mayoría de los estudios no se habla sobre como intervenir con víctimas que ya han sido abusadas y presentan conductas externalizantes. Más bien en la mayoría de los estudios, se habla sobre la prevención mas no la intervención. Se debería prestar atención a un grupo vulnerable que son los adultos, especialmente género masculino que ha sido víctima de abuso sexual infantil, ya que esto no se reporta muy comúnmente como en las mujeres (Figuro & Ortiz, 2005).

Por lo tanto, se les considera tanto a los hombres como a las mujeres, en una población vulnerable por todos los estigmas que presenta el abuso sexual en general (Álvarez & Pueyo, 2013; Cortés et al, 2011). Consecuentemente, hay mucha más investigación relacionada a las conductas suicidas con el trastorno límite de la personalidad y la depresión, que en si el trauma por abuso sexual en la infancia. Así que es importante, incluir a la población vulnerable como los hombres, los adultos e incluso realizar intervenciones relacionadas con el perpetrador.

Se necesita más investigación que indague sobre la manera en la que las conductas suicidas relacionadas a un trauma afectan el cerebro. De igual manera, una vez propuesto esto se podría incluir la hipótesis que consiste en evaluar si los cambios en las estructuras y circuitos cerebrales afectan el cerebro de la víctima dependiendo de la edad, género etc. Evaluar si es que existe un cambio antes y después del tratamiento y si es que existe una diferencia entre la población que fue víctima de abuso sexual en la infancia, adolescencia o adultez. También se podría evaluar la efectividad de la TDC-A en reducir conductas suicidas pero en víctimas que presentan abuso de sustancias o trastornos alimenticios y que hayan sido víctimas de abuso sexual en la infancia.

## REFERENCIAS

- Aguilar, M. (2009). Abuso sexual en la infancia. *Anales de Derecho*, 27, 210-239. Obtenido el 19 de Agosto desde <https://revistas.um.es/analesderecho/article/view/118031>
- Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., & Muñiz, J. (2016). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 134-142
- Álvarez, M & Pueyo, A. (2013). Características de personalidad y vulnerabilidad a la victimización sexual. *IPSE-ds*, 6, 9-18. Obtenido el 14 de Abril del 2018 desde [http://www.ub.edu/geav/wp-content/uploads/2017/06/Andres\\_pueyo-y-Soledad\\_alvarez\\_2013.pdf](http://www.ub.edu/geav/wp-content/uploads/2017/06/Andres_pueyo-y-Soledad_alvarez_2013.pdf)
- Arias, M., Fernández, S., Jiménez, M., Arias, J & Tamayo, O. (2009). Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *MEDISAN*, 13(1).
- Arias, M., Fernández, S., Jiménez, M., Gutiérrez, J & Tamayo, O. (2009). Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *MEDISAN*, 13(1). Obtenido el 23 de Abril del 2018 desde <http://www.redalyc.org/pdf/3684/368448451005.pdf>
- Baita, S & Moreno, P. (2015). Abuso sexual infantil. *UNICEF*. Obtenido el 23 de Abril del 2018 desde [https://www.unicef.org/uruguay/spanish/Abuso\\_sexual\\_infantil\\_digital.pdf](https://www.unicef.org/uruguay/spanish/Abuso_sexual_infantil_digital.pdf)
- Banyard, V., Williams, M & Siegel, J. (2004) Childhood sexual abuse: a gender perspective on context and consequences. *Child Maltreatment*. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F107755904266914>
- Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil. Ecología social. Prevención y reparación*. Santiago de Chile: Galdoc.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of clinical psychology*, 40(6), 1365-1367
- Beltrán, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201. Obtenido el 20 de Abril del 2018 desde <http://www.redalyc.org/pdf/778/77813509005.pdf>
- Bohus, M., Dyer, A., Priebe, K., Kruenger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C & Steil, R. (2013). Dialectical Behaviour Therapy for Post-traumatic Stress Disorder after Childhood Sexual Abuse in Patients with and without Borderline Personality

Disorder: A Randomised Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 221– 233. DOI:10.1159/000348451

- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Böhme, R & Linehan, M. (2000). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder- a prospective study. *Behavior research and therapy*, 38 (9), 875-887. Doi: [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00103-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00103-5)
- Brawn, S. (2002). *La violencia infantil intrafamiliar. Del silencio a la revelación del secreto*. Brasil: Editorial Age.
- Brodsky, B & Stanley, B. (2013). *Dialectical Behavior Therapy Primer: How DBT can inform clinical practice (2nd Edition)*. Somerset, NJ, USA. Obtenido el 12 de Noviembre del 2018 desde <http://www.ebrary.com>
- Cañon, S.(2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medina*. 11(1), 62-67.
- Chandy, J., Blum, R & Resnick, M. (1996). Gender-specific outcomes for sexually abused adolescents. *Child Abuse Neglect*, 30. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(96\)00117-2](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(96)00117-2)
- Cortés, D., Cantón, J., Justicia, F & Cortés,R. (2011). Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-traumático: el rol mediador de las atribuciones del culpa y afrontamiento de evitación. *Psicothema*, 23 (1), 66-73.
- Cortés, R., Cantón, J & Cantón, D. (2011). Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 157-165. DOI: 10.1016/j.gaceta.2010.10.009
- Dong, M., Anda, R., Dube, S., Giles, w., & Felitti, V. (2003). The relationship of Exposure to childhood. Sexual Abuse to other forms of abuse, neglect and household dysfunction during childhood. *Child Abuse and Neglect*, 27, 625-639.
- Dube, S., Anda, R., Whitfield, C., Brown, D., Felitti, V., Dong, M., & Giles, W. H. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 430-438.
- Echeburúa, E & Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuaderno de medicina forense*, 12, 75-82. Obtenido el 20 de Junio del 2018 desde [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1135-76062006000100006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-76062006000100006).
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona-España: Ariel.
- Elices, M & Cordero, S. (2011). Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, conocimiento y sociedad*. , 132-252. ISSN: 1688-7026
- Escartín, M. (2001). *Manual de Desarrollo de Conductas de Autoprotección*.

## Guatemala: PRONICE

- Feiring, C & Cleland, C. (2007). Childhood sexual abuse and abuse specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse & Neglect* 31, 1169-1186.
- Feldman, W., Feldman, E., Goodman, J. (1991). Esta realmente aumentando la prevalencia de los abusos sexuales en los niños: un analisis de las pruebas. *Pediatrics*, 32, 5-8.
- Figuro, C & Ortiz, M.R. (2005). El abuso sexual infantil. *Boletín de la sociedad de pediatría*, 45, 3-16. Obtenido el 20 de Abril del 2018 desde [http://sccalp.org/boletin/191/BolPediatr2005\\_45\\_003-016.pdf](http://sccalp.org/boletin/191/BolPediatr2005_45_003-016.pdf)
- Filipas, H., & Ullman, S. (2006). Child sexual abuse, coping responses, selfblame, posttraumatic stress disorder and adult sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 652-672.
- Finkelhor, D. (1984). Child sexual abuse: New theory and research. *The Free Press*.
- Finkelhor, D. (1986). *A sourcebook on child sexual abuse*. Beverly Hills: Sage.
- Finkelhor, D. (1991). Child sexual abuse. *Violence in America a public health approach*, 79-94.
- Finkelhor, D. (2009). The Prevention of Childhood Sexual Abuse: Preventing Child Maltreatment. *The Future of Children*, 19 (2), 169-194.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1). DOI:10.1186/1753-2000-5-3
- Gómez, E. (2007). Terapia dialectica conductual. *Revista de Neuro Psiquiatría*, 70,63-69. Obtenido el 19 de Noviembre del 2018 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372039390006>
- González, C., Ramos, L., Vignau, L., & Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados a malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24, 16-25.
- Gould, M., Greenberg, T., Velting, D & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405. DOI: 10.1097/00004583-200403000-00008
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I & Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21, 287-299.
- Hernández, R., Fernández, F., & Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. México D.F: McGraw-Hill. DOI: 978-607-15-0291-9. □

- Honor, G. (2010). Child sexual abuse: consequences and implications. *Journal of Pediatric Health Care*, 24(6). DOI: 10.1016/j.pedhc.2009.07.003
- Intebi, I. (2011). *Abuso sexual. En las mejores familias*. Buenos Aires: Editorial Granica.
- Jauregui, A. (2014). El círculo victimal en la victimización sexual infantil. Obtenido el 18 de septiembre desde <https://www.sis.net/documentos/ficha/507008.pdf>
- Katz, L & Cox, B. (2002). Dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Clinical case studies*, 1, 81-92. DOI: 10.1177/1534650102001001007.
- Katz, L., Cox, B., Gunasekara, S & Miller, A. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(3), 276-282. DOI: 10.1097/00004583-200403000-00008
- Kienhorst, C., De Wilde, E., Diekstra, R & Wolters W. (1992). Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents. *Acta Psychiatr Scand*, 85, 222-228.
- Koons, C., Tweed, J., Robins, C & Lynch, T. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32(2), 371-390. DOI: 10.1016/S0005-7894(01)80009-5
- Kumar, G & Steer, R (1995). Psychosocial correlates of suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide Life Threat Behavior*, 25(3), 339-346.
- Lakeman, R., & FitzGerald, M. (2009). The ethics of suicide research: The views of ethics committee members. *Crisis*, 30(1), 13-19. DOI: 10.1027/0227-5910.30.1.13.
- Linehan, M & Wilks, C. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American journal of psychotherapy*, 69(2), 97-110.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Losada, A. V. (2012). Epidemiología del abuso sexual infantil. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (1), 201-229.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., y Linehan, M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 459-480.
- MacPherson, H., Cheavens, J & Fristad, M. (2013). Dialectical Behavior Therapy for adolescents: Theory, treatment, adaptations, and Empirical Outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16, 59-80. DOI: 10.1007/s10567-012-0126-7
- MacPherson, H., Cheavens, J & Fristad, M. (2013). Dialectical behavior therapy for

- adolescents: Theory, treatment, adaptations, and empirical outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16, 59-80. DOI: 10.1007/s10567-012-0126-7.
- Mariscal, S. & Guitiérrez, B. (2002). Programa integral de prevención del maltrato infantil por abuso sexual. *Universidad Católica Boliviana*, 1(1), 1-20.
- Martínez, J. (2000). Prevención del abuso sexual infantil: Análisis crítico de los programas educativos. *PSYKHE*, 9(2), 63-74. Obtenido el 22 de Abril de 2018 desde [www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/download/443/422](http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/download/443/422)
- McCauley, E., Berk, M., Asarnow, J., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, M., Gallop, R. & Linehan, M. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777-785. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1109.
- Mehlum, L., Tørmoen, A., Ramberg, M., Haga, E., Diep, M., Laberg, S & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53, 1082–1091. DOI:10.1016/j.jaac.2014.07.003
- Miller, A., Rathus, J., & Linehan, M. (2007). Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York, NY: Guilford Press.
- Miller, A., Glinski, J., Woodberry, A., Mitchell, A., & Indik, J. (2002). Family therapy and dialectical behavior therapy with adolescents: Part I: Proposing a clinical synthesis. *American Journal of Psychotherapy*, 56, 568–584.
- Miller, L., Wyman, S., Huppert, D., Glassman, L & Rathus, J. (2000). Analysis of behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(2), 183–187. DOI:10.1016/s1077-7229(00)80029-2
- Mukhtar, F., & Tian, O. (2008). Exploratory and confirmatory factor validation and psychometric properties of the Beck Depression Inventory for Malays (BDIMalays) in Malaysia. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 17, 17-25
- Mullers, E. S., & Dowling, M. (2008). Mental health consequences of child sexual abuse. *British Journal of Nursing*, 17, 1428-1433.
- Mundt, J., Greist, J., Jefferson, J., Federico, M., Mann, J & Posner, K. (2013). Prediction of Suicidal Behavior in Clinical Research by Lifetime Suicidal Ideation and Behavior Ascertained by the Electronic Columbia-Suicide Severity Rating Scale. *Journal Clinical Psychiatry*, 74(0). Obtenido el 18 de Octubre del 2018 desde <https://pdfs.semanticscholar.org/35e2/714bd7627d1d67a22bd05431d79786aae4bd.pdf>
- Oates, R. K. (2004). Sexual abuse and suicidal behavior. *Child Abuse & Neglect*, 28,

487-489

- Observatorio de los derechos de la niñez y adolescencia. (2012). Estado de los derechos de la niñez y adolescencia en Ecuador 1990-2011. *UNICEF*. Obtenido el 21 de Abril de 2018 desde [http://www.unicef.org/ecuador/Edna2011\\_web\\_Parte1.pdf](http://www.unicef.org/ecuador/Edna2011_web_Parte1.pdf)
- Oquendo, M., Garcia, E., Mann, J., Giner, J. (2008). Issues for DSM-V: Suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *American Journal of Psychiatry*. Obtenido el 18 de Noviembre del 2018 desde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3776420/>
- Paolucci, E., Genuis, M., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, *137*, 17-36.
- Pérez, M., Martínez, L., Vianchá, M & Avendaño, B. (2017). Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá-Colombia. *Revista Diversitas Perspectivas en Psicología*, *13* (1), 91-101.
- Posner, K., Brown, K., Stanley, B., Brent, A., Yershova, V., Oquendo, A. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multi-site studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, *168*:1266-77. Obtenido el 20 de Noviembre desde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22193671>.
- Quiroga, E & Errasti, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, *13*(3), 393-406. Obtenido el 23 de Abril de 2018 desde <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=462>
- Rathus, J., & Miller, A. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *32*, 146–157.
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A & Sauer, H. (1998). On the Validity of the Beck Depression Inventory. *Psychopathology*, *31*(3), 160–168. doi:10.1159/000066239
- Robins, C. J., & Rosenthal, M. Z. (2011). Dialectical behavior therapy. Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies, 164–192. Hoboken, NJ: Wiley.
- Rodríguez, J., Medina, O & Cardona, D. (2013). Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda, Colombia, 2005-2010. *Revista de la Facultad de Medicina*, *61*(1), 9-16.
- Shelton, D., Kesten, K., Zhang, W., & Trestman, R. (2011). Impact of dialectical behavior therapy—Corrections modified (DBT-CM) upon behaviorally challenged incarcerated male adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *24*, 105–113.
- Shelton, D., Kesten, K., Zhang, W., & Trestman, R. (2011). Impact of a dialectic behavior therapy-corrections modified (DBT-CM) upon behaviorally challenged incarcerated male adolescents. *Journal Child Adolescent Psychiatry Nursing*, *24*(2):105-113. DOI:10.1111/j.1744-6171.2011.00275.x

- Soler, J., Elices, M., Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Analisis y modificación de la conducta*, 42, 35-49.
- Sousa, V., Driessnack, M & Costa, I. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería: Diseños de investigación cuantitativa. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 15(3). Obtenido el 28 de Octubre del 2018 desde [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es\\_v15n3a22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a22.pdf)
- Swales, M. A. (2009). Dialectical Behaviour Therapy: Description, research and future directions. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5(2), 164-177. DOI: 10.1037/h0100878.
- Trupin, E. W., Stewart, D. G., Beach, B., & Boesky, L. (2002). Effectiveness of dialectical behaviour therapy program for incarcerated female juvenile offenders. *Child and Adolescent Mental Health*, 7, 121–127.
- UNICEF. (2017). Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes. *Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos*, 5-20. Obtenido el 17 de Abril del 2017 desde [https://www.unicef.org/ecuador/proteccion-AbusoSexual\\_contra\\_NNyA-2016\\_\(1\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016_(1).pdf)
- Varela, A., Castillo, E., Isaza, M & Castillo, A. (2008). Intento Suicida- Vigilancia Epidemiológica. *Secretaría de Salud Pública Municipal*. Obtenido el 18 de Octubre del 2018 desde [http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/2011\\_Vig\\_Viol\\_Consumo/INTENTO\\_DE\\_SUICIDIO/BOLETIN\\_No.2\\_INTSUICIDIO\\_Feb2008.pdf](http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/2011_Vig_Viol_Consumo/INTENTO_DE_SUICIDIO/BOLETIN_No.2_INTSUICIDIO_Feb2008.pdf)
- Vega, I & Sánchez, S. (2013). Terapia dialéctica conductual para el trastorno de la personalidad límite. *Acción psicológica*, 10(1), 46-56. issn: 1578-908X
- Villanueva, I. (2013). El abuso sexual infantil: perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. *Psicogente*, 16 (30), 451-470.
- Villanueva, I. (2013). El abuso sexual infantil: Perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. En *Psicogente*, 16(30), 451- 470.
- Wright, M., Crawford, E & Sebastian, K. (2007). Positive resolution of childhood sexual abuse experiences: The role of coping, benefit-finding and meaning-making. *Journal of Family Violence*, 22, 597-608.



## **ANEXO A: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES**

### **Se buscan participantes para investigación psicológica.**

¿Estas interesado/a en participar en un estudio acerca del trauma y las conductas suicidas?

La duración de este estudio es de aproximadamente 16 semanas, en las cuales necesitas la disponibilidad de una hora a dos horas por semana.

### **Requisitos:**

1. Tener de 12 a 18 años de edad
2. Haber experimentado trauma en la infancia (específicamente abuso sexual).
3. Querer aprender acerca de la Terapia Dialéctica Conductual.

Contáctanos al 0984081286 o al mail [mariagloria3010@gmail.com](mailto:mariagloria3010@gmail.com)

## ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Comité de Bioética, Universidad San Francisco de Quito**  
**El Comité de Revisión Institucional de la USFQ**  
**The Institutional Review Board of the USFQ**

**Título de la investigación:** Efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual en Reducir Conductas Suicidas en Adolescentes de 12 a 18 años de edad, que han sido sexualmente abusados en su infancia.

**Organización del investigador:** Universidad San Francisco de Quito

**Nombre del investigador principal:** María Gloria Medina

**Datos de localización del investigador principal:** 0984081286/  
 mariagloria3010@gmail.com

### 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 su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la efectividad de la terapia dialéctica conductual en reducir conductas suicidas en adolescentes de 12 a 18 años de edad, que han sido abusados sexualmente en la infancia.

**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)

Este estudio tiene como objetivo determinar si la terapia dialéctica conductual es efectiva para reducir conductas suicidas en adolescentes de 12 a 18 años que han sido abusados sexualmente en la infancia. Una vez recolectada la muestra de adolescentes, se dividirán aleatoriamente los grupos en dos, un grupo recibirá 16 semanas de tratamiento mientras que el otro grupo no recibirá tratamiento durante las mismas 16 semanas. Posteriormente, se evaluará un antes y después del tratamiento y se evaluará la presencia de conductas suicidas y la depresión con el objetivo de evaluar la efectividad de la intervención.

**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)

Inicialmente se reclutarán adolescentes que acudan a la DINAPEN para esto habrán anuncios en donde los adolescentes interesados puedan llamar y participar. En el caso de que estén interesados en participar, se seleccionará una muestra no aleatoria que consiste en: el grupo control y el grupo experimental y ambos grupos deberán completar un cuestionario sobre los conocimientos, actitudes e intenciones con respecto al suicidio (C-SSRS) y otro cuestionario relacionado a la depresión que es El Inventario de Depresión de Beck (BDI).

Los adolescentes que pertenezcan al grupo experimental recibirán 16 semanas de tratamiento, incluyendo los diferentes módulos que son parte de la terapia. Por otro lado, el grupo de control no recibirá ningún tratamiento durante las mismas 16 semanas. Después, de dicho periodo de tiempo se volverá a evaluar a los dos grupos con las mismas escalas C-SSRS Y BDI.

**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)

Los riesgos potenciales que pueden haber dentro de la investigación son los siguientes: herir la sensibilidad del paciente ya sea esta emocional o psicológica con respecto a las preguntas o reactivos utilizados en relación al suicidio y temáticas relacionadas. Se podría esperar una negación al responder las preguntas de forma honesta debido a la sensibilidad de las mismas. Por otro lado, no existen riesgos físicos. Se minimizará en lo más mínimo cualquier impacto psicológico que atente contra la sensibilidad de la opinión personal de cada individuo. Los beneficios para los participantes incluyen 16 semanas de tratamiento con la terapia dialéctica conductual, el tratamiento es gratuito y además los participantes podrán utilizar sus resultados para futuras sesiones de terapia, no para un presunto diagnóstico.

**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 la coordinadora 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.
- 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.
- 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 0984081285 que pertenece a Maria Gloria Medina, o envíe un correo electrónico a mariagloria3010@hotmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

**Consentimiento informado** (*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*)

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

## ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

### ANEXO C1: ESCALA COLUMBIA PARA EVALUAR EL RIESGO DE SUICIDIO (C-SSRS).

#### A. Ideación Suicida

Haga las preguntas 1 y 2. Si ambas respuestas son negativas, pase a la sección de “Comportamiento suicida”.

Si la respuesta a la pregunta 2 es sí, haga las preguntas 3, 4 y 5.

Si la respuesta a la pregunta 1 y/o 2 es “sí”, complete la sección “Intensidad de la ideación” más abajo.

##### 1. Deseos de morir

El/la participante reconoce tener pensamientos sobre su deseo de morir o dejar de vivir o de quedarme dormido/a y no despertar.

¿Ha deseado estar muerto/muerta o quedarse dormido y no despertar?

Si la respuesta es sí, describa:

.....

##### 2. Pensamientos suicidas activos no específicos

Pensamientos no específicos de querer terminar con su vida/suicidarse (p. ej., “He pensado en suicidarme” ) sin pensamientos sobre las maneras de matarse, métodos relacionados, intenciones o plan durante el período de evaluación.

¿Ha pensado realmente en matarse?  Si la respuesta es sí, describa:

.....

3. Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar.

El/la participante reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el período de evaluación. Esto es diferente a un plan específico con hora, lugar o detalles del método elaborado (p.ej., ha pensado en el método para suicidarse, pero no en un plan específico). Incluye a las personas que digan: “He pensado en tomar una sobredosis, pero nunca he ideado un plan específico de cuándo, dónde o cómo lo haría... y nunca lo llevaría a cabo”

¿Ha pensado en cómo podría hacerlo?  Si la respuesta es sí, describa:

.....

4. Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico.

El/la participante tiene pensamientos suicidas activos e informa tener cierta intención de llevarlos a cabo, a diferencia de que dijera “Tengo estos pensamientos, pero definitivamente no los voy a llevar a cabo”

¿Ha tenido estos pensamientos y alguna intención de llevarlos a cabo?  Si la respuesta es sí, describa: .....

5. Ideación suicida activa con plan específico e intención.

Pensamientos de suicidio con detalles elaborados completa o parcialmente y el/la participante tiene cierta intención de llevarlos a cabo.

¿Ha empezado a elaborar o ya tiene elaborados los detalles de cómo se va a matar?

¿Tiene la intención de llevar a cabo este plan?  Si la respuesta es sí, describa:

.....

### **B. Intensidad de la Ideación**

Las siguientes características deben ser evaluadas con respecto al tipo más severo de ideación (p. ej., 1-5 de arriba, con 1 siendo el menos severo y 5 siendo el más severo).

Ideación más seria: .....

Tipo N (1-5) Descripción de la Ideación

### **C. Frecuencia**

¿Cuántas veces ha tenido estos pensamientos?

- 1) Menos de una vez por semana.
- 2) Una vez por semana.
- 3) De 2 a 5 veces por semana.
- 4) Diariamente o casi diariamente
- 5) Muchas veces al día

### **D. Duración**

Cuando tiene esos pensamientos, ¿Cuánto tiempo duran?

- 1) Fugaces/pocos segundos o minutos.
- 2) Menos de 1/hora algo de tiempo.
- 3) De 1 a 4 horas/ mucho tiempo

- 4) De 4 a 8 horas/ la mayor parte del día.
- 5) Más de 8 horas/ persistentes o continuos

### **E. Control**

¿Podría/puede dejar de pensar en matarse o en querer morirse si lo desea?

- 1) Puede controlar los pensamientos fácilmente.
- 2) Puede controlar los pensamientos con muy poca dificultad.
- 3) Puede controlar los pensamientos con alguna dificultad.
- 4) Puede controlar los pensamientos con mucha dificultad
- 5) No puede controlar los pensamientos

- 1) No corresponde

### **F. Impedimentos**

¿Hay cosas- alguien o algo (p ej., la familia, la religión, el dolor al morir)- que hayan evitado que quisiera morir o que se dejara llevar por los pensamientos suicidas?

- 2) Los impedimentos definitivamente detuvieron sus intentos de suicidio.
- 3) Los impedimentos probablemente lo/la detuvieron.
- 4) No está seguro/a de los impedimentos lo hayan detenido.
- 5) Los impedimentos probablemente no lo detuvieron.
- 6) Los impedimentos definitivamente no lo detuvieron.



1) No corresponde.

### **G. Razones para la ideación**

¿Qué razones ha tenido para pensar en querer morirse o matarse? ¿Puede que haya sido para terminar con el dolor o con la manera en que se sentía (es decir, no podía seguir viviendo con ese dolor o con la manera en que se sentía) o para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás? ¿O ambas posibilidades?

2) Absolutamente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás.

3) Mayormente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás.

4) Igualmente, para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás y para terminar con el dolor.

5) Mayormente para terminar con el dolor (no podría seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía)

6) Absolutamente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía)

1) No corresponde.

### **H. Comportamiento Suicida**

(Marque todos los que correspondan, con tal de que sean eventos diferentes; debe preguntar sobre todos los tipos)

#### **a) Intento real:**

Un acto potencialmente autodestructivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir como resultado de este. El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. Un acto potencialmente autodestructivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir como resultado del mismo. El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay cierta intención o deseo de morirse asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. No es necesario que haya alguna herida o daño, sólo el potencial de herirse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca pero la pistola no funciona y no se hiere, esto se considera un intento. □

**b) Intención inferida:**

Aunque una persona niegue la intención o los deseos de morir, ésta puede inferirse clínicamente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio (p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención.

¿Ha intentado suicidarse? □

¿Ha hecho algo para hacerse daño?

¿Ha hecho algo peligroso por lo cual podría haberse muerto?

¿Qué hizo? □

¿Usted \_\_\_\_\_ como una manera de terminar con su vida?

¿Quería morirse (aunque fuera un poco) cuando usted \_\_\_\_\_?

¿Estaba tratando de terminar con su vida cuando usted \_\_\_\_\_?

¿O pensó que era posible que podría haber muerto por \_\_\_\_\_?

¿O lo hizo sólo por otras razones o sin NINGUNA intención de suicidarse (como aliviar el estrés, sentirse mejor, obtener empatía o para que pasara otra cosa)?

(Comportamiento autodestructivo sin intención suicida)  Si la respuesta es "sí",

describa:

.....

¿Ha tenido la persona un comportamiento autodestructivo no suicida?

**c) Intento interrumpido:**

Cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autodestructivo (si no fuera por eso, el intento habría ocurrido). Sobredosis: la persona tiene las pastillas en la mano pero no las ingiere. Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Dispararse: la persona tiene una pistola apuntándose hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falle, es un intento. Saltar: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Ahorcarse: la persona tiene la soga en el cuello pero no ha empezado a ahorcarse y algo la detiene.

¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para terminar con su vida pero alguien o algo lo/la detuvo antes de que lo hiciera?  Si la respuesta es "sí", describa:

.....

**d) Intento abortado:**

Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenida por otra cosa.

¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para tratar de terminar con su vida pero se detuvo antes de hacerlo?

Si la respuesta es "sí", describa:

.....

**I. Actos o comportamiento preparatorios:**

Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regalar sus cosas, escribir una nota suicida).

¿Ha hecho algún preparativo para un intento suicida o para matarse (como juntar pastillas, comprar una pistola, regalar posesiones valiosas o escribir una nota suicida)?

Si la respuesta es "sí", describa:

.....

**J. Suicidio:**

Responda solamente por intentos reales

Grado de letalidad y lesiones:

1. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales).
2. Daño físico menor (p. ej., habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces).
3. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de conducto sanguíneo principal).
4. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable, pero puede recuperarse, fracturas graves).
5. Daño físico grave: necesita hospitalización con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital).
6. Muerte

Letalidad potencial: conteste solamente si hay causa de muerte real = 0

Muerte probable en el intento real, aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaran lesiones, tuvieron gran potencial letal: se puso una pistola dentro de la boca y apretó el gatillo, pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica; se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo/la arrollara).

0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones

1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones, pero no de muerte

2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible

## ANEXO C2: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

Nombre: .....Estado Civil..... Edad: ..... Sexo....  
Ocupación ..... Educación: .....Fecha: .....

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

### 1. Tristeza

0. No me siento triste.
1. Me siento triste gran parte del tiempo
2. Me siento triste todo el tiempo.
3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

### 2. Pesimismo

0. No estoy desalentado respecto del mi futuro.
1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2. No espero que las cosas funcionen para mí.
3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.

### 3. Fracaso

0. No me siento como un fracasado.
1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3. Siento que como persona soy un fracaso total.

### 4. Pérdida de Placer

0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

### 5. Sentimientos de Culpa

0. No me siento particularmente culpable.
1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable todo el tiempo.

### 6. Sentimientos de Castigo

0. No siento que este siendo castigado

1. Siento que tal vez pueda ser castigado.
2. Espero ser castigado
3. Siento que estoy siendo castigado.

**7. Disconformidad con uno mismo.**

0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1. He perdido la confianza en mí mismo.
2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
3. No me gusta a mí mismo.

**8. Autocrítica**

0. No me critico ni me culpo más de lo habitual
1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2. Me critico a mí mismo por todos mis errores
3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

0. No tengo ningún pensamiento de matarme.
1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2. Querer matarme
3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

**10. Llanto**

0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
1. Lloro más de lo que solía hacer
2. Lloro por cualquier pequeñez.
3. Siento ganas de llorar pero no puedo.

**11. Agitación**

0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

**12. Pérdida de Interés**

0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3. Me es difícil interesarme por algo.

**13. Indecisión**

0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre
1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

**14. Desvalorización**

0. No siento que yo no sea valioso



1. . No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3. Siento que no valgo nada.

#### **15. Pérdida de Energía**

0. Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

#### **16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
  - 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
  - 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
  - 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
  - 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
  - 3a. Duermo la mayor parte del día
  - 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

#### **17. Irritabilidad**

0. No estoy tan irritable que lo habitual.
1. Estoy más irritable que lo habitual.
2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3. 3 Estoy irritable todo el tiempo.

#### **18. Cambios en el Apetito**

0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
  - 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
  - 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
  - 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
  - 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
  - 3a . No tengo apetito en absoluto.
  - 3b. Quiero comer todo el día.

#### **19. Dificultad de Concentración**

0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

#### **20. Cansancio o Fatiga**

0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3. He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: -----

Total Score \_\_\_\_\_ Levels of Depression

1-10 _____	Dentro del rango normal
11-16 _____	Alteración del estado de ánimo leve
17-20 _____	Borderline depresión clínica
21-30 _____	Depresión moderada
31-40 _____	Depresión severa
Over 40 _____	Depresión extrema