

**Análisis de los alcances y limitaciones de la Terapia Dialéctico-Conductual como
herramienta para adolescentes con conductas autolesivas y tendencias suicidas por medio
de una sistematización documental en Latinoamérica**

Claudia Liz Ana Moreno Montenegro

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD
Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades ECSAH
Psicología
2023

**Análisis de los alcances y limitaciones de la Terapia Dialectico-Conductual como
herramienta para adolescentes con conductas autolesivas y tendencias suicidas por medio
de una sistematización documental en Latinoamérica**

Claudia Liz Ana Moreno Montenegro

Directora

Dra. Margarita Rosa Ahumada Gutiérrez

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades ECSAH

Psicología

2023

Dedicatoria

El ser humano se debate entre el sufrimiento y la desesperanza. Se requieren profesionales con vocación que ayuden a paliar el dolor de miles de niños y adolescentes, siendo ellos los más vulnerables ante las problemáticas de la imperfección humana. Este trabajo está dedicado a todas aquellas personas que sufren en su interior, y que no encuentran consuelo para sus vidas.

A mis padres: Una gratitud inmensa por su amor y dedicación en mi etapa de la juventud. A mis formadores: A los profesores de la UNAD, quienes me han formado como profesional y me han inspirado a continuar en este, difícil, pero bonito camino de indagación en la esencia de la naturaleza humana.

Dios sanó las heridas de los que habían perdido toda esperanza. Salmo 147:3.

El Señor está cerca de los que tienen quebrantado el corazón; él rescata a los de espíritu destrozado. Salmo 34:19

Agradecimientos

A Mis líderes espirituales y amigos que han intervenido en un cambio de visión de la realidad. Ellos, quienes me han motivado y me han inspirado a ver que cada persona puede ser rescatada de su realidad adversa.

Agradezco a mi tutora de monografía, Dra. Margarita Rosa Ahumada Gutiérrez, por creer en mi trabajo, por estar siempre dispuesta a apoyarme y a darme soluciones. Bendigo la humildad, empatía y entusiasmo que tuvo para conmigo en este agradable proceso.

Resumen

El riesgo suicida y las tendencias de auto daño en adolescentes constituyen una problemática que va en aumento en la sociedad actual. Desde esta monografía, se realiza una revisión documental científica de cómo la Terapia Dialéctico-Conductual se ha utilizado en adolescentes con ideación suicida y comportamientos de autolesión. La Terapia Dialéctico Conductual (TDC) se usa para ayudar a los adolescentes a controlar sus emociones, disminuir sus estados de ansiedad y generar en ellos capacidades de afrontamiento ante su realidad interna y ante la realidad de sus circunstancias, a través de tres pilares: validación, aceptación y cambio; y aplicada en dos grandes áreas: desarrollo de habilidades y la terapia individual. El objetivo de esta investigación es realizar un análisis de los alcances y limitaciones de la TDC como herramienta para los adolescentes con conductas autolesivas y tendencia suicida por medio de una sistematización documental en Latinoamérica, incluyendo estudios de caso que ponderan su éxito.

Palabras claves: Terapia Dialéctico Conductual, Riesgo Suicida, Tendencia de Auto daño, Adolescentes

Abstract

Currently, the suicidal risk and the self-harm tendencies are serious problems in our society. This work makes a review about the Dialectical-Behavioral Therapy as tool to treat adolescents with suicidal ideation and self-injurious behaviors. The Dialectical Behavior Therapy (DBT) is used by professionals to help to adolescents to control their emotions. The DBT decreases the states of mind anxiety. Also, the DBT generates skills to manage the young's internal state. The reality of the circumstances can be changed through three pillars: the validation, the acceptance and the change. The DBT is applied in two large areas: the skills development and the individual therapy. The goal of this research is to carry out an analysis of the scope and the limitations of the DBT as tool for adolescents with self-injurious behaviors and suicidal tendencies. This review is taken from scientific documents including the Latin America case studies, checking its successes and constraints.

Key Words: Dialectical Behavior Therapy (DBT), Suicide Risk, Self-harm, Teenager.

Tabla de Contenido

Introducción	11
Justificación	14
Marco Teórico.....	16
Aspectos Epistemológicos de la Terapia Dialéctico Conductual.....	16
Descripción de la Tendencia Suicida y Autolesión.....	18
Ideación Suicida como Aspecto Patológico.....	20
Conductas Autolesivas como Aspecto Patológico.....	21
Herramientas Metodológicas y Mecanismos de Terapia.....	23
Metodología	29
Objetivos	30
Objetivo General	30
Objetivos Específicos	30
Resultados y Análisis.....	31
TDC con Adolescentes.....	31
Estudios de Caso en Población Latina.....	36
Alcances y Limitaciones de la Terapia	42
Conclusiones.....	53
Recomendaciones	56
Referencias.....	58
Apéndices.....	66

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Modelo Dialéctico de la TDC</i>	18
--	----

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Modelo Dialéctico de la TDC</i>	48
---	----

Apéndices

Apéndice A <i>Modelos de Intervención</i>	66
Apéndice B <i>Terminología y Definiciones de Autolesión no Suicida</i>	68
Apéndice C <i>Definición de TLP: Trastorno Límite de la Personalidad</i>	73
Apéndice D <i>Acrónimos y Glosario</i>	75

Introducción

Esta revisión documental expone la Terapia Dialéctico-Conductual (TDC) como una herramienta útil y divulgativa en el proceso de superación de los adolescentes con tendencia suicida y autolesión. La revisión se realiza desde la literatura científica, dando prioridad a las publicaciones recientes y enfatizando en estudios de caso de Latinoamérica, evidenciando logros y limitaciones de la terapia. En el primer capítulo se presentan los conceptos teóricos de la TDC y su énfasis en el tratamiento exclusivo de tendencia suicida y autolesión en adolescentes; en el segundo capítulo se hace una descripción epistemológica y metodológica de la TDC; además se incluyen los conceptos técnicos de los comportamientos suicidas y de autolesión; la siguiente sección está dedicada a estudios de caso, conduciendo a la sección final de conclusiones y recomendaciones.

La conducta suicida y la autolesión son fenómenos del comportamiento que se hacen cada vez más frecuentes en la sociedad actual. Una de las mayores consecuencias negativas es el deterioro de los vínculos familiares, relaciones que van perdiendo importancia con el transcurso del tiempo. La revisión de la literatura científica apunta a la familia como factor influyente, la cual condiciona a los adolescentes y los hace vulnerables a desarrollar este tipo de comportamientos. Un hogar donde el diálogo es escaso o inexistente y la invalidación es constante, se convierte en un estimulante para que el adolescente se sienta inseguro, genere ansiedad, depresión, temor –entre otros síntomas– que lo llevan a tener un percepción e interpretación inadecuada de su entorno; estas circunstancias, que son a la vez factores de riesgo para el joven, lo llevan a perder el control y a tener

comportamientos de autolesión y tendencia suicida. Es en estos caracteres patológicos dónde la TDC se enfoca, llevando a cabo varios procesos, entre los que se destacan la comunicación asertiva con la familia y la transformación de la visión de la realidad a través de diversas herramientas de control emocional y desarrollo de habilidades. Sólo basta ver las cifras de los últimos años, para inferir que es un problema en crecimiento de salud pública:

En Colombia, en el 2019 y 2020 se registraron en el SIVIGILA 17211 intentos de suicidio en menores de 18 años. El 2019 fue el año con mayor número de casos, 9957, de los cuales el 74 % (12733) de los intentos registrados corresponden a niñas y adolescentes y el 26 % (4478) a niños y adolescentes. Así mismo, el análisis de datos dio como resultado que para los años 2016, 2018, 2019 y 2020, entre el 2,8 % y el 4,2 % de los intentos de suicidio terminan en acto suicida (Defensoría, 2022)

Las cifras en países desarrollados no distan mucho de la realidad de los países latinoamericanos, siendo la población adolescente, también la más vulnerable:

La Tendencia Suicida y Conductas de Autolesión en Adolescentes (TSCAA), ha logrado constituirse como un elemento de interés específico dentro de la población adolescente. En 2017, en Estados Unidos, el suicidio de personas con edades entre los 10 a 24 años, figuró como la segunda causa de muerte. En la última década, el suicidio de mujeres adolescentes entre 15 a 19 años de edad se ha duplicado; en 2019, el 20 % de la población universitaria tuvo ideación suicida y un 8.9 % tuvo un intento suicida dentro de esa población (Spirito et al., 2021). La prevención y manejo de la tendencia suicida y de auto-lesión en

adolescentes es una tarea monumental y requiere esfuerzos de política gubernamentales y de trabajo multi e interdisciplinario. Aunque pueda parecer utópico, desde la academia pueden gestarse los primeros pasos en propuestas de avance. Un primer peldaño es la divulgación, desde lo científico, que exponga los recursos disponibles para el tratamiento de la población en riesgo, esto es, adolescentes con ideación suicida y comportamientos de auto-lesión. Es así como surge la idea de escribir una monografía que busca exponer de una manera sencilla, pero rigurosa, la Terapia Dialéctico-Conductual como herramienta terapéutica para acompañar a adolescentes en riesgo. Este trabajo no tiene como fin ser un manual de terapia, tiene como fin, evidenciar una problemática y divulgar la existencia de un elemento de ayuda: la TDC. Las instituciones educativas, los centros de Bienestar Familiar, los reclusorios de adolescentes y las comunidades marginales de las grandes ciudades están evidenciando, cada vez más, la presencia de niños y adolescentes en estado de riesgo y vulnerables ante las conductas de autolesión e ideación suicida.

Justificación

La idea de trabajar el presente documento, enfocado en la TDC para adolescentes con tendencia suicidas y auto lesión, nace de los casos evidenciados dentro de la población adolescente, la cual padece síntomas, cada vez más frecuentes de autolesión y conducta suicida. La impotencia, a la vez crece, desconociendo los mecanismos de soporte y acompañamiento para estas personas. La sociedad no sabe cómo manejar este flagelo que azota a la juventud de forma impredecible, y muchas veces inmanejable. Es frecuente escuchar cuestionamientos del tipo: “¿por qué mi hijo tiene estos comportamientos si lo tiene todo? no entiendo qué le puede estar pasando”. Es importante saber el por qué los adolescentes viven estas situaciones, pero es mucho más importante que ellos puedan ser funcionales dentro de la sociedad, haciéndolos personas más esperanzadas, más optimistas; más importante aún, es que logren manejar las emociones desbordadas que se presentan en diferentes situaciones de sus vidas. Un joven enfermo psicológicamente, queda paralizado, sin poder avanzar; y es aquí donde es necesario conducirlo al auto-reconocimiento, aceptación y al avance continuo, con una percepción adecuada de la realidad. Éste es un fundamento de la TDC: una apertura a una interpretación funcional de su entorno, a una superación de las situaciones adversas, a un afrontamiento de pensamientos encapsulados que generan bloqueos paralizantes. La TDC se especializa en dar herramientas que ayudan al individuo a entender y aceptar su punto de vista, que normalmente suele ser negativo; pero sin quedarse estático, se debe buscar el cambio, por medio de una visión real y funcional que permitirá al adolescente vislumbrar una vida que vale la pena vivir. El objetivo personal de esta revisión documental es poder

obtener el conocimiento de una terapia, que, según los estudios, es bastante efectiva versus otros tratamientos en el manejo de la conducta suicida y autolesión en adolescentes. Entre más investigaciones y estudios haya, mayor es la posibilidad de la divulgación y puesta en evidencia de esta problemática social. El pueblo se pierde por falta de conocimiento. Investigar es buscar la luz que abre posibilidades.

Marco Teórico

Aspectos Epistemológicos de la Terapia Dialéctico Conductual

La TDC tiene elementos fundacionales de terapias paradójicas¹, no es un desarrollo que provenga exclusivamente de terapias cognitivas o conductuales. Estos principios terapéuticos enfatizan, no tanto en el cambio de sentimientos o situaciones, sino en la aceptación. Esta idea es traída de la visión de Alan Watts, un psicólogo quien descubrió que, a las terapias occidentales, podía insertar las visiones filosóficas del budismo, principios de espiritualidad de la Vendata, taoísmo y Yoga (Watts, 2017). Hay un carácter contraintuitivo en la TDC, heredado de la de la terapia de la “experiencia del aquí y del ahora”, con un profesional que activa y acelera retroalimentaciones en el paciente, no tanto por su racional participación, más sí por su crecimiento en el proceso, en el aquí y en el ahora (Whitaker, 2004). Esta modalidad de terapia debe tener control desde el inicio del procedimiento, incluyendo lenguaje simbólico y lenguaje paraverbal en toda la amplitud de las relaciones, porque además incluye los vínculos familiares. En la Fig. 1 vemos un antecedente de lo que será lo dialéctico en la TDC: La agresión puede ser la síntesis de dos opuestos: Asertividad y hostilidad. La asertividad se relaciona con el uso de lenguaje de validación como, me enriqueces, camino contigo, te acompaño; la hostilidad, es un producto de los ataques continuos y destructivos. Se asume la agresión como una síntesis, una realidad nueva benéfica: para proteger a los seres queridos, para arrebatarse oportunidades, para poner muro de contención contra los abusadores.

¹El término paradójico hace referencia a terapias que se salen de las convenciones netamente occidentales, introduciendo cosmologías o conceptos orientales, espirituales y prácticas no ortodoxas. Una paradoja puede ser la de priorizar la experiencia frente al contenido cognitivo.

Otro ejemplo del por qué la TDC tiene carácter dialéctico, es porque, según (Linehan, 1993), hay un contraste entre contrarios: lenguaje cálido y reflexión empática versus comentarios irreverentes y conflictivos. Aquí está el carácter fundacional dialéctico: si usar una terapia paradójica, en la que la parte cognitiva deber ser poco relevante, ¿por qué las distorsiones cognitivas del entorno juegan un papel crucial al inicio de la terapia? Marshal pensó en la terapia como dos opuestos: paciente y terapeuta en lados opuestos de una balanza. La balanza es inestable, y hay una dinámica, un juego para llevarla al equilibrio. Es el balance entre cognición y experiencia. Imagen y experiencia son la tesis y anti-tesis de la dialéctica; herramientas terapéuticas y cambios en el paciente; naturaleza de la realidad y lenguaje persuasivo e interrelación. En palabras de (Linehan, 1987):

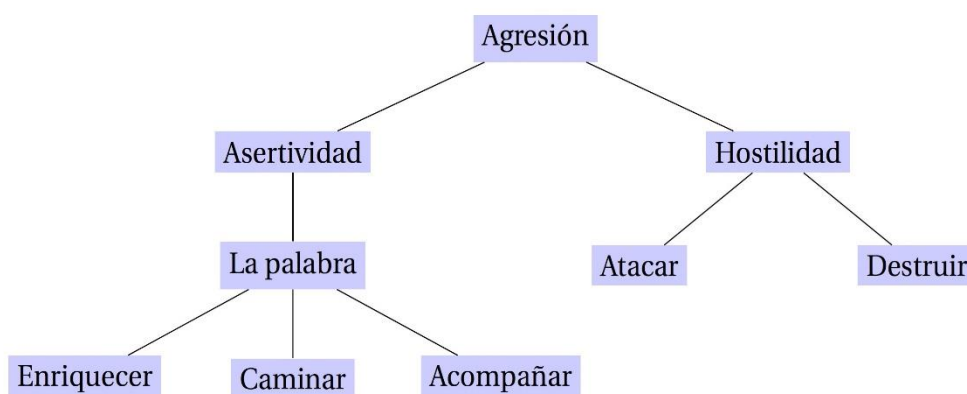
Este es el más alto nivel, el que representa el crecimiento y el desarrollo, y que puede pensarse como una síntesis del nivel anterior. Entonces el proceso comienza de nuevo. Estamos en un nuevo balancín tratando de llegar al equilibrio en un esfuerzo por pasar pronto al siguiente nivel. En el proceso — ya que el paciente se mueve continuamente de un lado a otro en el balancín, desde el extremo hacia el centro, y desde el centro hacia atrás, hacia el final— yo también me muevo, tratando de mantener el equilibrio.

El componente dialéctico de la TDC permite establecer una interrelación de las partes, con el todo. Las partes, siendo aquellas situaciones propias del individuo, sus conflictos, su interpretación de la realidad; estos elementos tienen que ver con el todo, es decir, con su ambiente, con su contexto social y familiar. Ya no se puede hablar de una diferenciación→individualización→identidad sin que integre a un

todo. En este punto, surgen polaridades u opuestos que conllevan a síntesis (en TDC, entendidas como cambios): niño↔adulto, hijo↔padre, paciente↔terapeuta, individualidad↔totalidad, funcional↔disfuncional, distorsión↔precisión, destrucción↔construcción. En las polaridades siempre hay síntesis (principios continuos de cambio). Así, cada cambio se convierte en un nuevo estado de síntesis, un nuevo estado de vulnerabilidad, y se presenta un nuevo proceso dialéctico. En síntesis, la dialéctica será un proceso continuo de cambio.

Figura 1

Modelo Dialéctico de la TDC



Fuente. Autoría propia

Descripción de la Tendencia Suicida y Autolesión

Por décadas, el ser humano ha tenido la tendencia hacia el auto cuidado, ha desarrollado comportamientos y éticas que le permitan preservar la vida. Cuando el comportamiento alude al efecto contrario del autocuidado, se puede deducir que el sujeto está en una crisis que le impide comprender su entorno, apropiarse del mundo al que pertenece, y por lo tanto, tiene dificultad para adaptarse a su realidad circundante (Carrasco, 2022). En los últimos 40 años, los estudios relacionados con tendencia

suicida han aumentado un 10% en el campo de la psiquiatría, a la vez, que se ha convertido en una problemática de salud pública, pues, por cada suicidio, se producen 20 intentos de éste mismo (Barrigón and Baca, 2018). En la niñez y la adolescencia temprana es poco común la tendencia suicida, pero luego, en la adolescencia, se incrementa esta patología y esto se debe a que el sujeto se enfrenta a cambios psicológicos, biológicos y sociales; conllevando a una inevitable carga de responsabilidad que, obligatoriamente, lo lleva a tener que desarrollar su autonomía. Estos cambios hacen que los jóvenes se vean enfrentados a niveles altos de estrés que frecuentemente les cuesta manejar, llevándolos a aversiones como el consumo de alcohol, consumo de drogas y otro tipo de conductas autolesivas, las cuales son factores de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales, y/o psiquiátricos, y algunas veces, a la muerte por suicidio (Castellví et al., 2017).

En cuanto a las auto-lesiones, definidas como todos los comportamientos de daño hacia sí mismo (especialmente en la piel) sin ninguna intención de suicidio, se ha determinado que es más frecuente en las mujeres adolescentes, con conductas como la de arrancarse el cabello, quemarse la piel, hacerse punciones y pellizcos, y aún, el envenenamiento. Estas conductas son causadas por estados de depresión, ansiedad, trastornos de conducta, trastorno límite de personalidad, entre otros; estos actos autolesivos son usados por el adolescente ante la necesidad de liberarse, por medio del dolor físico, de lo que emocionalmente no puede tolerar (Zaragozano, 2017).

La conducta suicida y la autolesión se diferencian entre sí en cuanto a su etiología, a su fenomenología, su intención, su repetición y su letalidad. Y aunque estas conductas tienen características disímiles, lo que varias investigaciones demuestran es

que los dos síntomas coexisten, dónde la acción autolesiva es vista como un comportamiento suicida. La diferencia radica en que, los adolescentes con conductas autolesivas, suelen ser más positivos que aquéllos que se identifican con tendencia suicida. En frecuencia y letalidad, los comportamientos de autolesión (quemarse, arañarse, cortarse, morderse) suelen ser menos agresivos que los de tendencia suicida, los cuáles se reflejan en acciones más letales (sobredosis, corte de la muñeca, ahorcamiento) (Hamza et al., 2012).

Ideación Suicida como Aspecto Patológico

La ideación suicida se relaciona con todo un proceso en el que muchas veces se consuma el acto, comenzando con un pensamiento que elabora el plan y que busca los medios para hacerlo realidad. Es un fenómeno donde intervienen factores culturales, sociales, biológicos, psicológicos y ambientales (Mancuso et al., 2017). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ideación suicida se constituye como una acción de daño a sí mismo de forma letal, muchas veces con resultados indeseables. Tan grave es este flagelo que, según estadísticas, cada 40 segundos muere una persona por suicidio en el mundo (Who, 2014). La población en riesgo con mayor incidencia se identifica con pacientes psiquiátricos con depresión, ansiedad, trastorno bipolar y consumo de sustancias alucinógenas (OPS, 2017).

Los duelos, la conducta impulsiva, los antecedentes de suicidio en la familia; todo ello relacionándose con un vínculo social y genético y sumando a las ineficientes relaciones familiares, laborales, problemas económicos y condiciones medio ambientales –como lo son los lugares donde entra poca luz o climas fríos– también se constituyen en factores de riesgo para la ideación suicida; resaltando que una

población de especial vulnerabilidad son las personas víctimas de abuso sexual en la niñez (Milner et al., 2013). En algunos países las tasas más altas de suicidios se dan en los jóvenes, utilizando métodos como el ahorcamiento, venenos o intoxicaciones y armas de fuego y siendo la segunda causa de muerte en el mundo. Los países con menor desarrollo económico son los lugares donde los índices de incidencia del suicidio aumentan, siendo el alto nivel de pobreza un factor de la incapacidad de atender eficientemente esta problemática (Who, 2014). Poner fin a la vida es una escapatoria al dolor psicológico, en el que el individuo carga con una angustia y una pena en un nivel insoportable (Milner et al., 2013). Por otro lado, (Linehan, 1987) postula que la conducta desadaptativa es un intento de desinhibirse del dolor, como lo son el consumo de drogas, las conductas sexuales riesgosas y comportamientos autolítico y suicida; como le expresa (Joiner, 2007), quien postula que el deseo de morir se incrementa con el sentimiento de no querer ser una carga para los demás.

Conductas Autolesivas como Aspecto Patológico

Las conductas autolesivas no se consideran una patología en sí mismas, sino como un síndrome que se encuentra en varias patologías psiquiátricas, siendo éste (el síndrome) un conjunto de conductas que no tiene como objetivo quitarse la vida, aunque puede haber momentos de ambivalencia (Villarroel et al., 2013). Las autolesiones son un mecanismo para minimizar el nivel de ansiedad, por ejemplo, cuando el sujeto ve que sale sangre, lo relaciona con la salida del dolor, es decir, exterioriza el dolor y siente descanso (Del Rosario et al., 2018). Las autolesiones, según (Grube, 2004), consisten en no hacer cosas buenas y agradables para sí mismo. Insultarse, despreciarse constantemente, autoevaluarse negativamente; el

autosabotaje y la autolesión se constituyen en conductas no placenteras dirigidas a sí mismo. Por otro lado, (Favazza, 1996) amplía la clasificación:

Autolesión culturalmente sancionada: se da cuando las personas que pertenecen a una cultura toman comportamientos perjudiciales para su salud, como creer en enfermedades por espíritus y no dar el tratamiento adecuado, los tatuajes, las perforaciones y las transformaciones corporales.

Autolesión patológica: Existen tres subcategorías relacionadas al grado de destrucción del tejido y el esquema o patrón de comportamiento: a) Autolesión mayor: es una de las más severas en la automutilación como, la enucleación de ojos, castración, amputación de una extremidad y comerse la propia carne; asociadas con episodios agudos psicóticos, esquizofrenia, manía y depresión. b) Autolesión estereotípica: asociada a comportamientos monótonos y repetitivos (se acompaña de movimientos rítmico) y se realizan en presencia de observadores, como la extracción de dientes, golpearse la cabeza, morderse o dislocarse una articulación. Este tipo de autolesión está relacionada con el retardo mental o autismo. c) Autolesión superficial o moderada: se utilizan utensilios para producirse el auto daño, dañarse la piel, quemarse; dentro de esta categoría se encuentra la compulsiva, que con constancia e inconscientemente, se arrancan el cabello, se jala y fricciona la piel; la episódica, que consiste en los sucesos mencionados y se da de vez en cuando; y está la autolesión repetitiva, la cual se asocia a los adictos.

Las conductas autolesivas, con sus diferentes nombres como se plasma en el apéndice B, se han convertido en un fenómeno de urgencia clínica y social, aumentando de forma significativa, y es, a la vez, un fenómeno que se considera como un síntoma

de una enfermedad psiquiátrica severa. Los cortes en la piel son los rasgos más comunes de autolesión, y los adolescentes que se lesionan, lo hacen como una instrumentalización de sus emociones y como medio de evitación; a estos dos elementos se suman el déficit de búsqueda de ayuda social y el bajo nivel de resolución de problemas. En este punto crítico debe implementarse la intervención para contrarrestar este trastorno, a través de programas para el desarrollo emocional y para el afrontamiento de conflictos (González et al., 2017). Es importante que el individuo se entrene en reconocer que tiene un problema y que necesita un acercamiento con la sociedad para que pueda enfrentarlo y contrarrestarlo, generando facilidad en la construcción de una red de apoyo. Los adolescentes que carecen de habilidades sociales e inteligencia emocional, con carencias expresiones de afecto e inadecuaciones relacionales dentro de sus entornos (colegio, familia y amigos), son los más vulnerables a padecer autolesión; como también aquellos que han padecido abusos sexuales y rechazo social. Compartir con el otro permite mitigar el estrés, y ayuda al adolescente a sentirse apoyado y valorado; además, les permite crear un concepto de sí mismo sano y más apropiado. Es así como las auto lesiones en adolescentes se consideran hoy en día como el resultado final de complejas interacciones y diversas variables como lo son: factores genéticos, factores biológicos, antecedentes psiquiátricos, condición psicológica, entornos sociales y culturales (Guerreiro et al., 2014).

Herramientas Metodológicas y Mecanismos de Terapia

En los años setenta, la psiquiatra Marsha Linehan empieza a atender a mujeres con comportamientos suicidas, automutilación, ideación suicida, con una alta

propensión a abandonar la realización de las tareas comportamentales y con un alto nivel de ansiedad; además con intención a abandonar los tratamientos clínicos (Gempeler, 2008). En los años noventa, Marshal se ve en la tarea de realizar una terapia con el objetivo de contrarrestar la patología del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Esta terapia recibe el nombre de TDC, la cual, es una reestructuración de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), siendo el objetivo de ésta última, la de lograr que el paciente se empodere y obtenga un cambio de conducta. La TDC tiene la anterior característica, sumándole las estrategias de validación (aceptación) y de comprensión dialéctica², a través de las cuales, el paciente puede tomar el control de sí, y subir de nivel en el manejo de dicho trastorno, llegando a la síntesis (superación de contarios), que en palabras de (Gempeler, 2008), es una superación de dilemas (Germán et al., 2015).

Las sensaciones vividas de un paciente con tendencia suicida, hacen que éste pueda desmotivarse en determinado momento. Ahí es donde el terapeuta juega un papel importante para que se mueva hacia a la misma dirección del joven, para validarlo y para que se sienta comprendido. Pero no es suficiente con moverse hacia donde él está, sino que, por medio de las técnicas mencionadas (comprensión y aceptación) se intente la estabilización hacia un punto medio, donde el adolescente acepta y reconoce las sensaciones y emociones que le produce el trastorno. En otras palabras, el terapeuta debe aprender a jugar bien la dinámica del balancín. Cuando esto sucede, se abre un acceso de confianza donde el paciente experimenta que es

² Harvey (Harvey, 2018) hace un tratamiento filosófico de la dialéctica en el que la “naturaleza es una estructura de procesos en desarrollo. La realidad es el proceso... la noción de proceso está dada por la afirmación: no solo todo está cambiando, sino que todo es fluir”. En la TDC, se conceptualiza lo dialéctico como un proceso continuo de cambio.

comprendido. Una de las situaciones más comunes es la negación y la poca aceptación del estado actual, estado que puede llegar a ser contrarrestado de una forma sencilla por medio de instrumentos y estrategias terapéuticas, aparentemente básicas, como la utilización de un lenguaje de validación como: “lo entiendo”, “son sensaciones reales”, “lo acompañaré en su proceso” y “estoy aquí para escucharlo”. El uso adecuado del lenguaje permite que el paciente entre en estado de calma y disminución de la ansiedad, entendiendo que no hay afán de que desaparezcan las sensaciones del trastorno, sino que lo importante es entenderlas y recibir las herramientas para poder contrarrestar y manejar esos síntomas, además de ver la necesidad de permanecer (Linehan, 1993).

El pensamiento dialéctico postula una interpretación del entorno de modo holístico, donde todo avanza, se transforma y se relaciona; donde todos necesitamos del otro y donde es imposible ver al ser humano como un individuo fragmentado. La dialéctica ha sido una filosofía occidental que en determinado momento afecta al ser humano, en especial, en la interpretación del yo y del lugar que ocupa en su entorno; y claramente, con el hecho de existir, ya hace parte del avance, la interacción y la transformación de este contexto. Estos procesos dialécticos, con una correcta síntesis, conduce al punto de cambio de la conducta y, por ende, al manejo del trastorno. En palabras de (Linehan, 1993):

...la construcción de ‘mente sabia’, es un enfoque en la sabiduría inherente de los pacientes. La TDC asume que cada individuo es capaz de obtener sabiduría con respecto a su propia vida, aunque esta capacidad no es siempre evidente o incluso accesible. Así, el terapeuta de la TDC confía en que el paciente tiene

dentro de sí todo el potencial que es necesario para el cambio. Los elementos esenciales para el crecimiento ya están presentes en la situación actual... la idea condujo al énfasis en encontrar el valor en el punto de vista de cada persona, en lugar de defender el valor de la propia posición.

El objetivo de la TDC no es evitar que el paciente se suicide, sino que aprenda a vivir una vida que valga la pena, que le encuentre sentido a la vida por medio de la obtención habilidades de regulación emocional y conductual. La TDC cuenta con 5 modalidades de tratamiento (Vásquez, 2016):

Terapia individual: es la más importante. Es la que articula las otras y es donde el paciente reconoce las habilidades obtenidas en las interacciones grupales y aprende a aplicar las herramientas en su diario vivir. Se hace una sesión semanal.

Entrenamiento en habilidades: se aplica con dos terapeutas diferentes al de la terapia individual. Es semanal. Aquí se fortalecen la aceptación radical, la regulación emocional, la afectividad interpersonal y la conciencia plena. 3)

Entrenamiento telefónico: entre sesiones, el paciente puede comunicarse con el terapeuta para trabajar en el fortalecimiento de las habilidades ya mencionadas. La llamada dura máximo 20 minutos.

Terapia de familiares y allegados: el objetivo es que los allegados y familiares entiendan el trastorno y aprendan cómo relacionarse con el paciente, ayudando al manejo de ésta.

Reunión de supervisión de equipos: el propósito es cuidar al terapeuta y evitar el Síndrome de Burnout³. También se miran las dificultades y fortalezas del proceso

³ Hace referencia a la presencia de estrés crónico. Este se manifiesta a través de un estado de agotamiento físico y emocional que produce despersonalización y bajo desempeño laboral.

Las técnicas generales que la TDC utiliza en cada uno de sus procesos son los siguientes:

Mindfulness: esta técnica permite obtener habilidades básicas de conciencia. Cómo vivir el presente, por medio de la meditación y el conocimiento del yo, enfocándose en el manejo del vacío y las crisis existenciales; aprendiendo a manejar la mente y teniendo control de los pensamientos que lo auto-destruyen. El primer paso consiste en el diligenciamiento de fichas para conocer el estado actual del paciente y sus avances; seguido a esto, por medio de la meditación, se pretende que el paciente llegue a mitigar juicios innecesarios, adoptar acciones funcionales en este respecto, llegando a la unicidad mental, es decir, pensar en una sola cosa a la vez.

Role playing (juego de roles): permite que el paciente desarrolle habilidades interpersonales y consiste en que el paciente recree una situación que le parece difícil de manejar, y por medio de la representación, proponga soluciones. En este ejercicio, el paciente obtiene la habilidad para la resolución de problemas y para el manejo de sus emociones en eventos futuros (Linehan et al., 1993).

Exposición: en esta técnica se realizan ejercicios donde le paciente enfrenta su realidad. Si tiene miedo a una vivencia, se realiza un ejercicio donde él pueda enfrentar determinada situación, por ejemplo, si tiene pánico escénico, en la terapia grupal se hace el ejercicio para que desarrolle la habilidad de hablar en público, perdiendo progresivamente el temor.

Moldeamiento: esta técnica consiste en fijar el punto de partida o situación actual del paciente. Fijar los reforzadores para cada uno de los avances, y para garantizar el cumplimiento de los incentivos, es necesario llevar fichas de controles

para interpretar el avance del paciente. Esta técnica permite que el paciente se motive a continuar con el tratamiento hasta el final. Los factores a tener en cuenta son la duración, la frecuencia e intensidad con la que permanecen las nuevas conductas que se van instaurando en el individuo. Hay un modelado de auto instrucciones en el que se dan todas las pautas para la realización de determinada actividad, y el paciente debe seguirlas (Fernández et al., 2012).

Metodología

El desarrollo del presente documento se apoyó en los buscadores Redalyc, Scopus, SciELO y Dialnet para la selección bibliográfica de carácter científico, consultando artículos de revistas indexadas, en las que se han publicado los resultados de la TDC. Se procede a buscar, dentro de toda la información relacionada con TDC, todo estudio relacionado con tendencias suicidas y autolesión en adolescentes, resaltando algunos estudios de caso en Latinoamérica. A partir de los estudios de caso, se identifican los alcances y las limitaciones de la TDC en los adolescentes que presentan este tipo de conductas, plasmando los hallazgos en una matriz de categorías de análisis. Dentro de la información encontrada, se resalta la eficacia de la terapia en el tratamiento de adolescentes con síntomas de disregulación emocional, una afección que es producto de conductas aprendidas en hogares disfuncionales y entornos invalidantes, y también, como síntoma de otras patologías mentales. Después de tener en cuenta los alcances y las limitaciones de la TDC, se finaliza con las conclusiones, en donde se expone de forma sencilla cómo la terapia puede llegar a ser funcional en el proceso de superación de los adolescentes. Finalmente, se mencionan cuáles son los puntos en donde la terapia es deficiente, finalizando con algunas recomendaciones.

Objetivos

Objetivo General

Realizar un análisis de los alcances y limitaciones de la terapia TDC como herramienta para los adolescentes con conductas autolesivas y tendencia suicida por medio de una sistematización documental en Latinoamérica.

Objetivos Específicos

Revisar los artículos científicos que permitan construir un estado del arte que describa el origen y desarrollo de la TDC, aplicada al manejo la autolesión y el riesgo suicida en adolescentes.

Analizar los alcances y limitaciones de la TDC desde los reportes existentes de estudios de caso en la literatura científica.

Identificar los aspectos más relevantes en los casos de tendencia suicida y autolesión en Latinoamérica.

Resultados y Análisis

TDC con Adolescentes

Las relaciones sociales, los factores cognitivos y biológicos y la calidad de la relación entre padres e hijos son variables deterministas en la aparición de comportamientos suicidas en los adolescentes. Un hogar con un clima cálido es un buen entorno para que los jóvenes sean mentalmente sanos, dado que muchos de los comportamientos inadecuados de los adolescentes son patrones adoptados de sus progenitores o de sus cuidadores (Kothgassner et al., 2021). Según la descripción de (Tizón, 2017), el comportamiento suicida y de auto daño aparece en un 80 % de los pacientes con TLP, síntomas que no pueden ser tratados eficientemente con psicofármacos para menguar las sensaciones y las emociones desbordadas que experimentan los adolescentes. Los estudios comprueban que los tratamientos más efectivos son las psicoterapias, donde la efectividad no sólo depende de interactuar con el paciente, sino que, de acuerdo a las necesidades de éste, se pueda integrar la familia; esta integración es para que su red de apoyo más cercana, sea el factor de recuperación más fuerte. Como en muchas terapias para diferentes trastornos, la TDC busca un acercamiento al núcleo familiar para trabajar en las debilidades de ese entorno, y de esta manera, llegar a acuerdos y disposiciones en pro del paciente. Esta ayuda involucra el afrontamiento de factores externos para que el joven pueda llegar a nivelar las emociones y los pensamientos que lo llevan a realizar determinadas acciones en contra de sí mismo. La TDC, centrándose en la conciencia plena, la tolerancia a la angustia, la contundencia en las relaciones interpersonales y la regulación de las emociones; es muy efectiva en la reducción de la ideación suicida y

de los comportamientos autolesivos, siendo estos síntomas una problemática de salud mental frecuente en los adolescentes (Tizón, 2017).

Cada vez más, los adolescentes tienden a la autolesión y a tener comportamientos suicidas, no queriendo decir con ello que los adolescentes que tienen un comportamiento autolesivo lleguen a tener la tendencia suicida, o viceversa. Las estadísticas correlacionan un aumento en muertes de adolescentes con este tipo de patología suicida, fruto del TLP; además, se ha establecido que desde la pre-adolescencia –etapa del desarrollo que se estima entre los 12 y 13 años– se acentúan este tipo de comportamientos, los cuáles pueden perdurar hasta la adolescencia tardía, y aún, hasta la adultez (Kothgassner et al., 2021). En el párrafo anterior se mencionaron los aspectos en los que se enfoca la TDC para que llegue a ser efectiva en lo referente a la regulación de las conductas suicidas y de auto daño, manifestadas como síntoma de un trastorno en los adolescentes; por ende, es importante profundizar en algunas teorías que nos conduzcan a clarificar la causalidad, el desarrollo y las consecuencias de estas patologías. A continuación, se mencionan algunos de estos enfoques teóricos.

La Teoría Interpersonal-Psicológica del Suicidio (TIPS) de Joiner (Bryan et al., 2010; Testa et al., 2017), plantea que la persona que tiene un comportamiento suicida debe cumplir con dos aspectos: el primero, es tener la necesidad profunda de morir y, el segundo, es tener la suficiente fuerza interna para desarrollar el objetivo. La mente es la que ejecuta y alimenta el profundo deseo de morir, junto al sentimiento de no ser útil en la sociedad; además del pensamiento de conceptualizarse a sí mismo como un estorbo para la sociedad. Los fracasos en las

relaciones interpersonales hacen que la persona que padece este tipo de trastorno, no encuentre el apoyo suficiente ante las crisis, quedando solos en el afrontamiento de su diario vivir (Diamond et al., 2022).

La teoría del apego postula que los niños buscan ser protegidos por sus padres o cuidadores, y que el bienestar emocional que desarrolla un niño depende del grado de empatía que estos niños tengan con sus propias emociones. Es un trabajo continuo que involucra todo el proceso de desarrollo del individuo, es decir, que en toda la etapa de la niñez y la adolescencia, es necesario que se brinde el acompañamiento adecuado, donde se implemente el diálogo asertivo, la validación, el apoyo, la escucha activa e inversión de tiempo de calidad; esto para que a futuro se forje un adulto con competencias emocionales y sociales que le permitan desarrollar un alto nivel de resolución de problemas –con un gestionamiento adecuado de sus emociones y con relaciones interpersonales exitosas. Cuando hay deficiencia de los elementos mencionados anteriormente, por ejemplo, cuando los padres o cuidadores son ausentes o inseguros, se desarrollan niños y adolescentes con déficit de regulación de emociones, situaciones existenciales críticas de depresión y ansiedad (Diamond et al., 2022). En conclusión, una adecuada protección y dirección en la infancia puede reducir los factores de riesgo en la tendencia suicida y de autolesión, siendo el cuidado propicio y adecuado, un muro de contención ante el desarrollo de síntomas asociados al TLP, entre éstos, la tendencia suicida y de autolesión.

Según Diamond y sus colaboradores (Diamond et al., 2022), determinados entornos familiares son un caldo de cultivo para que algunos adolescentes desarrollen comportamiento suicida. Esta tendencia suicida guarda correlación con el

contexto adverso de crianza de los hijos; esto es, cuando hay una pésima o nula existencia de la aplicación de las pautas de crianza y cuando se desarrolla una comunicación asertiva deficiente, mina la confianza que el adolescente pueda tener en unos padres sin compromiso.

El modelo de Baumrind de 1967 y 1971, establece tres estilos de educación: democrático, permisivo y autoritario; evaluados bajo tres variables de interrelación: control, comunicación e implicación afectiva (Capano and Ubach, 2013; Torío López et al., 2008).

Estos estilos influyen grandemente en el proceso de educación de los niños de 3 a 15 años de edad. El concepto de personalidad autoritaria en el proceso de crianza – describiéndola como psico-rígida– es según el modelo, un factor clave en el surgimiento de inadecuaciones en el adolescente, ya que las decisiones incorrectas se deben cumplir, sin tener reflexión sobre las consecuencias adversas en los jóvenes, quienes corren el riesgo de desarrollar una baja estima al no ser escuchadas sus opiniones en el entorno familiar; sumado a esto, la apatía desarrollada ante la autoridad se torna en una personalidad menos madura y menos competente. En segundo lugar, en el estilo permisivo, los padres casi nunca corrigen las acciones inadecuadas de sus hijos, por ende, éstos tienden a desarrollar irrespeto por la autoridad, déficit académico y estados de depresión. Lai y McBride-Chang realizaron una encuesta en Hong-Kong a 120 jóvenes entre 15 y 19 años (Lai and McBride-Chang, 2001) en la que el 52 % de los encuestados manifestaron ideación suicida, provenientes, todos ellos, de hogares con autoritarismo, baja calidez de los padres y excesivo control maternal; negativas prácticas de crianza y clima familiar negativo

fueron también la constante. La crianza democrática no corresponde al castigo, a los regaños, a los insultos con palabras inadecuadas ni a los golpes; este tercer estilo consiste en que los niños y adolescentes sean educados con normas que se hagan cumplir, incluyendo la comunicación, el amor, la validación y la empatía por el niño o adolescente (Georgas et al., 2001). El apoyo de los padres y los comportamientos reales de aceptación del adolescente, conllevan a que éste se sienta más seguro de enfrentar la vida desde un punto de vista más tranquilo y positivo. Otros factores de riesgo dentro del hogar y que potencian a los adolescentes hacia comportamientos suicidas y de auto lesión, son los hogares disfuncionales, donde las peleas y las discusiones son constantes, con baja tolerancia al estrés; la violencia intra-familiar y los abusos por parte de algún familiar o cuidador son también factores de riesgo (Diamond et al., 2022).

Existen diferentes terapias para poder menguar los comportamientos suicidas y de auto lesión en los adolescentes. En la tabla del apéndice A se referencian algunas terapias, las cuáles pueden ser ahondadas por el lector, ya que no son tema de discusión de este trabajo. Aquí se profundiza en la TDC, que consiste en vincular un sistema familiar determinado con la terapia. La TDC busca cambiar los entornos invalidantes del adolescente por otros más amigables con él. En primera instancia, se realiza una entrevista con la familia del paciente, debido a que, por lo general, los pacientes con este tipo de comportamientos no son autónomos para tomar la ruta de ayuda (Diamond et al., 2022). La TDC reconoce que los adolescentes con comportamientos suicidas son mucho más frágiles y que se activan con facilidad cuando su entorno familiar no les ayuda con sus confrontaciones para volver a un

estado normal, donde la regulación de las emociones se convierte en algo complejo para ellos. A los padres se les conduce hacia una concientización del nivel de validación que tienen hacia sus hijos, implementando o aumentando este nivel de conocimiento con las herramientas de validación. La TDC, dirigida a adolescentes, es un programa intensivo de tratamiento ambulatorio que consiste en dedicar una hora semanal al paciente, mejorándolo con un proceso de regulación de emociones; adicionalmente, se dedican dos horas para terapia multifamiliar y un acceso a atención telefónica durante las 24 horas del día, llamadas que se usan para solucionar los interrogantes que se generen en el entorno familiar. Las terapias grupales, que ayudan al individuo a desarrollar habilidades sociales, y que incluyen atención plena, dialéctica, validación, tolerancia a la angustia, regulación emocional y efectividad interpersonal; son parte integral de este mecanismo de terapia (Diamond et al., 2022).

Estudios de Caso en Población Latina

La adolescencia se ha definido como un período de tránsito entre la niñez y la adultez (Waltereit et al., 2020). Algunos estudios han sugerido que la aparición de ciertas patologías psicológicas es más frecuente en las crisis sufridas en esta etapa de la vida (Waltereit et al., 2018). Así, abordar una problemática en la adolescencia puede dar luz para el tratamiento de dichos trastornos que se trasladan a la adultez. Las terapias conductuales convencionales carecen de éxito en lo que refieren a los procesos de evaluación terapéuticos, es así como, la TDC, como una derivación de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) incluye trabajo entre sesiones, mayor involucramiento del terapeuta, desarrollo de habilidades personales y mitigación del síntoma (De la Vega and Sánchez, 2013). Estudios realizados por el Centro para el Control y la

Prevención de Enfermedades, demuestran que el suicidio fue la segunda causa de muerte en los adolescentes en el año 2017 (Curtin et al., 2016). Sobre un suicidio consumado, previamente hubo varios intentos de suicidio y auto lesiones (Asarnow et al., 2011).

Aunque la TDC fue desarrollada para pacientes con TLP (Trastorno límite de la Personalidad, ver apéndice C), se han hecho adaptaciones para el trabajo con adolescentes que presentan tendencias suicidas y conductas de autolesión. Intentos de adaptación de TDC para jóvenes se han hecho, siendo pionero el equipo de trabajo de Rathus (Rathus et al., 2020), quienes adecuaron la terapia para el tratamiento de adolescentes con acciones específicas al suicidio (Rathus and Miller, 2002). El carácter dialéctico de la teoría, descrito por varios autores, pero que se resume de forma clara en la publicación de Vega (Vega and Sánchez, 2013), establece que los adolescentes presentan conflictos, los cuáles contrarrestan con sus opuestos; por ejemplo, de un estado de tristeza a una manifestación de manía. Esos opuestos, muchas veces generados por situaciones también contrarias de la realidad de su entorno, generan dilemas en los jóvenes, quienes no pueden superar el conflicto (Rathus and Miller, 2000). La sobre protección versus el descuido; el autoritarismo versus la laxitud, y, en fin, un sinnúmero de opuestos hace que el adolescente también asuma opuestos en sus conflictos interiores. La teoría asume que una perfecta síntesis de esos opuestos redunde en un alivio y mejoramiento de la crisis, sin embargo, esta tarea es infructuosa sin una orientación y ayuda profesional adecuada, sumiendo al joven en sentimientos de mayor frustración y encono. Estudios de caso se han reportado en un sinnúmero de artículos, siendo representativo el publicado por Germán y sus

colaboradores, quienes determinaron que la comunidad latina, en la población Neoyorquina, es la más vulnerable y con mayor tendencia a la acción suicida (Germán et al., 2015). La TDC-A (Terapia Dialéctico-Conductual adaptada al manejo con Adolescentes) ha sido considerada como exitosa, según reportan varios estudios científicos en el tratamiento del riesgo suicida en la población adolescente (Hiller and Hughes, 2022; Johnstone et al., 2022).

Se realiza en Latinoamérica un estudio con adolescentes y padres que llevan un tratamiento con TDC, donde se resalta la importancia del dilema dialéctico⁴. El objetivo del estudio fue determinar si los adolescentes experimentaban atropellos y maltratos reales por las normas que le implementaban sus padres, ó si el maltrato sentido fue producto de una personalidad sensible que exagera la realidad, para, de esta manera, direccionar el tratamiento de una forma adecuada. Dentro de los patrones más comunes de comportamientos (en las familias latinas residentes en Estados Unidos) se encontraron las siguientes polaridades (Germán et al., 2015):

Laxitud versus autoritarismo. En el primero (tesis), se le permiten al adolescente comportamientos inadecuados, porque si no, atentará contra su vida; y en el segundo (anti-tesis), le castigan todo el año por sus conductas, pero no se tiene en cuenta el nivel de ansiedad que maneja el joven. Aquí encontramos un contraste entre la escuela nueva versus la antigua. La vieja escuela se refiere a las normas de las prácticas de crianza con las que los adolescentes eran guiados en su tierra natal; ahora, les cuesta adaptarse a las del nuevo lugar porque tienen arraigada la identidad de la cultura de donde

⁴ Padre↔Hijo, Normal↔Patológico, entre otras, son tesis↔anti-tesis de la interacción.

fueron sacados. Normalización del comportamiento patológico versus normativa patologizadora. En el primero, se pasan por alto los comportamientos inadecuados más delicados; y en el segundo, por los menos delicados.

Dependencia versus autonomía. En el primero, se exageran los impulsos de sobre-protección; y en el segundo, se descuida la parte donde se es vulnerable.

Esta dualidad fue la pauta de comportamiento más común. La protección versus desprotección se relaciona con los latinos que emigraron a Estados Unidos y que sufrieron maltrato en algún momento del proceso. Esta comunidad tiene gran número de adolescentes con tendencia suicida.

En algunos de los colegios de la localidad de Kennedy en Bogotá, se plantea una investigación donde el objetivo es intervenir a adolescentes con tendencias autolesivas entre los 13 y 17 años de edad, utilizando TDC. La idea es reducir los síntomas adversos mientras transcurre el proceso. Adicionalmente, se pretende dar a conocer la efectividad de la Terapia. En la parte experimental, se trabaja con una muestra de 25 adolescentes, donde se toma la medición con dos instrumentos (Suicidal Behaviors Questionnaire and Deers). En el proceso se realizan 16 secciones donde se les enseña la regulación emocional, y después, se procede a realizar una prueba post-test con los mismos instrumentos. Los resultados son satisfactorios con el uso de las herramientas que se les dan a conocer, enfocadas a la regulación emocional: los adolescentes logran manejar sus emociones y mitigar el estrés y la ansiedad (Durán et al., 2017)

En México, como en el mundo entero, las conductas suicidas aumentan. En Juárez se realiza una intervención utilizando varias terapias, entre ellas la TDC, para fortalecer la resolución de problemas en los adolescentes. Los participantes se

seleccionaron por tamizaje con consentimiento informado: cuatro participantes con una edad promedio de 16 años. Se utilizaron herramientas de diagnóstico como, Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS- A), Escala de Desesperanza de Beck, Escala de Ideación Suicida de Beck, Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y Test de Esperanza-Desesperanza (TED). Los resultados reportados arrojan una disminución en la depresión y desesperanza tras la intervención, encontrando cambios estadísticamente significativos ($p < 0.050$, $p = 0.024$; $d = 3.32$). Se observó la tendencia al aumento en la prospección, optimismo y afrontamiento (López and Alejandro, 2020).

En Lima, Perú, una institución especializada en salud mental –cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas con desregulación emocional e impactar de forma positiva su entorno social– realiza una intervención con todos los procesos que abarcan la terapia TDC, aplicándola a cinco (5) adolescentes, siendo mujeres entre los 15 y 19 años. El estudio realizado se ejecutó en un mes y el primer objetivo era identificar aquellas emociones que llevaban a estas mujeres a tener una conducta suicida o de autolesión. El segundo objetivo fue, por medio de la terapia, llevar a las adolescentes al desarrollo u obtención de habilidades para la regulación emocional. La institución cuenta con once profesionales que se encargan de los procesos de llamadas telefónicas e intervención para la obtención de habilidades sociales, por medio de talleres; el equipo de trabajo se encarga de un seguimiento individual y con la familia. Al inicio de la consulta las pacientes tuvieron una entrevista clínica con el psiquiatra de la institución, quien evaluó clínicamente a la paciente y determinó si era elegible para entrar en el grupo de desregulación emocional y, además, si era

candidata para poder recibir la TDC. Un criterio importante de exclusión para recibir el tratamiento fue que las pacientes no tuvieran otro tipo de trastorno, además de la disregulación emocional, como lo son: el trastorno bipolar, trastornos de la personalidad, abuso de sustancias y traumatismos en el neurodesarrollo, entre otros. Después de la primera entrevista semi-estructurada, a las personas que aplicaban para el tratamiento con TDC, se les realizaba un proceso de seguimiento diario, y otro, proceso, cuando vivían las crisis emocionales; el resultado final arrojó una disminución de las conductas suicidas y autolesión y se obtuvieron resultados positivos (Villaran and María, 2020). Se recomienda que en el proceso de aplicación de la terapia se tome el tiempo adecuado para que el aprendizaje de las nuevas habilidades se establezca de forma permanente. En este modelo terapéutico se ha reportado un proceso de la terapia, mínimo de dos años (Linehan et al., 2006).

En Perú se realizó un consenso de profesionales psiquiátricos, quienes llegan a la conclusión de que la autolesión se hace cada día más frecuente en la población adolescente de Perú. Para contrarrestar la problemática y para hacer aporte social, los psiquiatras deciden realizar un estudio de caso con 10 adolescentes entre los 12 y 19 años, de nivel socioeconómico medio y que presentan disregulación emocional. El objetivo fue encontrar un instrumento que ayudara a mitigar esta problemática social para después llevar esta técnica a una discusión. La herramienta que utilizaron los psiquiatras en el proceso fue la TDC, reportando éxito en el avance de los pacientes que fueron tratados con esta técnica. El estudio resalta que, además de que la ejecución de todos los procesos de la terapia es importante, la esencia del profesional es un factor importante en el proceso de la transferencia, es decir, las

actitudes adecuadas del profesional, como lo son: la comprensión y la validación de las emociones; todo ello con una cercanía adecuada al paciente. La cualificación profesional maximiza o ralentiza los resultados (Castro, 2014).

Alcances y Limitaciones de la Terapia

En la actualidad se realizan estudios para comprobar la contundencia de la TDC, comparándolas con otras terapias utilizadas por expertos para tratar este tipo de patologías; los resultados que se obtienen es que la TDC tiene ventajas altas versus el tratamiento genérico (Linehan et al., 2006).

En el período de tratamiento y seguimiento de 2 años, los sujetos que recibieron DBT⁵ tenían la mitad de las probabilidades de realizar un intento de suicidio, requirieron menos hospitalización por ideación suicida y tuvieron menor riesgo médico, en todos los casos de suicidio, atentados y actos autolesivos combinados. Los sujetos que recibieron DBT tuvieron menos probabilidades de abandonar el tratamiento (consciente de riesgos instantáneos, tuvieron menos hospitalizaciones y urgencias psiquiátricas) (Linehan et al., 2006, pág. 1)

Los estudios realizados sustentan que la TDC es convincente en la disminución de los comportamientos suicidas, sin tener una explicación razonable de su influencia en los resultados transformadores del paciente (Linehan et al., 2006). Adicionalmente, la TDC tiene grandes ventajas en sus estrategias, por ejemplo, los pre-tratamientos que son útiles para que el paciente no abandone la terapia; las llamadas telefónicas de 10 minutos que realiza el terapeuta en el transcurso de la semana para generar acercamientos, también optimizan los resultados.

⁵ DBT por su sigla en inglés: Dialectical Behavior Therapy (Terapia Dialéctico-Conductual)

La terapia TDC es un recurso integral que abarca varios entornos del sujeto que padece ideación suicida, donde se incluye la tolerancia a la angustia que se manifiesta con una desregulación emocional, y por ende, del comportamiento. Se incluye la parte cognitiva y la percepción de sí mismo, junto al desarrollo de habilidades que le permiten al paciente menguar los comportamientos suicidas y de autolesión (Rathus and Miller, 2000). En el proceso de la terapia TDC que tiene una duración de 12 meses, se encuentra la necesidad de revisar otros enfoques que puedan aportar a la continua mejora de ésta y poder adicionar otros servicios para el paciente como, por ejemplo, la gestión de riesgos (McCauley et al., 2018). Lo anterior sugiere que la terapia, posiblemente, abra otros canales de ayuda para el paciente y no se quede en lo que actualmente es, sino que siga evolucionando para poder abarcar el todo de las necesidades del sujeto con tendencia suicida y comportamientos de autolesión.

La TDC es contundente en el tratamiento de la regulación emocional, por ende disminuye las conductas autolesivas y el pensamiento suicida; una de las grandes limitaciones es la falta de profesionales que quieran especializarse en este enfoque, sumando a los altos costos económicos e inversión de tiempo que la terapia representa (Boggiano, 2018).

Se citan, a manera representativa, tres publicaciones empíricas donde se mencionan y sustentan los resultados positivos de la TDC. Los reportes indican que ésta proporciona resultados superiores versus el tratamiento psiquiátrico secular en el manejo de los diferentes trastornos de la personalidad, incluyendo la mitigación de sus diferentes síntomas, haciendo parte de estos, la tendencia suicida y autolesión (Quiroga

and Errasti, 2001). La primera comparación se realiza mediante un diseño con asignación aleatoria de 44 individuos internos, divididos en dos grupos, uno para TDC y otro para tratamiento psiquiátrico convencional, así se realiza la comparación de TDC con la terapia psiquiátrica (Linehan, 1991). Una segunda comparación se realiza con 39 individuos; de la misma manera que en el anterior, se estudiaron a los individuos que recibieron TDC durante un año, mostrando que sus conductas suicidas y de autolesión se redujeron, además se aminoraron las hospitalizaciones, notando un aprendizaje efectivo en habilidades sociales, auto-cuidado e interpretación adecuada del entorno (Linehan et al., 1993). El tercer estudio que sustenta la superioridad de la TDC con respecto al tratamiento psiquiátrico convencional se realiza en el año 2000, donde se ratifican los resultados positivos de la TDC (Koerner and Linehan, 2000).

Una de las mayores limitaciones para poder brindar la terapia, es la presencia de enfermedades o morbilidades en el paciente como: trastorno bipolar, trastornos del desarrollo y neuropatías, entre otros (Villaran and María, 2020). El tiempo que se toma para realizar una TDC es un factor importante para el resultado, este período se puede convertir en una limitación, pues, la terapia tiene una duración de 2 años (Linehan et al., 2006), conllevando a deserción, desmotivación y cansancio durante el proceso. El aprendizaje y desarrollo de habilidades requiere tiempo, por ende, es necesario que se asuma la disciplina necesaria, o de lo contrario, no se verán resultados óptimos.

Los profesionales encargados en aplicar la TDC deben tener idoneidad, la cual se constituye como un factor importante en el adecuado desarrollo de la terapia. En el proceso se pueden presentar situaciones donde el profesional se siente desmotivado,

no confía en el paciente y puede llegar a pensar que no está enseñando bien la terapia y que no están funcionando los procesos de forma adecuada. Para evitar estas situaciones es importante que el profesional tenga mucha empatía, paciencia y estar dispuesto a reforzar el conocimiento una y otra vez. Es importante que el profesional sea consciente de que los retrocesos son necesarios para que el aprendizaje se afiance, esto es, que el proceso de aprendizaje de las habilidades sea evaluado por el profesional en todo tiempo, desde la etapa de adquisición (en la terapia grupal e individual de habilidades), siguiendo por el fortalecimiento (ensayo, evaluación de tareas, retroalimentación y terapia individual) y, finalmente, en la generalización (tareas, terapia individual y consulta telefónica). En otras palabras, los terapeutas que estén dispuestos a realizar TDC deben ser conscientes de que no será un trabajo fácil y que es necesario poseer y desarrollar las habilidades ya mencionadas, de lo contrario será incompetente para esta labor (Swales and Dunkley, 2020b).

Así como el profesional puede presentar limitantes, el paciente también los puede presentar. Se pueden encontrar confusiones y malas interpretaciones en cuanto a lo que significa la obtención de habilidades, al mismo tiempo que se puede poner en duda la efectividad de los procesos. Es usual encontrar situaciones en las que, al querer ejercitar una habilidad, se hace de manera excesiva, compulsiva ó en el momento incorrecto; de otro lado, se presentan resistencias para no realizar los ejercicios que fortalecen dichas habilidades. Las situaciones limitantes más comunes en el paciente son: falta de atención, escasa comprensión, cogniciones inútiles (como las suposiciones o juicios), emociones fuertes, desinterés en el tema, agotamiento y no estar dispuesto a aprender cosas nuevas (Swales and Dunkley,

2020b).

Tal vez, la dificultad más relevante sea la de no tener la infra-estructura adecuada para realizar la terapia, pues, es necesario que en el momento de realizar las intervenciones se cuente con el espacio adecuado para hacerlo: un lugar aislado de las distracciones y aislado del ruido; ajeno de las interrupciones y de la tecnología, y aún, estar absuelto de una saturación visual (Swales and Dunkley, 2020b). Cuando ya se han superado los obstáculos que presentan los profesionales y los que presentan los pacientes, se ve un proceso satisfactorio de avance (Sesma, 2017). Entre lo que se espera encontrar como resultados finales, se encuentran:

Entendimiento de la enfermedad. Elección al cambio.

Cambios de hábitos.

Visión equilibrada del entorno. Abandono de identidad enferma. Motivación.

Personalidad menos influenciable. Ganas de relacionarse.

Elaborar emociones con la palabra. Pensar al actuar.

Actividad reflexiva.

Auto-percepción sana y mejora de la relación con sí mismo. Autoaceptación.

Mejora de las relaciones.

Mejora de la relación con los padres.

A continuación, se resumen los alcances y limitaciones de la TDC. Se incluye un comentario breve de análisis personal. El lector, a la vez, podrá hacerse una idea sobre la viabilidad de la implementación de esta técnica terapéutica. Pueden abordarse varias perspectivas: la del profesional que quiere capacitarse e implementarla, la del paciente que ve una alternativa para su problema y la de un

miembro de la red de apoyo que se comprometa a participar en el proceso. Los recursos económicos, inversión de tiempo, infraestructura y demás requisitos, pueden verse con detalle en la descripción técnica que hacen los manuales de TDC. Como el propósito de este escrito no es constituirse en un manual de TDC, se remite al lector a profundizar la técnica en las siguientes referencias (Linehan, 1987), (Linehan, 1991), (Linehan et al., 1993), (Linehan et al., 2006), (Linehan, 1993) y (Koerner and Linehan, 2000)

Tabla 1

Matriz de Alcances y Limitaciones de la terapia TDC en Adolescentes con Tendencia Suicida y Autolesión

Alcances	Limitaciones	Análisis
La TDC ayuda a los individuos con tendencia suicida y autolesión a regular las emociones por medio de cada una de las técnicas que postula la terapia: La inmersión social, el autoconocimiento, el acompañamiento telefónico, la terapia familiar y las reuniones con los profesionales encargados de cada paciente (Durán y cols., 2017)	Una de las limitaciones más importante de la terapia es que si el paciente no tiene la conciencia de que está en discapacidad emocional y que necesita ayuda, su falta de reconocimiento le hará realmente difícil llevar a cabo él acercamiento (Diamond y cols., 2022).	Todos los procesos que brinda la TDC son herramientas que se abordan a partir de la experiencia, para obtener aprendizaje. Son procesos donde se involucra la conciencia del paciente para que se realice el cambio. Si el paciente no es consciente de que tiene un problema y que necesita ayuda, los procesos serán inútiles.
La TDC crea conciencia de la importancia en que los adolescentes tengan un espacio adecuado dentro de su entorno familiar, donde se incluya el idioma de la validación (el cual consiste en el desarrollo de la empatía). Entendiendo la situación por la que pasa el otro y convirtiéndose en una red de apoyo fuerte, se propende	Si el adolescente no cuenta con una red de apoyo principal como lo es la familia, los resultados son nulos o inexistentes. La TDC se basa en el trabajo en equipo entre familia del paciente y profesional (Diamond y cols., 2022).	Para que el paciente avance, se necesita de la ayuda de las redes de apoyo, siendo la más importante el entorno familiar. Uno de los factores de riesgo de emociones negativas que conllevan a tener conducta suicida o de autolesión, son las familias disfuncionales, donde el adolescente llega a aprender conductas inadecuadas o

para que el paciente salga adelante (Kothgassner y cols., 2021).		conductas incorrectas.
La TDC contextualiza el entorno del paciente, y luego, lo llevan a razonar si realmente está viviendo maltrato o es una interpretación inadecuada debida a su dolor emocional (Germán y cols., 2015).	La TDC tiene una duración de uno a dos años, por ende; si el sujeto con tendencia suicida y autolesión no tiene los recursos económicos para realizarla, esta se convierte en un ideal imposible (Boggiano, 2018).	La TDC lleva a las personas a niveles altos de reflexión y de conciencia, pero la gran limitación es que muchas de las personas que necesitan este tipo de tratamiento no pueden acceder a este tipo de terapia.
Alcances	Limitaciones	Análisis
La TDC brinda herramientas para concientizar a la familia en el desarrollo de pautas de crianza y de convivencia adecuadas, para que los adolescentes desarrollen habilidades que los lleven al buen desenvolvimiento social y puedan ser funcionales (Diamond y cols., 2022).	Un paciente no se puede definir desde la individualidad, pues, para poder entenderlo, se necesita el apoyo de sus entornos más cercanos; esto se convierte en una limitación cuando los pacientes no cuentan con redes de apoyo fuertes (M. M. Linehan y cols., 1993).	El trabajo en equipo prevalece en la TDC, este factor se puede convertir en un arduo trabajo para las instituciones y terapeutas, porque cambiar una mente es más fácil que sincronizar todo un entorno. Los pacientes necesitan de un sustento de sus redes de apoyo para poder salir adelante.
El profesional que desarrolla la TDC es consciente de que una de sus habilidades debe ser la empatía para ponerse en el mismo nivel del adolescente, logrando así, que éste lo vea como un amigo cercano que le puede brindar	Los profesionales que conocen la terapia y quieren darla a conocer y especializarse en ella, son escasos (Boggiano, 2018).	Algunos de los profesionales que se desenvuelven en un rol determinado, lo llegan hacer porque les ha tocado. Otros tantos no lo hacen por vocación, así, sería sano que los profesionales de la salud se concientizaran, se

ayuda y le genera confianza (ahí es donde las llamadas telefónicas las 24 horas, que la TDC implementa, son muy funcionales) de hecho, esto ayuda a evitar que el paciente abandone el tratamiento (M. Linehan, 1993).

preocuparan de su perfil para asumir estos roles. La TDC resalta la importancia de las cualidades que deben desarrollar los profesionales que la practican, pues es una labor demandante

<p>En la actualidad se están realizando estudios donde se combina la TDC con medicamentos psiquiátricos. La terapia se convierte en un complemento de la terapia farmacológica en el tratamiento de los trastornos severos, como, por ejemplo, la personalidad dual. No es suficiente que este tipo de pacientes, que padecen un trastorno de tipo biológico, sienta mejora con solo medicamentos (Clols, 2015).</p>	<p>La presencia de otras enfermedades mentales severas, como trastorno bipolar, trastorno del desarrollo y neuropatías, se convierten en una limitante para que el proceso se lleve de forma adecuada. Algunas instituciones o profesionales exponen esta regla como motivo de exclusión para que reciban el tratamiento con TDC (Villaran y María, 2020)</p>	<p>Las enfermedades bilógicas crónicas se convierten en una limitación para que el individuo llegue a reflexionar y ejercitarse en las habilidades de la TDC. Es por esto necesario que este tipo de pacientes tengan un trato especial, donde se controle la enfermedad mental o discapacidad primaria y después se complemente con TDC. Este tipo de interacción de terapias se está realizando y funcionan para que los pacientes tengan una mejor calidad de vida.</p>
--	---	--

Alcances	Limitaciones	Análisis
<p>Cuando el paciente avanza, logra mejorar sus relaciones interpersonales, siendo muy importante, la interacción con el terapeuta; además, se</p>	<p>El profesional se convierte en un limitante cuando no tiene el compromiso de persistir con los pacientes, cuando no sabe impartir el</p>	<p>Es importante que el profesional que va a impartir la terapia sea una persona con persistencia, que crea en lo que va a enseñar y que</p>

<p>vuelve más reflexivo, quiere socializar e integrarse. Este resultado se suma a uno de los tantos que proporciona la terapia (Sesma, 2017).</p>	<p>conocimiento, cuando se desanima con facilidad, cuando no cree en él mismo, cuando no cree en el paciente ni en la terapia (Swales y Dunkley, 2020a).</p>	<p>desarrolle habilidades de creer en el otro; que tenga la capacidad de acercarse de forma amigable a los pacientes y que, de forma imparcial, crea en ellos; esto genera que el paciente se sienta confiado y fortalecido en cuanto a su superación personal.</p>
<p>Cuando se inicia la terapia, en las primeras entrevistas se le explica al paciente todos los procesos que incluyen la terapia. Cuando los pacientes avanzan y reconocen que están enfermos, se producen transformaciones como: la aceptación al cambio, abandono de identidad de enfermo, personalidad menos influenciada, actividad reflexiva, intenciones de socializar, y, por ende, mejor relación con los padres y con ellos mismos (Sesma, 2017).</p>	<p>El paciente se convierte en una limitante, cuando no entiende el proceso terapéutico, cuando duda de la efectividad del tratamiento, cuando no hace los ejercicios, cuando se distrae con facilidad, cuando hace juicios de valor y no cree en la efectividad de la terapia (Swales y Dunkley, 2020a).</p>	<p>Es importante que se den todos los procesos mencionados en la terapia: la primera entrevista y las evaluaciones de cada proceso. Es importante que el paciente avance y entienda, y si hay dificultad en ello, se retomen los procesos para poder avanzar y afirmar un verdadero conocimiento.</p>
<p>Cuando el paciente avanza, dentro de las tantas habilidades a desarrollar, está la motivación y visión equilibrada del entorno</p>	<p>Cuando las instituciones no tienen las estructuras o las instalaciones adecuadas donde se puedan llevar los procesos de la terapia (Swales</p>	<p>No es suficiente con que exista un profesional adecuado y un paciente con motivación, es bastante importante la idoneidad del</p>

(Sesma, 2017).	y Dunkley, 2020a)	profesional, que cuente con los instrumentos adecuados y con el entorno ideal, minimizando así factores limitantes que se convierten en obstáculo para llevar a fin la terapia.
----------------	-------------------	---

Tabla 1: Fuente propia, 2023

Conclusiones

En los estudios de caso que se realizaron de Latinoamérica, se encontraron factores de distorsión en las familias, las cuales tienen que ver con las pautas de crianza, por ejemplo, sobreprotección versus autonomía. Podemos utilizar el ejemplo para entender la Dialéctica, la cual juega un papel muy importante en la TDC. Puede establecerse lo siguiente: la tesis se equipará a la sobreprotección; la antítesis, a la autonomía; y la síntesis, vendría a ser la interpretación final que hace el adolescente de los modelos de cuidado que adoptan los padres en el proceso de desarrollo con su hijo. Entonces, el adolescente a quien sus padres le dan autonomía, puede interpretar descuido y abandono. Y el adolescente que es sobreprotegido, puede interpretar que no lo dejan vivir. Pero una adecuada interpretación podría ser que el sobreprotegido piense que: “me cuidan, porque me aman y no quieren que me pase nada malo”. Esto podría generar nuevos acuerdos con sus padres. El adolescente que tiene autonomía podría interpretar: “me dan confianza, por lo tanto, me portaré bien y no los defraudaré”. Éste es el núcleo de la terapia, que el adolescente aprenda a crear una realidad funcional a partir de lo que tiene. Cuando este proceso de la terapia se entiende, se convierte en un potencial para el paciente, para su transformación.

En cuanto a los alcances de la TDC, se encuentran las herramientas que están a disposición del adolescente para la obtención de nuevas habilidades; en cuanto a la terapia se refiere, se comprueba que es efectiva. La limitación más notoria es el tiempo prolongado de aplicación, requiriendo dinero, disposición del paciente e inversión de la familia; además, profesionales adecuados y sedes adecuadas.

El propósito de la TDC no es evitar que el individuo se quite la vida, sino que, a

través del proceso, encuentre la mejor interpretación de su entorno y halle sentido a la vida; que encuentre una agradable manera de vivir.

El núcleo familiar está en deterioro por los diferentes roles que cada miembro asume en la actualidad, por ende, varias de las áreas del desarrollo de los niños carecen del cuidado suficiente para potenciar las habilidades necesarias para enfrentarse a la vida. La TDC llega a potencializar estas habilidades atrofiadas.

Las conductas autolesivas se conforman de comportamientos que son difíciles de controlar por el individuo, por ejemplo, la ansiedad es un factor que genera que una persona realice movimientos repetitivos que lastiman la piel. Para el individuo es difícil el control de estos comportamientos, y muchas veces, pierde la conciencia de lo que hace; pierde el control de sí mismo y hace que se lastime, no queriendo morir.

Cuando el individuo no tiene la capacidad de controlar sus emociones, necesita de un acompañamiento extenso, un acompañamiento con profesionales y redes de apoyo comprometidos con la causa; no se trata de generar diálogos de cómo mejorar y por qué no hacerlo; se trata es de introducir al individuo a un mundo nuevo de forma natural para que pueda trabajar en sus falencias y debilidades. La terapia TDC es una herramienta que genera los espacios adecuados para que el individuo pueda trabajar cada uno de sus entornos más cercanos. Posiblemente las sensaciones no desaparezcan, pero el paciente aprenderá a manejarlas en el momento que lleguen, y esto lo podemos relacionar con la inteligencia emocional.

La interiorización de lo que somos y la conciencia de aquello contra lo que luchamos son prácticas importantes en el día a día. Todos, aun cuando se goza de bienestar, tenemos la responsabilidad con nosotros mismos de cuidar nuestra salud

mental y éste es un trabajo de por vida, legado que se debería dejar de generación en generación como práctica educativa.

Mientras el paciente no tenga la capacidad de ver lo sencillo y dejar de buscar sucesos sobrenaturales, no podrá adentrarse en el mundo de la mejora. Cada paso de la TDC, es un avance para aquel que encuentra su valor, ayudando a ver que la vida es más sencilla de lo que parece.

Es necesario que los seres humanos conozcamos los mecanismos de nuestro cerebro, de esta manera podemos entender qué lo daña, qué le hace bien y el porqué de determinados comportamientos. Un ejemplo claro es cómo podemos entender la recompensa y el tiempo que se debe tomar para que sea beneficiosa. En la actualidad, la sociedad quiere todo de una forma inmediata, por ejemplo, es más fácil ver cortos en las redes sociales de determinada información que leer un libro completo. La recompensa inmediata es una manera de dañar el cerebro, es así como adoptamos conductas que generan bienestar momentáneo, y cuando no hay recompensa rápida, viene la ansiedad. Los procesos en diferentes terapias son largos y para poder ver los cambios necesitamos permanecer, desarrollar paciencia y resiliencia: esto solo lo podemos lograr con la meditación. Punto en contra de la TDC, la cual es un proceso que abarca entre uno a dos años de aplicación.

Recomendaciones

Una conceptualización errónea es relacionar las conductas suicidas y de autolesión con enfermedad mental, por ello, es importante realizar un estudio minucioso de cada caso para saber si realmente hay una patología o existen factores externos que estimulan al individuo a dichas conductas, como las situaciones económicas que no suplen las necesidades básicas, la falta de formación para entender que sí hay muchas maneras de solucionar los problemas; todo esto lo sustenta la pobreza extrema y una educación ineficiente y/o inexistente.

La TDC es eficaz, y muchos tratamientos pueden serlo; pero mientras las personas no cuenten con los recursos para invertir en un proceso de estos, que prácticamente tiene una duración de dos años, la desesperanza crecerá. La salud mental es un problema mundial a la que los gobernantes no le dan prioridad, siendo los pobres quienes permanecen en esa problemática y quienes son los más vulnerables en la actualidad. Se requieren políticas de estado robustas y mucha inversión económica.

La TDC, a los ojos de muchos, propone una visión idealista o utópica; utopía con la que estoy de acuerdo; como le expresa Eduardo Galeano: “La utopía está en el horizonte. Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. ¿Entonces para que sirve la utopía? Para eso, sirve para caminar”. Los seres humanos necesitan volver a la meditación y a la reflexión, estos ejercicios nos convierten en seres más conscientes de nuestro existir, más bondadosos, más altruistas y nos llevan a cumplir la frase del filósofo Aristóteles: “el ser humano es social por naturaleza”. Al ejercitarnos para ser mejor con los otros, al ejercitarnos en nuestra

naturaleza, se nos abre la oportunidad de ver que podemos ser bondadosos con nosotros mismos, y así, poder superar cualquier obstáculo, bajo la adecuada interpretación de nuestro entorno. El hombre, en el transcurso del tiempo, avanzó en la ciencia y la técnica, y muchas cosas se facilitaron, como la comunicación instantánea a distancia, y muchos otros beneficios que nos trajeron comodidad. Pero, a la manera en que lo dice Isaac Asimov cuando escribe: “El aspecto más triste de la vida en este momento es que la ciencia recopila conocimiento más rápido de lo que la sociedad adquiere sabiduría”; así mismo, la sociedad se ha concentrado en este avance técnico y se ha alejado de lo humano, del desarrollo de sus habilidades innatas; más aún, se ha olvidado de algo que requiere mucha ejercitación: la empatía; aquélla que nos permite descifrar nuestro entorno y recuperar la comunicación paraverbal con el otro, sacándonos del individualismo, alterando así las pasiones básicas de nuestro ser primitivo, egocentrista y destructor. Es necesario volver atrás, a lo sencillo, a la conexión con la naturaleza –don divino por excelencia– y crear conciencia para desarrollar virtud humana, sin dejar de aprovechar las bondades del hoy, viviendo en el presente.

Las personas que se suicidan normalmente no lo quieren hacer, simplemente encuentran una solución a su sufrimiento.

Referencias

- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR (TM))*. American Psychiatric Association Publishing, Arlington, TX, Estados Unidos de América.
- Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., Vitiello, B., Keller, M., Birmaher, B., McCracken, J., Mayes, T., Berk, M., y Brent, D. A. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 50(8):772–781.
- Barrigón, M. L. y Baca, E. (2018). Retos actuales en la investigación en suicidio. *Rev. psiquiatr. salud ment.(Barc., Ed. impr.)*, pages 1–3.
- Boggiano, P. G. J. (2018). *Terapia Dialectico Conductual*. Tres Olas.
- Bryan, C. J., Morrow, C. E., Anestis, M. D., y Joiner, T. E. (2010). A preliminary test of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in a military sample. *Personality and Individual Differences*, 48(3):347–350.
- Capano, A. y Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias Psicológicas*, 7:83 – 95.
- Carrasco, J. L. O. (2022). *Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida*, volumen 376. Universidad Almería.
- Castellví, P., Lucas-Romero, E., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Roca, M., Rodríguez-Marín, J., Rodríguez-Jimenez, T., Soto-Sanz, V., y Alonso, J. (2017). Longitudinal association between self-injurious thoughts

- and behaviors and suicidal behaviors in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *J. Affect. Disord.*, 215:37–48.
- Castro, J. (2014). Autolesión no suicida en adolescentes peruanas: Una aproximación diagnóstica y psicopatológica. *Rev. Neuropsiquiatr.*, 77(4):226.
- Clols, M. G. (2015). Application of dialectical behavioral therapy in the treatment of borderline personality disorder and dual pathology. *Psychopathology and mental health of children and adolescents*, 26:81–88.
- Curtin, S. C., Warner, M., y Hedegaard, H. (2016). Increase in suicide in the United States, 1999-2014. *NCHS Data Brief*, pages 241, 1–8.
- De la Vega, I. y Sánchez, S. (2013). Dialectical behavioral therapy in borderline personality disorder. *Acción Psicológica*, 10(1):45–56.
- Defensoría, C. (2022). Defensor advierte un aumento del suicidio de menores de edad. *Defensoría*.
- Del Rosario, M., Cancino-Marentes, M. E., y Figueroa Varela, M. d. R. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Rev. Cub. Salud Pública*, 44(4):200–216.
- Diamond, G., Kodish, T., Ewing, E. S. K., Hunt, Q. A., y Russon, J. M. (2022). Family processes: Risk, protective and treatment factors for youth at risk for suicide. *Aggression and Violent Behavior*, 64:101586.
- Durán, L., Marcela, L., Olaya Riascos, D. C., y Puentes Ramírez, C. A. (2017). Efecto de un programa de intervención con DBT para la reducción de la conducta autolesiva no suicida. *Memorias de Investigación Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO*.

- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD, 2 edition.
- Fernández, M. Á. R., García, M. I. D., y Crespo, A. V. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Uned.
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
- Georgas, J., Mylonas, K., Bafiti, T., Poortinga, Y. H., Christakopoulou, S., Kagitcibasi, C., Kwak, K., Ataca, B., Berry, J., Orung, S., Sunar, D., Charalambous, N., Goodwin, R., Wang, W.-Z., Angleitner, A., Stepanikova, I., Pick, S., Givaudan, M., Zhuravliova-Gionis, I., Konantambigi, R., Gelfand, M. J., Marinova, V., McBride-Chang, C., y Kодиç, Y. (2001). Functional relationships in the nuclear and extended family: A 16-culture study. *International Journal of Psychology*, 36(5):289–300.
- Germán, M., Smith, H. L., Rivera-Morales, C., González, G., Haliczzer, L. A., Haaz, C., y Miller, A. L. (2015). Dialectical behavior therapy for suicidal latina adolescents: Supplemental dialectical corollaries and treatment targets. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2):179–197. PMID: 26160622.
- González, L. F., Vasco-Hurtado, I. C., y Nieto-Betancurt, L. (2017). Revisión de la literatura sobre el papel del afrontamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16(1):41–56.
- Grube, M. (2004). Which types of aggressive behaviour are associated with suicidal and self-injurious behaviour at the time of admission? *Psychopathology*, 37(1):41–49.

- Guerreiro, D. F., Sampaio, D., y Figueira, M. L. (2014). *Comportamentos autolesivos em adolescentes: Características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping*” (informe relatoría de investigação). Universidad de Lisboa, Portugal.
- Hamza, C. A., Stewart, S. L., y Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clin. Psychol. Rev.*, 32(6):482–495.
- Harvey, D. (2018). La Dialéctica. *Territorios*, pages 245 – 272.
- Hiller, A. D. y Hughes, C. D. (2022). Dialectical behavior therapy for adolescents: Treatment outcomes in an outpatient community setting. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 0(0):1–18.
- Johnstone, O. K., Marshall, J. J., y McIntosh, L. G. (2022). A review comparing dialectical behavior therapy and mentalization for adolescents with borderline personality traits, suicide and self-harming behavior. *Adolescent Research Review*, 7(2):187–209.
- Joiner, T. E. (2007). *Why people die by suicide*. Harvard University Press, Londres, Inglaterra.
- Koerner, K. y Linehan, M. M. (2000). Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 23(1):151–167.
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscava, M. M., Schmahl, C., y Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychological*

- Medicine*, 51(7):1057–1067.
- Lai, K. W. y McBride-Chang, C. (2001). Suicidal ideation, parenting style, and family climate among hong kong adolescents. *International Journal of Psychology*, 36(2):81–87.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press, 1 edition.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavioral therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *J. Pers. Disord.*, 1(4):328–333.
- Linehan, M. M. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 48(12):1060.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K., y Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 63(7):757–766.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., y Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 50(12):971–974.
- López, R. y Alejandro, M. (2020). Evaluación de un programa de resolución de problemas en la ideación suicida en adolescentes. *Maestría en Psicología*.
- Mancuso, H. R., Flores, G. E., Poblete, D. G., Marchisio, S. A., Campo, Z. G., Campo, C. I., Wald, A., Gayol, D. S., Leiman, M., Garay, C. J., et al. (2017). 223. aproximación a la epistemología del dolor (iv): Post-modernidad. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat*,

63(4):223–227.

McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korlund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, M., Gallop, R., et al. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 75(8):777–785.

Milner, A., Sveticic, J., y De Leo, D. (2013). Suicide in the absence of mental disorder? a review of psychological autopsy studies across countries. *Int. J. Soc. Psychiatry*, 59(6):545–554.

OPS (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0*. Organización Panamericana de la Salud.

Quiroga, E. y Errasti, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*.

Rathus, J. H., Berk, M. S., Miller, A. L., y Halpert, R. (2020). Chapter 8 - dialectical behavior therapy for adolescents: a review of the research. In Bedics, J., editor, *The Handbook of Dialectical Behavior Therapy*, pages 175–208. Academic Press.

Rathus, J. H. y Miller, A. L. (2000). DBT for adolescents: Dialectical dilemmas and secondary treatment targets. *Cogn. Behav. Pract.*, 7(4):425–434.

Rathus, J. H. y Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2):146–157. PMID: 12079031.

Sesma, E. (2017). *Análisis del discurso de un grupo de adolescentes con trastorno de conducta tras haber participado en el entrenamiento en Habilidades*

- Psicosociales de Terapia Dialéctica Conductual: una investigación*. PhD thesis, Universidad del País Vasco.
- Spirito, A., Webb, M., Cheek, S., Wolff, J., y Esposito-Smythers, C. (2021). An Update on the Latest Treatment Approaches with Suicidal Adolescents. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 8:64 – 76.
- Swales, M. y Dunkley, C. (2020a). Principios de la evaluación de habilidades en la terapia conductual dialéctica. *RET: revista de toxicomanías*, 1(84):27–43.
- Swales, M. y Dunkley, C. (2020b). Principles of skills assessment in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(1):18–29.
- Testa, R. J., Michaels, M. S., Bliss, W., Rogers, M. L., Balsam, K. F., y Joiner, T. (2017). Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors. *J. Abnorm. Psychol.*, 126(1):125–136.
- Tizón, J. L. (2017). ¿trastorno límite de personalidad, trastorno por inestabilidad emocional o trastorno por desequilibrio emocional?: Una actualización para la aps. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 24(9):492–510.
- Torío López, S., Peña Calvo, J. V., y Inda Caro, M. (2008). Estilos de educación familiar. *Psicothema*.
- Vega, I. d. I. y Sánchez, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10:45 – 56.
- Villaran, D. y Maria, V. (2020). Reducción de conductas que atentan contra la vida en adolescentes con la terapia dialéctico conductual. *Universidad de Lima*.
- Villarroel, J., Jerez C, S., Montenegro M, M. A. A., Montes A, C., Igor M, M., y Silva I, H. A.

- (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51:38 – 45.
- Vásquez, E. R. (2016). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79:108 – 118.
- Waltereit, R., Uhlmann, A., y Roessner, V. (2018). Adolescent psychiatry—from the viewpoint of a child and adolescent psychiatrist. *European Child & Adolescent Psychiatry*.
- Waltereit, R., Uhlmann, Anne Ehrlich, S., y Roessner, V. (2020). What happened to the concept of adolescence crisis? *European Child & Adolescent Psychiatry*, pages 1617–1619.
- Watts, A. (2017). *Psychotherapy East & West*. New World Library.
- Whitaker, C. (2004). Psychotherapy of the absurd: With special emphasis on the psychotherapy of aggression. *Family Process*, 14:1 – 16.
- Who (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. World Health Organization, Genève, Switzerland.
- Zaragozano, J. F. (2017). Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Boletín de la sociedad de pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*, 47(2):37–45

Apéndices

Apéndice A Modelos de Intervención

Modelos de intervención	Intervención primaria del modelo	Rol de la familia	Tipo de modalidad familiar	Objetivo primario para la intervención de familia
TCC + medicación (TAIS)	Uso de la TCC-PS + medicación	Proceso secundario	Programa de psicoeducación unifamiliar	Análisis de cadena, planificación de seguridad y estrategias de afrontamiento con cierta atención al proceso familiar
I-TC	Modelo E-O-R-C para el entendimiento y tratamiento del problema conductual	Proceso secundario.	Programa de psicoeducación unifamiliar + articulación de sesiones familiares	Compromiso y seguimiento de los padres. En sesión familiar se aplican habilidades aprendidas para abordar problemas
SEGURIDAD:	Programa socio ecológico para cambio comportamental, promoción de cuidado y	Proceso secundario	Programa de psicoeducación unifamiliar + sesiones de terapias familiares	Aprecio mutuo, aprendizaje de habilidades, resolución de problemas

	reducción de factores de riesgo			
TDC	Mejoramiento de la regulación emocional del adolescente	Proceso secundario	Grupo de psicoeducación multifamiliar + sesiones de terapia familiares	Autorregulación parental y crianza empática
Terapia de mentalización	Terapia psicodinámica conversacional y de exploración, promocionando la mentalización sobre sí mismo	Proceso secundario	Sesiones de terapia individual y familiar	Exploración de sentimientos y necesidades que impulsan problemas de comportamiento
Terapia familiar basada en apego	Terapia interpersonal familiar de procesos orientados a identificar y trabajar a través de rupturas entre las relaciones entre padres y adolescentes	Objetivo primario y mecanismo de cambio	Sesiones de terapia familiar	En la sesión, se experimenta el apego correctivo que trabaja a través de la ruptura familiar y nuevas habilidades de relaciones interpersonales

Nota: Información tomada de (Diamond y cols., 2022).

Apéndice B Terminología y Definiciones de Autolesión no Suicida

Autor	País	Tipo de estudio	Término usado	Definición
Guerreiro y Sampaio (2013).	Portugal	Revisión bibliográfica	Comportamiento autolesivo (CAL)	Comportamiento con resultado no fatal, en el que el individuo
Ferreira et al. (2012)	Portugal	Estudio cuantitativo de corte retrospectivo transversal	Conducta Autolesiva (SIB)	deliberadamente hizo uno de los siguientes actos: inició el comportamiento con intención de causarse lesiones a sí mismo (por ejemplo: cortarse, saltar desde alturas); ingerir una sustancia en dosis excesiva en relación con la dosis terapéutica reconocida; ingerir una droga ilícita, un acto que la persona ve como de autoagresión; ingerir una sustancia u objeto no ingerible.

Manca et al. (2013).	Italia	Estudio cuantitativo de experimental	Trastorno de Autolesión No suicida	Conducta por medio de la cual el individuo se inflige intencionadamente lesiones en la superficie corporal. Tales lesiones suelen producir sangrado, hematoma o dolor, con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado. Además, esta debe realizarse para aliviar un sentimiento o estado cognitivo
American Psychiatric Association (2013)	Estados Unidos	Estudio cuantitativo de experimental	Trastorno de Autolesión No suicida	Autodestrucción deliberada, directa, autoinfligida de
Glenn y Klonsky (2013).	Estados	Estudio cuantitativo de experimental	Trastorno de Autolesión No suicida	los tejidos del cuerpo, sin intención suicida y para fines no
Klonsky y Muehlenkamp (2007)	Unidos	Revisión bibliográfica	Autolesiones No suicidas (NSSI)	socialmente sancionados; con

	Estados Unido		Autodestrucción deliberada, directa, autoinfligida de los	comportamientos que incluyen cortarse, pegarse en la cabeza, quemarse, pegarse a sí mismo, rasguñarse hasta el punto de sangrar; e interferir con la curación de heridas.
Nock (2010)	Estados Unidos	Estudio cuantitativo de cuasiexperimental	Autolesiones No suicidas (NSSI)	Autodestrucción deliberada, directa, autoinfligida de los tejidos del
Muehlenkamp Brausch (2011)	Estados Unidos	Revisión bibliográfica	Autolesiones No suicidas (NSSI)	cuerpo, sin intención suicida y para fines no
Favazza (2012)	Estados Unidos	Revisión bibliográfica	Autolesiones No suicidas (NSSI)	socialmente sancionados; con comportamientos
Muehlenkamp et al. (2012)	Estados Unidos	Revisión bibliográfica	Autolesiones No suicidas (NSSI)	que incluyen cortarse, pegarse en la cabeza, quemarse, entre otros.
Hamza et al. (2012)	Canadá	----	Autolesiones No suicidas (NSSI)	Autodestrucción deliberada, directa,
Albores, et al. (2014)	México	Observacional,	Autolesiones No	autoinfligida de

México		descriptivo, transversal, comparativo a partir de una muestra no probabilística	suicidas (NSSI)	los tejidos del cuerpo, sin intención suicida y para fines no socialmente sancionados; con comportamientos
Mollá, et al. (2015)	España	Revisión bibliográfica	Autolesiones No suicidas (NSSI)	que incluyen cortarse, pegarse en la cabeza, quemarse, entre otros.
Hintikka, et al. (2009)	Finlandia	Estudio cuantitativo de corte Cuasiexperimental	Autolesión deliberada (AD)	Todo aquel comportamiento con resultado no fatal, que es sancionable
Frías et al. (2012)	España	Revisión bibliográfica	Autolesión deliberada (AD)	culturalmente y que una persona realiza de manera deliberada para hacerse daño
Castro et al. (2014)	España	Estudio cuantitativo de corte experimental	Conducta autodestructiva (CA)	Toda conducta dirigida a dañarse a sí mismo en un sentido amplio, considerando aspectos físicos, directos e indirectos, y

Nota: Tomado de Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, Vol. 16, N.º. 1, págs. 43-44.
(González y cols., 2017)

Apéndice C. Definición de TLP: Trastorno Límite de la Personalidad

El TLP es una Patología: cuya incidencia está entre el 1 % y 6 % de la población, con un cuadro clínico en el que las personas presentan un bajo control emocional, alto nivel de impulsividad, gran probabilidad de autolesión y tendencias suicidas; sumado a todo esto, los fracasos en las relaciones interpersonales, con apegos insanos que producen ansiedad, el miedo a la soledad y la Hipersensibilidad: al momento de interactuar con la sociedad, son implicaciones que se acentúan (Tizón, 2017).

En el transcurso de la historia de la psicopatología y la psiquiatría, se han intentado dar diferentes nombres al TLP, relacionando los cambios de ánimo con la impulsividad, y es así cómo Bonet, en 1684, propone el nombre de Folie Maniaco-Mélancolique. Con el paso del tiempo, la psiquiatría francesa lo menciona como Folie- Circulare. El TLP llegó a identificarse con más de 40 nombres, entre esos la neurosis límite, cuadros liminares, neurosis borderline (puede traducirse como línea límite), entre otros. El nombre con el cual se mantuvo por mucho tiempo fue *borderline*, por ser el más cercano al concepto que describe a las personas que no son, ni psicóticas, ni neuróticas; estas personas están en la frontera entre la cordura y la 'locura'. Hoy en día, después de tantos cambios en el término, se define -desde el DSM-III hasta el DSM -5-, como: Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite (en la CIE-10) o trastorno límite de personalidad (Tizón, 2017).

Según el manual de Diagnóstico DMS-V (American Psychiatric Association, 2022), la experiencia que vive una persona con Trastorno Límite de Personalidad, esta demarcada por algunas de las siguientes características (se ha determinado que cinco

de estas características son suficientes para diagnosticar TLP):

Sufrimiento profundo al sentir o imaginar que los abandonan.

Idealización o devaluación de las personas con las que se relacionan. Con frecuencia, una inadecuada interpretación en su auto-percepción.

Comportamientos excesivos en: drogas, sexo, atracones de comida, conducción inadecuada, entre otras; que se consideran como comportamientos autolesivos.

Tendencias a tener comunicados y comportamientos de suicidio y auto-mutilación.

Momentos de intensidad en los siguientes comportamientos: disforia, irritabilidad y ansiedad, con una duración de unas cuantas horas, y en pocos casos, algunos días.

Profunda sensación de vacío. Enfado intenso sin explicación.

Ideación paranoide: temporales que las relacionan con el estrés.

El TLP, cuando avanza, es acusado de ser bastante grave y hay una correlación de las personas que lo padecen con los entornos de vulnerabilidad dónde viven, como lo son los lugares de pobreza y los bajos estratos socio-económicos; además, estos pacientes tienden a caer en derrota social y marginación, siendo frecuente que adolescentes y adultos padezcan problemas legales, encarcelamiento y reclusión en centros de rehabilitación (Tizón, 2017). Según Vásquez (Vásquez, 2016), existen dos factores responsables del trastorno de TLP: uno es el hereditario o vulnerabilidad biológica; y el otro, es el de un entorno invalidante, el cual hace referencia a la poca aceptación, por parte del otro, ante los sentimientos y experiencias que tiene el individuo cuando se enfrenta a diferentes realidades en su vivir.

Apéndice D Acrónimos y Glosario

E-O-R-C Estímulo Organismo Respuesta Consecuencias.

Hipersensibilidad: Se relaciona con una personalidad que da trascendencia a todos los sucesos en su entorno, con baja tolerancia y bajo nivel de resolución de problemas.

Ideación paranoide: Trastorno mental donde la persona tiene la sensación de ser perseguido, que se le quiere hacer daño o que no se le da el valor que merece, estos sentimientos se dan en un nivel más bajo que en la idea delirante.

I-TCC Terapia Integrada Cognitivo-Conductual.

OMS Organización Mundial de la Salud.

Patología: Ciencia que estudia las enfermedades, en psicología el concepto de patología se relaciona con determinada enfermedad en un individuo, como lo son los pensamientos inadecuados, emociones, estados de ánimo, y conductas desadaptativas, inadaptadas y desproporcionadas que se repiten una y otra vez.

SEGURIDAD: SEGURIDAD (SAFETY) es una terapia es un programa familiar basado en un modelo cognitivo-comportamental y socio-ecológico para el cambio de conducta.

TAIS Tratamiento para Adolescentes con Intentos Suicidas.

TCC Terapia Cognitivo-Conductual.

TCC-PS Terapia Cognitivo-Conductual para Prevención Suicida.

TDC Terapia Dialéctico-Conductual.

TIPS Teoría Interpersonal-Psicológica del Suicidio.

TLP Trastorno Límite de la Personalidad.

TSCAA Tendencia Suicida y Conductas de Autolesión en Adolescentes.