



Facultade de Psicoloxía

Trabajo Fin de Máster

**Modalidad 1: revisión sistemática
con propuesta aplicada**

Autor/a del TFM

Cicatrices Invisibles

El impacto del Maltrato Infantil en las conductas suicidas y el papel de las variables mediadoras

Iraide Martínez Serrano

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Año 2024

Trabajo Fin de Máster presentado en la Facultade de Psicoloxía de la Universidade de Santiago de Compostela
para la obtención del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Índice

Resumen.....	4
Abstract.....	5
Introducción.....	6
1. Maltrato o abuso infantil.....	6
2. Conducta suicida.....	11
3. Relación entre maltrato infantil y las conductas suicidas.....	14
4. Objetivos.....	16
Método.....	18
Resultados.....	22
Características generales de los artículos.....	22
Relación entre el MI y la conducta suicida.....	23
Variables mediadoras entre el MI y la conducta suicida.....	27
1. Factores mediadores de riesgo entre el MI y la conducta suicida.....	27
Factores personales.....	27
Variables relacionadas con la salud mental.....	27
Variables cognitivas y emocionales.....	29
Variables conductuales.....	30
Variables relacionadas con la salud.....	31
Factores psicosociales.....	32
2. Factores mediadores de protección entre el MI y la conducta suicida.....	33
Factores personales.....	33
Variables cognitivas y emocionales.....	33
Variables conductuales.....	34
Variables fisiológicas.....	34
Resiliencia.....	34
Factores psicosociales.....	35
Discusión.....	36

Propuesta Aplicada.....	46
Justificación.....	46
Protocolo de intervención.....	48
1. Destinatarios de la intervención.....	48
2. Evaluación.....	48
3. Objetivos.....	49
4. Formato, estructura y contenido del programa.....	49
Conclusiones.....	58
Referencias Bibliográficas.....	60
Índice de Tablas.....	70
Índice de Figuras.....	71
Anexos.....	72

Resumen

El Maltrato Infantil (MI) hace referencia a todo tipo de abuso o negligencia que afecte a cualquier niño o adolescente menor de edad y se clasifica en 4 tipos principales: abuso sexual, emocional, físico y negligencia. Esta circunstancia traumática conlleva numerosos efectos adversos en los ámbitos cognitivo, físico, conductual, emocional y social; las conductas suicidas constituyen una de las consecuencias más graves derivadas del MI.

En el presente trabajo se llevó a cabo una revisión bibliográfica con un doble objetivo: analizar la relación entre el MI y las conductas suicidas, e identificar posibles variables mediadoras en esta relación. Los resultados reflejaron que la asociación entre el MI y las conductas suicidas es significativa, aunque en algunas ocasiones la vinculación entre ambos fenómenos se explica, total o parcialmente, por distintas variables mediadoras. A este respecto, la literatura ha identificado distintas variables que se pueden clasificar en factores de riesgo y factores de protección; a su vez, estos factores pueden dividirse en dos subgrupos: personales y psicosociales.

Por último, basándose en los fundamentos de la Terapia Dialéctica Conductual para Adolescentes (TDC-A), y teniendo en cuenta las variables relevantes detectadas en la revisión, se realizó una propuesta de intervención con el fin de disminuir tanto las conductas suicidas como el impacto del trauma derivado del MI.

Palabras clave: Maltrato infantil, Conductas suicidas, Variables mediadoras, Intervención psicológica.

Número de palabras del trabajo: 35.942

Abstract

Child Maltreatment (CM) refers to any form of abuse or neglect that affects a child or adolescent under the age of 18 and is classified into four main types: sexual, emotional, and physical abuse, as well as neglect. This traumatic experience leads to numerous adverse effects across cognitive, physical, behavioral, emotional, and social domains, with suicidal behaviors being one of the most severe consequences of CM.

The present study conducted a literature review with a dual objective: to analyze the relationship between CM and suicidal behaviors and to identify the potential mediating variables in this association. The findings indicated that the connection between CM and suicidal behaviors is significant; however, in some cases, this relationship is fully or partially explained by different mediating variables. In this regard, the literature has identified various variables that can be categorized into risk and protective factors, which in turn can be further classified as either personal or psychosocial.

Finally, based on the principles of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents (DBT-A) and considering the relevant variables identified in the review, an intervention proposal was developed with the aim of reducing both suicidal behaviors and the impact of trauma resulting from CM.

Keywords: Child maltreatment, Suicidal behaviors, Mediating variables, Psychological intervention.

Introducción

1. Maltrato o abuso infantil

La primera definición de maltrato infantil (MI) fue expuesta por Henry Kempe, quien lo definió como el empleo intencionado de la fuerza física, con el objetivo de causar daño a un niño, llevado a cabo por sus progenitores (Kempe et al., 1962). En cambio, hoy en día, el MI hace referencia a todo tipo de abuso o negligencia que afecte a cualquier niño o adolescente menor de edad. Esto incluye diversas formas de maltrato, ya sea físico, emocional, abuso sexual, abandono, negligencia, o explotación comercial u otro tipo de explotación, que perjudique negativamente la salud, el desarrollo o la dignidad del menor, o que ponga en riesgo su vida, especialmente cuando haga referencia a una relación de responsabilidad, confianza o poder (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

La clasificación de los distintos tipos de MI ha sido objeto de debate en la literatura, ya que no existe un consenso sobre una tipología unificada. Tradicionalmente, el MI se categoriza en cuatro tipos principales: abuso sexual, abuso emocional, abuso físico y negligencia, tal como señala Aparicio (2008). No obstante, algunos autores, como Copeland et al. (2018) y Li et al. (2023), proponen una clasificación más detallada de la negligencia, dividiéndola en dos subtipos específicos: negligencia física y negligencia emocional. Asimismo, diversos autores han propuesto la inclusión de otras formas de MI que amplían las categorías tradicionales. Entre estas se encuentran la mendicidad, la corrupción, la explotación laboral, el maltrato prenatal, el síndrome de Münchhausen por poderes y el maltrato institucional (Palacios et al., 1995; Santana-Tavira et al., 1998).

En este contexto, es pertinente definir con mayor precisión las categorías tradicionales del MI para comprender su alcance y características distintivas.

En primer lugar, la negligencia se describe como una falta notable de atención hacia las necesidades materiales y físicas del niño, incluyendo aspectos como la provisión de alimentos, ropa adecuada, atención a la salud, así como el seguimiento de sus vínculos sociales, rendimiento académico, desarrollo profesional y su paradero en general (Falgares et al., 2018).

El abuso emocional o psicológico, en cambio, se considera como un patrón persistente de interacción que afecta negativamente el desarrollo emocional, social y cognitivo del menor. Esta forma de maltrato se caracteriza por la imposición de un control excesivo, manipulaciones y dinámicas que deterioran la autoestima y el bienestar emocional del niño. Entre las manifestaciones más comunes de este tipo de abuso se encuentran la humillación, la generación de temor extremo, la manipulación cognitiva, la corrupción y la privación intencionada de necesidades básicas o de bienes valorados por el menor (Falgares et al., 2018).

Por otro lado, el abuso físico se establece como una forma de maltrato que implica la realización de actos violentos hacia el menor, con la capacidad de provocar daño físico. Este tipo de abuso puede manifestarse a través de diversas acciones agresivas, como el uso de objetos contundentes (entre ellos cinturones, varas, u otros implementos) que son empleados para infligir dolor o lesiones. Asimismo, incluye agresiones físicas directas, tales como golpes, empujones, patadas o cualquier otro tipo de contacto físico que se ejerza de manera violenta contra el niño. Estas conductas no solo comprometen su integridad física, sino que también pueden tener repercusiones graves en su bienestar emocional y psicológico (Falgares et al., 2018).

Por último, el abuso sexual hace referencia a cualquier tipo de interacción física, contacto o comportamiento de naturaleza sexual que resulta inapropiado para la edad o el nivel de desarrollo del infante. Este tipo de maltrato puede incluir desde contacto físico no deseado hasta insinuaciones verbales o no verbales de carácter sexual, y puede ser ejercido por adultos u otras personas en una posición de poder o confianza sobre el niño. Estas acciones transgreden los límites personales y pueden ocasionar un daño significativo en su bienestar, generando consecuencias que se extienden a largo plazo en su desarrollo integral (Falgares et al., 2018).

En lo que respecta a las cifras de prevalencia, existen múltiples datos dependiendo del país y el tipo de abuso (Fondo de las Naciones Unidas para los Niños [UNICEF], 2022). A nivel global, la OMS (2022) asegura que 3 de cada 4 niños, de entre 2 y 4 años, sufren regularmente abuso físico o emocional ejercido por los padres o cuidadores, lo cual afecta a unos 300 millones de niños en todo el mundo. Asimismo, 1 de cada 13 varones y 1 de cada 5 mujeres afirman haber sufrido abuso sexual siendo menores de edad.

En España, durante el año 2021, se registraron un total de 21.521 notificaciones de abuso infantil, lo que supuso un incremento del 37,18% en comparación con el año anterior. No obstante, es importante señalar que, al igual que ocurre a nivel internacional, existe un importante subregistro en estos casos. La forma más prevalente de MI fue la negligencia, que representó el 42,75% de los casos, seguida del abuso emocional, el abuso físico y el abuso sexual. En cuanto a la distribución por nacionalidad, el 70,7% de las notificaciones correspondieron a personas de nacionalidad española, con más de la mitad de los casos afectando a adolescentes de entre 11 y 17 años. Además, el 32,01% de los casos registrados involucró a menores de entre 11 y 14 años. Sin embargo, este dato no necesariamente implica que esta sea la edad con mayor incidencia, dado que la identificación de víctimas en el grupo de 0 a 6 años presenta mayores dificultades. En relación con el género, no se observaron diferencias significativas en el total de notificaciones, aunque las niñas presentaron una mayor proporción en los casos de abuso físico y abuso sexual, siendo esta última diferencia estadísticamente significativa (Ministerio de Sanidad, 2024).

En relación con las situaciones de riesgo que incrementan la probabilidad de que un menor sea víctima de MI, la literatura existente se fundamenta, mayoritariamente, en el modelo socioecológico como marco teórico explicativo. Este modelo proporciona una perspectiva integral para analizar las complejas interacciones entre diversos factores que influyen en la salud y el desarrollo humano. En particular, este enfoque se organiza en varios niveles interrelacionados: individual, interpersonal, comunitario y social (Austin, Lesak & Shanahan, 2020) (véase figura Anexo 1).

Comenzando con el nivel individual, se han identificado múltiples factores que aumentan la susceptibilidad al MI. Entre ellos, la edad del menor constituye un elemento significativo, destacándose que los niños entre 1 y 3 años presentan una mayor vulnerabilidad frente al maltrato. Asimismo, el sexo también desempeña un papel relevante, ya que la incidencia de ciertos tipos de maltrato, como el abuso sexual, se reporta con mayor frecuencia en niñas, tal como se ha señalado previamente. Además, los menores con necesidades especiales se encuentran en una situación de mayor riesgo. Concretamente, niños que presentan trastornos mentales, enfermedades físicas crónicas u otras condiciones de diversidad funcional enfrentan una probabilidad más alta de sufrir MI (Austin et al., 2020).

En el nivel interpersonal la atención se centra predominantemente en los cuidadores principales del menor y en su entorno familiar. Factores como la pobreza, los trastornos de salud mental y el consumo de sustancias por parte de los progenitores, así como la violencia de pareja, se consideran determinantes clave en la incidencia del MI (Austin et al., 2020). Aunque este fenómeno puede ocurrir en cualquier estrato social, su prevalencia tiende a ser mayor en familias que enfrentan desventajas económicas y en aquellas donde los cuidadores tienen niveles educativos limitados (Muñoz-Rodríguez, 2006). Estas circunstancias socioeconómicas crean un ambiente propenso a las tensiones y al estrés, lo que puede facilitar las dificultades parentales y aumentar el riesgo de conductas de maltrato (Centers For Disease Control and Prevention [CDC], 2024). La pobreza no solo implica una falta de recursos financieros, sino también problemas para satisfacer necesidades básicas como vivienda, alimentación y atención médica, lo que agrava la vulnerabilidad de los niños a ser maltratados (Austin et al., 2020).

A nivel comunitario, los factores relacionados con el entorno social desempeñan un papel importante en el riesgo de enfrentar MI. Comunidades caracterizadas por altos niveles de criminalidad y violencia, así como aquellas con elevados índices de pobreza y oportunidades económicas o educativas limitadas, crean un entorno desfavorable para el bienestar infantil (Austin et al., 2020; CDC, 2024). Adicionalmente, vecindarios donde el acceso al alcohol y a sustancias ilícitas es frecuente, el desempleo es elevado y la cohesión comunitaria es escasa, tienden a exacerbar la probabilidad de que los niños sean víctimas de maltrato (CDC, 2024).

Finalmente, a nivel social, se destacan las políticas públicas, las tendencias socioeconómicas y las normas culturales como factores que influyen en la posibilidad de experimentar MI. En este contexto, políticas económicas como los sistemas de impuestos regresivos han sido identificadas como contribuyentes potenciales a este problema. Este tipo de políticas fiscales, al imponer una mayor carga tributaria proporcional sobre los hogares con ingresos más bajos, generan un impacto desmesurado en las familias en situación de vulnerabilidad económica. De igual modo, las variaciones en los precios de bienes esenciales, como alimentos, medicamentos o servicios básicos, pueden agravar la precariedad en los hogares, incrementando la presión económica y reduciendo los recursos necesarios para garantizar un entorno seguro para los menores. Estas dinámicas, combinadas con

desigualdades estructurales y normas culturales que desestiman el bienestar infantil, intensifican considerablemente el riesgo de MI a nivel social (Austin et al., 2020).

Además, la literatura pone de manifiesto que el MI deriva en consecuencias perjudiciales en función de determinados aspectos relacionados propiamente con el maltrato. Concretamente, las características específicas de las experiencias de abuso o negligencia infantil son determinantes de estos efectos negativos. Entre estas características, el momento del desarrollo en el que se produce el maltrato adquiere especial relevancia, dado que las etapas más tempranas de la infancia son especialmente vulnerables. Asimismo, la duración y la frecuencia de estas experiencias constituyen aspectos críticos, ya que una exposición prolongada o recurrente incrementa significativamente el riesgo de un impacto más adverso. La gravedad de los eventos también es crucial, siendo los casos más severos aquellos con mayor probabilidad de generar repercusiones profundas. Por último, el tipo de maltrato desempeña un papel diferencial en los resultados, variando sus efectos según se trate de abuso físico, emocional, sexual o negligencia (Petersen et al., 2014).

En consonancia con lo mencionado en líneas anteriores, se ha demostrado que el MI trae consigo una amplia variedad de efectos adversos que inciden de manera significativa en los ámbitos cognitivo, físico, social, conductual y psicológico, comprometiendo de forma profunda el desarrollo integral de quienes lo padecen (Alarcón-Forero et al., 2010; Frías-Armenta, 2015; López-Navarrete et al., 2008; Petersen et al., 2014).

En el plano cognitivo, las personas perjudicadas suelen experimentar alteraciones en las funciones ejecutivas y atencionales, lo que repercute negativamente en su capacidad de autorregulación conductual. Estas dificultades atencionales aumentan la vulnerabilidad al desarrollo de trastornos neuropsiquiátricos, como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (Petersen et al., 2014). De igual forma, muchas víctimas presentan niveles reducidos de autoestima, lo que constituye una consecuencia directa de las experiencias adversas vividas (Alarcón-Forero et al., 2010).

Desde una perspectiva física, se ha documentado una mayor prevalencia de trastornos gastrointestinales entre las víctimas, los cuales pueden atribuirse al estrés emocional crónico, a manifestaciones de somatización o a una mayor sensibilidad del sistema nervioso visceral (Alarcón-Forero et al., 2010). Además, el MI se asocia con un riesgo elevado de desarrollar enfermedades como obesidad, hipertensión, diabetes y problemas cardiovasculares,

condiciones que a menudo están vinculadas al impacto del estrés crónico prolongado (López-Navarrete et al., 2008).

En el ámbito psicosocial y conductual, el MI repercute de manera significativa en la capacidad de las víctimas para establecer relaciones interpersonales sólidas y saludables. Además, se ha constatado que las personas afectadas suelen manifestar problemas externalizantes, como conductas agresivas, que frecuentemente están asociadas a comportamientos delictivos (Alarcón-Forero et al., 2010; Frías-Armenta, 2015; Petersen et al., 2014).

En la misma línea, el MI está vinculado con una mayor propensión a desarrollar trastornos psicológicos, entre los que destacan los trastornos de ansiedad y depresión, el trastorno bipolar y el trastorno de estrés postraumático (TEPT). También se ha relacionado con diversos trastornos de la personalidad, como el trastorno límite de la personalidad (TLP), el trastorno antisocial y el narcisista. Además, el MI ejerce una influencia significativa en las conductas suicidas, lo que pone de manifiesto el impacto traumático y profundo de estas experiencias adversas (Brodsky & Stanley, 2008; Muñoz-Rodríguez, 2006).

2. Conducta suicida

La OMS (2024) define el suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida. Sin embargo, en la actualidad, no se dispone de una definición universalmente aceptada para la conducta suicida (De Leo et al., 2021).

A la hora de dividir las categorías de la conducta suicida, tampoco se ha encontrado una clasificación única y universal (Nock et al., 2008; Posner et al., 2014). A pesar de ello, la clasificación propuesta por Silverman et al. (2007a, 2007b) es una de las que ha logrado mayor consenso y reconocimiento a nivel internacional. Para esta nomenclatura se dividieron las conductas suicidas en tres categorías: las ideas relacionadas con el suicidio, las comunicaciones relacionadas con el suicidio (amenazas y planes suicidas) y las conductas suicidas.

En primer lugar, las *ideas relacionadas con el suicidio* son pensamientos que pueden incluir o no la intención real de acabar con la propia vida. En este sentido, Silverman et al. (2007b) desarrollaron una clasificación que distingue tres tipos de ideación suicida. Primero, la ideación suicida sin intencionalidad, donde el individuo puede visualizar la idea de morir,

pero no tiene motivación para actuar conforme a esos pensamientos. En segundo lugar, la ideación suicida con intencionalidad indeterminada, en la que la persona presenta pensamientos sobre acabar con su vida, aunque no ha desarrollado un plan claro ni ha tomado una decisión definitiva respecto a cómo actuar sobre esas ideas. Y finalmente, la ideación suicida con algún grado de intencionalidad, que se caracteriza por la presencia de una intención parcial o completa de cumplir dichos pensamientos. Aunque no siempre exista un plan completamente definido, sí se evidencia una intención clara de llevar a cabo la idea suicida. Asimismo, las ideas suicidas pueden categorizarse como ideas activas, pasivas, transitorias, ocasionales o persistentes, dependiendo del nivel de intención y planificación y del tiempo que perduren esas ideas.

En segundo lugar, se encuentran las *comunicaciones suicidas*, que se definen como cualquier acto en el que una persona expresa sus pensamientos, deseos o intenciones de suicidarse, pero sin realizar ningún comportamiento autolesivo en ese momento. Estas comunicaciones se dividen en dos términos: por un lado, la amenaza suicida y, por otro, el plan suicida. La *amenaza suicida* se trata de cualquier señal que una persona lleva a cabo, ya sea verbal o no verbal, que no implica hacerse daño directamente, pero que otra persona podría entender como que esta podría intentar suicidarse en el futuro cercano. Siempre que el sujeto no tenga intención de quitarse la vida se denomina amenaza suicida de tipo I. Por el contrario, si el grado de intencionalidad es indeterminado se califica como amenaza suicida tipo II. Por último, cuando el individuo sí presenta algún grado de intencionalidad se designa como amenaza suicida tipo III. El *plan suicida*, en cambio, incluye un procedimiento específico para acabar con la propia vida, por lo que se puede calificar como un plan de acción que puede terminar en autolesión. Cuando la persona tiene una propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión, pero no intencionalidad suicida, se denomina plan suicida tipo I. En cambio, si el sujeto sí dispone de una propuesta con la que realizar la autolesión y el grado de intencionalidad es indeterminado, se designa como plan suicida tipo II. Por último, en los casos en que el individuo dispone de un método concreto para ejecutar la autolesión y dicha conducta está impulsada por una clara intencionalidad suicida, se clasifica dentro de la categoría de plan suicida tipo III (Silverman et al., 2007b).

En tercer y último lugar, se hallan las *conductas relacionadas con el suicidio*. Ocurren cuando una persona se daña a sí misma de manera intencionada o presenta comportamientos potencialmente lesivos. Estas acciones pueden clasificarse en función de las motivaciones

subyacentes y el grado de intencionalidad presente en las mismas. En primer lugar, se encuentran aquellas conductas denominadas "sin intencionalidad suicida", en las cuales la persona lleva a cabo actos autolesivos de forma deliberada con el objetivo de alcanzar un propósito distinto al de poner fin a su vida. En segundo lugar, se identifican conductas que presentan un grado indeterminado de intención suicida, y finalmente, aquellas en las que se evidencia un grado explícito y conocido de intención de suicidio. Estas conductas suicidas pueden: no causar daños, provocar lesiones u ocasionar la muerte (Silverman et al., 2007b).

En este contexto, es importante aludir a los diferentes tipos de conductas relacionadas con el suicidio. Como se expuso previamente, se pueden identificar tres tipos distintos: aquellos sin intencionalidad suicida, los que presentan un grado indeterminado de intencionalidad y, finalmente, los que manifiestan una clara intencionalidad suicida.

Cuando una persona se inflige daño a sí misma sin tener intencionalidad suicida, dicho comportamiento se clasifica bajo el término general de *autolesión*. Este concepto incluye diferentes tipos, que se diferencian según la presencia o gravedad de las lesiones y el desenlace de la conducta. En primer lugar, se encuentra la autolesión de tipo I, que se refiere a aquellos casos en los que la persona realiza actos autolesivos, pero estos no generan lesiones significativas o visibles en el cuerpo. Aunque el término "sin lesiones" puede resultar confuso, en este contexto se utiliza para referirse a la ausencia de daño físico perceptible o clínicamente relevante. Por ejemplo, la conducta puede involucrar acciones simbólicas, superficiales o que no dejan marcas permanentes, pero que aun cumplen con la definición de autolesión. En segundo lugar, la autolesión de tipo II se caracteriza por actos que resultan en lesiones evidentes o significativas. Estas lesiones pueden variar en gravedad, pero el componente clave es que el daño físico es observable y clínicamente identificable. Por último, puede producirse una muerte autoinfligida no intencionada, que ocurre cuando las autolesiones, realizadas sin intención suicida, resultan en la muerte de manera no premeditada. Aunque el objetivo inicial de la conducta no era terminar con la vida, las consecuencias del acto son letales debido a la naturaleza o la gravedad del daño autoinfligido (Silverman et al., 2007b).

Siguiendo la clasificación establecida, cuando la persona se autolesiona con algún grado de intencionalidad suicida, pero sin una determinación clara respecto al desenlace de su acción, esta conducta se categoriza como *conducta suicida no determinada*. Esta categoría

también se subdivide en dos tipos: tipo I, cuando no se observan lesiones físicas, y tipo II, cuando las lesiones son visibles o significativas. En casos más extremos, estas conductas pueden derivar en una muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada, que ocurre cuando el desenlace fatal no estaba completamente planeado por la persona (Silverman et al., 2007b).

Por último, si la acción autolesiva está guiada por una intencionalidad suicida explícita, se clasifica como un *intento de suicidio*. Esta clasificación incluye el tipo I, que corresponde a situaciones sin lesiones visibles, y el tipo II, en las que las lesiones son evidentes. En situaciones donde estas conductas resultan fatales, se califican como suicidio consumado (Silverman et al., 2007b). Puede encontrarse una tabla resumen de dicha explicación en el Anexo 2.

Es importante señalar que, en los esfuerzos por establecer una nomenclatura universal, los especialistas en este ámbito han recomendado eliminar ciertos términos de la literatura. Así pues, palabras como suicidio consumado, conducta parasuicida, gesto y amenaza suicida se han intentado sustituir por otro tipo de términos con connotaciones menos peyorativas (Rangel-Villafaña & Jurado-Cárdenas, 2021).

En términos de prevalencia, la OMS (2024) informa que cada año fallecen 726.000 personas por suicidio, mientras que un número considerablemente mayor intenta suicidarse. Se estima que, a nivel global, aproximadamente 16 millones de personas intentan quitarse la vida anualmente. Cabe destacar que, recientemente, España ha observado un alarmante incremento en las tasas de suicidio. Durante el año 2023, se registró el número más alto de muertes por esta causa en la historia del país, alcanzando un total de 3.952 personas, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2023). Además, el suicidio se posiciona como la tercera causa principal de mortalidad entre individuos de 15 a 29 años (OMS, 2024).

3. Relación entre maltrato infantil y las conductas suicidas

En la actualidad, una amplia cantidad de investigaciones han evidenciado que las distintas manifestaciones de MI guardan una asociación significativa con el comportamiento suicida (Angelakis et al., 2019; Liu et al., 2017; Zatti et al., 2017). Los metaanálisis realizados subrayan que las experiencias de abuso o negligencia durante la infancia están estrechamente relacionadas con mayor riesgo de ideación suicida e intentos de suicidio, lo que incrementa a

su vez el riesgo posterior de una muerte por suicidio (Angelakis et al., 2019; Castellví et al., 2017a, 2017b; Liu et al., 2017; Zatti et al., 2017). Además, se ha identificado que el MI constituye un factor de riesgo sustancial para el desarrollo de conductas suicidas, tanto en la población general como en aquellos individuos que presentan diagnósticos clínicos específicos (Angelakis et al., 2019; Sachs-Ericsson et al., 2016).

De manera similar, diversas investigaciones indican que los menores que han sido expuestos a cualquier forma de maltrato presentan una probabilidad entre 2 y 3 veces mayor de intentar suicidarse en la adolescencia o en las primeras etapas de la adultez, en comparación con el resto de las personas (Angelakis et al., 2019; Castellví et al., 2017a). Asimismo, aquellos niños que han sufrido múltiples tipos de abuso de manera repetida muestran un riesgo significativamente superior de intentos de suicidio en la adultez, siendo hasta 5 veces más propensos a estos comportamientos autolesivos (Angelakis et al., 2019).

En cuanto a los tipos específicos de abuso, los niños que sufrieron abuso sexual mostraron un riesgo 3 veces mayor de intentos de suicidio comparado con las demás formas de maltrato. Por su parte, quienes experimentaron abuso emocional o negligencia manifestaron una probabilidad 2,5 veces mayor de llevar a cabo intentos de suicidio (Angelakis et al., 2019). A su vez, Castellví et al. (2017b) resaltan el riesgo al que se enfrentan las personas que sufren abuso sexual infantil, ya que, en estos casos, el riesgo de intentos de suicidio se cuadruplica llegada la adolescencia y adultez temprana.

En cambio, un metaanálisis llevado a cabo por Liu et al. (2017) reveló que las personas que han experimentado abuso emocional presentan una mayor probabilidad de involucrarse en conductas suicidas en comparación con aquellos que han sufrido otros tipos de abuso. En este estudio, el abuso físico emergió como el segundo predictor más relevante de comportamientos suicidas entre las diversas formas de MI analizadas. A continuación, se posicionaron la negligencia física, el abuso sexual y la negligencia emocional como factores predictivos de estas conductas, en orden de relevancia (Liu, 2017). De manera similar, Puzia et al. (2014) evidenciaron que el abuso emocional era el tipo de maltrato más fuertemente asociado con la ideación suicida, en comparación con otras formas de abuso.

Finalmente, es importante destacar que el riesgo más elevado de suicidio en individuos que han padecido MI tiende a manifestarse de manera más pronunciada durante la

etapa de la adolescencia o en los primeros años de la adultez, en comparación con el resto de las etapas vitales (Castellví et al., 2017a).

Dada la reconocida correlación entre el MI y la conducta suicida, es crucial señalar que existen diferentes factores mediadores que influyen en esta relación y que pueden aumentar o disminuir la probabilidad de que una persona que ha experimentado MI lleve a cabo este tipo de conductas. Es por ello que diversos autores han señalado la importancia de profundizar en el estudio de las variables mediadoras que influyen en el desarrollo o disminución de la conducta suicida en personas que han vivido abusos tempranos. Comprender con mayor precisión los mecanismos causales que subyacen a la conducta suicida en esta población permitiría el diseño de intervenciones más efectivas, dirigidas específicamente a abordar dichos procesos (Angelakis et al., 2019; Brodsky & Stanley, 2008).

4. Objetivos

El presente trabajo tiene como objetivo principal examinar la relación existente entre el MI y las conductas suicidas, así como identificar y analizar los factores mediadores que influyen en dicha asociación. En los últimos años, se ha registrado un aumento significativo en el número de investigaciones centradas en las variables mediadoras entre el MI y la conducta suicida. No obstante, las revisiones sistemáticas que integren y evalúen estos hallazgos son limitados, lo que pone de manifiesto la necesidad de sintetizar los avances más relevantes en este ámbito durante la última década.

La relevancia de profundizar en esta área de investigación radica en la creciente evidencia que posiciona al MI como un determinante crucial en el desarrollo de conductas suicidas. A pesar de que los efectos negativos del MI han sido ampliamente documentados, persiste una falta de claridad respecto a los factores mediadores específicos que modulan esta relación. Explorar y abordar estas lagunas no solo contribuirá al avance del conocimiento teórico, sino que también permitirá diseñar estrategias de intervención más específicas y efectivas, impactando positivamente en la prevención y tratamiento de las conductas suicidas en poblaciones particularmente vulnerables.

Asimismo, el aumento alarmante en la incidencia de suicidios en los últimos años, unido a la sólida evidencia que establece una conexión estrecha entre estas conductas y el MI, refuerza la urgencia de desarrollar alternativas de prevención y tratamiento eficaces. Todos

estos aspectos, junto con un interés personal en la temática, constituyen la justificación para la elección de este tema.

En este contexto, los objetivos específicos de la presente revisión son los siguientes:

1. Analizar la relación entre el MI y las conductas suicidas.
2. Identificar y comprender los factores mediadores que intervienen en esta asociación.
3. Proponer una intervención específica destinada a reducir la probabilidad de conductas suicidas y mitigar los problemas derivados del MI.

La metodología empleada en esta revisión sigue las directrices establecidas por PRISMA, garantizando un enfoque riguroso y sistemático en la recopilación, selección y análisis de los artículos más relevantes. La estructura del trabajo se organiza de la siguiente manera: en primer lugar, se detalla el *método* utilizado, incluyendo los procedimientos de búsqueda sistemática, los criterios de inclusión y exclusión, y el proceso de filtrado de los estudios seleccionados. En la sección de *resultados*, se presentan los hallazgos más destacados obtenidos a partir de los artículos analizados. Posteriormente, en el apartado de *discusión*, se interpretan y contextualizan dichos resultados en relación con los objetivos planteados, destacando las limitaciones del presente estudio y señalando posibles líneas de investigación futuras.

Como parte del desarrollo aplicado de este trabajo, se propone una intervención específica diseñada para una adolescente que ha sufrido abuso físico y presenta conductas suicidas, utilizando la Terapia Dialéctica Conductual para Adolescentes (TDC-A). Por último, en la sección de conclusiones, se sintetizan los principales aportes del estudio y se exponen las implicaciones prácticas de los hallazgos obtenidos.

Método

Para realizar este trabajo se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos *PsycInfo*, *Web of Science* (WOS) y *Scopus*. El propósito fue identificar investigaciones empíricas que examinaran la relación entre el MI y la conducta suicida y las variables que median en dicha relación.

En la base de datos *PsycInfo* se utilizaron como descriptores ("child* abuse*" OR "child* maltreatment*" OR "child* trauma*") AND ("suicid* behavio*" OR "suicid* ideation*" OR "suicid* attempt*" OR "suicid* action*") AND ("mediat*" OR "mediat* factor*"). Como parámetros adicionales, se tuvieron en cuenta únicamente los artículos escritos en inglés o español, que hubiesen sido publicados en los últimos 10 años, que estuviesen realizados en adolescentes (12-17 años) o en población adulta (es decir, 18 años o más), y aquellos artículos que hubiesen sido evaluados por expertos y publicados en revistas científicas. Asimismo, se excluyeron tesis doctorales y tesinas, además de libros. Por último, los metaanálisis y revisiones sistemáticas también quedaron excluidos de la búsqueda (ver tabla 1). Finalmente, como resultado de la búsqueda en *PsycInfo*, se obtuvieron 153 artículos.

Igualmente, en *WOS* se emplearon los mismos descriptores para realizar la búsqueda ("child* abuse*" OR "child* maltreatment*" OR "child* trauma*") AND ("suicid* behavio*" OR "suicid* ideation*" OR "suicid* attempt*" OR "suicid* action*") AND ("mediat*" OR "mediat* factor*"). Como parámetros adicionales se utilizaron los descritos en el párrafo anterior, además de filtrar los resultados por documentos abiertos e incluir la casilla de artículos (ver tabla 1). Como consecuencia, se recopilaron 121 artículos.

En la base de datos de *Scopus* se hizo uso de los mismos descriptores utilizados previamente tanto en *WOS* como en *PsycInfo*. Como parámetros adicionales, nuevamente, se utilizaron los mencionados anteriormente (ver tabla 1). Además, se incluyó la casilla de artículos y se limitó la búsqueda a artículos de acceso abierto. Después de esto, se lograron un total de 128 artículos.

Tabla 1*Criterios de Selección*

Inclusión	Exclusión
- Artículos escritos en inglés o español	- Tesis doctorales y libros
- Publicados en los últimos 10 años	- Metaanálisis y revisiones sistemáticas
- Basados en adolescentes y en población adulta	
- Artículos publicados en revistas científicas	
- Artículos evaluados por expertos	
- Artículos con acceso abierto	

En este punto y tras la búsqueda, se obtuvieron un total de 402 documentos (153 en *PsycInfo*, 121 en *WOS* y 128 en *Scopus*). Mediante el gestor de citas RefWorks, se eliminaron los artículos duplicados, entre los que se encontraron 142. Por lo tanto, el número total de artículos se redujo a 260.

Posteriormente, se llevó a cabo una revisión de los títulos y resúmenes de esos artículos, tras lo cual se decidió descartar 197 por no ajustarse a los objetivos del trabajo, ya que no cumplían con los criterios de inclusión establecidos (ver tabla 2). Por lo tanto, quedaron 63 estudios para valorar su elegibilidad.

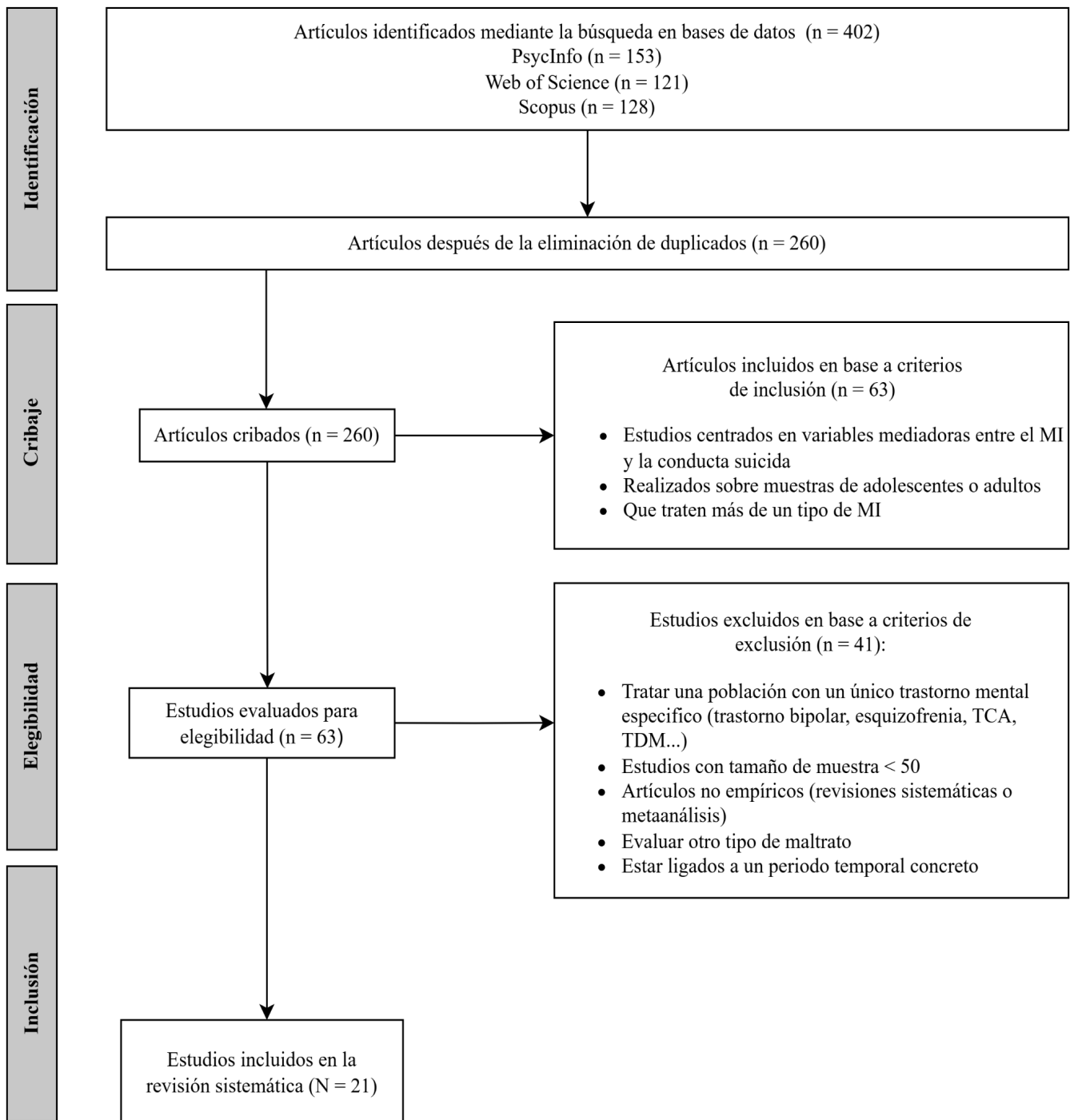
Tras evaluar los 63 estudios, se excluyeron 41 de ellos según los criterios de exclusión establecidos (ver tabla 2). Finalmente, el número total de artículos incluidos para esta revisión bibliográfica fue de 21 (puede encontrarse un resumen de dichos estudios en las tablas del Anexo 16). El proceso de búsqueda llevado a cabo se presenta a continuación en la Figura 1.

Tabla 2*Criterios de Inclusión y Exclusión*

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Estudios centrados en variables mediadoras entre el MI y la conducta suicida (excluidos artículos centrados en otro tipo de violencias, como mujeres víctimas de violencia de género, soldados...) - Realizados sobre muestras de adolescentes o adultos - Que traten de más de un tipo de MI (abuso sexual, físico, emocional, negligencia...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratan una población con un único trastorno mental específico (trastorno bipolar, esquizofrenia, TCA, TDM...) - Muestras inferiores a 50 personas - Falta de acceso - Artículos no empíricos (revisiones sistemáticas o metaanálisis) - Evaluar otro tipo de maltrato (violencia doméstica) - Que estén ligados a un periodo temporal concreto (COVID 19, guerras, tsunamis...)

Figura 1.

Diagrama de flujo PRISMA sobre el proceso de selección de estudios para la revisión sistemática



Resultados

Características generales de los artículos

En esta revisión bibliográfica se incluyeron 21 estudios centrados en el MI y su relación con distintas conductas suicidas. Estas investigaciones exploran tanto la conexión entre ambos fenómenos como diversas variables mediadoras que intervienen en dicha relación. En cuanto al tipo de diseño de los estudios incluidos, de los 21 artículos seleccionados, la mayoría correspondieron a estudios transversales (66,66%), mientras que el 23,80% se realizaron de forma longitudinal y el 9,52% de artículos restantes se basaron en estudios retrospectivos.

Respecto a la procedencia geográfica de las muestras, la mayoría de los estudios (33,33%) se llevaron a cabo en los Estados Unidos. También se incluyeron investigaciones realizadas en China (19,05%), Reino Unido (14,29%), Canadá (14,29%), Alemania (9,52%), Polonia (4,76%) y Portugal (4,76%).

En cuanto a la edad de los participantes, los estudios abordaron tanto la adolescencia como la adultez. La mayoría de las investigaciones (42,86%) se centraron en adultos de 18 años en adelante, mientras que el 23,81% se focalizó exclusivamente en adolescentes (12-17 años) y el 9,52% en la adultez temprana (18-39 años). Además, el 23,81% de los estudios restantes incluyó participantes tanto adolescentes como adultos.

Respecto a la distribución de género, el 61,9% de los artículos presenta una muestra equilibrada entre hombres y mujeres (13 de 21). Entre los estudios con una muestra desequilibrada (8 de 21), el 87,5% refleja una mayor representación femenina, mientras que el 12,5% restante cuenta con una mayor representación masculina.

Por lo que respecta a las variables mediadoras analizadas, estas se agruparon en dos categorías principales: variables de riesgo y variables de protección.

Las variables mediadoras de riesgo potencian la relación entre el MI y la conducta suicida. Su presencia está asociada con un incremento en la probabilidad de que el MI se traduzca en conductas suicidas, al actuar como un factor que amplifica esta relación. Estas variables fueron examinadas en el 76,19% de los artículos analizados (16 de 21).

Por otro lado, las variables mediadoras de protección atenúan la relación entre el MI y la conducta suicida. Su presencia está vinculada a una reducción del riesgo de conductas suicidas al mitigar el impacto del MI. Estas variables, estudiadas en el 33,33% de los artículos (7 de 21), desempeñan un papel clave en la protección frente a los efectos negativos del MI.

Dentro de estas dos agrupaciones se analizaron diferentes tipos de factores mediadores. Por un lado, los factores de carácter personal, que fueron examinados en todos los artículos (21 de 21), y, por otro lado, los factores de índole psicosocial, presentes en el 28,57% de los estudios (6 de 21). Cabe destacar que la depresión y la ansiedad se identificaron como las variables con mayor frecuencia de estudio, encontrándose en el 33,33% (7 de 21) y el 28,57% (6 de 21) de los artículos, respectivamente.

A continuación, se expondrán los diversos tipos de MI y su relación con las distintas manifestaciones de conductas suicidas observadas en los estudios. Posteriormente, se detallarán las distintas variables mediadoras identificadas en estos artículos, así como los hallazgos más relevantes derivados de su análisis. Para sintetizar toda la información recopilada, se presenta adjuntada en los anexos, una tabla resumen de los artículos en la que se recogen los aspectos esenciales de cada uno de los estudios: autores y fecha de publicación, objetivo, muestra empleada, instrumentos de evaluación y resultados más importantes.

Relación entre el MI y la conducta suicida

Examinando la dimensión de la gravedad del MI en la infancia, en un estudio llevado a cabo por Duprey et al. (2019) se halló que a mayor gravedad de MI, mayor riesgo de ideación, planes e intentos de suicidio. Es decir, los adolescentes que sufrieron abusos sexuales o físicos graves mostraron mayor probabilidad de llevar a cabo conductas suicidas en comparación con los que habían sufrido MI de menor gravedad. Xu et al. (2024) también constataron la importancia de la gravedad del MI en la consiguiente ideación suicida. De manera similar, Sachs-Ericsson et al. (2017) destacaron que las personas que habían experimentado MI no violento presentaban un riesgo 1,8 veces mayor de intentos de suicidio que las personas que no habían sufrido maltrato, mientras que aquellas que habían sufrido MI violento tenían 2,5 veces más probabilidades de intentar suicidarse.

Asimismo, Thompson & Kingree (2022) identificaron una relación proporcional entre la cantidad de tipos de MI experimentados y la probabilidad de desarrollar ideación suicida,

así como de llevar a cabo intentos de suicidio. Específicamente, las personas que experimentaron dos tipos de MI presentaron una probabilidad 2,69 veces mayor de intentos de suicidio, mientras que aquellas que sufrieron tres tipos diferentes de MI exhibieron una probabilidad 4,47 veces superior. De igual manera, en otra investigación llevada a cabo por Gawęda et al. (2019) se evidenció que los participantes que habían vivido cinco o más eventos traumáticos durante su infancia manifestaban una probabilidad 5 veces mayor de desarrollar ideaciones y planes suicidas, en comparación con el resto de la población.

Algunos estudios han confirmado que las distintas formas de MI están significativamente interrelacionadas entre sí, lo que sugiere que no suelen presentarse de manera aislada (Lemaigre & Taylor, 2018). Además, se ha identificado que la ideación y los planes suicidas se vinculan con una escalada progresiva de las conductas suicidas, donde los pensamientos iniciales sobre el suicidio pueden intensificarse hacia una planificación concreta y, en última instancia, culminar en intentos de suicidio (Sachs-Ericsson et al., 2017).

En lo que respecta a la relación entre el MI y la ideación suicida, un estudio realizado por Cheng et al. (2021) demostró que todos los tipos de MI presentaban una asociación significativa y positiva con el aumento de la ideación suicida, siendo el abuso emocional la forma de maltrato con mayor impacto, seguido por la negligencia emocional, el abuso sexual, físico y la negligencia física. Yıldız et al. (2022) también identificaron que los tres tipos de MI evaluados tenían una relación significativa con la ideación suicida, siendo el abuso emocional el tipo de maltrato con mayor peso, seguido del abuso sexual y el físico. De forma concordante, Yang et al. (2023) observaron que el abuso emocional se asociaba de manera más significativa con la ideación suicida, en comparación con otras formas de maltrato. No obstante, el abuso sexual y físico también evidenciaron un impacto relevante, aunque de menor magnitud.

Sin embargo, los análisis de mediación realizados por Cheng et al. (2021) revelaron que solo el abuso sexual, físico y emocional mantuvieron una relación directa y significativa con la ideación suicida. De manera opuesta, en el caso de la negligencia emocional y la negligencia física las variables mediadoras evaluadas explicaron completamente el efecto del MI sobre la ideación suicida. Esto significa que dichas variables asumieron plenamente el efecto del MI sobre la ideación suicida, de modo que el vínculo directo entre ambos dejó de ser significativo. En este contexto, las variables mediadoras no sólo desempeñaron un papel

crucial, sino que se convirtieron en los mecanismos centrales a través de los cuales el MI impactó en la ideación suicida, modificando el curso inicial de la relación. De forma similar, Su et al. (2022), tras efectuar el análisis de mediación, identificaron que el abuso emocional, físico y sexual mantenían una relación directa con la ideación suicida, independientemente de las variables mediadoras consideradas. Por su parte, Yıldız et al. (2022) concluyeron que tanto el abuso emocional como el abuso sexual conservaban una relación directa con la ideación suicida. El abuso físico, sin embargo, perdió dicha relación, lo que sugiere que su efecto estaba completamente explicado por las variables mediadoras evaluadas en el estudio. En consonancia, Passos et al. (2023) observaron que, tras realizar el análisis de mediación, el abuso físico dejó de estar asociado directamente con la ideación suicida, ya que las variables evaluadas explicaron por completo la influencia del MI en la conducta suicida. En este caso, únicamente el abuso emocional, así como la negligencia emocional y física, mantuvieron una relación directa con esta conducta.

En cambio, una investigación llevada a cabo por Xu et al. (2024) sustentó que el MI mantenía una relación directa con la ideación suicida, incluso una vez consideradas las variables mediadoras. Por el contrario, Widom & Li (2020) descubrieron, a través del análisis realizado, que las variables estudiadas mediaron totalmente la influencia del MI sobre la ideación suicida, lo que anuló la significación del vínculo directo entre ambos.

Con respecto a las conductas autolesivas no suicidas, Li et al. (2023) identificaron una mayor prevalencia de estas conductas en personas que habían experimentado abuso emocional, en comparación con quienes sufrieron otros tipos de MI. Tras el abuso emocional, los tipos de MI más comúnmente asociados con las autolesiones fueron el abuso sexual, el abuso físico, la negligencia emocional y la negligencia física. Por su parte, Zhou et al. (2024) concluyeron que el MI mantenía una relación directa con las conductas autolesivas, aun después de considerar las variables mediadoras analizadas. Sin embargo, una investigación realizada por Ernst et al. (2022) constató que, en el caso del abuso emocional, la relación directa entre el MI y las autolesiones se explicaba completamente a través de la variable evaluada, de manera que esta relación dejó de ser significativa. No obstante, tanto el abuso físico como el abuso sexual continuaron ejerciendo un efecto directo sobre las conductas autolesivas, a pesar de la influencia de las variables mediadoras.

En lo referente a la asociación entre el MI y los intentos de suicidio, el estudio de Fuller-Thomson et al. (2016) evidenció una relación significativa entre ambos, destacando el abuso sexual como el tipo de maltrato con mayor vinculación. Los resultados indicaron que las personas que habían sufrido abusos sexuales en la infancia tenían 4 veces más probabilidades de suicidarse, mientras que el abuso físico triplicaba dicha probabilidad. Al incorporar las variables mediadoras, la relación entre los diferentes tipos de MI y los intentos de suicidio permaneció significativa, aunque con una disminución en su magnitud. De forma similar, Thompson y Kingree (2022) encontraron que el abuso emocional, físico y sexual mantenían una relación directa con los intentos de suicidio, ya que la variable mediadora analizada no tuvo ningún efecto significativo sobre dicha relación.

Por el contrario, un estudio llevado a cabo por Sachs-Ericsson et al. (2017) halló que el MI violento (abuso sexual y físico) establecía una asociación directa con los intentos de suicidio, aun introduciendo las variables mediadoras, pero el MI no violento (abuso emocional) se vio completamente mediado por las variables analizadas. Por su parte, Schönfelder et al. (2020) señalaron que la relación entre el abuso emocional, físico y sexual y los intentos de suicidio dejó de ser significativa una vez realizado el análisis de mediación, ya que las variables mediadoras explicaron por completo la asociación; un hallazgo coincidente con el informado por Widom & Li (2020).

Por último, en lo que respecta a la suicidabilidad (que incluye ideación, planificación e intentos de suicidio) (Gawęda et al., 2019), diversos investigadores destacaron que el impacto general del MI permanece significativo en la suicidabilidad, incluso cuando se consideran variables mediadoras en el análisis (Gawęda et al., 2019; Tripp et al., 2021; Wong et al., 2018). De la misma manera, Stagaki et al. (2022) encontraron, una vez realizados los análisis de mediación, que los cinco tipos diferentes de MI mantenían una relación significativa con la suicidabilidad y las conductas autolesivas. Por el contrario, Lemaigre & Taylor (2018) concluyeron, una vez realizado el análisis de mediación, que la relación entre el MI y la suicidabilidad dejó de ser significativa, debido a que determinadas variables tuvieron un efecto de mediación total. En este contexto, las variables mediadoras explicaron por completo el efecto del MI sobre la suicidabilidad, anulando cualquier vínculo directo entre ambos fenómenos.

Variables mediadoras entre el MI y la conducta suicida

1. Factores mediadores de riesgo entre el MI y la conducta suicida

Factores personales

Variables relacionadas con la salud mental

Los trastornos de salud mental han sido objeto de numerosos estudios debido a su elevada prevalencia entre las personas que han experimentado MI, así como al considerable riesgo de conducta suicida frecuentemente asociado a estos trastornos. En este contexto, se han identificado diversas variables mediadoras relacionadas con los trastornos mentales que contribuyen a explicar la conexión entre el MI y la conducta suicida. Estas variables incluyen la depresión, la ansiedad, el trastorno por consumo de sustancias, el trastorno de personalidad antisocial (TPA), el trastorno de estrés postraumático (TEPT), las experiencias psicóticas ligeras, los problemas internalizantes y externalizantes y el apego ansioso (Duprey et al., 2020; Fuller-Thomson et al., 2016; Gawęda et al., 2019; Newins et al., 2019; Sachs-Ericsson et al., 2017; Stagaki et al., 2022; Tripp et al., 2021; Widom & Li, 2020; Yıldız et al., 2022; Zhou et al., 2024).

Un estudio longitudinal llevado a cabo por Widom & Li (2020) encontró que los síntomas psiquiátricos, en este caso depresión, distimia, TEPT y TAG (trastorno de ansiedad generalizada), mediaban parcialmente la asociación entre el MI y los intentos de suicidio, explicando el 33,96% de esta asociación. Es importante destacar, además, que tanto la distimia como la depresión fueron las variables psiquiátricas que presentaron el mayor impacto entre el MI y los intentos de suicidio, seguidas del TAG y el TEPT. Asimismo, la distimia, el TEPT y el TPA también mostraron ser variables mediadoras totales entre el MI y la ideación suicida. De forma similar, la investigación de Sachs-Ericsson et al. (2017) reveló que la relación entre el abuso infantil de naturaleza no violenta (abuso emocional) y los intentos de suicidio se hallaba completamente mediada por diversos trastornos psiquiátricos. Los diagnósticos que ejercieron esta función mediadora incluyeron el trastorno depresivo mayor (TDM), TEPT, TAG, trastorno por consumo de sustancias y el trastorno de pánico.

Fuller-Thomson et al. (2016) identificaron mediante el análisis de una muestra de 22.559 personas, que la depresión actuaba como un mediador parcial en la relación entre el

MI y los intentos de suicidio. Concretamente, la depresión explicó el 29% de la asociación entre el abuso sexual y los intentos de suicidio, y el 24% en el caso del abuso físico. De la misma manera, Tripp et al. (2021) señalaron la depresión como una variable mediadora entre el MI y el riesgo de suicidio en una muestra de personas con enfermedad inflamatoria intestinal. Igualmente, en el estudio realizado por Yıldız et al. (2022) se evidenció que la relación entre los distintos tipos de MI y la ideación suicida estaba parcialmente mediada por la depresión. Específicamente, la depresión explicó el 7,3% de la asociación entre el abuso emocional y la ideación suicida, un 13% en el caso del abuso físico, y un 7,53% con respecto al abuso sexual.

Adicionalmente, Fuller-Thomson et al. (2016) también evaluaron la ansiedad como variable mediadora entre el MI y los intentos de suicidio, observando que esta actuaba como un factor mediador parcial. Específicamente, la ansiedad explicó el 22% de la relación entre el abuso sexual y los intentos de suicidio y otro 22% en el caso del abuso físico. De manera similar, en la investigación de Yıldız et al. (2022), la ansiedad actuó como mediador parcial entre el MI y la ideación suicida, explicando el 8,38% de la relación entre el abuso emocional y dicha ideación. Asimismo, Zhou et al. (2024) confirmaron la mediación parcial de la ansiedad derivada del MI en la aparición de conductas autolesivas no suicidas.

En relación con el TEPT, Newins et al. (2019) identificaron que la severidad de la sintomatología TEPT mediaba parcialmente la relación entre el MI y la ideación suicida, explicando el TEPT un 71,80% de la relación entre estos.

Por otro lado, se constató que el trastorno por consumo de sustancias también actúa como variable mediadora en la relación entre el MI y las conductas suicidas (Sachs-Ericsson et al., 2017). Específicamente, funcionaba como mediador parcial en la relación entre el abuso emocional y los intentos de suicidio, explicando el 24% de la asociación entre ambos y un 17% en la conexión entre el abuso físico y los intentos de suicidio (Fuller-Thomson et al., 2016). Igualmente, mediante el estudio de Widom & Li (2020) se demostró que el abuso de sustancias mediaba un 13,21% entre el MI y los intentos de suicidio.

En lo que concierne a los problemas internalizantes y externalizantes, Duprey et al. (2020) llevaron a cabo un estudio en el que investigaron la trayectoria de estos problemas como mediadores en la asociación entre el MI y las conductas suicidas. Los hallazgos indicaron que las personas que habían sufrido MI temprano entre los 0 y 6 años tendían a

desarrollar una trayectoria caracterizada por una "alta comorbilidad" entre los 6 y 14 años. Este término hace referencia a la presencia simultánea de síntomas internalizantes y externalizantes, los cuales se asociaron con un aumento significativo de las conductas suicidas durante la adolescencia. En consecuencia, ambos tipos de síntomas mediaron parcialmente la relación entre el MI y las ideaciones, intentos y planes suicidas. Más específicamente, el tipo de MI en el que los síntomas internalizantes y externalizantes actuaron como mediadores fue el abuso sexual.

Asimismo, Stagaki et al. (2022) evidenciaron que aquellos individuos con antecedentes de MI desarrollaban, en mayor medida, patrones de apego ansioso hacia sus parejas, lo cual se asoció con un riesgo incrementado de autolesiones y consiguiente ideación e intentos de suicidio. En este contexto, el apego inseguro se identificó como un mediador parcial en la relación entre el MI y las conductas suicidas, destacándose además como la variable mediadora más relevante evaluada en el estudio.

Para finalizar con este apartado, comentar un estudio (Gawęda et al., 2019) centrado en las experiencias psicóticas subclínicas, es decir, síntomas psicóticos leves que se identifican en la población sin diagnóstico clínico y que pueden aumentar el riesgo de desarrollar psicosis en el futuro. Esta investigación, realizada en una muestra no clínica de adultos jóvenes (18 a 35 años), evidenció que, de manera individual, estas experiencias psicóticas mediaron parcialmente la relación entre el MI y los distintos componentes de la suicidabilidad. No obstante, los análisis de mediación revelaron que el modelo era más robusto cuando se incluían todas las variables estudiadas como mediadores en cadena. En este modelo, los sesgos cognitivos, asociados al MI, influían en la aparición de síntomas psicóticos leves, que, a su vez, estaban relacionados con un incremento de la sintomatología depresiva. Por lo tanto, los sesgos cognitivos, las experiencias psicóticas y la depresión se identificaron como mediadores parciales en cadena en la relación entre el MI y la suicidabilidad.

Variables cognitivas y emocionales

Como se ha comentado en líneas anteriores, los sesgos cognitivos han demostrado actuar como variables mediadoras en cadena entre el MI y la suicidabilidad (Gawęda et al., 2019). De manera similar, un estudio realizado por Xu et al. (2024) exploró el papel de estrategias cognitivas desadaptativas, como la rumiación, la catastrofización, la autoculpabilización y la culpabilización hacia otros, en la mediación entre el MI y la ideación

suicida. Los resultados indicaron que estos sesgos cognitivos mediaron parcialmente esta relación, explicando aproximadamente un 10% de la asociación entre el MI y la ideación suicida.

Por otro lado, Stagaki et al. (2022) estudiaron el papel de la ineficacia de la mentalización, dividida en hipomentalización e hipermentalización, en la relación entre los distintos tipos de MI y las conductas autolesivas no suicidas y posterior suicidabilidad. Los resultados indicaron que la mentalización ineficaz mediaba de forma parcial la asociación entre el MI y tanto las autolesiones como la tendencia a la suicidabilidad. Por consiguiente, en este artículo se propone que una mentalización ineficaz puede contribuir a una mayor vulnerabilidad hacia la autolesión y los comportamientos suicidas en individuos con antecedentes de MI.

Entre las variables emocionales, diversas han confirmado mediar la relación entre el MI y la conducta suicida (Lemaigre & Taylor, 2018; Yıldız et al., 2022). Yıldız et al. (2022) identificaron que la desesperanza actuaba como un mediador parcial en la relación entre los distintos tipos de MI y la ideación suicida. Específicamente, la desesperanza explicó el 13% de la asociación entre el abuso físico y la ideación suicida, el 12,47% en el caso del abuso emocional, y el 10,5% con respecto al abuso sexual.

Por su parte, Lemaigre & Taylor (2018) estudiaron en una muestra de hombres económicamente desfavorecidos, si la desregulación emocional mediaba la relación entre el MI y la suicidabilidad. En consecuencia, hallaron que tanto la desregulación emocional como la otra variable estudiada (inhibición social) mediaban totalmente la relación entre el MI y la suicidabilidad.

Variables conductuales

En lo que respecta a variables conductuales, y teniendo en cuenta lo comentado en el párrafo anterior, Lemaigre & Taylor (2018) constataron que la inhibición social medió la relación entre el MI y la suicidabilidad.

De manera similar, el deterioro del funcionamiento de la personalidad indicó ser una variable mediadora entre los diferentes tipos de MI y las autolesiones. Esta variable, formada por la autopercepción, el contacto interpersonal y el modelo relacional, funcionó como mediadora parcial en el caso del abuso sexual y físico, representando el 24% y el 19% del

efecto total en las conductas autolesivas, respectivamente. En el caso del abuso emocional, en cambio, el deterioro en el funcionamiento de la personalidad medió completamente la asociación con las autolesiones (Ernst et al., 2022). De forma general, el efecto total entre el MI y las conductas autolesivas fue mediado por el deterioro del funcionamiento de la personalidad en un 48,8%.

Por otro lado, Li et al. (2023) realizaron un estudio en el que se compararon dos grupos de participantes: uno compuesto por personas que presentaban conductas autolesivas y otro por un grupo de control. Los resultados indicaron que los participantes con conductas autolesivas reportaron niveles más altos de MI, mayor impulsividad conductual y una sintomatología clínica más acentuada, caracterizada principalmente por ansiedad y depresión, en comparación con el grupo de control. El análisis de mediación reveló que la impulsividad actuaba como un mediador parcial en la relación entre el MI total y la frecuencia de las conductas autolesivas. Entre los distintos tipos de MI, el abuso emocional presentó la asociación más significativa con las autolesiones, siendo la impulsividad la variable mediadora que explicó el 31,66% de esta relación. Además, se halló que la impulsividad mediaba el 40,10% de la relación entre los distintos tipos de MI y la depresión, y el 25,09% de la relación entre los tipos de MI y la ansiedad. Por lo tanto, la impulsividad conductual juega un papel relevante como factor mediador en la conexión entre experiencias de MI y diversos problemas de salud mental y suicidas.

Asimismo, Schönfelder et al. (2020) estudiaron si las conductas autolesivas actuaban como mediadoras entre el MI y los intentos de suicidio posteriores. El análisis de mediación confirmó que las autolesiones mediaron totalmente la relación entre los distintos tipos de MI y los intentos de suicidio, siendo el abuso emocional el tipo de MI en el que más mediación demostraron las conductas autolesivas, seguido del abuso sexual y físico.

Variables relacionadas con la salud

En cuanto a las variables relacionadas con la salud, Fuller-Thomson et al. (2016) identificaron el dolor crónico como una variable mediadora parcial en la asociación entre los distintos tipos de MI y los intentos de suicidio. Más concretamente, el dolor crónico medió un 12% en la relación entre el abuso sexual y los intentos de suicidio, y un 11% en el caso del abuso físico.

Factores psicosociales

La falta de apoyo social en individuos que han experimentado MI desempeña un papel relevante en el desarrollo de las conductas suicidas. En este contexto, Yıldız et al. (2022) confirmaron que el rechazo social percibido actuó como un mediador parcial en la relación entre los distintos tipos de MI y la ideación suicida. Específicamente, esta variable explicó el 17,87% de la relación entre el abuso emocional y la ideación suicida, el 14,84% en el caso del abuso físico, y el 8,53% respecto al abuso sexual.

Por otro lado, la revictimización también se ha identificado como un mediador en la relación entre el MI y la suicidabilidad. En un estudio de Duprey et al. (2020) se observó que los niños que habían sufrido abusos tempranos (físicos, sexuales y emocionales) entre los 0 y 6 años tenían mayor probabilidad de experimentar nuevamente del mismo tipo de abuso entre los 6 y 16 años. Esta revictimización incrementaba el riesgo de desarrollar ideación, intentos y planificación suicida en la adolescencia. Por lo tanto, la revictimización, definida como la repetición de experiencias de MI entre los 6 y 16 años, actuó como mediador en la relación entre el MI temprano y la suicidabilidad a partir de los 16 años. De forma similar, Thompson & Kingree (2022) examinaron si las experiencias de MI estaban asociadas con la aparición de conductas suicidas en la adultez, considerando como variable mediadora la revictimización sexual (tanto física como no física). Los análisis de mediación realizados revelaron que la revictimización sexual desempeñó un papel de mediador parcial en la relación entre los distintos tipos de MI y la ideación suicida. Este efecto de mediación fue más pronunciado en el caso del abuso emocional, seguido por el abuso físico y, finalmente, el abuso sexual.

A su vez, Widom & Li (2020) constataron que la experiencia de *sinhogarismo* (el nivel máximo de exclusión social) desempeñaba un papel mediador en la relación entre el MI y los intentos de suicidio. Específicamente, esta variable explicaba el 18,87% de la relación entre el MI y la tendencia a los intentos de suicidio en etapas posteriores de la vida. Por lo tanto, los datos sugieren que el *sinhogarismo*, como una consecuencia significativa del abuso temprano, actúa como una variable mediadora que contribuye a explicar la relación entre el MI y el riesgo de conductas suicidas.

2. Factores mediadores de protección entre el MI y la conducta suicida

En líneas anteriores se han identificado diversas variables mediadoras que incrementan el riesgo de desarrollar conductas suicidas a raíz de haber sufrido distintos tipos de MI. Sin embargo, múltiples investigaciones han destacado también la existencia de factores protectores que desempeñan un papel mediador en esta relación. Como se indicó al inicio del apartado de resultados, las variables mediadoras de protección desempeñan un papel atenuante en la relación entre el MI y la conducta suicida. Su presencia se asocia con una disminución del riesgo de desarrollar conductas suicidas, ya que contribuyen a mitigar el impacto negativo del MI. Entre las variables de protección identificadas se incluyen: la tolerancia al dolor psicológico, la autoestima, las estrategias de afrontamiento positivas, la calidad del sueño, la resiliencia, el apoyo social y la conexión positiva con el entorno escolar (Chen et al., 2021; Passos et al., 2023; Su et al., 2022; Tripp et al., 2021; Wong et al., 2018; Yang et al., 2023; Zhou et al., 2024).

Factores personales

Variables cognitivas y emocionales

Teniendo en cuenta las variables cognitivas, en un estudio reciente, Passos et al. (2023) investigaron si la tolerancia al dolor psicológico, dividida en la capacidad de manejar el dolor y soportarlo, podía actuar como una variable mediadora entre el MI y la ideación suicida, utilizando dos muestras: una comunitaria y otra de estudiantes universitarios. En la muestra comunitaria, la capacidad de manejo del dolor psicológico medió totalmente la asociación entre el abuso sexual y físico con la ideación suicida, y parcialmente la relación entre el abuso emocional, la negligencia física y emocional con la ideación suicida. En la muestra de estudiantes universitarios, tanto el manejo como la tolerancia para soportar el dolor psicológico mediaron completamente la relación entre el abuso físico y la ideación suicida. En cambio, en el caso del abuso emocional y la negligencia física y emocional, ambos factores de tolerancia al dolor mediaban parcialmente dicha relación. Es relevante señalar que en el caso del abuso sexual, en la muestra universitaria, no se encontró evidencia de mediación.

Por otro lado, Wong et al. (2018) evaluaron si la claridad del autoconcepto y la autoestima mediaban la relación entre el MI y la conducta suicida, la depresión, la soledad, el

estrés percibido y el malestar vital. La claridad del autoconcepto se evaluó primeramente de forma individual, y resultó ser una mediadora parcial entre el MI y todos los resultados. Sin embargo, una vez incluida la autoestima en el análisis de mediación, la claridad del autoconcepto dejó de mostrar un papel significativo en la conducta suicida, aunque siguió resultando ser una variable mediadora para el resto de los resultados (depresión, soledad, estrés percibido y malestar vital). En cambio, la autoestima resultó ser mediadora parcial entre el MI y todos los factores evaluados.

Variables conductuales

Una investigación llevada a cabo por Su et al. (2022) examinó si las estrategias de afrontamiento adaptativas mediaban la relación entre el MI y la ideación suicida, el TAG y el episodio depresivo mayor (EDM). El análisis estadístico reveló que las estrategias de afrontamiento adaptativas mediaban parcialmente la relación entre el MI y la ideación suicida, el TAG y el EDM, explicando el 7,8%, 12,5% y 11,9% del efecto total, respectivamente.

Variables fisiológicas

Zhou et al. (2024) realizaron un análisis de mediación en cadena que identificó la calidad del sueño y la ansiedad como mediadores parciales en la relación entre el MI y los intentos de autolesión, con un efecto mediador que representó el 65,67% del efecto total. En este modelo, una mejor calidad de sueño se asocia con una menor sintomatología ansiosa, lo que a su vez reduce el riesgo de intentos de autolesión. De este modo, se puede deducir que una buena calidad de sueño y niveles reducidos de ansiedad actúan como factores protectores que disminuyen la vulnerabilidad hacia los intentos de autolesión en personas con antecedentes de MI.

Resiliencia

En diversos estudios se ha investigado el papel de la resiliencia en la relación entre el MI y la conducta suicida (Chen et al., 2021; Tripp et al., 2021; Yang et al., 2023). A este respecto, Chen et al. (2021) concluyeron que la resiliencia mediaba parcialmente la relación entre los distintos tipos de MI y la ideación suicida, justificando el 39,8% de la asociación entre ellos. Al considerar los diferentes tipos de MI por separado, la resiliencia medió totalmente la relación entre la negligencia emocional y física y la ideación suicida, y parcialmente en el caso del abuso emocional. En cambio, otros estudios constataron que la

resiliencia medió en la relación entre el MI y las conductas suicidas, pero no de manera independiente, sino por una mediación en cadena (Tripp et al., 2021; Yang et al., 2023). Yang et al. (2023) evidenciaron que la conectividad escolar tras haber sufrido MI se relacionaba positivamente con la resiliencia psicológica y esta, a su vez, se relacionaba negativamente con la ideación suicida. Es por ello, que la conectividad escolar junto con la resiliencia actuaron como mediadores parciales en cadena, atenuando parcialmente el impacto del MI sobre la ideación suicida. De manera similar, Tripp et al. (2021) descubrieron que la resiliencia se asociaba negativamente con la sintomatología depresiva, y esta se asoció positivamente con el riesgo de suicidio. Por lo tanto, la resiliencia, junto con la sintomatología depresiva, desempeñaban un papel como variables mediadoras en cadena en la relación entre el MI y el riesgo de suicidio.

Factores psicosociales

Respecto a los factores psicosociales, en líneas anteriores se destacó el papel del rechazo social como un factor de riesgo que media la relación entre el MI y la ideación suicida (Yıldız et al., 2022). Por su parte, Su et al. (2022) identificaron que el MI estaba negativamente relacionado con el apoyo social, el cual, a su vez, se asociaba de manera negativa con la ideación suicida, el TAG y el EDM. Esto sugiere que una mayor percepción de apoyo social podría reducir la probabilidad de desarrollar estas condiciones. Los análisis de mediación realizados indicaron que el apoyo social ejercía una mediación parcial en la relación entre el MI y la ideación suicida, el TAG y el EDM, explicando el 8,1%, 7,4% y 6,5% del efecto total, respectivamente. Tales hallazgos subrayan el papel del apoyo social como una variable mediadora que atenúa el impacto del MI sobre la conducta suicida y, además, reduce el riesgo de desarrollar sintomatología ansiosa o depresiva.

Relacionado con el apoyo social, Yang et al. (2023) exploraron el papel de la pertenencia y conexión con el entorno educativo como una variable mediadora en la relación entre el MI y la ideación suicida. Los resultados indicaron que la conectividad escolar ejercía como mediador parcial en esta relación, mostrando un efecto más pronunciado en el caso del abuso físico, seguido por el abuso sexual y, en menor medida, el abuso emocional.

Discusión

La presente revisión bibliográfica se llevó a cabo con el propósito de abordar uno de los principales desafíos en la investigación actual sobre la relación entre el MI y la conducta suicida: la identificación y el análisis de las variables mediadoras en esta asociación. A partir del examen de 21 artículos, se identificaron 26 variables mediadoras, clasificadas en dos categorías principales: aquellas que actúan como factores de riesgo y aquellas que funcionan como factores de protección.

Antes de profundizar en las variables mediadoras, resulta fundamental destacar los hallazgos encontrados sobre la relación entre el MI y la conducta suicida. Según la literatura analizada, diversos estudios identificaron que el abuso emocional es el tipo de MI que presenta una mayor asociación con la conducta suicida. En este sentido, investigaciones recientes también demostraron que el abuso emocional se trata del tipo de maltrato que con más frecuencia conduce a conductas suicidas, en comparación con otros tipos de MI (Chen et al., 2021; Yang et al., 2023; Yıldız et al., 2022). Estos hallazgos son consistentes con el metaanálisis realizado por Liu et al. (2021), donde se concluye que las personas que han sufrido abuso emocional tienen una mayor probabilidad de desarrollar conductas suicidas en comparación con las víctimas de otros tipos de maltrato.

No obstante, otros estudios subrayaron la relevancia del abuso sexual como principal predictor de la conducta suicida. Investigaciones como las de Angelakis et al. (2019) y Castellví et al. (2017b) sugirieron que esta modalidad de maltrato representa un riesgo más significativo para el desarrollo de conductas suicidas que otros tipos de MI. De manera similar, Sachs-Ericsson et al. (2017) sostuvieron que los abusos violentos, como el abuso sexual y el abuso físico, generan un riesgo particularmente elevado de conducta suicida en comparación con el resto de los tipos de maltrato.

Es importante destacar que, históricamente, los abusos violentos como el abuso sexual y el abuso físico han recibido mayor atención en la literatura que otras formas de MI, como el abuso emocional o la negligencia. Esta disparidad en el enfoque sigue siendo evidente en la actualidad, lo que resalta la necesidad de estudios más integradores que aborden de manera equitativa los diversos tipos de maltrato y su impacto diferencial en el desarrollo de conductas suicidas.

Por otro lado, a lo largo de esta revisión se evidenció que, en algunos casos, la relación entre el MI y la conducta suicida dejó de ser significativa, ya que las variables examinadas mediaban completamente dicha relación (Chen et al., 2021; Lemaigre & Taylor, 2018; Passos et al., 2023; Schönfelder et al., 2020; Widom & Li, 2020); lo que indica que todo el efecto del MI sobre las conductas suicidas pasa a través una variable determinada. Sin embargo, en la mayoría de los estudios, las variables analizadas mediaban de manera parcial, por lo que la relación entre el MI y la conducta suicida se mantenía como directa y estadísticamente significativa (lo que significa que parte del efecto del MI sobre la conducta suicida pasa a través de una determinada variable, pero no todo).

Estudios evaluados en esta revisión sugieren que, en los casos en los que la mediación no es total, esto podría deberse a la ausencia de ciertas variables en el análisis. Se plantea que, de haberse incluido dichas variables, estas podrían haber ejercido un efecto mediador. Por lo tanto, se infiere que la identificación completa de todas las variables mediadoras podría transformar una mediación parcial en una mediación total (Stagaki et al., 2022). Del mismo modo, varios metaanálisis señalaron la necesidad de investigar factores adicionales, considerando que los modelos actuales no logran explicar completamente los mecanismos implicados (Colley et al., 2024; Klonsky & Moyer, 2008). Esto subraya la importancia de ampliar las investigaciones en esta área, con el objetivo de comprender mejor estas conexiones y desarrollar intervenciones más específicas y eficaces para mitigar el impacto del MI en la conducta suicida.

En relación con las variables mediadoras, cabe destacar que la mayoría de los estudios revisados enfocaron su atención en las variables de riesgo, mientras que un menor número se centró en las de protección. Sin embargo, es importante puntualizar que la clasificación de las variables en dichas categorías puede resultar compleja. Aunque algunas variables se pueden categorizar claramente en uno de los dos grupos, existen otras cuya clasificación puede variar dependiendo del enfoque adoptado o la nomenclatura empleada en cada estudio.

Un ejemplo evidente de variables categorizadas exclusivamente como mediadoras de riesgo son los trastornos mentales. El MI contribuye de manera directa al desarrollo o agudización de estos trastornos, los cuales incrementan significativamente el riesgo de conductas suicidas. Por ello, dichas variables siempre se agrupan en la categoría de riesgo (Gawęda et al., 2019; Sachs-Ericsson et al., 2017; Stagaki et al., 2022; Widom & Li, 2020).

En contraste, se encuentran las variables que, dependiendo del enfoque del estudio y de la nomenclatura utilizada, su clasificación puede variar. Un ejemplo de ello puede reflejarse al comparar las investigaciones de Yıldız et al. (2022) y Su et al. (2022). En el estudio llevado a cabo por Yıldız et al. (2022) se evaluó el rechazo social percibido como variable mediadora entre la relación del MI y la ideación suicida, mientras que Su et al. (2022) estudiaron el apoyo social percibido como variable entre esta misma relación. A pesar de estudiar la misma variable (apoyo social), cuando se definió como “rechazo social percibido” esta variable se relacionó positivamente tanto con el MI como con la ideación suicida, considerándose, por tanto, como una variable de riesgo. Sin embargo, en el otro estudio, donde fue definida como “apoyo social percibido”, la relación entre el MI y la variable estudiada, y dicha variable y la ideación suicida, fue negativa, actuando de este modo como una variable de protección. Así, aunque ambos estudios analizan una variable relacionada con la percepción de las relaciones sociales, su categorización como factor de riesgo o protección depende de la perspectiva adoptada. De manera similar, variables como el estilo de apego, la mentalización, la regulación emocional, la tolerancia al dolor psicológico, la autoestima, las estrategias de afrontamiento y la calidad del sueño pueden clasificarse en una u otra categoría dependiendo de su enfoque.

Por su parte, una revisión llevada a cabo por Sachs-Ericsson et al. (2016) puso de manifiesto que la relación entre el MI y la conducta suicida estaba mediada por aspectos biológicos, psiquiátricos y de la salud, cognitivos y conductuales, e interpersonales.

Desde una perspectiva biológica, el MI se ha relacionado con una alteración en el funcionamiento del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA), lo que provoca un aumento sostenido en los niveles de cortisol. Este eje, a su vez, influye en los sistemas de neurotransmisión serotoninérgico, dopaminérgico y glutamatérgico, los cuales desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de diversas características vinculadas a la conducta suicida, tales como la desesperanza, la impulsividad, la depresión, la anhedonia y la desregulación emocional, entre otras (Cabrera et al., 2020; Van Voorhees & Scarpa, 2004). Asimismo, se ha identificado que el MI ocasiona daños en estructuras cerebrales clave como la amígdala, el hipocampo, el cuerpo caloso y la corteza prefrontal. La disfunción de estas áreas puede contribuir significativamente a problemas como la desregulación emocional, la falta de control de los impulsos y la ansiedad, entre otros trastornos, que también se relacionan con las distintas conductas suicidas (Amores-Villalba & Mateos-Mateos, 2017).

En lo que respecta a las variables psiquiátricas y de la salud, varias revisiones resaltaron la mediación de diversos tipos de trastornos mentales en la relación entre el MI y la conducta suicida. Los trastornos mentales más comunes derivados del MI son la depresión, los trastornos de ansiedad, el TEPT y el consumo de sustancias. También se encontraron como mediadores de la relación entre el MI y la conducta suicida a los trastornos de personalidad clúster B (antisocial, límite, narcisista e histriónico) y trastornos psicóticos (Brodsky & Stanley, 2008; Sachs-Ericsson et al., 2016). Estos resultados concuerdan con los obtenidos a lo largo de la presente revisión (Fuller-Thomson et al., 2016; Gawęda et al., 2019; Sachs-Ericsson et al. 2017; Widom & Li, 2020). Teniendo en cuenta las variables relacionadas con la salud, la revisión de Sachs-Ericsson et al. (2016) identificó que el dolor crónico se asocia tanto con el MI como con un mayor riesgo de suicidio, actuando como una variable mediadora en esta relación. De manera consistente, los hallazgos de Fuller-Thomson et al. (2016) respaldan esta conexión.

Del mismo modo, el estilo de apego inseguro y la ineficacia en la mentalización se identificaron como factores mediadores en la relación entre el MI y la conducta suicida (Stagaki et al., 2022). Se halló, además, que estas dos variables se asocian con una mayor dificultad en la regulación emocional, lo que a su vez obstaculiza el aprendizaje de relacionarse de manera adecuada y promueve la inhibición social, la cual se relaciona también con el MI y la conducta suicida (Lemaigre & Taylor, 2018; Stagaki et al., 2022).

Dicha regulación emocional forma parte de las variables emocionales, mientras que la inhibición social pertenece a las variables conductuales, resaltando que muchas de estas variables se relacionan entre sí. Además, las personas que presentan desregulación emocional suelen llevar a cabo estrategias desadaptativas, como son las conductas autolesivas no suicidas, para intentar así regular estas emociones negativas (Sachs-Ericsson et al., 2016; Schönfelder et al., 2020; Stagaki et al., 2022).

Por su parte, las estrategias de afrontamiento pueden categorizarse como adaptativas o desadaptativas (Walsh et al., 2010). En esta revisión las variables mediadoras identificadas fueron las estrategias de afrontamiento adaptativas, las cuales se relacionaron de manera negativa con la conducta suicida, reduciéndola (Su et al., 2022). De manera similar, Sachs-Ericsson et al. (2016) argumentaron que las personas que hicieron uso de estrategias de afrontamiento eficaces fueron capaces de regular las emociones negativas de una manera más

adaptativa, lo que redujo el riesgo de llevar a cabo conductas suicidas. Por el contrario, las personas que utilizaron estrategias de afrontamiento desadaptativas presentaron problemas a la hora de regular las emociones (desregulación emocional), lo cual incrementó el riesgo de conductas suicidas.

También se evidenció que la impulsividad, derivada del MI, lleva a conductas autolesivas como acto impulsivo autodestructivo derivado por la disfunción de ciertas áreas cerebrales (Sachs-Ericsson et al., 2016). Asimismo, la impulsividad conduce a conductas agresivas (problemas externalizantes) y otro tipo de conductas de riesgo como el consumo de sustancias o las autolesiones anteriormente mencionadas (Brodsky & Stanley, 2008).

En esta misma línea, la presente revisión subrayó la importancia de los sesgos cognitivos como mediadores entre el MI y la conducta suicida (Gawęda et al., 2019). Igualmente, Sachs-Ericsson et al. (2016) demostraron que estos sesgos podrían llevar a mayores niveles de ansiedad y depresión y, por ende, aumentar la probabilidad de llevar a cabo diferentes conductas suicidas.

Por otro lado, una revisión realizada por Yang y Clum (1996) identificó que niños y adolescentes expuestos a diversas formas de abuso y negligencia presentaban niveles más bajos de autoestima, los cuales persistieron a lo largo del tiempo hasta la edad adulta, aumentando así la probabilidad de conductas suicidas. Además, Sachs-Ericsson et al. (2016) propusieron que el apego inseguro resultante del MI está asociado con una percepción negativa de sí mismo y un menor apoyo social percibido, lo cual contribuye a la inhibición social y, en consecuencia, a un aumento en la prevalencia de conductas suicidas. Sin embargo, los estudios incluidos en esta revisión destacaron que, si bien el MI puede tener un impacto negativo, mantener unos niveles adecuados de autoestima tras esta experiencia traumática puede reducir significativamente el riesgo de conductas suicidas (Wong et al., 2018).

En relación con la resiliencia, diversos estudios revisados respaldaron su papel como variable mediadora en la asociación entre el MI y las conductas suicidas, y en varios casos como mediadora en cadena junto a otras variables (Chen et al., 2021; Tripp et al., 2021; Yang et al., 2023). Aun así, es un factor que ha cobrado interés estos últimos años, por lo que de momento no se han encontrado metaanálisis o revisiones sistemáticas que confirmen la importancia de esta variable mediadora. Aun así, y a falta de estos metaanálisis, multitud de estudios apuestan por la resiliencia como variable de protección en dicha relación (Roy et al.,

2011; Yao et al., 2023).

Interrelaciones de variables como las descritas ponen de manifiesto lo complejo que resulta establecer una explicación simple de la relación entre el MI y las conductas suicidas. Esto se puede deber a la gran cantidad de variables involucradas y a la estrecha interconexión entre ellas, lo que dificulta aislar factores individuales o determinar relaciones causales directas.

En cuanto al papel de los factores sociales en la relación, el apoyo social puede ser percibido de forma tanto positiva como negativa (Su et al., 2022; Yıldız et al., 2022). Aquellas personas que a pesar de haber sufrido MI mantienen una percepción positiva de apoyo social, muestran una menor probabilidad de desarrollar conductas suicidas (Brodsky & Stanley, 2008). Por el contrario, el MI puede también asociarse con una percepción negativa del apoyo social y una sensación de falta de pertenencia, lo que contribuye al desarrollo de conductas suicidas (Sachs-Ericsson et al., 2016). Así, el apoyo social, cuando es percibido negativamente, puede amplificar los efectos del MI, mientras que un apoyo social percibido positivamente actúa como un amortiguador frente al riesgo de suicidio.

En este contexto, la Teoría interpersonal del suicidio (Van Orden et al., 2010) ofrece un marco explicativo sobre cómo el MI, en interacción con variables como el apoyo social, puede llevar al suicidio. Según esta teoría, el suicidio ocurre debido a la conjunción de dos elementos: el deseo de suicidio y la capacidad adquirida para llevarlo a cabo. El deseo suicida surge de dos factores principales: la pertenencia frustrada, caracterizada por sentimientos de aislamiento social y desconexión, y la percepción de ser una carga, donde la persona cree que su existencia es un peso para los demás. Se ha evidenciado que el MI contribuye al desarrollo tanto de la pertenencia frustrada como de la percepción de carga, las cuales están directamente relacionadas con las conductas suicidas. Por otro lado, la capacidad adquirida para el suicidio se desarrolla a partir de una mayor tolerancia al dolor físico y una disminución del miedo a la muerte, fenómenos que pueden originarse por la exposición repetida a experiencias extremas, como las vividas durante el MI. En este sentido, el MI no solo potencia el deseo suicida a través de la afectación del sentido de pertenencia y de carga percibida, sino que también facilita la adquisición de la capacidad para realizar un acto suicida.

Por último, las personas que han sufrido abusos en su infancia tienden a experimentar acontecimientos vitales negativos posteriores al MI, los cuales se asocian con una mayor

probabilidad de llevar a cabo conductas suicidas (Sachs-Ericsson et al., 2016). De igual forma, varios artículos incluidos en esta revisión aseguran que la revictimización posterior al MI se asocia con las conductas suicidas (Duprey et al., 2020; Thompson & Kingree, 2022).

En líneas previas se ha destacado la complejidad inherente a la identificación exhaustiva de las variables mediadoras que intervienen en la relación entre el MI y la conducta suicida, así como la estrecha interrelación existente entre las variables ya identificadas. Los resultados obtenidos en diversos estudios revisados destacan que dichas variables no solo median directamente en esta relación, sino que también ejercen una influencia significativa sobre otras variables mediadoras encontradas, tales como la depresión, la ansiedad y la soledad, entre otras. Li et al. (2023) demostraron que la impulsividad no solo medió la relación entre el MI y las conductas autolesivas, sino también entre el MI y la depresión, así como la ansiedad. Por su parte, Wong et al. (2018) hallaron que la autoestima medió la relación entre el MI y las conductas suicidas, pero además, también medió la relación entre el MI y la soledad, la depresión, el estrés percibido y malestar vital. Asimismo, Su et al. (2022) observaron que tanto el apoyo social como las estrategias de afrontamiento mediaron la relación entre el MI y la ideación suicida, el TAG y el EDM.

Estos resultados subrayan que estas variables mediadoras no solo afectan la relación entre el MI y la conducta suicida, sino que también pueden intervenir como mediadoras en la conexión entre el MI y otras variables mediadoras clave, como la depresión, la ansiedad y la soledad. Por ejemplo, el MI puede generar impulsividad, que a su vez incrementa la depresión o la ansiedad, las cuales conducen a diferentes tipos de conductas suicidas. Comprender estas interacciones es esencial, ya que permiten identificar cómo estas variables no solo median de manera directa, sino que también interactúan y refuerzan otras variables relevantes en la misma relación, y por ello, sería importante tenerlas en cuenta a la hora de la intervención.

En conclusión, en relación con las variables mediadoras analizadas a lo largo de esta revisión, resulta fundamental destacar que la mayoría de estas variables no actúan de manera aislada, sino que están estrechamente interrelacionadas. Esto da lugar a mediaciones en cadena, lo que implica que el hecho de intervenir sobre una de ellas puede suponer mejoras en otras, evidenciando la complejidad y la interdependencia de distintos factores en este campo de estudio.

Por otro lado, a lo largo del trabajo se justificó que los distintos tipos de MI suelen coexistir, lo que significa que es común que las personas que han experimentado maltrato en la infancia no hayan sido víctimas de un único tipo de abuso de manera aislada. Además, se observó que a medida que aumenta la severidad y la violencia del MI, también se incrementa el riesgo de desarrollar conductas suicidas (Duprey et al., 2019; Xu et al., 2024). Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas, las cuales destacaron la complejidad de identificar los efectos específicos de cada forma de maltrato de manera individual, ya que la coexistencia y la acumulación de experiencias adversas potencian su impacto negativo en las conductas suicidas (Evans et al., 2005; Sachs-Ericsson, 2016).

En una línea similar, en la presente revisión diversos estudios demostraron que las diferentes conductas suicidas están interrelacionadas y que algunas tienden a anteceder a otras en una progresión lógica. Por ejemplo, Schönfelder et al. (2020) encontraron que las conductas autolesivas no suicidas actuaron como mediadoras de los intentos de suicidio, lo que indica que las autolesiones suelen preceder al desarrollo de los intentos de suicidio. Asimismo, Sachs-Ericsson et al. (2017) identificaron que tanto la ideación como los planes suicidas son predictores significativos de los intentos de suicidio, reforzando la existencia de una secuencia progresiva entre estas conductas. Estas conclusiones coinciden con los hallazgos de dos metaanálisis, que evidenciaron cómo las conductas suicidas como las autolesiones, la ideación o los planes suicidas, pueden escalar hasta culminar, en algunos casos, en la muerte por suicidio (Riera-Serra et al., 2024; Thurston et al., 2023). Estos descubrimientos resultan de vital importancia, ya que subrayan la trascendencia de intervenir ante cualquier tipo de conducta suicida, dado que existe una alta probabilidad de que estas progresen hacia comportamientos más graves y potencialmente mortales.

Para concluir, señalar que la presente revisión bibliográfica presenta una serie de limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados obtenidos. En primer lugar, una de las principales limitaciones radica en las características metodológicas de los estudios. La mayoría de los artículos revisados emplean diseños transversales, lo que impide establecer relaciones causales entre las experiencias de MI, los factores mediadores y las conductas suicidas. Este tipo de diseño permite identificar asociaciones entre variables, pero no proporciona evidencia suficiente para determinar si las experiencias de MI conducen directamente a estas conductas, ni cómo operan los factores mediadores a lo largo del tiempo. Para abordar esta cuestión, serían necesarios estudios longitudinales que permitan seguir la

evolución de los participantes y explorar cómo los distintos tipos de MI influyen en el desarrollo de conductas suicidas a través de factores intermedios.

Por otro lado, en el apartado de resultados, se identificaron dificultades al categorizar las diversas variables mediadoras que actúan entre el MI y las conductas suicidas. En ocasiones, variables de diferentes categorías se analizaron de forma conjunta debido a su interacción en forma de mediaciones en cadena. Por ejemplo, combinaciones como los sesgos cognitivos, las experiencias psicóticas leves y la depresión actuaron como mediadores encadenados en esta relación, lo que dificultó una distinción clara entre las categorías. Asimismo, combinaciones de ciertas variables mediadoras, como la desregulación emocional y la inhibición social, explicaron completamente la relación entre el MI y las conductas suicidas, resaltando la complejidad del proceso mediador.

Un desafío adicional radica en la ausencia de metaanálisis que permitan establecer comparaciones directas con los datos obtenidos en esta revisión de la literatura. Este campo se encuentra aún en desarrollo, lo que demanda estudios más integradores para consolidar los hallazgos actuales. Además, dado que la intervención propuesta en este trabajo se dirige a menores, resulta relevante señalar que muchas de las variables mediadoras identificadas provienen de estudios realizados con población adulta, limitando la aplicabilidad directa de los resultados.

Otra limitación significativa está relacionada con la forma en que se evalúan y reportan las experiencias de MI en los estudios revisados. A menudo, las investigaciones agrupan las distintas formas de MI de manera global, lo que dificulta identificar el impacto diferencial de cada tipo de maltrato sobre las conductas suicidas. De forma similar, se observó que la mayoría de los estudios se centran únicamente en la ideación suicida, dejando en segundo plano otras manifestaciones importantes.

Para profundizar en la comprensión de este fenómeno, es esencial que futuras investigaciones se centren en la evaluación de variables mediadoras poco exploradas, como la resiliencia, y que analicen la eficacia de intervenciones específicas dirigidas a quienes han sufrido MI y presentan conductas suicidas, debido a la limitada literatura existente a día de hoy. También resulta crucial realizar estudios longitudinales que permitan comprender cómo estas variables evolucionan a lo largo del tiempo en personas con antecedentes de MI.

Estas mejoras permitirían obtener una comprensión más integral de la relación entre el MI y las conductas suicidas, promoviendo el diseño de intervenciones más efectivas y adaptadas a las necesidades específicas de esta población vulnerable.

Propuesta Aplicada

Justificación

En la presente revisión bibliográfica se ha identificado un alto riesgo de conductas suicidas en personas que han sufrido MI. Por esta razón, cabe destacar la importancia de intervenir con las personas que han sido víctimas de abuso o negligencia en su infancia.

En este contexto, resulta fundamental implementar intervenciones dirigidas no solo a abordar los efectos directos del MI en las personas afectadas, sino también a intervenir sobre las variables mediadoras identificadas en este trabajo. Estas variables no solo potencian la probabilidad de que las víctimas desarrollen conductas suicidas, sino que también representan puntos clave de intervención que podrían modificar significativamente las trayectorias psicológicas de los afectados. Al actuar sobre estos mediadores, sería posible reducir de manera sustancial el impacto del MI y prevenir la aparición de conductas suicidas.

Es importante destacar que el diseño de estas intervenciones debe considerar la complejidad y la interrelación de las variables mediadoras. Esto requiere un enfoque multidimensional y personalizado, que tenga en cuenta las características específicas de cada individuo y las circunstancias que rodean su experiencia de maltrato.

Según las recomendaciones de la guía NICE (*National Collaborating Centre for Mental Health*, 2017), la intervención más adecuada para adolescentes que han experimentado MI varía según el tipo de abuso sufrido. Para aquellos que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia, destaca la Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma (TCC-FT) como el tratamiento de elección. Por otro lado, para adolescentes que han sido afectados por abuso emocional, físico o negligencia, se recomienda prioritariamente la implementación de la Terapia Multisistémica (TMS).

En cuanto al tratamiento de las conductas suicidas en adolescentes, la guía NICE (2022) sugiere como primera opción la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), especialmente en aquellos casos donde se presentan problemas de desregulación emocional. Este enfoque se encuentra también entre las intervenciones recomendadas por el Sistema Nacional de Salud (2012), que incluye terapias de orientación cognitivo-conductual, como la TDC, además de la Terapia Interpersonal, la Terapia Familiar y la Terapia Psicodinámica.

Como se puede observar, la literatura refleja un amplio desarrollo en la investigación sobre las intervenciones destinadas tanto a las personas que han sufrido MI como a aquellas que presentan conductas suicidas. Sin embargo, los tratamientos basados en la evidencia específicamente dirigidos a personas maltratadas en la infancia que manifiestan conductas suicidas son aún escasos.

Una revisión sistemática llevada a cabo por Leenarts et al. (2013) respaldó que, para los adolescentes que habían sufrido MI y mostraban psicopatología relacionada con el trauma (TEPT, ansiedad, ideación suicida, abuso de sustancias...), la TCC-FT se mostraba como el tratamiento mejor respaldado. A su vez, varias revisiones resaltan el uso de la TDC para los adolescentes que han estado expuestos a MI y presentan conductas suicidas (Pollock et al., 2024). Asimismo, la TDC ha destacado por su eficacia en el tratamiento de personas que presentan desregulación emocional, impulsividad, depresión, ansiedad, múltiples trastornos de la personalidad y estrés postraumático asociado al abuso infantil (de Luna Velasco et al., 2020).

La Terapia Dialéctica Conductual para Adolescentes (TDC-A) constituye una adaptación del protocolo original de la TDC desarrollada por Linehan en 1993, diseñada por Miller, Rathus & Linehan en el año 2007. Este enfoque terapéutico, diseñado para adolescentes de entre 12 y 18 años, tiene una duración estimada de 12 a 24 semanas. La TDC-A ha resultado ser efectiva en la intervención con jóvenes que han sido víctimas de MI y exhiben conductas suicidas (Shenk et al., 2021). La terapia se divide en dos fases principales; la primera fase se enfoca en la estabilización del paciente, priorizando la eliminación de conductas suicidas y el tratamiento de trastornos comórbidos del eje I. La segunda fase, en cambio, se aplica únicamente si el adolescente presenta síntomas relacionados con el trauma. No obstante, aunque la TDC-A se ha establecido como eficaz en adolescentes con conductas suicidas, el abordaje del trauma, implementado tras la reducción de la sintomatología suicida, está respaldado por evidencia empírica en población adulta. Sin embargo, su efectividad en adolescentes aún no ha sido suficientemente investigada (Berk et al., 2014).

Por consiguiente, basado en la adaptación del protocolo original de Miller et al. (2007) y en las directrices propuestas por Berk et al. (2014), se empleará la TDC-A durante la primera fase del tratamiento. Posteriormente, se incorporará la TCC-FT para abordar los síntomas de TEPT, dado que esta última ha demostrado ser efectiva en adolescentes.

Protocolo de intervención

1. Destinatarios de la intervención

De acuerdo con diversos metaanálisis, el periodo de mayor vulnerabilidad al suicidio en personas que han experimentado MI tiende a concentrarse durante la adolescencia y los primeros años de la adultez. Este hallazgo subraya la importancia de diseñar intervenciones específicas para estas etapas críticas del desarrollo, en las cuales el riesgo se manifiesta con mayor intensidad (Angelakis et al., 2019; Castellví et al., 2017).

En este contexto, la intervención propuesta se centrará en un caso concreto: el de M, una adolescente de 16 años, de sexo femenino, quien fue víctima de abuso físico por parte de su abuelo. Actualmente, M presenta conductas suicidas y manifiesta síntomas característicos del TEPT. Además, exhibe una serie de dificultades emocionales y conductuales, tales como problemas en las relaciones interpersonales, alta impulsividad, desregulación emocional y episodios de disociación.

2. Evaluación

En primer lugar, es necesario realizar una evaluación inicial antes de comenzar el tratamiento, con el fin de identificar las necesidades y dificultades que presenta la persona afectada (Anexo 3). Durante el transcurso de la intervención, se llevará a cabo un proceso continuo de evaluación para monitorear el avance y verificar la efectividad de las estrategias implementadas. Los objetivos específicos establecidos para la evaluación son los siguientes:

- Conocer las características e historia de abuso.
- Identificar conductas suicidas y su gravedad.
- Identificar razones por las que vivir (factores de protección).
- Evaluar sintomatología ansiosa y depresiva.
- Analizar sintomatología TEPT.
- Valorar las habilidades de regulación emocional.
- Evaluar la presencia de comportamientos impulsivos y su frecuencia.
- Conocer el nivel de apoyo social y familiar que la persona percibe.
- Explorar el estilo de afrontamiento.
- Examinar el funcionamiento general de la familia.

3. Objetivos

Los objetivos generales del programa son:

- Cesar o reducir al máximo las conductas suicidas.
- Reducir el impacto de la experiencia traumática.

Los objetivos específicos son:

- Dotar a los padres y a la menor de información sobre el abuso físico, las conductas suicidas y sus consecuencias más comunes.
- Aportar estrategias para manejar la tolerancia al malestar.
- Disminuir la tendencia a la impulsividad.
- Facilitar la identificación y manejo de pensamientos automáticos disfuncionales.
- Favorecer el reconocimiento, expresión y regulación emocional.
- Incrementar habilidades de eficacia interpersonal.
- Reforzar la percepción de apoyo social de la menor dentro de su entorno familiar y cercano.
- Desarrollar la habilidad de equilibrar aceptación y cambio para mejorar las relaciones familiares.
- Fomentar la realización de actividades agradables individuales y/o con los demás.
- Mejorar las habilidades de crianza parentales.
- Facilitar el procesamiento del evento traumático.
- Dotar de estrategias para identificar y reducir situaciones de riesgo.

4. Formato, estructura y contenido del programa

La terapia se estructurará en dos fases principales. La primera, denominada fase de estabilización, incluirá un componente grupal y un componente individual. El componente grupal consistirá en 16 sesiones de 2 horas de duración cada una, en las que participarán tanto los adolescentes como sus progenitores, y cada grupo estará compuesto, en promedio, por 5 o 6 adolescentes (entre ellas, M). Por otro lado, la parte individual comprenderá el mismo número de sesiones, con una duración de 60 minutos cada una; en este caso solo se atenderá a M (o a la menor con sus padres si se considera necesario). Ambos componentes se desarrollarán simultáneamente, en dos días diferentes de la semana. El programa grupal se

dividirá en cinco módulos, que son: *mindfulness*, habilidades para la tolerancia al malestar, efectividad interpersonal, regulación emocional y “caminar por el sendero medio”.

Una vez completada la fase de estabilización, se procederá a la segunda fase, que se centrará en la exposición al trauma. Esta constará de 10 sesiones.

Sesiones de pre-tratamiento

Sesión 1. El primer encuentro inicialmente se enfocará en explicar a la menor en qué consiste la terapia, los aspectos que se van a trabajar y los objetivos que se pretenden conseguir (Anexo 4). Asimismo, se intentará establecer un acuerdo hacia el uso de habilidades de la TDC-A en lugar de recurrir a autolesiones o comportamientos suicidas. Para fortalecer esta decisión, se discutirán los pros y los contras de abandonar estas conductas y se hará uso de la técnica denominada “abogado del diablo” para reforzar el compromiso de M, señalando posibles obstáculos (Anexo 5).

Asimismo, durante esta primera sesión se incluirá la participación de los padres con el objetivo de brindarles una orientación detallada sobre los principios fundamentales y el funcionamiento de la TDC-A. Se les explicará cómo la desregulación emocional puede conducir a comportamientos suicidas, enfatizando la relevancia de validar los sentimientos y emociones de la paciente, dada su crucial importancia en estos casos. Además, se abordará la necesidad de garantizar que M no tenga ningún tipo de contacto con el perpetrador del maltrato, a fin de proteger su bienestar físico y emocional. Finalmente, se instruirá a los padres para que eliminen del hogar y de las pertenencias de M cualquier objeto o medio que pueda ser utilizado para autolesionarse, con el objetivo de reducir las posibilidades de conductas impulsivas autolesivas y reforzar un entorno seguro.

Sesión 2. En esta sesión se llevará a cabo un análisis en cadena con el objetivo de obtener una descripción exhaustiva de los factores de vulnerabilidad previos, los desencadenantes proximales, así como los pensamientos y emociones asociados que preceden a la conducta suicida. Asimismo, se identificarán los posibles reforzadores que puedan contribuir al mantenimiento de dichas conductas. A partir de este análisis, se procederá a diseñar un plan de seguridad que incluya estrategias y habilidades específicas que M pueda emplear para prevenir futuras conductas suicidas, tales como técnicas de distracción y autocuidado.

Al finalizar la sesión, se introducirá el uso de las tarjetas de registro diario (ver Anexo 6) y se instruirá a M para que las complete semanalmente como parte de las tareas asignadas. Este recurso permitirá un seguimiento sistemático de sus pensamientos y conductas suicidas, impulsos de autolesión, niveles de malestar emocional y el uso de habilidades adquiridas entre consultas.

Fase 1. Fase de Estabilización

Sesiones Grupales o multifamiliares

Sesiones 1, 5, 9 y 13. Cada una de estas sesiones actuará como punto de partida para los distintos módulos.

En la primera parte, se invitará tanto a los adolescentes como a sus progenitores a presentarse brevemente, mencionando su nombre y compartiendo algún pasatiempo o interés personal. Posteriormente, se procederá a explicar las directrices fundamentales sobre la confidencialidad, incluyendo los casos específicos en los que esta podría ser vulnerada. El siguiente paso consistirá en explicar detalladamente, a modo de psicoeducación, la Teoría Biosocial de la TDC (Anexo 7). Una vez concluida esta explicación, se revisarán y clarificarán las normas que deben cumplirse para participar en el grupo multifamiliar (Anexo 8). Finalmente, se solicitará tanto a los padres como a los adolescentes que firmen el consentimiento informado, asegurando su comprensión y aceptación de los términos del programa.

En la segunda parte, se expondrán diferentes **ejercicios de *mindfulness***, destacando su utilidad para aumentar la conciencia plena de la experiencia. Se explicarán las habilidades del "*Qué*" y el "*Cómo*" (ver Anexo 9) necesarias para realizar estos ejercicios correctamente. Finalmente, se pondrán en práctica las habilidades adquiridas mediante actividades como "*Los Tres Estados de la Mente*" (ver Anexo 9). Además, en todas las reuniones se proporcionarán autorregistros para cumplimentar en casa (ver Anexo 6).

Es importante señalar que esta sesión se llevará a cabo al inicio de cada uno de los cuatro módulos del programa. Esto incluye el módulo de habilidades de tolerancia a la angustia, el de efectividad interpersonal, el de regulación emocional y, finalmente, el módulo de "*Caminando por el sendero del medio*" ("*Walking the Middle Path*"). Si al inicio de un módulo no se incorporan nuevos participantes, no será preciso repetir las presentaciones.

Sesiones 2 a 4. Este primer módulo estará orientado a adquirir **habilidades para afrontar el malestar** que experimentan los adolescentes. Cada una de las tres sesiones que lo conforman seguirá una estructura similar en su desarrollo.

La primera parte de cada consulta se iniciará con ejercicios de *mindfulness*, destinados a favorecer la atención plena y centrar a los participantes. Posteriormente, se ofrecerá una explicación general del contenido que se abordará durante la sesión, y esta primera parte concluirá con una revisión conjunta de las tareas que fueron asignadas para realizar en casa.

La segunda parte se centrará en la enseñanza y puesta en práctica de habilidades específicas de tolerancia a la angustia o malestar. En la sesión número 2, se explicarán los objetivos de estas técnicas, los cuales consisten en ayudar a los adolescentes a tolerar situaciones o emociones negativas sin recurrir a conductas problemáticas desadaptativas que empeoren la situación. Seguidamente, se presentará la habilidad de "*Distract with ACCEPTS*" (Anexo 10), la cual será introducida y aplicada en el transcurso del encuentro. En la tercera consulta, la segunda parte estará dedicada a la enseñanza de otras dos técnicas para manejar momentos de crisis: "*Auto Tranquilizarse*" y "*Pros y Contras*" (Anexo 10). De igual manera, ambas se pondrán en práctica durante esta reunión. Finalmente, en la cuarta sesión, se procederá a la explicación y entrenamiento de las habilidades "*Aceptación Radical*", así como "*Obstinación versus Disposición*" (Anexo 10).

Sesiones 6 a 8. Las **habilidades de eficacia interpersonal** se abordarán siguiendo una estructura similar a la del módulo anterior. La primera parte de la reunión comenzará con la práctica de ejercicios de *mindfulness*, seguida de una explicación general de las actividades planificadas para la sesión, y se finalizará con la revisión conjunta de los ejercicios asignados previamente.

En la segunda parte, se abordará el aprendizaje y la práctica de técnicas específicas destinadas a fortalecer habilidades clave para la comunicación interpersonal, tales como expresar necesidades, aprender a decir "no", manejar conflictos, mantener relaciones positivas y preservar el respeto propio.

Durante la sexta sesión, la segunda parte de la consulta tendrá como propósito analizar los objetivos personales que cada participante busca alcanzar en sus interacciones sociales (p. ej., "mejorar o mantener la relación con mis pares"). Asimismo, se identificarán los factores

que podrían estar obstaculizando el logro de estos objetivos, como la falta de habilidades, emociones intensas o pensamientos negativos. También se trabajará en la práctica de los “*Cheerleading Statements*”, afirmaciones positivas diseñadas para aumentar la motivación y la confianza personal (p. ej., "Tengo derecho a pedir lo que necesito").

En la séptima cita, se dedicará tiempo a la enseñanza y puesta en práctica de la habilidad “*DEAR MAN*” (Anexo 11), orientada a la comunicación asertiva y efectiva. Por último, en la octava sesión, se presentarán y pondrán en práctica las técnicas “*GIVE*” y “*FAST*” (Anexo 11), que complementan las habilidades de eficacia interpersonal al enfatizar el equilibrio entre los objetivos interpersonales y el respeto por uno mismo.

Sesiones 10 a 12. En este módulo, dedicado a las **habilidades de regulación emocional**, la estructura de la primera parte de las sesiones será consistente con la utilizada en módulos previos, incluyendo ejercicios de *mindfulness*, una introducción general sobre las actividades a trabajar y la revisión de las actividades propuestas en la reunión anterior.

La segunda parte de las sesiones estará orientada al aprendizaje y aplicación de estrategias para manejar y regular emociones negativas. En la décima consulta se abordará inicialmente el propósito y la utilidad de las emociones mediante un componente psicoeducativo. El terapeuta explicará cómo las emociones cumplen funciones esenciales, como la comunicación de necesidades, el fortalecimiento de vínculos interpersonales y la preparación de respuestas frente a situaciones relevantes. Posteriormente, se llevará a cabo una discusión grupal que permitirá reflexionar sobre la importancia de desarrollar habilidades de regulación emocional, particularmente en escenarios donde las reacciones intensas pueden ser contraproducentes. Para finalizar, se introducirá el “*Modelo de las emociones*” (ver Anexo 12), que proporcionará una base conceptual para entender los procesos emocionales. En la undécima sesión, la segunda parte estará destinada a la enseñanza y aplicación de las estrategias “*PLEASE Master*” e “*Incrementando emociones positivas*” (ver Anexo 12), ambas diseñadas para fomentar el bienestar emocional y prevenir la acumulación de malestar. Por último, en la duodécima consulta, se trabajará en la aplicación práctica de las técnicas “*Actuar de forma opuesta*” y “*The WAVE*” (ver Anexo 12), herramientas fundamentales para responder de manera efectiva a emociones difíciles y promover la aceptación emocional.

Sesiones 14 a 16. El último módulo, denominado “**Caminando por el sendero medio**”, tiene como objetivo capacitar a los participantes en la resolución efectiva de dilemas familiares propios de la adolescencia mediante tres enfoques clave: *dialéctica*, que equilibra aceptación y cambio al reconocer la diversidad de perspectivas y soluciones; *validación*, que promueve la aceptación a través del reconocimiento de emociones y puntos de vista; y *conductismo*, que facilita el cambio mediante la modificación de patrones de comportamiento. Estas herramientas están orientadas a gestionar conflictos y fortalecer las relaciones familiares de manera constructiva. Es el módulo en el que los progenitores más participan.

En la sesión 14, se abordará la *dialéctica*, enseñando a encontrar puntos intermedios entre extremos, como ser excesivamente permisivo o estricto, minimizar comportamientos patológicos o exagerar comportamientos normativos, y fomentar la independencia prematura o dependencia excesiva (Anexo 13). La consulta 15 se centrará en la *validación*, con el objetivo de desarrollar la capacidad de reconocer y aceptar pensamientos, emociones y conductas, tanto propias como ajenas (Anexo 13). Finalmente, en la sesión 16 se trabajará el *conductismo*, aplicando estrategias para incrementar comportamientos deseados y reducir los indeseados, tanto en uno mismo como en los demás (Anexo 13).

Sesiones Individuales (1-16)

En las sesiones individuales de la TDC-A, el enfoque principal se centrará en atender las necesidades específicas de la paciente, abordando de manera prioritaria los objetivos relacionados con sus comportamientos problemáticos. Además, los problemas se abordarán siguiendo un orden jerárquico establecido.

En primer lugar, se intervendrá para reducir los comportamientos suicidas, priorizando su disminución inmediata debido a su gravedad. Una vez que estos hayan cesado, la atención se dirigirá hacia los comportamientos que interfieren en el proceso terapéutico, tales como llegar tarde a las citas o no completar las tareas asignadas. Finalmente, se trabajará en los comportamientos que afectan la calidad de vida de M, como la impulsividad, la desregulación emocional o las dificultades en las relaciones interpersonales.

El inicio de cada consulta se dedicará a revisar las tareas asignadas a la paciente como parte de su trabajo entre sesiones (Anexo 6). Si comunica haber llevado a cabo alguna conducta suicida, esta se convertirá en la prioridad absoluta de la consulta. En caso de que no

haya indicios de conductas suicidas, se abordarán los comportamientos que puedan estar interfiriendo en el desarrollo de la terapia. Solo cuando ninguno de estos dos problemas esté presente, el trabajo se centrará en las dificultades cotidianas de M que impactan negativamente en su vida diaria.

Con el fin de abordar todas estas cuestiones, se emplearán tanto las habilidades aprendidas durante las sesiones multifamiliares como otras estrategias terapéuticas complementarias, entre las que destacan la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en solución de problemas (Anexo 14).

En los casos en que la problemática familiar se convierta en un foco de atención durante la terapia, los progenitores de M serán invitados a participar en las sesiones. Este trabajo conjunto tendrá como objetivo identificar soluciones efectivas, empleando técnicas específicas tanto con la menor como con sus padres. Por ejemplo, si se identifica que la madre de M tiende a invalidar sus emociones o interpreta su angustia como una exageración destinada a captar atención y lograr que se cumplan sus demandas, se llevaría a cabo una intervención específica. En este contexto, se trabajaría con los padres para enseñarles habilidades de validación emocional y ofrecerles una comprensión más profunda sobre la desregulación emocional, ayudándolos a reconocerla como una dificultad genuina que requiere empatía y apoyo.

Fase 2. Tratamiento de Exposición

Una vez que M se estabilice, se dará inicio al proceso de exposición al trauma. Dado que la paciente ya habrá desarrollado habilidades clave de regulación afectiva, *mindfulness* y afrontamiento conductual para manejar emociones negativas durante los meses previos (en la Fase 1 de la TDC-A), no será necesario enseñar nuevamente estas habilidades. Asimismo, las habilidades parentales, como la validación y el manejo de contingencias, ya habrán sido trabajadas en etapas previas de la terapia, por lo que este módulo también será excluido.

Sesión 1. En esta sesión se llevará a cabo una intervención psicoeducativa individual, primero con la menor y a continuación con sus progenitores. Se proporcionará información sobre las respuestas habituales a eventos traumáticos y se ayudará a identificar las reacciones específicas de M. Asimismo, se validarán las emociones y reacciones respecto al abuso, enfatizando su normalidad ante un evento traumático. Además, se revisarán y reforzarán las

habilidades previamente trabajadas, como el *mindfulness*, afrontamiento, regulación emocional y la reestructuración cognitiva, útiles para el reprocesamiento del trauma.

Sesión 2. En esta sesión se realizará una exposición en vivo a estímulos que M ha estado evitando de manera excesiva o inapropiada, asociados al evento traumático. Un ejemplo de esto sería que M se niegue a interactuar con hombres adultos que tengan características físicas o conductuales parecidas a las de su abuelo, incluso si la interacción es completamente segura y contextualmente adecuada. Para su implementación se explorará en profundidad la situación evitada y se creará, junto con M, una jerarquía de miedo en la que la menor se expondrá gradualmente, desde el escenario menos temido (1) hasta el más temido (10) (Anexo 15). Dado que la exposición se iniciará una vez que la paciente haya adquirido las habilidades necesarias (p. ej., *mindfulness*), dichas técnicas se implementarán de manera continua a lo largo del proceso de exposición, con el objetivo de proporcionar a M las herramientas necesarias para afrontar la situación de forma efectiva.

Con respecto a los padres, en primer lugar, se proporcionará una explicación detallada sobre los factores que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la situación temida. Posteriormente, se les motivará a aplicar las habilidades de atención plena y distracción adquiridas durante la Fase 1 de la TDC-A para gestionar adecuadamente sus propias reacciones ante las experiencias traumáticas de su hija.

Sesiones 3 a 6. La narración y el procesamiento del trauma se llevará a cabo mediante la redacción de un libro autobiográfico en el que M describirá, en cada sesión, diferentes capítulos de su vida. El proceso comenzará con la exposición de experiencias benignas, como sus primeras vivencias, gustos, disgustos y amistades, para posteriormente abordar una narración detallada del evento traumático. En el capítulo final se hará una reflexión sobre las destrezas adquiridas durante el transcurso de la terapia, incluyendo aspectos como lo que ha aprendido acerca de sí misma, de los demás y del mundo, cómo pueden apoyar sus padres en el proceso y qué factores le generan bienestar. Además, se explorará su visión del futuro y las metas que se propone alcanzar.

Tras completar la narrativa del trauma, las cogniciones desadaptativas que puedan surgir durante las tareas de exposición (p. ej., "todo es mi culpa") se abordarán mediante la técnica de reestructuración cognitiva.

Mientras M construye su narrativa del trauma, el terapeuta trabajará también con los padres para fomentar respuestas de apoyo y validación, así como para gestionar sus reacciones emocionales al escuchar los relatos sobre el abuso. El terapeuta compartirá con los padres fragmentos de la narrativa en consultas colaterales, con el fin de prepararlos para que M los comparta directamente. Al mismo tiempo, cuando el terapeuta y los progenitores analicen la narrativa, se enfocarán en reestructurar las creencias disfuncionales sobre el abuso, como la idea de "No creo que su abuelo haya hecho algo así".

Sesión 7. En esta sesión conjunta, M relatará directamente a sus progenitores los incidentes de abuso. Aunque los padres ya están familiarizados con esta información, ya que fue compartida previamente en encuentros anteriores, será M quien la exponga en esta ocasión. Gracias al entrenamiento recibido en técnicas de validación, los progenitores podrán brindarle apoyo emocional, lo que fortalecerá la sensación de seguridad de la menor. Esto no solo implicará la suspensión del contacto entre M y su abuelo, sino también la eliminación de cualquier interacción entre él y la familia en su conjunto.

Sesión 8. Para concluir esta fase, el terapeuta trabajará con M y sus padres en el fortalecimiento de la seguridad futura. Se empleará el juego de roles para identificar situaciones de riesgo, establecer límites claros y practicar la habilidad de decir "no". Además, se revisarán las estrategias previamente aprendidas para gestionar el estrés y el miedo. Como parte del plan, se elaborará una lista de adultos de confianza a quienes M podrá acudir en caso de enfrentar situaciones difíciles o necesitar apoyo.

Fase de Seguimiento

Sesiones 9 y 10. Estas dos últimas consultas se destinarán al seguimiento del tratamiento y se llevarán a cabo al mes y a los seis meses de finalizar la intervención. En ellas, se evaluará la consolidación de los progresos logrados durante la terapia y se ofrecerán orientaciones adicionales si se identifican dificultades o áreas que requieran refuerzo.

Conclusiones

El análisis de la literatura realizado en este trabajo permite derivar las siguientes conclusiones:

En primer lugar, se ha observado que, en ciertos casos, los factores mediadores logran explicar de manera integral la asociación entre el MI y las conductas suicidas, reduciendo a niveles no significativos la relación directa entre ambos fenómenos. No obstante, en la mayoría de los estudios revisados, dicha relación directa persiste, ya que los factores mediadores identificados sólo explican de forma parcial esta asociación. Este hallazgo sugiere la existencia de variables mediadoras adicionales que no han sido consideradas en la literatura actual o que han sido analizadas de manera fragmentada y, por ende, requieren mayor exploración.

Se debe enfatizar que, entre los distintos tipos de MI, el abuso emocional se reconoce como la forma de maltrato con mayor influencia en el desarrollo de conductas suicidas. Por otro lado, se ha identificado que la negligencia, como una forma específica de MI, ha recibido una atención limitada en los estudios revisados, a pesar de su potencial impacto en las trayectorias psicológicas y conductuales de las personas afectadas. Este hallazgo subraya la importancia de incluir la negligencia en futuros análisis para enriquecer la comprensión de la relación entre el MI y las conductas suicidas, así como para optimizar las estrategias de prevención e intervención.

Asimismo, se ha comprobado que los factores de riesgo y protección asociados al MI abarcan dimensiones personales y psicosociales, lo que enfatiza la importancia de adoptar un enfoque multidimensional en el estudio de las conductas suicidas en personas maltratadas en la infancia. Este enfoque es crucial para comprender integralmente la interacción entre el MI y las conductas suicidas y para diseñar intervenciones efectivas que aborden la diversidad de factores implicados.

Cabe destacar que estos factores no actúan de forma independiente, sino que están interrelacionados, creando un contexto que puede favorecer el desarrollo de conductas suicidas. Ejemplos de estas interacciones incluyen la relación entre la desregulación emocional y las conductas autolesivas no suicidas, o el vínculo entre el apego inseguro y la mentalización ineficaz, la desregulación de las emociones y la inhibición social, que juntas

potencian aun más el riesgo de suicidio. Estas dinámicas sugieren que intervenir sobre uno de estos factores podría generar efectos positivos en otros, lo que abre la posibilidad de diseñar estrategias terapéuticas más integrales y eficientes. Este enfoque permitiría optimizar los recursos disponibles y maximizar los beneficios en la atención a las personas afectadas.

Finalmente, tanto la terapia TCC-FT como la TDC han demostrado ser eficaces en la reducción de conductas suicidas en personas que han sido víctimas de MI, consolidándose como herramientas fundamentales en el tratamiento de esta problemática. No obstante, cabe señalar que, aunque se ha evidenciado su efectividad, la literatura existente sobre las intervenciones dirigidas a personas que han sufrido MI y que presentan conductas suicidas, sigue siendo relativamente limitada.

En conclusión, este trabajo pone de manifiesto la complejidad de las interacciones entre el MI y la conducta suicida, evidenciando la relevancia de investigar de manera más exhaustiva las variables mediadoras implicadas y de desarrollar intervenciones que no solo se centren en el MI, sino también en los factores asociados. Una comprensión más profunda de estas dinámicas, junto con estrategias de intervención mejor diseñadas, podría contribuir significativamente a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y a reducir la prevalencia de conductas suicidas en esta población vulnerable.

Referencias Bibliográficas

- Alarcón-Forero, L.C., Araújo-Reyes, A.P., Godoy-Díaz, A.P., & Vera Rueda, M.E. (2010). Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. *Med UNAB*, 13(2), 19-55.
- Amores-Villalba, A., & Mateos-Mateos, R. (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología Educativa*, 23(2), 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.pse.2017.05.006>
- Angelakis, I., Gillespie, E. L., & Panagioti, M. (2019). Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(7), 1057–1078. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003823>
- Aparicio, A. M. (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. *Anales de psicología*, 24(1), 77-87.
- Austin, A.E., Lesak, A.M., & Shanahan, M.E. (2020) Risk and protective factors for child maltreatment: A review. *Curr Epidemiol Rep*, 7(4), 334-342. <http://dx.doi.org/10.1007/s40471-020-00252-3>
- Berk, M. S., Shelby, J., Avina, C., & Tangeman, K. R. (2014). Dialectical behavior therapy for suicidal and self-harming adolescents with trauma symptoms. In S. Timmer & A. Urquiza (Eds.), *Evidence-based approaches for the treatment of maltreated children: Considering core components and treatment effectiveness* (pp. 215–236). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-94-007-7404-9_12
- Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2008). Adverse Childhood Experiences and Suicidal Behavior. *Psychiatric Clinics of North America* 31(2), 223–235. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.02.002>
- Cabrera, C., Torres, H., & Harcourt, S. (2020). The neurological and neuropsychological effects of child maltreatment. *Aggression and Violent Behavior*, 54, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101408>
- 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., & Alonso, J. (2017a). Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 215, 37–48. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.035>
- Castellví, P., 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-Jiménez, T., Soto-Sanz, V., & Alonso, J. (2017b). Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(3), 195–211. <https://doi.org/10.1111/acps.12679>
- Centers For Disease Control and Prevention [CDC]. (16 de mayo de 2024). *Child Abuse and Neglect Prevention: Risk and protective factors*. CDC. Recuperado el 20 de diciembre del 2024 <https://www.cdc.gov/child-abuse-neglect/risk-factors/index.html>
- Chen, X., Jiang, L., Liu, Y., Ran, H., Yang, R., Xu, X., Lu, J., & Xiao, Y. (2021). Childhood maltreatment and suicidal ideation in Chinese children and adolescents: the mediation of resilience. *PeerJ*. <https://doi.org/10.7717/peerj.11758>
- Colley D., Seidler J., Rasch L., Gahr B., Küppers L., Mayatepek E. & De Bock F. (2024). Systematic review of variables that moderate and/or mediate the relationship between child maltreatment and adverse outcomes: a study protocol. *BMJ Open*, 14(10), 1-7 <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079537>
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Hinesley, J., Chan, R. F., Aberg, K. A., Fairbank, J. A., van den Oord, E. J. C. G., & Costello, E. J. (2018). Association of Childhood Trauma Exposure With Adult Psychiatric Disorders and Functional Outcomes. *JAMA network open*, 1(7). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4493>
- De Leo, D., Goodfellow, B., Silverman, M., Berman, A., Mann, J., Arensman, E., Hawton, K., Phillips, M. R., Vijayakumar, L., Andriessen, K., Chavez-Hernandez, A. M., Heisel, M., & Kolves, K. (2021). International study of definitions of English-language terms for suicidal behaviours: A survey exploring preferred terminology. *BMJ Open*, 11(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043409>

- De Luna Velasco, L. E., de la Torre, A. E. H., & Aranda, M. L. S. (2020). Intervenciones psicológicas basadas en la evidencia: el caso de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT). *Aplicaciones multidisciplinarias sobre la cognición y el comportamiento*, 87.
- Duprey, E. B., Oshri, A., & Liu, S. (2020). Developmental pathways from child maltreatment to adolescent suicide-related behaviors: The internalizing and externalizing comorbidity hypothesis. *Development and Psychopathology*, 32(3), 945. <https://doi.org/10.1017/s0954579419000919>
- Ernst, M., Brähler, E., Kampling, H., Kruse, J., Fegert, J. M., Plener, P. L., & Beutel, M. E. (2022). Is the end in the beginning? Child maltreatment increases the risk of non-suicidal self-injury and suicide attempts through impaired personality functioning. *Child Abuse & Neglect*, 133. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105870>
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2005). Suicidal phenomena and abuse in adolescents: a review of epidemiological studies. *Child Abuse & Neglect*, 29(1), 45–58. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.06.014>
- Falgares, G., Marchetti, D., Manna, G., Musso, P., Oasi, O., Kopala-Sibley, D. C., De Santis, S., & Verrocchio, M. C. (2018). Childhood maltreatment, pathological personality dimensions, and suicide risk in young adults. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00806>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2022). *Perfil estadístico de la violencia contra la infancia en América Latina y el Caribe*. <https://www.unicef.org/lac/media/38226/file/Perfil-estadistico-de-la-violencia-contra-la-infancia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- Frías-Armenta, M. (2015). Repercusiones del maltrato infantil en una población de riesgo. *Interamerican Journal of Psychology*, 49(1), 108–116. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28446018010>
- Fuller-Thomson, E., Baird, S. L., Dhrodia, R., & Brennenstuhl, S. (2016). The association between adverse childhood experiences (ACEs) and suicide attempts in a population-based study. *Child: Care, Health and Development*, 42(5), 725. <https://doi.org/10.1111/cch.12351>

- Gawęda, Ł., Pionke, R., Krężolek, M., Frydecka, D., Nelson, B., & Cechnicki, A. (2019). The interplay between childhood trauma, cognitive biases, psychotic-like experiences and depression and their additive impact on predicting lifetime suicidal behavior in young adults. *Cambridge University Press (CUP)*, 50(1), 116-124. <https://doi.org/10.1017/s0033291718004026>
- Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Kempe, C.H., Silverman, F.N., Steele, B.F., Droengemueller, W., & Silver H.K. (1962). The battered-child syndrome. *JAMA*, 181, 17-24. <https://doi.org/10.1001/jama.1962.03050270019004>
- Klonsky E.D & Moyer A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 192(3), 166-170. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.030650>
- Leenarts, L. E. W., Diehle, J., Doreleijers, T. A. H., Jansma, E. P., & Lindauer, R. J. L. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(5), 269–283. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0367-5>
- Lemaigre, C., & Taylor, E. P. (2018). Mediators of childhood trauma and suicidality in a cohort of socio-economically deprived Scottish men. *Child Abuse & Neglect*, 88, 159. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.11.013>
- Li, X., Liu, X., Wang, Y., Zhou, D., & Yuan, T. (2023). The effects of childhood maltreatment on adolescent non-suicidal self-injury behavior: mediating role of impulsivity. *Frontiers Media SA*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1139705>
- Linehan M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Liu, J., Fang, Y., Gong, J., Cui, X., Meng, T., Xiao, B., He, Y., Shen, Y., & Luo, X. (2017). Associations between suicidal behavior and childhood abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 220, 147–155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.060>

- López-Navarrete, G.E., Perea-Martínez, A., & Loredó-Abdalá, A. (2008). Obesidad y maltrato infantil. Un fenómeno bidireccional. *Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 29(6), 342-346.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Publications.
- Ministerio de Sanidad. (2024). *Informe anual de la Comisión frente a la Violencia en los Niños, Niñas y Adolescentes. 2022-2023*. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/docs/Informe_anual_CoViNNA.pdf
- Muñoz-Rodríguez, D.I. (2006). El maltrato infantil: un problema de salud pública. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Cauca*, 8(4), 33-38.
- National Institute for Health and Care Excellence (2017). Child abuse and neglect. *British Psychological Society (UK)*.
- National Institute for Health and Care Excellence (2022). Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. *British Psychological Society (UK)*.
- Newins, A. R., Wilson, L. C., & Kimbrel, N. A. (2019). Child maltreatment and suicidal ideation: The role of PTSD symptoms and alcohol misuse. *Current Psychology*, 40(10). <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00436-1>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Organización Mundial de la Salud (septiembre de 2022). *Maltrato Infantil*. Recuperado el 4 de octubre de 2024 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment#:~:text=El%20maltrato%20infantil%2C%20que%20se,desarrollo%20o%20la%20dignidad%20d>
- Organización Mundial de la Salud (agosto de 2024). *Suicidio*. Recuperado el 6 de octubre de 2024 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

- Palacios, J., Moreno M.C., & Jiménez, J. (1995). El Maltrato Infantil: Concepto, tipos y etiología. *Infancia y Aprendizaje*, 18(71), 7–21. <https://doi.org/10.1174/02103709560575442>
- Passos, B., Campos, R. C., Reixa, C., & Holden, R. R. (2023). *The Mediating Role of Tolerance for Psychological Pain in the Relationship Between Different Types of Childhood Traumatic Experiences and Suicidal Ideation*. SAGE Publications. <https://doi.org/10.1177/00302228231169148>
- Petersen, A. C., Joseph, J., & Feit, M. (Eds.). (2014). *New Directions in Child Abuse and Neglect Research*. National Academies Press (US). doi:10.17226/18331
- Pollock, C., Grenyer, B. F. S., & Townsend, M. L. (2024). Responding to suicidal behaviour in children and young people with a child maltreatment history: A scoping review. *Children and Youth Services Review*, 166, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.107927>
- Posner, K., Brodsky, B., Yershova, K., Buchanan, J., & Mann, J. (2014). The classification of suicidal behavior. *The Oxford handbook of suicide and self-injury*, 8, 7-22.
- Rangel-Villafaña, J. N., & Jurado-Cárdenas, S. (2021). Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y Salud*, 32(1), 39–48. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2709>
- Riera-Serra, P., Navarra-Ventura, G., Castro, A., Gili, M., Salazar-Cedillo, A., Ricci-Cabello, I., Roldán-Espínola, L., Coronado-Simsic, V., García-Toro, M., Gómez-Juanes, R., & Roca, M. (2024). Clinical predictors of suicidal ideation, suicide attempts and suicide death in depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 274(7), 1543–1563. <https://doi.org/10.1007/s00406-023-01716-5>
- Roy, A., Carli, V., & Sarchiapone, M. (2011). Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma. *Journal of affective disorders*, 133(3), 591–594. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.006>
- Sachs-Ericsson, N. J., Stanley, I. H., Sheffler, J. L., Selby, E., & Joiner, T. E. (2017). Non-violent and violent forms of childhood abuse in the prediction of suicide

- attempts: Direct or indirect effects through psychiatric disorders?. *Journal of Affective Disorders*, 215, 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.030>
- Sachs-Ericsson, N. J., Rushing, N. C., Stanley, I. H., & Sheffler, J. (2016). In my end is my beginning: developmental trajectories of adverse childhood experiences to late-life suicide. *Aging & Mental Health*, 20(2), 139–165. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1063107>
- Santana-Tavira, R., Sánchez-Ahedo, R., & Herrera-Basto, E. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pública de México*, 40 (1), 58-65.
- Schönfelder, A., Rath, D., Forkmann, T., Paashaus, L., Stengler, K., Teismann, T., Juckel, G., & Glaesmer, H. (2020). Is the relationship between child abuse and suicide attempts mediated by nonsuicidal self-injury and pain tolerance?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(1), 189–199. <https://doi.org/10.1002/cpp.2501>
- Shenk, C. E., Keeshin, B., Bensman, H. E., Olson, A. E., & Allen, B. (2021). Behavioral and pharmacological interventions for the prevention and treatment of psychiatric disorders with children exposed to maltreatment. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 211, 173298. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2021.173298>
- Silverman, M.M., Berman, A.L., Sanddal, N.D., O'Carroll, P.W. & Joiner, T.E. (2007a). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors, Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.248>
- Silverman, M.M., Berman, B.L., Sanddal, N.D., O'Carroll, P.W. & Joiner, T.E. (2007b). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors, Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>
- Sistema Nacional de Salud. (2012). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/G_PC_Conducta_Suicida.pdf

- Stagaki, M., Nolte, T., Feigenbaum, J., King-Casas, B., Lohrenz, T., Fonagy, P., & Montague, P. R. (2022). The mediating role of attachment and mentalising in the relationship between childhood maltreatment, self-harm and suicidality. *Child Abuse & Neglect*, *128*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105576>
- Su, Y., Meng, X., Yang, G., & D'arcy, C. (2022). The relationship between childhood maltreatment and mental health problems: coping strategies and social support act as mediators. *BMC Psychiatry*, *22*(1), 359. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04001-2>
- Thompson, M. P., & Kingree, J. B. (2022). Adverse childhood experiences, sexual victimization, and suicide ideation and attempts: A longitudinal path analysis spanning 22 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, *92*(3), 302-309. <https://doi.org/10.1037/ort0000613>
- Thurston, C., Murray, A. L., Franchino-Olsen, H., & Meinck, F. (2023). Prospective longitudinal associations between adverse childhood experiences and adult mental health outcomes: a protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, *12*(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02330-1>
- Tripp, D. A., Jones, K., Mihajlovic, V., Westcott, S., & Macqueen, G. (2021). Childhood trauma, depression, resilience and suicide risk in individuals with inflammatory bowel disease. *Journal of Health Psychology*, *27*(7), 1626. <https://doi.org/10.1177/1359105321999085>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, *117*(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Van Voorhees, E., & Scarpa, A. (2004). The effects of child maltreatment on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Trauma, Violence & Abuse*, *5*(4), 333–352. <https://doi.org/10.1177/1524838004269486>
- Walsh, K., Fortier, M.A., & Dilillo, D. (2010). Adult coping with childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Aggression and Violent Behavior*, *15*(1), 1-13. doi: 10.1016/j.avb.2009.06.009

- Widom, C. S., & Li, X. (2020). The role of psychiatric symptoms and environmental vulnerability factors in explaining the relationship between child maltreatment and suicidality: A prospective investigation. *Journal of Affective Disorders, 276*, 720-731. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.039>
- Wong, A. E., Dirghangi, S. R., & Hart, S. R. (2018). Self-concept clarity mediates the effects of adverse childhood experiences on adult suicide behavior, depression, loneliness, perceived stress, and life distress. *Self and Identity, 18*(3), 247. <https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1439096>
- Xu, W., Shen, X., McDonnell, D., & Wang, J. (2024). Childhood maltreatment and suicidal ideation among Chinese adolescents: Moderated mediation effect of perceived social support and maladaptive cognitive emotion regulation strategies. *Child Abuse & Neglect, 151*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106732>
- Yang, B. & Clum G.A. (1996). Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: a review. *Clinical Psychology Review, 16*(3), 177-195. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(96\)00004-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(96)00004-9)
- Yang, Y., Liu, M., Cao, N., Li, X., Chen, Z., & Kelifa, M. O. (2023). School connectedness and psychological resilience as mediators in the relationship between childhood abuse and suicidal ideation among Chinese adolescents. *European Journal of Psychotraumatology, 14*(1) <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2172650>
- Yao, K., Chen, P., Zhou, H., Ruan, J., Chen, D., Yang, X., & Zhou, Y. (2023). The effect of childhood trauma on suicide risk: the chain mediating effects of resilience and mental distress. *BMC Psychiatry, 23*(1), 865. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05348-w>
- Yıldız, M., Orak, U., & Aydoğdu, R. (2022). Enduring Effects of Early Life Traumas on Adult Suicidal Ideation. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 16*(2), 297-307. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00482-1>
- Zatti, C., Rosa, V., Barros, A., Valdivia, L., Calegario, V. C., Freitas, L. H., Ceresér, K. M. M., Rocha, N. S. D., Bastos, A. G., & Schuch, F. B. (2017). Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry*

Research 256, 353–358. Elsevier Ireland Ltd.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.082>

Zhou, Q., Liu, S., Chen, J., Tuersun, Y., Liang, Z., Wang, C., Sun, J., Yuan, L., & Qian, Y. (2024). The role of sleep quality and anxiety symptoms in the association between childhood trauma and self-harm attempt: a chain-mediated analysis in the UK Biobank. *Journal of Affective Disorders*, 362, 569–577.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.07.041>

Índice de Tablas

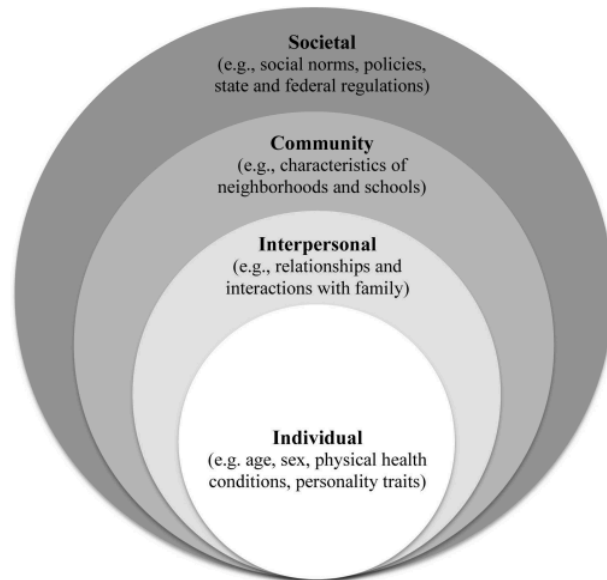
Tabla 1. <i>Criterios de Selección</i>	19
Tabla 2. <i>Criterios de Inclusión y Exclusión</i>	20

Índice de Figuras

Figura 1. *Diagrama de flujo de la búsqueda sistemática*pág. 21

Anexos

Anexo 1. Figura del Modelo Socioecológico



Nota. Tomado de Austin, Lesak & Shanahan, 2020 (p. 15)

Anexo 2. Tabla resumen de la conducta suicida

Nomenclatura y clasificación de la conducta suicida

Categoría	Descripción
Ideación Suicida	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sin intencionalidad suicida <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasiva 2) Con grado indeterminado de intencionalidad <ol style="list-style-type: none"> 2. Activa 3. Ocasional 3) Con alguna intencionalidad suicida <ol style="list-style-type: none"> 4. Transitoria 5. Persistente
Comunicación Suicida	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sin intencionalidad suicida <ol style="list-style-type: none"> a) Verbal o no verbal, pasiva o activa (amenaza suicida, tipo I) b) Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (plan suicida, tipo I) 2) Con grado indeterminado de intencionalidad <ol style="list-style-type: none"> a) Verbal o no verbal, pasiva o activa (amenaza suicida, tipo II) b) Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (plan suicida, tipo II) 3) Con alguna intencionalidad suicida <ol style="list-style-type: none"> a) Verbal o no verbal, pasiva o activa (amenaza suicida, tipo III) b) Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (plan suicida, tipo III)
Conducta Suicida	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sin intencionalidad suicida <ol style="list-style-type: none"> a) Sin lesiones (autolesión, tipo I) b) Con lesiones (autolesión, tipo II) c) Con resultado fatal (muerte autoinfligida no intencionada) 2) Con grado indeterminado de intencionalidad <ol style="list-style-type: none"> a) Sin lesiones (conducta suicida no determinada, tipo I) b) Con lesiones (conducta suicida no determinada, tipo II) c) Con resultado fatal (muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada) 3) Con alguna intencionalidad suicida <ol style="list-style-type: none"> a) Sin lesiones (intento de suicidio, tipo I) b) Con lesiones (intento de suicidio, tipo II) c) Con resultado fatal (suicidio consumado)

Nota: Silverman et al., 2007b

Anexo 3. Instrumentos empleados en la evaluación

Variable evaluada	Instrumento
Características e Historia de abuso	Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ)
Conductas suicidas	Entrevista de autolesiones e intentos de suicidios (SASII)
Razones para vivir	Razones para Vivir: Inventario para Adolescentes (RFL-A)
Depresión en menores	Inventario de depresión infantil (CDI)
Ansiedad en menores	Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños (MASC-2)
TEPT	Lista de comprobación del TEPT para el DSM-5 (PCL-5)
Regulación emocional	Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)
Impulsividad	Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)
Apoyo social percibido	Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)
Estilo de afrontamiento	Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE)
Funcionamiento familiar	Dispositivo de evaluación familiar de McMaster (FAD)

Nota: Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ) (Bernstein & Fink, 1998); Entrevista de autolesiones e intentos de suicidios (SASII) (Linehan & Comtois, 1995); Razones para vivir: Inventario para adolescentes (RFL-A) (Osman et al., 1998); Inventario de depresión infantil (CDI) (Kovacs & Beck, 1977); Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños (MASC-2) (March, J.S., 2013); Lista de comprobación del TEPT para el DSM-5 (PCL-5) (Weathers, et al., 2013); Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) (Gratz & Roemer, 2004); Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) (Patton, Stanford & Barratt, 1995); Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) (Bruwer et al., 2008); Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE) (Carver, Scheier & Weintraub, 1989); Dispositivo de evaluación familiar de McMaster (FAD) (Epstein et al. 1983).

Anexo 4. Explicación de la Terapia Dialéctica Conductual a M

Psicólogo: Primero que nada, quiero que sepas que estás dando un paso muy importante para sentirte mejor, y eso ya es algo valiente. La TDC es una forma de ayudarte a entender tus emociones, manejar el dolor que sientes y mejorar tu vida para que poco a poco puedas construir algo que valga la pena vivir.

Esta terapia consta de dos sesiones semanales durante 16 semanas. El tratamiento incluye una sesión individual (de 60 minutos) y un grupo de entrenamiento de habilidades multifamiliar (de 2 horas) por semana.

En las sesiones grupales no se hablará directamente de los problemas personales de cada uno, pero aprenderás habilidades muy útiles junto con otros adolescentes que también están pasando por cosas difíciles. En este grupo aprenderás cosas como: calmarte cuando estás muy enfadada, triste o ansiosa; o cómo mejorar tus relaciones con los demás, como tus amigos, profesores o tu familia. Además, se te enseñará también qué hacer en los momentos más difíciles para resistir la urgencia de hacerte daño. Es un espacio para aprender y practicar, y verás que no estás solo en lo que estás sintiendo. Todos en el grupo están tratando de mejorar, igual que tú.

En cambio, en las sesiones individuales estaremos tú y yo, en un espacio completamente seguro donde podrás hablar de lo que te preocupa, lo que sientes y lo que te está pasando. Aquí trabajaremos juntos para entender tus emociones y explorar por qué a veces sientes que las cosas son tan intensas o difíciles de manejar. También analizaremos situaciones difíciles, como esos momentos en los que sientes ganas de hacerte daño o te encuentras en crisis: veremos qué pasó, cómo lo afrontaste y qué podrías hacer diferente la próxima vez.

Aunque las habilidades que aprenderás serán enseñadas principalmente en las sesiones grupales, en las sesiones individuales trabajaremos en cómo aplicarlas específicamente a tu vida. También nos enfocaremos en superar cualquier obstáculo personal que te impida usar esas habilidades de forma efectiva. Estas sesiones serán tu espacio personal para crecer, mejorar y encontrar formas más saludables de enfrentar las dificultades.

Además, de vez en cuando, dividiremos la sesión para incluir a tu madre y a tu padre, de manera que podamos trabajar juntos en los temas familiares que te preocupan. Esto es parte

de un enfoque en el que tú y tu familia recibiréis apoyo de un equipo completo, que incluye a mí como tu terapeuta individual, a dos entrenadores de habilidades y a otros profesionales que te acompañarán en este proceso. ¿Qué te parece?

Asimismo, en la terapia que vamos a realizar, además de las sesiones individuales y grupales, tendrás la opción de hacer llamadas telefónicas cuando lo necesites. Estas llamadas son para ayudarte en momentos importantes. Hay varias razones por las que puedes usar este recurso, y todas están pensadas para apoyarte cuando más lo necesites.

Por ejemplo, si te encuentras en una situación difícil y no sabes cómo manejarla, puedes llamar para que te recuerden qué habilidades puedes usar. En caso de que estés muy enfadada, triste o ansiosa, el terapeuta puede ayudarte a decidir qué hacer para manejar esas emociones de manera más saludable. Esto es como un apoyo rápido para que pongas en práctica lo que estás aprendiendo en terapia.

Otro caso puede ser cuando estés en un momento de crisis, como sentir que quieres hacerte daño. En estos casos puedes llamar para recibir orientación inmediata. El terapeuta te guiará para que te calmes y consigas manejar la situación sin hacerte daño. Lo importante es que no estés sola en esos momentos difíciles.

También puedes llamar para contar algo bueno que haya pasado. Esto es importante, porque a veces estamos acostumbrados a pedir ayuda solo cuando nos sentimos mal, pero aprender a compartir lo positivo sirve para fortalecer la relación con tu terapeuta y te hace sentirte apoyada incluso en tus logros.

O si, por el contrario, después de una sesión te sientes mal por algo que pasó o por cómo te sentiste en la terapia, no tienes que guardar esos sentimientos hasta la próxima semana. Puedes hacer una llamada breve para hablar de cómo te sientes. El terapeuta está ahí para escucharte, tranquilizarte y ayudarte a sentirte mejor. Lo más profundo se hablará en la próxima sesión, pero no tienes que quedarte sola con esos sentimientos.

Las llamadas son una herramienta importante porque contribuyen a conectar lo que aprendes en la terapia con lo que te pasa en la vida real, especialmente cuando estás en situaciones difíciles o confusas. Además, nos aseguran que no estés sola en momentos de crisis y que

siempre tengas un recurso para apoyarte. Es como tener un ‘plan de emergencia’ cuando lo necesites.

Además, también trabajaremos con tus padres, ya que ellos forman una parte muy importante de tu vida. No se trata de culparlos ni de que se metan en lo que tú estás haciendo, sino de enseñarles a entender mejor lo que estás sintiendo y cómo apoyarte de la mejor manera.

Por ejemplo, les ayudaremos a comunicarse contigo de una forma más abierta y respetuosa, o se les enseñará cómo validar lo que sientes, para que tú te sientas escuchada y entendida. Asimismo, juntos veremos cómo construir una relación más tranquila y positiva en casa.

Todo esto no va a suceder de la noche a la mañana, pero el objetivo de la TDC es ayudarte a tener herramientas para que, cuando las cosas se pongan difíciles, puedas manejarlas de una forma que no te haga daño. Vamos a trabajar juntos, poco a poco, para que te sientas mejor contigo mismo, con los demás y con tu vida en general.

Anexo 5. Ejemplo de la técnica del abogado del diablo

La adolescente M, presenta conductas suicidas como consecuencia de una situación de maltrato físico por parte de su abuelo. Aunque ha aceptado acudir a la primera sesión, muestra dudas sobre si quiere comprometerse al proceso terapéutico, ya que cree que "nada va a cambiar" y que la terapia no le servirá.

Psicólogo: "Entonces, M, si he entendido bien, estás considerando venir a terapia, pero no estás segura de que valga la pena comprometerte con este proceso. ¿Es así?"

M: "Sí. Siento que no servirá de nada. Las cosas no van a cambiar, y no sé si podré soportar hablar de todo esto."

Psicólogo: "Eso tiene mucho sentido. De hecho, la terapia puede ser realmente difícil. Tendrás que recordar cosas dolorosas y esforzarte en cambiar, incluso cuando no sientas que tengas energía para hacerlo. A veces parece más fácil no intentarlo, ¿verdad? ¿Por qué exponerte a más incomodidad si ya estás pasando por tanto?"

M: "Sí... Exacto."

Psicólogo: "Y, además, no hay garantía de que funcione. Imagínate venir aquí todas las semanas, trabajar duro, y que al final te sientas igual. Incluso yo no estoy segura de si esto es algo que podrías manejar. ¿Crees que tienes la fuerza para enfrentarte a todo eso?"

M: "No lo sé... Pero también pienso que, si no lo intento, puede que nunca cambie nada. Estoy cansada de sentirme así."

Psicólogo: "Eso es interesante. Parece que hay una parte de ti que quiere que las cosas sean diferentes, que quiere una oportunidad para sentirse mejor. ¿Es eso lo que te preocupa? ¿Que si no haces nada, podrías quedarte atascada donde estás?"

M: "Sí. Quiero cambiar, pero tengo miedo de fracasar."

Psicólogo: "Tiene todo el sentido. Es aterrador comprometerse con algo tan importante. Pero también me pregunto si esa misma parte de ti que está dispuesta a considerar el cambio podría ser lo suficientemente fuerte para intentarlo, incluso si da miedo. Quizás podríamos trabajar juntas para hacer que esto sea un poco menos abrumador. ¿Qué opinas?"

M: "Creo que podría intentarlo. Solo quiero saber que hay algo que pueda hacer para sentirme mejor."

Psicólogo: "Eso es exactamente lo que haremos aquí: construir formas de manejar lo que estás enfrentando, paso a paso, para que puedas ver que el cambio es posible. Pero me alegra que lo digas tú misma; eso me muestra que ya estás dando el primer paso hacia ese cambio."

Referencia: Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Publications.

Anexo 6. Tarjetas de registro diario

Fecha de inicio:

Nombre:

Urgencia para:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Suicidarme							
Hacerme daño a mí misma							
Hacer daño a los demás							
Hacer uso de alcohol y drogas							

0: Ninguna urgencia **1:** Un poco **2:** Cantidad moderada **3:** Fuerte **4:** Muy fuerte

Emociones:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Bien, feliz							
Ansiosa, tensa							
Miserable							
Enfadada							
Deprimida							
Esperanzada							
Vacía, sola							
Avergonzada							
Físicamente mal							

0: Ningún sentimiento **1:** Un poco **2:** Cantidad moderada **3:** Fuerte **4:** Muy fuerte

Marque con un asterisco (*) las ocasiones en las que actuó de acuerdo con su impulso.

Objetivos	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

0: No he pensado en ellos **1:** He pensado en ellos **2:** Estoy trabajando en ellos

Instrucciones: Rodea los días que has trabajado en estas habilidades

Mindfulness	1. Mente sabia (escuchar a tu mente)	L	M	X	J	V	S	D
	2. Observar (solo fijate en lo que ocurre dentro de ti)	L	M	X	J	V	S	D
	3. Describir (ponerle palabras a la experiencia)	L	M	X	J	V	S	D
	4. Participar (experimenta tus sentimientos plenamente)	L	M	X	J	V	S	D
	5. No juzgar (postura no crítica)	L	M	X	J	V	S	D
	6. Mantenerse centrado (en una sólo cosa, en un solo momento)	L	M	X	J	V	S	D
	7. Hacer lo que funciona (efectividad)	L	M	X	J	V	S	D
Tolerancia al Malestar	8. ACCEPTS (distrarse)	L	M	X	J	V	S	D
	9. Auto tranquilizarse (cinco sentidos)	L	M	X	J	V	S	D
	10. Pros and cons	L	M	X	J	V	S	D
	11. Aceptación radical	L	M	X	J	V	S	D
Efectividad Interpersonal	12. DEAR MAN (conseguir lo que quieres)	L	M	X	J	V	S	D
	13. GIVE (mejorando la relación)	L	M	X	J	V	S	D
	14. FAST (sentirse afectivo y mantener la autoestima)	L	M	X	J	V	S	D
	15. Declaraciones de ánimo para pensamientos de preocupación “Cheerleading Statements”	L	M	X	J	V	S	D
Regulación Emocional	16. Identificar y etiquetar las emociones	L	M	X	J	V	S	D
	17. PLEASE	L	M	X	J	V	S	D
	18. Master	L	M	X	J	V	S	D
	19. Incrementando emociones positivas	L	M	X	J	V	S	D
	20. WAVE (ser consciente de las emociones)	L	M	X	J	V	S	D

Caminando por el Sendero Medio	21. Refuerzo positivo	L	M	X	J	V	S	D
	22. Validarse a uno mismo	L	M	X	J	V	S	D
	23. Validar a otros	L	M	X	J	V	S	D
	24. Pensamiento dialéctico (Ni blanco ni negro)	L	M	X	J	V	S	D
	25. Actuar de manera dialéctica (Caminar por el sendero medio)	L	M	X	J	V	S	D

Referencia: Berk, M. S., Shelby, J., Avina, C., & Tangeman, K. R. (2014). Dialectical behavior therapy for suicidal and self-harming adolescents with trauma symptoms. In S. Timmer & A. Urquiza (Eds.), *Evidence-based approaches for the treatment of maltreated children: Considering core components and treatment effectiveness* (pp. 215–236). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-94-007-7404-9_12

Anexo 7. Explicación de la Teoría Biosocial de la TDC para adolescentes

Psicólogo: Nuestra forma de sentir y reaccionar ante el mundo tiene mucho que ver con cómo funciona nuestro cuerpo y cómo aprendemos a manejar nuestras emociones a lo largo del tiempo. Algunas personas nacen con un sistema emocional muy sensible: sienten las cosas más intensamente, las emociones duran más tiempo y pueden ser más difíciles de manejar. Esto no es algo malo, pero sí puede ser un desafío. Es como tener una piel emocional muy fina que percibe cada roce, incluso cuando es pequeño.

Por otro lado, también aprendemos a manejar nuestras emociones y respuestas a través de las experiencias que vivimos. Por ejemplo, si repetidamente enfrentamos situaciones en las que nuestras emociones no son entendidas o no sabemos cómo manejarlas, esto puede dificultar que aprendamos maneras efectivas de regular lo que sentimos. No siempre es fácil, pero con práctica y habilidades, podemos aprender a comprender nuestras emociones, regularlas y actuar de formas que nos ayuden a sentirnos mejor y más seguros en nuestras relaciones y decisiones.

La idea principal es que algunas personas tienen un sistema emocional que está más activo, y esto no es culpa de nadie. A veces, estas emociones intensas pueden parecer abrumadoras, pero con las herramientas adecuadas, podemos aprender a manejarlas de una manera que nos permita llevar una vida más equilibrada y satisfactoria.

Anexo 8. Reglas para poder acudir a la terapia multifamiliar

1. Cada adolescente debe acudir a terapia individual de manera continua.
2. Los miembros del grupo no deben asistir a las sesiones bajo la influencia de drogas o alcohol.
3. La información obtenida durante las sesiones (incluidos los nombres de otros miembros del grupo) debe ser confidencial.
4. Los miembros del grupo que falten a cuatro sesiones de entrenamiento en habilidades (y/o cuatro sesiones individuales, en el caso de adolescentes) no podrán continuar con el tratamiento.
5. Los miembros del grupo que lleguen más de 15 minutos tarde podrán entrar al grupo, pero se considerará que no han acudido.
6. No se permite que los participantes hablen sobre conductas suicidas pasadas con otros participantes fuera de las sesiones.
7. Los participantes que llamen a alguien buscando ayuda porque tienen impulsos suicidas deben estar dispuestos a recibir el apoyo de la persona que contactan.
8. No se permite que los participantes establezcan relaciones sexuales entre ellos mientras estén en TDC.
9. Los miembros del grupo no pueden actuar de manera grosera o irrespetuosa hacia otros miembros del grupo.

Referencia: Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Publications.

Anexo 9. Técnicas de *Mindfulness*

Habilidades “Qué”

Las habilidades del "QUÉ" se centran en lo que haces (observar, describir, participar)

Mindfulness

Tres pasos para lograr una mente sabia:

Habilidades “qué”

OBSERVA

- Nota la experiencia en el momento presente.
- Observación sin palabras: Observa tus pensamientos y sentimientos que vienen y van, como si estuvieran en una cinta transportadora.
- No intentes eliminar tus pensamientos y sentimientos. Solo deja que sucedan, incluso cuando sean dolorosos.
- Observa tanto dentro como fuera de ti mismo.

DESCRIBE

- Observación con palabras: Ponle palabras a lo que observas.
- Describe la experiencia con palabras, por ejemplo: "Me siento triste" o "Mi corazón está acelerado".
- Describe sólo lo que observas (sin interpretaciones).

PARTICIPA

- Intenta no preocuparte por el mañana ni enfocarte en el ayer. Entrégate completamente al momento presente (p. ej., bailando, limpiando, realizando un examen, sintiendo tristeza en el momento).
- Experimenta tus sentimientos plenamente, sin autoconsciencia.
- Escucha a tu MENTE SABIA para ayudarte a elegir participar en:
 - a) Tu incomodidad.

- b) Una actividad alternativa para escapar/evitar el malestar.
- c) Experimentar la vida plenamente.
- Recuerda usar tus habilidades de “CÓMO” mientras participas.

Habilidades “Cómo”

Las habilidades del "CÓMO" se enfocan en cómo hacerlo para maximizar la efectividad y fomentar un estado de *mindfulness*

Mindfulness

Habilidades “Cómo”

SIN JUICIO

- Practica *mindfulness* sin juzgar tus pensamientos, sentimientos, acciones o los de los demás como "buenos" o "malos". En lugar de etiquetar las experiencias, acéptalas tal y como son.
- Observa y describe sin emitir juicios de valor.
- Si notas un juicio, simplemente identifícalo como tal (p. ej., "eso fue un juicio") y vuelve a enfocarte en observar o describir.
- Usa palabras objetivas en lugar de interpretaciones o críticas.

MANTENERSE CENTRADO (EN UNA SOLA COSA)

- Si estás comiendo, solo come; si estás caminando, solo camina.
- Mantén tu mente enfocada en la tarea actual y regresa a ella cada vez que te distraigas.
- Deja de lado pensamientos, preocupaciones o distracciones externas e internas.

DE MANERA EFECTIVA

- Hacer lo que sea necesario para alcanzar tus objetivos, en lugar de quedarte atascado en "lo correcto" o "lo que debería ser". Es un enfoque práctico y flexible.
- Identifica lo que funciona en una situación específica en lugar de insistir en que las cosas sean de cierta manera.

- Haz elecciones que sean consistentes con tus metas a largo plazo, no solo con lo que se siente bien en el momento.
- Sé realista sobre tus circunstancias y capacidades.

Los Tres Estados de la Mente

Con este juego se pretende que los participantes comprendan y experimenten los tres estados de la mente definidos en la TDC: *Mente Emocional*, *Mente Racional* y *Mente Sabia*. Para lograrlo, los participantes realizan una actividad de adivinanzas en la que un voluntario representa un estado de la mente, mientras los demás intentan identificar cuál es.

Antes de empezar, el terapeuta debe explicar los tres estados de la mente para asegurarse de que todos los participantes entienden lo que significan:

- ***Mente Emocional:*** Actuar impulsivamente basándose en las emociones del momento. Las decisiones se toman desde un lugar reactivo, y las emociones suelen ser intensas o abrumadoras.
- ***Mente Racional:*** Se toma un enfoque lógico, objetivo y analítico. Aquí, las emociones están completamente controladas o suprimidas.
- ***Mente Sabia:*** Es el equilibrio entre *Mente Emocional* y *Mente Racional*. Combina lógica y emoción para tomar decisiones reflexivas, justas y conscientes.

A continuación, el terapeuta pide un voluntario para actuar. Si nadie se ofrece, puede empezar el propio terapeuta para romper el hielo. Después, el voluntario elige uno de los tres estados de la mente y lo representa (p. ej., La mente emocional podría llorar, gritar o mostrar una gran frustración. En cambio, la mente racional podría adoptar un tono frío y clínico, como un robot; la mente sabia, a su vez, podría mostrar calma, equilibrio, y hablar con un tono reflexivo).

El grupo observa y luego intenta adivinar qué estado de la mente está representando el voluntario. Cuando alguien acierta, el voluntario confirma la respuesta y explica cómo trató de representar ese estado.

Después de cada ronda, el terapeuta guía una breve discusión. Los participantes reflexionan sobre: ¿Qué señales les ayudaron a identificar el estado de la mente? ¿Qué observaron en el lenguaje corporal, las expresiones faciales, el tono de voz o el contenido verbal?

Esto ayuda a mejorar la comprensión de las señales emocionales y fomenta la atención plena en la comunicación no verbal.

Referencia: Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Publications.

Anexo 10. Técnicas empleadas en el módulo de habilidades para afrontar el malestar

Distract with ACCEPTS

Este ejercicio se basa en ayudar a los adolescentes a gestionar emociones intensas o situaciones de crisis sin recurrir a conductas impulsivas o autodestructivas. En lugar de intentar cambiar directamente la emoción, la técnica se centra en distraerse temporalmente para reducir la intensidad emocional, permitiendo al adolescente ganar tiempo y perspectiva antes de decidir cómo actuar.

ACCEPTS es un acrónimo que describe diferentes formas de distracción. Cada letra representa una estrategia concreta:

- **A: *Activities*** (Actividades): Realizar una actividad placentera o que requiera concentración (p. ej., leer un libro, escribir un diario, realizar una tarea escolar o practicar un deporte).
- **C: *Contributing*** (Contribuir): Hacer algo que te permita centrarte en otra persona. (p. ej., preguntar a un amigo cómo ha ido su día, hacer un regalo a una persona querida, realizar un voluntariado o enviar una carta de felicitación).
- **C: *Comparisons*** (Comparaciones): Reflexionar sobre situaciones pasadas más difíciles o comparar con personas que tienen desafíos distintos (p. ej., piensa en un momento en el que estabas más angustiado y date cuenta de que las cosas no están tan mal ahora).
- **E: *Emotions*** (Emociones): Haz algo para crear una nueva emoción que compita con la emoción que te perturba (p. ej., ver una película cómica para contrarrestar la tristeza, practica respiración si estás ansioso, o camina cuando te sientas enfadado).
- **P: *Pushing away*** (Alejarse): Evita una situación dolorosa o bloqueala de tu mente utilizando una técnica como la imaginación (p. ej., imagina poner tus pensamientos negativos en una caja, cerrarla con cinta adhesiva y colocarla al fondo del armario).
- **T: *Thoughts*** (Pensamientos): Utiliza una estrategia mental o una actividad para cambiar tu pensamiento a algo neutro (p. ej., cuenta hacia atrás de 7 en 7 desde el número 100, canta una canción en voz alta o cuenta objetos específicos que estén a tu alrededor).

- **S: Sensations** (Sensaciones): Encuentra sensaciones físicas seguras que te distraigan de las emociones angustiosas (p. ej., sostener un cubo de hielo, comer algo amargo o picante, o ducharse con agua fría).

Auto Tranquilizarse

Mediante esta técnica se pretende orientar a los adolescentes para que aprendan a manejar emociones intensas cultivando una sensación de calma y bienestar a través de estímulos sensoriales. Se centra en usar los sentidos para proporcionar alivio y reconfortarse en momentos de malestar emocional.

La técnica de *Auto tranquilizarse* utiliza los cinco sentidos (vista, oído, olfato, gusto y tacto) para crear experiencias que fomenten la tranquilidad. Los adolescentes aprenderán a identificar actividades o estímulos específicos para cada sentido que les resulten placenteros y relajantes.

1. Vista:

- Mirar fotografías, paisajes o videos relajantes.
- Encender una vela y observar la llama.
- Organizar un espacio para que sea visualmente agradable.

2. Oído:

- Escuchar música relajante o sonidos de la naturaleza.
- Hacer una *playlist* de canciones que transmitan calma.

3. Olfato:

- Oler una vela aromática, aceites esenciales o una flor que les guste.
- Preparar una bebida caliente y disfrutar su aroma.
- Experimentar con fragancias que evocan buenos recuerdos.

4. Gusto:

- Tomar una bebida reconfortante como té o chocolate caliente.
- Probar alimentos favoritos que resulten placenteros.

5. Tacto:

- Envolverse en una manta suave.
- Acariciar a una mascota.

- Sostener un objeto con una textura agradable, como una piedra lisa o un peluche.

Para realizar la práctica en grupo, todos los objetos se colocarán sobre la mesa durante el descanso, antes de que los miembros del grupo entren. Se intentará apagar las luces fluorescentes y usar lámparas para crear una iluminación más suave. Una vez que los participantes accedan al espacio, se les invitará a seleccionar aquellos objetos que consideren útiles para calmar uno o varios de sus sentidos, llevándolos posteriormente a sus lugares asignados.

Seguidamente, se ofrecerá una breve orientación sobre el propósito de los objetos seleccionados y cómo pueden emplearse para favorecer la autorregulación sensorial. Posteriormente, se reproducirá música relajante y se animará a los participantes a iniciar un ejercicio de auto-calma, utilizando los elementos escogidos, ya sea observando imágenes apacibles, degustando una infusión o acariciando objetos suaves, entre otras actividades. Finalizado el ejercicio, se invitará a los integrantes a compartir sus impresiones, describiendo cómo se sentían antes y después de la experiencia.

Pros y contras

La estrategia de *Pros y Contras* tiene como objetivo orientar a los adolescentes a tomar decisiones reflexivas en momentos de crisis o impulsividad, especialmente cuando sienten tentación de recurrir a conductas autodestructivas. Consiste en reflexionar sobre las ventajas y desventajas tanto de actuar de manera impulsiva como de tolerar el malestar, promoviendo elecciones más saludables.

Los pasos a seguir para la realización de esta estrategia son:

- 1. Definir el problema o decisión:**

El adolescente identifica la situación que le genera malestar y el impulso específico (p. ej., autolesionarse, discutir con alguien o abandonar una tarea).

- 2. Hacer una lista de pros y contras:**

El terapeuta guía al adolescente para que considere:

- Los pros y contras de ceder al impulso o conducta destructiva.

- Los pros y contras de tolerar el malestar y no actuar impulsivamente.

Este análisis puede hacerse por escrito, organizando las ideas en dos columnas, para visualizar claramente las consecuencias a corto y largo plazo.

3. **Evaluar y reflexionar:**

Se reflexiona sobre las ventajas de tolerar el malestar, destacando cómo pueden alinearse con los objetivos a largo plazo y promover el bienestar personal.

4. **Preparar un plan:**

Con base en los pros y contras identificados, se crea una estrategia para manejar la situación de manera más efectiva.

Aceptación Radical

Es una intervención utilizada para ayudar a los adolescentes a aceptar plenamente las situaciones difíciles o dolorosas que no pueden cambiar. La aceptación radical implica dejar de luchar contra la realidad, renunciar a la negación o al resentimiento, y abrazar la situación tal como es, lo cual reduce el sufrimiento emocional adicional asociado a la resistencia o al rechazo de la realidad.

Esta intervención se llevará a cabo mediante 4 pasos:

1. **Identificar la realidad dolorosa:** El adolescente reconoce la situación que le genera malestar, aceptando que es real y que no puede cambiarla en el momento.
2. **Practicar la aceptación con la mente, el cuerpo y el espíritu:**
 - **Mente:** Repetir frases como "Esto es lo que es" o "Acepto esta realidad, aunque no me guste".
 - **Cuerpo:** Relajar los músculos, adoptar una postura abierta y realizar respiraciones profundas.
 - **Espíritu:** Reflexionar sobre cómo aceptar la realidad puede reducir el sufrimiento emocional y ayudarlo a avanzar.
3. **Diferenciar entre aceptación y resignación:** Se aclara que aceptar no significa aprobar la situación o rendirse, sino reconocerla sin negarla ni evitarla.

4. **Utilizar estrategias complementarias:** Como *mindfulness* o visualización para reforzar la aceptación radical. (p. ej., M imagina que está cargando un pesado saco de resentimiento. Al aceptarlo, visualiza cómo deja caer el saco y siente alivio).

Willfulness versus Willingness (Obstinación versus Disposición)

Esta actividad tiene como objetivo facilitar que los adolescentes identifiquen y cambien actitudes de resistencia rígida o "voluntad obstinada" (*willfulness*) hacia una disposición abierta y colaborativa (*willingness*). Se busca fomentar la flexibilidad emocional y conductual para enfrentar situaciones difíciles de forma efectiva, en lugar de resistirse o luchar contra la realidad.

Los pasos a llevar a cabo son:

1. Diferenciar entre Willfulness y Willingness:

- ***Willfulness (Voluntad obstinada):*** Actitudes de resistencia, lucha contra la realidad o negarse a hacer lo necesario para mejorar una situación (p. ej., "No quiero intentarlo porque no debería ser así").
- ***Willingness (Disposición):*** Aceptar la realidad con apertura y actuar con compromiso hacia lo que es efectivo, incluso si no es agradable (p. ej., "Esto no es justo, pero voy a hacer lo necesario para manejarlo").

2. Identificar señales de Willfulness:

El terapeuta ayudará al adolescente a reconocer pensamientos o conductas resistentes, como:

- Negarse a seguir estrategias útiles.
- Insistir en que la realidad debería ser diferente.
- Quedarse paralizado en la frustración o el enfado.

3. Practicar Willingness:

- Aceptar plenamente la situación.
- Preguntarse: "¿Qué es lo más efectivo que puedo hacer ahora?".
- Usar frases como: "Voy a intentarlo" o "Voy a dar el siguiente paso".

4. Desafiar el pensamiento resistente:

Reflexionar sobre cómo el *Willfulness* genera más sufrimiento y cómo el *Willingness* puede facilitar el avance.

5. Utilizar ejercicios prácticos:

Se incorporarán ejercicios como *mindfulness* o escribir en un diario para reforzar la disposición.

Referencia: Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Publications.

Anexo 11. Técnicas empleadas en el módulo de habilidades de eficacia interpersonal

DEAR MAN

Esta herramienta se basa en enseñar a los adolescentes a comunicarse de manera efectiva para expresar sus necesidades, establecer límites o resolver conflictos, mientras se mantiene el respeto hacia ellos mismos y hacia los demás. Combina asertividad y habilidades de resolución de conflictos para maximizar las posibilidades de lograr sus objetivos interpersonales.

DEAR MAN es una abreviatura que guía los pasos de la comunicación asertiva:

***DEAR* (Describe, Express, Assert, Reinforce):**

- ***D (Describe)***: Describe la situación de manera objetiva y neutral, sin juicios ni exageraciones.
- ***E (Express)***: Expresa tus sentimientos y necesidades claramente, usando frases en primera persona como "Yo siento" o "Yo necesito".
- ***A (Assert)***: Solicita lo que necesitas de manera directa y respetuosa.
- ***R (Reinforce)***: Refuerza la importancia de tu solicitud explicando los beneficios para ambas partes.

***MAN* (Mindfulness, Appear confident, Negotiate):**

- ***M (Mindfulness)***: Mantén la atención en tus objetivos, evita desviarte o ceder a distracciones.
- ***A (Appear confident)***: Proyecta seguridad a través del lenguaje corporal, el tono de voz y las palabras.
- ***N (Negotiate)***: Busca soluciones creativas o un término medio si es necesario, mostrando flexibilidad.

Por ejemplo, M siente que su mejor amiga, Ana, a menudo la interrumpe cuando está hablando, lo que la hace sentir ignorada. Decide utilizar *DEAR MAN* para abordar la situación de manera asertiva.

DEAR:

- **D (Describe):**
"Ana, he notado que cuando estamos hablando en grupo, a veces me interrumpes antes de que pueda terminar lo que estoy diciendo."
- **E (Express):**
"Cuando eso pasa, me siento frustrada y siento que no tengo la oportunidad de compartir lo que pienso."
- **A (Assert):**
"Quiero pedirte que me permitas terminar de hablar antes de responder, porque realmente valoro nuestras conversaciones y quiero que ambas nos sintamos escuchadas."
- **R (Reinforce):**
"Si hacemos esto, creo que nuestras conversaciones serán aun mejores porque podremos escucharnos mutuamente con más atención."

MAN:

- **M (Mindfulness):** M se mantiene calmada y enfocada en su objetivo, incluso si Ana reacciona sorprendida o se desvía del tema.
- **A (Appear confident):** Habla con un tono claro y relajado, evitando parecer agresiva o insegura.
- **N (Negotiate):** Si Ana menciona que a veces no se da cuenta de que interrumpe, M podría decir: "Entiendo que no lo haces a propósito, ¿te parece si me ayudas a identificarlo cuando pase para que podamos mejorarlo juntas?"

GIVE

El ejercicio **GIVE** se centra en mejorar las relaciones interpersonales al fomentar la comunicación efectiva y la construcción de vínculos sólidos. Se utiliza especialmente en situaciones donde el objetivo principal es mantener o fortalecer una relación, más allá de alcanzar una meta específica.

GIVE es una fórmula mnemotécnica que orienta el enfoque hacia la relación y el respeto mutuo:

- **G (Gentle):** Sé educado y evita conductas agresivas, sarcásticas o críticas. Usa un tono amable y cálido.
- **I (Interested):** Muestra interés genuino en lo que la otra persona está diciendo o sintiendo. Practica la escucha activa.
- **V (Validate):** Valida los sentimientos, pensamientos o experiencias de la otra persona, reconociendo su perspectiva sin juzgar.
- **E (Easy manner):** Adopta una actitud relajada, amistosa y accesible, utilizando el humor o la informalidad según sea apropiado.

FAST

Esta actividad consiste en apoyar a los adolescentes para que mantengan una postura firme y respetuosa en las interacciones, protegiendo su autoestima y valores personales. Se enfoca en cómo defenderse de manera efectiva sin comprometer la integridad personal, especialmente en situaciones donde se siente la necesidad de poner límites o expresar descontento.

FAST es una sigla diseñada para conducir al adolescente a seguir cuatro principios clave para preservar su autoestima y defender sus derechos:

- **F (Fair):** Sé justo contigo mismo y con los demás, evitando ser excesivamente crítico o despectivo.
- **A (Assertive):** Sé asertivo en expresar tus necesidades, pensamientos o deseos sin ceder a la presión ni ser agresivo.
- **S (Stick to values):** Mantente fiel a tus valores y principios personales, incluso si la situación es difícil o incómoda.
- **T (Truthful):** Sé honesto y directo, sin ocultar información o mentir para evitar el conflicto.

Referencia: Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Publications.

Anexo 12. Técnicas empleadas en el módulo de habilidades de regulación emocional

Modelo de las emociones

Con esta técnica se pretende enseñar a los adolescentes cómo se generan las emociones, cómo influyen en sus pensamientos y conductas, y cómo pueden intervenir en el proceso para regular sus respuestas emocionales de manera efectiva. Este modelo ayuda a desarrollar una mayor conciencia emocional y fomenta estrategias proactivas para manejar emociones intensas.

El *Modelo de Emociones* describe un ciclo típico de una experiencia emocional:

1. Evento activador:

- Una situación o estímulo externo/interno que desencadena la emoción (p. ej., recibir una crítica en clase).

2. Interpretación o evaluación:

- La percepción del evento (pensamientos, creencias, juicios) (p. ej., "mi profesor piensa que no soy lo suficientemente bueno").

3. Emoción

- Sentimientos que surgen en respuesta al evento y a su interpretación (p. ej., tristeza, vergüenza).

4. Cambios biológicos

- Cambios físicos y conductuales asociados a la emoción (p. ej., latidos rápidos, evitar el contacto visual, ganas de llorar).

5. Consecuencias

- Las consecuencias a corto y largo plazo de la respuesta emocional, que incluye pensamientos, recuerdos, funcionamiento físico y comportamientos futuros (p. ej., sentirse desconectado o desmotivado para participar en clase y comenzar a sudar cada vez está en clase).

Esta técnica se presenta habitualmente con un evento hipotético que los miembros del grupo puedan relacionar (p. ej., como ser regañado por un profesor después de cometer un error en clase). Luego, se les guía a través del ciclo de emociones, escribiendo el diagrama en una pizarra y pidiéndoles que completen elementos como: pensamientos, cambios en el cuerpo, emociones y consecuencias, entre otros.

PLEASE Master

El objetivo de **PLEASE Master** es reducir la vulnerabilidad emocional al cuidar de la salud física y el bienestar general. La técnica enseña a los adolescentes a gestionar factores que pueden incrementar la intensidad emocional, como el malestar físico, el sueño irregular o una dieta desequilibrada. Al atender estas áreas, se busca prevenir estados emocionales negativos y mejorar la resiliencia emocional.

Las siglas **PLEASE** ayudan a recordar las áreas clave que deben atenderse para mantener el bienestar emocional:

1. **PL (Treat Physical Illness - Trata enfermedades físicas):**
 - Atiende cualquier condición médica. Toma medicamentos según las indicaciones y sigue las recomendaciones médicas (p. ej., Tomar medicación si es necesaria o asistir a fisioterapia en caso de una lesión).
2. **E (Eat healthy - Come de forma saludable):**
 - Mantén una dieta equilibrada. Evita comer en exceso o quedarte sin comer durante períodos prolongados (p. ej., incluir frutas, verduras y proteínas en las comidas diarias).
3. **A (Avoid mood-altering substances - Evita sustancias que alteren el estado de ánimo):**
 - Reduce o elimina el consumo de alcohol, drogas y otros estimulantes que puedan influir negativamente en el estado emocional (p. ej., decidir no consumir bebidas energéticas si aumentan tu ansiedad).
4. **S (Sleep - Dormir adecuadamente):**
 - Prioriza un horario de sueño regular y suficiente descanso (p. ej., dormir de 7 a 9 horas cada noche y evitar el uso de pantallas antes de acostarte).
5. **E (Exercise - Haz ejercicio):**
 - Realiza actividad física regular para liberar tensión y mejorar el estado de ánimo. (p. ej., salir a caminar, practicar yoga o participar en deportes de equipo).

Master:

- **Desarrolla dominio en actividades importantes para ti.** Esto fomenta la confianza y un sentido de logro (p. ej., practicar un instrumento musical, mejorar en un deporte o aprender una nueva habilidad).

Incrementando emociones positivas

Es una estrategia que fomenta las emociones positivas a corto y largo plazo, mediante la planificación de actividades placenteras y el desarrollo de una vida basada en los valores. Esto ayuda a contrarrestar emociones negativas intensas, fortalecer la resiliencia emocional y construir un bienestar emocional sostenible.

Se divide en dos enfoques:

1. Incrementando emociones positivas a corto plazo:

- **Realiza actividades placenteras.** Identifica actividades que disfrutes y planificalas de manera regular (p. ej., escuchar tu música favorita, ver una película divertida, salir con amigos o hacer ejercicio).

2. Incrementando emociones positivas a largo plazo:

- **Construye una vida que refleje tus valores.** Esto implica identificar lo que es importante para ti (familia, amistad, creatividad, aprendizaje, etc.) y tomar acciones consistentes para vivir según esos valores. (p. ej., si valoras la creatividad, podrías inscribirte en clases de pintura o dedicar tiempo semanal a dibujar o escribir).

Como práctica adicional se propone estar presente en el momento. Es decir, durante la realización de actividades positivas, se sugiere practicar *mindfulness* para disfrutar plenamente de la experiencia, evitando distraerse con preocupaciones o pensamientos negativos.

Actuar de forma opuesta

Actuar de forma opuesta tiene como finalidad que los adolescentes modifiquen emociones intensas e inadecuadas actuando de manera contraria a los impulsos que estas provocan. De este modo, se fomenta el cuestionamiento de patrones emocionales

desadaptativos, la interrupción de ciclos negativos y la adopción de comportamientos más saludables. Para lograrlo, los pasos a seguir son los siguientes:

1. **Identificar la emoción:**

Reconocer la emoción que está sintiendo (p. ej., ira) y determinar si es útil o válida para la situación.

2. **Evaluar si la emoción es funcional:**

Preguntar si la emoción ayuda a resolver el problema o si es desproporcionada a la situación.

- Si es funcional, se actúa en coherencia con la emoción.
- Si no es funcional, se aplica la técnica de actuar de forma opuesta.

3. **Actuar de forma opuesta al impulso emocional:**

Identificar el impulso que genera la emoción y realizar una acción que vaya directamente en contra de ese impulso (p. ej., si la ira te lleva a gritar o a proceder de manera agresiva, actúa de forma tranquila, respirando profundamente y escuchando a la otra persona).

4. **Repetir hasta que la emoción cambie:**

Practicar el comportamiento opuesto hasta que la emoción inicial disminuya o cambie.

La habilidad WAVE

La habilidad **Wave** (llamada atención plena a la emoción actual en la TDC estándar) instruye a los adolescentes en el proceso de aceptar y vivir sus emociones plenamente, sin buscar reprimirlas, evadirlas o reaccionar impulsivamente ante ellas. Este método promueve la aceptación emocional y disminuye la intensidad de las emociones al permitir que estas fluyan de manera natural.

Los pasos para desarrollar esta habilidad son los siguientes:

1. **Reconoce y nombra la emoción:**

- Identifica qué emoción estás sintiendo (ira, tristeza, miedo, etc.) y nómbrala. (p. ej., "Estoy sintiendo tristeza").

2. Permite que la emoción esté presente:

- No luches contra la emoción ni trates de evitarla. Reconoce que las emociones son temporales y forman parte de la experiencia humana (p. ej., "Es normal sentirse así. No voy a tratar de ignorarla").

3. Observa la emoción como una ola:

- Imagina la emoción como una ola que sube, alcanza su punto máximo y luego baja. Mantente presente mientras observas este proceso sin apegarte ni resistirte.

4. Evita actuar impulsivamente:

- No te dejes llevar por los impulsos que pueda generar la emoción. Respira profundamente y permanece consciente.

5. Acepta la emoción sin juzgarla:

- Evita etiquetar la emoción como "buena" o "mala". Simplemente es lo que es (p. ej., "Es normal sentirse así después de algo decepcionante. La tristeza no define mi valor como persona").

Referencia: Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Publications.

Anexo 13. Técnicas empleadas en el módulo Caminando por el sendero medio

Técnicas relacionadas con la Dialéctica

El objetivo principal de las habilidades de la dialéctica es encontrar un equilibrio entre la aceptación y el cambio, promoviendo la capacidad de “caminar por el sendero del medio”. Esto implica ayudar a las familias y adolescentes a evitar caer en extremos que generen conflicto o desadaptación. Al adoptar una perspectiva dialéctica, se fomenta la flexibilidad, la apertura y la comprensión mutua, lo que permite manejar mejor las tensiones entre perspectivas opuestas.

En primer lugar, se describirán los puntos más importantes a tener en cuenta para desarrollar esta habilidad:

- Siempre hay más de una forma de ver una situación y resolver un problema. La verdad no es absoluta ni completamente relativa; evoluciona con el tiempo.
- Cada persona tiene cualidades únicas y puntos de vista diferentes. Esto normaliza las diferencias, reduciendo los conflictos derivados de estas.
- Evitar pensamientos extremos “blanco o negro.” La verdad no tiene que caer en un extremo.
- Dos cosas aparentemente opuestas pueden ser verdaderas. Hay sabiduría en examinar ambas perspectivas.
- El cambio es la única constante. Esto implica que las cosas evolucionan continuamente, tanto en las personas como en sus entornos.
- El significado y la verdad evolucionan con el tiempo. Lo que fue cierto en el pasado puede no serlo ahora.
- El cambio es transaccional. Las personas y sus entornos se influyen mutuamente en una relación recíproca.

Posteriormente, se explicarán los diferentes dilemas dialécticos, dejando en claro que estos patrones de conducta no solo se presentan en los adolescentes, sino también en las interacciones entre los adolescentes y sus familiares, así como entre los propios padres (por ejemplo, conflicto entre padre y madre) y entre los terapeutas y los adolescentes. Los dilemas dialécticos se presentarán y abordarán de manera individual, uno a uno.

1. Permisividad excesiva versus control autoritario

Esta actividad permite ayudar a las familias a encontrar un equilibrio entre ser demasiado permisivos y ser excesivamente estrictos o controladores. Para ello se llevan a cabo los siguientes pasos:

- **Identificar los extremos:** Se exploran situaciones específicas en las que los cuidadores pueden estar actuando de manera demasiado permisiva o rígida.
- **Evaluar las consecuencias:** Se analiza cómo estos enfoques extremos pueden impactar negativamente en el adolescente, aumentando la rebeldía o la dependencia.
- **Encontrar el término medio:** Se enseña a los cuidadores a establecer límites claros y consistentes sin ser excesivamente estrictos.

Posteriormente a estas explicaciones, se presentará un ejemplo práctico que será objeto de análisis y debate sobre las posibles acciones a implementar.

Por ejemplo, una madre permite que su hijo adolescente no haga las tareas del hogar porque "ya tiene suficientes problemas en la escuela" (lenidad excesiva). En el extremo opuesto, un padre insiste en controlar todos los aspectos de la vida de su hijo, revisando sus mensajes y determinando cómo debe vestirse (control autoritario).

2. Normalizar conductas patológicas versus patologizar conductas normativas

La finalidad de esta tarea es ayudar a los cuidadores a distinguir entre comportamientos problemáticos que requieren intervención y comportamientos típicos de la adolescencia. Para ello, se procede de la siguiente manera:

- **Educar sobre la adolescencia:** Se enseña a los cuidadores qué comportamientos son comunes en esta etapa (como la búsqueda de independencia o cambios de humor) y cuáles pueden ser señales de alarma (como el aislamiento extremo o las conductas autolesivas).
- **Evitar la minimización:** Se trabaja con los cuidadores para que no normalicen conductas que son realmente problemáticas, como la agresión o el abuso de sustancias.

Una vez realizadas las explicaciones, se proporcionará un ejemplo ilustrativo que se someterá a discusión, con el fin de explorar las acciones que se pueden llevar a cabo.

Por ejemplo, un padre ignora las conductas autolesivas de su hija y las considera “cosas de adolescentes” (normalización patológica). En el extremo opuesto, una madre se preocupa excesivamente porque su hijo pasa más tiempo con sus amigos que con la familia, etiquetándolo como "distante" o "desconectado" (patologización de lo normativo).

3. Forzar autonomía versus fomentar la dependencia

Se busca asistir a las familias en el proceso de equilibrar la necesidad de fomentar la independencia del adolescente, sin forzarlo a asumir responsabilidades para las cuales aún no está preparado, ni mantenerlo en un estado de dependencia excesiva. Para lograr este objetivo, se implementarán las siguientes acciones

- **Identificar áreas clave:** Se analizan las áreas en las que el adolescente necesita desarrollar autonomía (como tomar decisiones, gestionar su tiempo o afrontar problemas).
- **Fomentar la independencia gradual:** Se enseñan estrategias para transferir responsabilidades al adolescente de manera progresiva, manteniendo un apoyo adecuado.

Tras las explicaciones, se planteará un ejemplo que será analizado y se debatirán las posibles medidas a tomar.

Por ejemplo, los padres de una chica de 17 años han pasado los últimos años rescatándola y protegiéndola de cualquier consecuencia negativa de sus acciones (p. ej., problemas con la escuela, los amigos o trabajos después de clases). Sin embargo, cuando la hija se queda embarazada, cambian al otro extremo y exigen que se mude de la casa de inmediato y encuentre una manera de mantenerse por sí misma.

Técnicas relacionadas con la Validación

Durante la sesión, se abordará el concepto de validación, destacando su importancia tanto para las relaciones interpersonales como para la relación con uno mismo. La validación se define como la capacidad de comunicarle a otra persona que sus sentimientos,

pensamientos y acciones tienen sentido y son comprensibles en un contexto específico. También se enfatizará la relevancia de la autovalidación, que consiste en reconocer y aceptar los propios sentimientos, pensamientos y comportamientos como apropiados y válidos dentro de una situación concreta.

Se aclarará que la validación no implica necesariamente estar de acuerdo con lo que otra persona dice, hace o siente. Más bien, se trata de entender las circunstancias o el contexto que explican por qué esa persona actúa, piensa o siente de determinada manera.

Posteriormente, se explicará el procedimiento para llevar a cabo la técnica de validación, destacando que esta puede realizarse tanto de manera verbal como no verbal, siguiendo una serie de directrices específicas:

1. Escucha activamente:

- Mantén contacto visual y demuestra interés genuino en la conversación.
- Concéntrate en lo que la otra persona está diciendo sin distraerte.

2. Presta atención a señales verbales y no verbales:

- Observa el lenguaje corporal, el tono de voz y las expresiones faciales.
- Evita comportamientos que puedan invalidar, como gestos despectivos, comentarios críticos o actitudes que transmitan desinterés (p. ej., decir “Eso es estúpido” o ignorar los sentimientos de la otra persona).

3. Identifica y nombra los sentimientos:

- Intenta reconocer qué está sintiendo la otra persona en ese momento. Busca palabras que describan esa emoción para reflejarla de manera precisa (p. ej., “Parece que te sientes frustrado por lo que sucedió”).

4. Refleja el sentimiento sin juzgar:

- Comunica de manera explícita que entiendes cómo se siente la otra persona, sin emitir juicios de valor (p. ej., “Tiene sentido que te sientas así en esta situación”).
- Para uno mismo: “Es natural que me sienta triste en este momento, dadas las circunstancias.”

5. Muestra tolerancia:

- Reconoce cómo los sentimientos, pensamientos y acciones de alguien tienen sentido en función de su historia personal y su contexto actual, incluso si no estás de acuerdo con sus decisiones o emociones.

6. Demuestra que tomas a la otra persona en serio:

- Responde con palabras o acciones que validen la importancia de lo que están compartiendo (p. ej., si alguien está llorando, puedes ofrecer un pañuelo, un abrazo o simplemente quedarte a su lado).

Para consolidar esta habilidad, se presenta un ejemplo concreto y se fomenta la discusión grupal con preguntas como:

- ¿Qué frases podrías usar para validarte a ti mismo en esta situación?
- ¿Cómo crees que la validación puede influir en tus pensamientos, emociones y comportamientos?
- ¿Qué impacto tendría validar a otra persona en vuestra relación?

Los participantes practicarán estas técnicas en escenarios hipotéticos y reflexionarán sobre los beneficios de la validación tanto para sí mismos como para los demás.

Técnicas relacionadas con el Conductismo

La presente sesión tiene como objetivo principal introducir los conceptos fundamentales del conductismo, centrandó la atención en las estrategias diseñadas para promover comportamientos deseables y disminuir aquellos que no lo son. La estructura de la sesión se basará en los principios esenciales del refuerzo positivo y negativo, la extinción, el castigo, y el modelado progresivo de conductas.

En primer lugar, se proporcionará una definición clara del conductismo, entendiéndolo como un conjunto de estrategias y principios orientados a aumentar la frecuencia de comportamientos deseados y reducir comportamientos indeseados, tanto en uno mismo como en los demás. Tras esta explicación, se planteará la pregunta: *¿Qué comportamientos te gustaría cambiar en ti o en otras personas?* con el propósito de fomentar la reflexión y la participación activa de los asistentes mediante la exposición de ejemplos concretos, como la

mejora de la comunicación, la reducción de la procrastinación o el fomento de la cooperación en el ámbito familiar.

Posteriormente, se procederá a la explicación y puesta en práctica de habilidades destinadas a incrementar la frecuencia de conductas deseadas. En este bloque se abordarán el refuerzo positivo, el refuerzo negativo y el modelado gradual como herramientas clave.

1. **Refuerzo positivo:** Se basa en aumentar un comportamiento al proporcionar una consecuencia gratificante después de que este ocurra (p. ej., recibir elogios por completar una tarea o premiarse con tiempo de ocio tras estudiar).

Para realizar la práctica grupal, se invitará a los participantes a identificar un comportamiento que desean aumentar en sí mismos y a proponer un refuerzo positivo motivador, enfatizando que debe ser realista y apropiado.

2. **Refuerzo negativo:** Se centra en incrementar un comportamiento al eliminar una condición aversiva (p. ej., hacer los deberes para evitar que un padre insista, o tomar una aspirina para quitar el dolor de cabeza).

En la práctica grupal, los miembros del grupo identificarán situaciones en las que han usado o podrían usar el refuerzo negativo de manera adaptativa.

3. **Moldeamiento gradual:** Consiste en reforzar pasos pequeños y progresivos hacia un objetivo más grande (p. ej., superar la ansiedad escolar asistiendo a la escuela por una hora el primer día, aumentando después gradualmente el tiempo).

A lo largo de la sesión grupal los participantes trabajarán en un plan de pasos pequeños para alcanzar un objetivo personal, identificando cómo reforzarán cada avance.

Una vez completado este apartado, se dará paso a la exposición y práctica de estrategias dirigidas a la disminución de conductas no deseadas, utilizando para ello los principios de extinción y castigo.

1. **Extinción:** Disminuir un comportamiento al eliminar el refuerzo que lo mantiene (p. ej., ignorar un berrinche en lugar de ceder a las demandas del adolescente).

En el marco de la práctica grupal los participantes compartirán comportamientos que desean extinguir y cómo reforzar conductas alternativas.

2. **Castigo:** Se trata de reducir un comportamiento al introducir una consecuencia aversiva (p. ej., perder privilegios por incumplir un límite, como llegar tarde a casa).

En el contexto del grupo se reflexionará sobre los pros y contras del castigo, enfatizando que debe ser específico, proporcional y breve. Se destaca que el castigo no enseña nuevos comportamientos y que debe ir acompañado de refuerzos para conductas deseadas.

Referencia: Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Publications.

Anexo 14. Ejemplo de Técnicas empleadas en las sesiones individuales

- **Reestructuración cognitiva:**

En primer lugar, se realizará una breve psicoeducación con la paciente, para explicarle qué son los pensamientos automáticos, cómo influyen en las emociones y comportamientos, y cómo la reestructuración cognitiva puede ayudar. Después se le pedirá un registro semanal:

Fecha y hora	Situación	Pensamiento automático	Emoción (%)	Qué hiciste después	Pensamiento alternativo	Emoción (%)

Una vez identificados los pensamientos automáticos, se procederá a evaluar su validez mediante la formulación de preguntas clave, tales como: “¿Qué evidencia tienes de que este pensamiento sea cierto?”, “¿Podría haber otra explicación para lo que ocurrió?” y “¿Qué le dirías a un amigo si tuviera este pensamiento?”. A partir de este análisis, se generarán pensamientos alternativos que resulten más adaptativos y funcionales.

- **Entrenamiento en solución de problemas:**

Este entrenamiento tiene como objetivo proporcionar al menor herramientas útiles para gestionar los conflictos que puedan surgir en su vida cotidiana. Se llevará a cabo una breve intervención psicoeducativa, en la que se enfatiza que los problemas forman parte de la experiencia común y son algo que todas las personas enfrentan. Asimismo, se subraya la importancia de aprender a abordarlos de manera efectiva, ya que evitarlos no es una solución viable. Posteriormente, se presentarán los pasos clave para llevar a cabo una resolución efectiva de conflictos:

1. Describir la conducta problema.
2. Describir el evento precipitante que llevó a esa conducta (en cadena).
3. ¿Qué pensabas antes de llevar a cabo esa conducta? ¿Qué sentías?
4. ¿Cuáles han sido las consecuencias de esa conducta?
5. Describir de manera detallada diferentes soluciones a este problema.
6. Describir detalladamente una estrategia de prevención sobre cómo se podía haber evitado esa cadena de eventos.

7. Describe qué vas a hacer para reparar las consecuencias que han surgido debido a la conducta problema.

Anexo 15. Ejemplo de una jerarquía de exposición en vivo.

La situación a la que M se va a exponer es enfrentarse a hombres que por sus características (físicas o conductuales) le traen recuerdos de su abuelo, ya que fue la persona que perpetró la agresión. Para ello, se realiza conjuntamente una lista de estímulos de menor a mayor grado de temor, a los cuales se expondrá de manera gradual.

1. **Ver fotografías de hombres adultos con características similares a las de su abuelo** (p. ej., un hombre con rasgos físicos similares).
2. **Ver videos breves de hombres adultos con características similares a las de su abuelo hablando en contextos neutros o positivos** (p. ej., videos educativos, entrevistas o programas de entretenimiento donde no haya un tono agresivo o incómodo).
3. **Escuchar grabaciones de hombres adultos hablando con tono de voz similar al de su abuelo** (p. ej., escuchar grabaciones de personas en podcasts, entrevistas o grabaciones informales).
4. **Estar en un espacio público con hombres adultos presentes que tengan características similares a las de su abuelo, sin interacción directa** (p. ej., asistir a un evento público como una conferencia o en una cafetería con presencia de hombres adultos).
5. **Observar a un hombre adulto con características similares a las de su abuelo en persona, sin interactuar** (p. ej., en un parque, en una sala de espera o en una situación pública, sin la necesidad de hablar con él).
6. **Hacer contacto visual breve con un hombre adulto con características similares en un entorno seguro** (p. ej., un conocido de la familia, manteniendo el contacto visual durante unos segundos en un contexto neutral y seguro).
7. **Mantener una interacción breve y estructurada con un hombre adulto con características similares en un contexto seguro** (p. ej., saludar y hacer una pregunta sencilla como pedir un objeto o información, en un lugar cómodo y sin presión).
8. **Interactuar en una conversación breve con un hombre adulto con características similares, pero sin hablar de temas personales** (p. ej., participar en una conversación corta y neutral sobre temas como el clima, sin profundizar en temas emocionales o familiares).

9. **Tener una conversación más larga con un hombre adulto con características similares, manteniendo un tono amigable y de apoyo** (p. ej., hablar sobre un tema neutro, como una actividad que ambos disfruten, una película o un deporte, en un contexto controlado y con la opción de terminar la conversación cuando sea necesario).

Cada semana se expondrá a la menor a un ítem de la jerarquía y posteriormente, en terapia, se irá revisando el avance y las dificultades encontradas. Los progenitores deben reforzar día a día la exposición y el terapeuta hace lo propio durante las sesiones.

Anexo 16. Tabla resumen de los artículos incluidos en la revisión

Principales características de los artículos revisados

Autores	Objetivo	Muestra	Evaluación	Principales Resultados
Fuller-Thomson et al. (2016)	Analizar la asociación entre experiencias adversas en la infancia y la probabilidad de intentos de suicidio, además de identificar las variables que pueden mediar en esta relación.	- N = 22.559 adultos - Edad = +18 años 46,9 años de media - Población = 51% mujeres 49% hombres	<ul style="list-style-type: none"> ● MI: <ul style="list-style-type: none"> - Childhood Experiences of Violence Questionnaire-Short Form adaptado por la Canadian Community Health Survey Mental Health (CCHS-MH) ● Variables: <ul style="list-style-type: none"> - Depresión (TDM), ansiedad (TAG) y abuso de sustancias evaluadas mediante la World Health Organization– Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI) - Dolor crónico evaluado mediante entrevista propia 	<p>Los intentos de suicidio muestran una mayor prevalencia entre individuos con antecedentes de MI.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El MI y los intentos de suicidio tienen una relación directa. - La depresión, ansiedad, el abuso de sustancias y el dolor crónico mediaron parcialmente la relación entre los diferentes tipos de MI y los intentos de suicidio.

Autores	Objetivo	Muestra	Evaluación	Principales Resultados
Sachs-Ericsson et al. (2017)	Evaluar los efectos directos e indirectos de los diferentes tipos de abuso infantil, tanto violentos como no violentos, en los intentos de suicidio a través de trastornos psiquiátricos, mediante un enfoque longitudinal.	<p>- N=</p> <p>En la primera ola (NCS-1): 5877</p> <p>En la segunda ola (NCS-2): 5001</p> <p>- Edad =</p> <p>NCS-1: 15-59 años 33,2 años de media de edad</p> <p>NCS-2: 44 años de media de edad</p> <p>- Población:</p> <p>Se intentó obtener una muestra equitativa, por lo que</p>	<p>NCS-1:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Información sociodemográfica: <p>- Cuestionario demográfico realizado por los investigadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Diagnósticos psiquiátricos: <p>- World Health Organization– Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Conductas suicidas: <p>- Preguntas formuladas por los investigadores acerca de ideación, planes o intentos de suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● MI: <ul style="list-style-type: none"> ○ MI no violento <p>- Abuso verbal parental mediante preguntas creadas por los investigadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ MI violento <p>- abuso físico y sexual mediante preguntas formuladas por los investigadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Estatus socioeconómico: <p>- Preguntas creadas por investigadores</p>	<p>- Las personas que experimentaron tanto abuso infantil violento como no violento, presentaron una mayor incidencia de intentos de suicidio en comparación con aquellas que no experimentaron ningún tipo de abuso.</p> <p>- Se observó una relación directa entre el número de trastornos mentales y la probabilidad de intentos de suicidio, evidenciando un vínculo proporcional entre ambas variables.</p> <p>- Las personas que sufrieron abuso infantil violento registraron una mayor frecuencia de intentos de suicidio que aquellos que experimentaron formas no violentas de abuso infantil.</p> <p>- Todos los trastornos mentales analizados (trastorno por consumo de sustancias, TAG, trastorno de pánico, TDM, and TEPT) mediaron completamente la relación entre abuso infantil no violento y los intentos de suicidio.</p> <p>- En cambio, en el caso del abuso infantil violento, los trastornos mentales no actuaron como</p>

aproximadamente
fueron 50% hombres
y 50% mujeres

- NCS-2:
- Intentos de suicidio durante los 10 años siguientes a la primera evaluación:
 - Preguntas formuladas por los investigadores
 - Diagnósticos psiquiátricos:
 - Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)

mediadores, lo que indica que este tipo de abuso ejerce un impacto directo en los intentos de suicidio.

Autores	Objetivo	Muestra	Evaluación	Principales Resultados
Lemaigre & Taylor (2018)	Observar cómo el MI afecta al riesgo de suicidio en hombres adultos socioeconómicamente desfavorecidos, considerando el papel de dos variables mediadoras: la desregulación emocional y las dificultades interpersonales.	- N= 86 hombres adultos - Edad = +18 años 41,9 años de media Población = 100% hombres	<ul style="list-style-type: none"> ● Información sociodemográfica: - Cuestionario demográfico realizado por los investigadores ● MI: - Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) ● Dificultades de regulación emocional: - Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) ● Problemas interpersonales - Inventory of Interpersonal Problems (IPP-32) ● Conductas suicidas: - Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) 	<ul style="list-style-type: none"> - En hombres adultos, la relación entre el trauma infantil y la suicidabilidad estuvo completamente mediada por la desregulación emocional y las dificultades interpersonales, manifestadas como inhibición social. - La pobreza y la exclusión social reforzaron estos efectos.

Autores	Objetivo	Muestra	Evaluación	Principales Resultados
Wong et al. (2018)	Examinar el papel de la claridad del autoconcepto como mediador en la relación entre las experiencias adversas en la infancia y diversas consecuencias psicológicas en la adultez, incluyendo el comportamiento suicida, la depresión, la soledad, el estrés percibido y el malestar vital.	- N= 305 participantes - Edad = 18-70 años 35,49 años de media de edad - Población = 46% mujeres 54% hombres	<ul style="list-style-type: none"> ● MI: - Adverse Childhood Experiences Scale (ACE scale) ● Sintomatología depresiva: - Beck Depression Inventory Short Form (BDI-SF) ● Soledad: - De Jong Gierveld Loneliness Scale ● Estrés Percibido: - Perceived Stress Scale (PSS) ● Angustia Vital: - Life Distress Inventory (LDI) ● Claridad del autoconcepto: - Self-Concept Clarity (SCC) ● Autoestima: - Rosenberg Self-Esteem scale (RSES) ● Conducta suicida: - Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) 	<ul style="list-style-type: none"> - Un mayor número de experiencias adversas en la infancia se asoció con una menor claridad de autoconcepto. - La claridad del autoconcepto se relacionó de manera negativa con las conductas suicidas, soledad, depresión, estrés percibido y malestar vital. - Tanto la claridad del autoconcepto como la autoestima mediaron la relación entre el MI y variables como la soledad, depresión, estrés percibido y malestar vital. Sin embargo, la relación entre el MI y la conducta suicida estuvo mediada exclusivamente por la autoestima.

Autores	Objetivo	Muestra	Evaluación	Principales Resultados
Gawęda et al. (2019)	Estudiar cómo el trauma infantil, los sesgos cognitivos, las experiencias psicóticas y la depresión interactúan y contribuyen al riesgo de suicidio.	<p>- N= 3.495 adultos jóvenes</p> <p>- Edad = 18-35 años 26,39 años de media de edad</p> <p>- Población = 62,9% mujeres 37,1% hombres</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● MI: - Para evaluar abuso y la negligencia emocional, dos ítems del Traumatic Experience Checklist (TEC) - Para la evaluación del abuso sexual, 3 ítems del Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q) ● Sesgos cognitivos: - Davos Assessment of Cognitive Biases scale (DACOBS) ● Diagnóstico psiquiátrico y abuso de sustancias: - Evaluados mediante entrevista propia ● Experiencias psicóticas ligeras: - Prodromal Questionnaire-16 (PQ-16) ● Suicidabilidad: - Preguntas relacionadas con ideación, planes e intentos de suicidio mediante preguntas propias. 	<p>- Se evidenció un efecto directo y estadísticamente significativo de los eventos traumáticos en la infancia sobre la suicidabilidad.</p> <p>- Los sesgos cognitivos, las experiencias psicóticas leves y la depresión mediaron la relación entre el trauma infantil y la suicidabilidad en adultos jóvenes sin patología.</p> <p>- La exposición al trauma infantil, junto con la presencia de sesgos cognitivos, experiencias psicóticas leves, y síntomas de depresión, contribuyeron de manera acumulativa a predecir la suicidabilidad.</p>

Autores	Objetivo	Muestra	Evaluación	Principales Resultados
Newins et al. (2019)	Investigar la relación entre el MI, la ideación suicida y el papel de los síntomas de TEPT y el abuso de alcohol.	<ul style="list-style-type: none"> - N= 336 adultos - Edad = 18-77 años 22,81 años de media de edad - Población = 70,2% mujeres 28,6% hombres 1,2% otros 	<ul style="list-style-type: none"> ● Información sociodemográfica: - Cuestionario demográfico realizado por los investigadores ● MI: - Childhood Trauma Questionnaire Short Form (CTQ-SF) ● Severidad de síntomas del TEPT: - PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) ● Abuso de alcohol - Alcohol Dependence Scale (ADS) ● Ideación suicida - Beck Scale for Suicide Ideation (BSI) 	<ul style="list-style-type: none"> - La relación entre el MI y el riesgo de ideación suicida estuvo mediada por la gravedad de los síntomas del TEPT, mientras que el consumo de alcohol no desempeñó un papel mediador en esta asociación.

Autores	Objetivo	Muestra	Evaluación	Principales Resultados
Duprey et al. (2020)	Explorar las vías de desarrollo desde el MI hasta los comportamientos relacionados con el suicidio en la adolescencia, basándose en la hipótesis de comorbilidad de internalización y externalización.	<ul style="list-style-type: none"> - N= 1.314 jóvenes 65,7% jóvenes maltratados 35,7% jóvenes no maltratados - Edad = Seguimiento desde los 7 hasta los 16 - Población = 51,48% mujeres 48,52% hombres 	<ul style="list-style-type: none"> • MI: - Modification of the Maltreatment Classification System (MMCS) • Síntomas de internalización y externalización: - Child Behavior Checklist (CBCL) • Ideación suicida y conductas suicidas: - 3 ítems del Adolescent Health Status and Service Utilization Measure 	<ul style="list-style-type: none"> - La gravedad y los tipos de MI predijeron de manera diferenciada la pertenencia a las distintas trayectorias de síntomas (internalizantes y externalizantes). - Tanto los síntomas internalizantes (como la depresión y ansiedad) como los síntomas externalizantes (como la agresión y conducta disruptiva) mediaron la relación entre el MI y los diferentes comportamientos suicidas en la adolescencia.

Autores	Objetivo	Muestra	Evaluación	Principales Resultados
Schönfelder et al. (2020)	Estudiar si la relación entre el abuso infantil y los intentos de suicidio está mediada por las conductas autolesivas no suicidas y la tolerancia al dolor.	- N= 308 adultos - Edad = 18-81 años 36,9 años de media de edad - Población = 53,6% mujeres 46,4% hombres	<ul style="list-style-type: none"> ● MI: - Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) <ul style="list-style-type: none"> ● Ideación suicida y conductas autolesivas no suicidas: - Self-Injurious Thoughts and Behavior Interview (SITBI) <ul style="list-style-type: none"> ● Tolerancia al dolor: - German Capability for Suicide Questionnaire (GCSQ) <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluación objetiva del umbral y la tolerancia al dolor: - Algómetro de presión (<i>Wagner FDX 50</i>)	- Se identificó una relación significativa entre todos los tipos de MI y las conductas autolesivas no suicidas. - La relación indirecta entre los diversos tipos de abuso infantil y los intentos de suicidio, mediada por las autolesiones, fue estadísticamente significativa, destacando el papel mediador de estas conductas en dicha asociación. - Aunque la tolerancia al dolor no actuó como un mediador directo en la relación entre el MI y la conducta suicida, se demostró que puede influir en la probabilidad de intentos de suicidio a través de su impacto en conductas autolesivas no suicidas.

Autores	Objetivo	Muestra	Evaluación	Principales Resultados
Widom & Li (2020)	Evaluar el papel de los síntomas psiquiátricos y los factores de vulnerabilidad ambiental en la relación entre el MI y la suicidabilidad.	<p>- N= 890</p> <p>Dos grupos:</p> <p>Grupo de personas maltratadas en la infancia: 495</p> <p>Grupo control: 395</p> <p>- Edad =</p> <p>1ª entrevista: 29,3 años de media</p> <p>2ª entrevista: 39 años de media</p> <p>- Población:</p> <p>Maltratados=</p> <p>52,9% mujeres</p> <p>47,1% hombres</p> <p>Grupo control =</p> <p>48,9% mujeres</p> <p>51,1% hombres</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Variables demográficas y de control ● MI: <p>- Recogida de diferentes juzgados de la zona.</p> <p>1ª entrevista: 1989-1995</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Trastornos mentales: <p>- National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule, Version III Revised (DIS-III-R)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aislamiento social <p>- Evaluado mediante preguntas formuladas por los investigadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Discapacidad física o enfermedad <p>- Evaluado mediante preguntas formuladas por los investigadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sinhogarismo <p>- Evaluado mediante preguntas formuladas por los investigadores</p> <p>2ª entrevista: 2000-2002</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ideación e intentos de suicidio: <p>- Evaluado mediante preguntas formuladas por los investigadores</p>	<p>- Los adultos con antecedentes de MI presentaron mayores niveles de depresión, ansiedad, distimia, TEPT, TAG, TPA, y trastorno por abuso de sustancias, además de una mayor vulnerabilidad ambiental, en comparación con un grupo de control.</p> <p>- El grupo que había sufrido MI registró más intentos de suicidio que el grupo control.</p> <p>- Las personas con intentos de suicidio exhibieron una sintomatología psiquiátrica más severa que aquellas con ideación suicida.</p> <p>- La distimia, depresión, TEPT, TAG, TPA, trastorno por consumo de sustancias y el sinhogarismo mediaron totalmente la relación entre el MI y los intentos de suicidio.</p> <p>- El MI no mostró una relación directa significativa con la ideación suicida, dado que fue mediada en su totalidad por factores como la distimia, TEPT y TPA.</p>

Autores	Objetivo	Muestra	Evaluación	Principales Resultados
Chen et al. (2021)	Investigar la relación entre el MI y la ideación suicida en adolescentes chinos, explorando si la resiliencia actúa como mediador en esta relación.	<ul style="list-style-type: none"> - N = 3.146 adolescentes - Edad = 10-18 años 13,31 años de media de edad - Población: 54,32% mujeres 45,68% hombres 	<ul style="list-style-type: none"> • Características generales: <ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario demográfico realizado por los investigadores • MI: <ul style="list-style-type: none"> - Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) • Resiliencia: <ul style="list-style-type: none"> - Resilience Scale for Chinese Adolescents (RSCA) • Ideación suicida: <ul style="list-style-type: none"> - Beck Scale for Suicide Ideation (BSS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Se halló una fuerte asociación entre los distintos tipos de MI y la ideación suicida. - La resiliencia medió parcialmente la relación entre el MI y la ideación suicida, indicando que una mayor resiliencia puede reducir el impacto negativo del MI sobre el riesgo de estas ideaciones suicidas.

Autores	Objetivo	Muestra	Evaluación	Principales Resultados
Tripp et al. (2021)	Investigar la relación entre el trauma infantil, la depresión, la resiliencia y el riesgo de suicidio en personas con enfermedad inflamatoria intestinal.	<ul style="list-style-type: none"> - N= 172 adultos con enfermedad inflamatoria intestinal - Edad = 19-79 años 40,5 años de media de edad - Población = 76,7% mujeres 23,3% hombres 	<ul style="list-style-type: none"> ● Información sociodemográfica: - Cuestionario demográfico realizado por los investigadores. ● MI: - Childhood Trauma Questionnaire (CTES) ● Riesgo de suicidio - Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) ● Resiliencia: - Brief Resilience Scale (BRS) ● Sintomatología depresiva: - Patient Health Questionnaire Nine (PHQ-9) 	<ul style="list-style-type: none"> - El trauma infantil mostró una asociación directa y positiva con el riesgo de suicidio, incluso considerando la resiliencia y los síntomas depresivos. -La depresión actuó como mediador entre el trauma infantil y el riesgo de suicidio. - Aunque la resiliencia no medió directamente esta relación, sí lo hizo de manera significativa cuando precedía a la sintomatología depresiva, estableciendo un modelo de mediación en cadena.

Autores	Objetivo	Muestra	Evaluación	Principales Resultados
Ernst et al. (2022)	Examinar si el MI aumenta el riesgo de conductas autolesivas no suicidas e intentos de suicidio, mediado por el deterioro del funcionamiento de la personalidad.	- N= 2.510 adultos - Edad = +14 años 48,36 años de media - Población = 53,3% mujeres 46,7% hombres	<ul style="list-style-type: none"> ● Información sociodemográfica: - Cuestionario demográfico realizado por los investigadores. ● MI: - Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) ● Funcionamiento de la Personalidad: - The 12-item short form OPD Structure Questionnaire (OPD-SQS), con las tres subescalas de autopercepción, contacto interpersonal y modelo relacional ● Medidas de autolesiones e intentos de suicidio: - Self-Injurious Thoughts and Behavior Interview (SITBI) 	<ul style="list-style-type: none"> - Las personas con antecedentes de autolesiones presentaron puntuaciones significativamente más altas en el cuestionario de MI en comparación con aquellas sin dichos antecedentes. Estos hallazgos confirman que el MI incrementa el riesgo de desarrollar conductas autolesivas no suicidas tras su experiencia. - El deterioro en el funcionamiento de la personalidad medió la relación entre todos los tipos de MI y las autolesiones en un 50%.

Autores	Objetivo	Muestra	Evaluación	Principales Resultados
Stagaki et al. (2022)	Observar el papel mediador del apego y la mentalización en la relación entre el MI, la autolesión y la suicidabilidad.	<ul style="list-style-type: none"> - N= 907 adultos - 399 con TLP - 66 con TPA - 184 trastornos depresivos y trastornos de ansiedad - 258 controles - Edad = 16-65 años 30,7 años de media de edad - Población = 69,2% mujeres 30,8% hombres 	<ul style="list-style-type: none"> ● MI: <ul style="list-style-type: none"> - Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) ● Apego Romántico: <ul style="list-style-type: none"> - Experiences in Close Relationships Scale (ECR-R) ● Mentalización: <ul style="list-style-type: none"> - Reflective Functioning Questionnaire (RFQ) ● Autolesiones: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluado mediante preguntas formuladas por los investigadores. ● Ideación suicida e intentos de suicidio: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluado mediante preguntas formuladas por los investigadores. 	<ul style="list-style-type: none"> - La autolesión se asocia significativamente con una mayor probabilidad de ideación suicida. - El MI mostró una relación directa tanto con las conductas autolesivas como con la suicidabilidad. - El MI influye de manera indirecta en la autolesión, la ideación suicida y los intentos de suicidio, a través del apego y la mentalización, ya sea como mediadores individuales o en combinación. - El apego inseguro y la mentalización actuaron como mediadores parciales en la relación entre el MI, las conductas autolesivas no suicidas y la suicidabilidad. - El apego tuvo un mayor peso en el efecto indirecto del MI sobre las conductas autolesivas y la suicidabilidad en comparación con la mentalización.

Autores	Objetivo	Muestra	Evaluación	Principales Resultados
Su et al. (2022)	Explorar la relación entre el MI y los problemas de salud mental, considerando las estrategias de afrontamiento y el apoyo social como mediadores.	- N= 25.113 integrantes - Edad = entre 15 y 70 años - Población = 54,8% mujeres 45,2% hombres	<ul style="list-style-type: none"> ● MI: - Childhood Experiences of Violence Questionnaire (CEVQ) ● Apoyo social percibido - Social Provisions Scale-10 item (SPS-10) ● Estrategias de afrontamiento adaptativas: - Preguntas formuladas por los investigadores, acerca de su autopercepción de la capacidad afrontar determinadas dificultades o problemas ● Trastornos mentales comunes (EDM y TAG): - World Health Organization– Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI) 	<ul style="list-style-type: none"> - El MI mostró una relación directa y significativa con el EDM, TAG y la ideación suicida. - El apoyo social y las estrategias de afrontamiento adaptativas se relacionaron negativamente con el EDM, TAG y la ideación suicida. - Aunque ambas variables mediadoras fueron significativas, las estrategias de afrontamiento adaptativas mostraron un mayor impacto indirecto sobre la ideación suicida en comparación con el apoyo social. - Tanto el apoyo social como las estrategias de afrontamiento adaptativas mediaron eficazmente la relación entre el MI y la ideación suicida, así como entre el MI y el EDM y TAG.

Autores	Objetivo	Muestra	Evaluación	Principales Resultados
Thompson & Kingree (2022)	Analizar la relación entre las experiencias adversas en la infancia, la victimización sexual y la ideación e intentos de suicidio en un seguimiento de 22 años.	- N= 10.914 participantes - Edad = 1ª ola: 12-18 años 15,44 años de media de edad 5ª ola: 37.42 años de media de edad - Población = un 50% de mujeres y un 50% de hombres aproximadamente.	<ul style="list-style-type: none"> ● Información sociodemográfica: - Cuestionario demográfico realizado por los investigadores ● MI: - Abuso emocional, físico y sexual (evaluados en la 4ª ola): preguntas formuladas por los investigadores. - Negligencia (evaluado en la 3ª ola): mediante preguntas formuladas por los investigadores. ● Victimización sexual en la adultez: - 4 preguntas acerca de diferentes formas de victimización sexual (evaluados en la 3ª ola). ● Ideación e intentos de suicidio: - Preguntas formuladas por los investigadores en la 5ª ola. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se observó que la acumulación de experiencias adversas en etapas tempranas de la vida está significativamente asociada con una mayor probabilidad de victimización sexual en la adultez, lo que, a su vez, se vincula con un aumento en la ideación suicida y los intentos de suicidio. -Las experiencias adversas en la infancia demostraron un efecto indirecto relevante sobre la ideación suicida, mediado parcialmente por la victimización sexual en la adultez. Esto evidencia que el impacto de las adversidades infantiles en los pensamientos suicidas está condicionado por experiencias traumáticas posteriores.

Autores	Objetivo	Muestra	Evaluación	Principales Resultados
Yıldız et al. (2022)	Evaluar los efectos del trauma infantil en la suicidabilidad, considerando el malestar psicológico, la desesperanza y el apoyo social percibido como mediadores en esta relación.	- N= 14.385 participantes - Edad = 24-32 años de edad - Población = 49,35% mujeres 50,65% hombres	<ul style="list-style-type: none"> ● Información sociodemográfica y variables de control: - Evaluado mediante preguntas formuladas por los investigadores ● MI: - Evaluado mediante preguntas formuladas por los investigadores ● Desesperanza - Evaluado mediante preguntas formuladas por los investigadores ● Malestar psicológico Depresión: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) Ansiedad: - Evaluado mediante preguntas formuladas por los investigadores Abuso de tabaco: Heavy Smoking Index (HSI) Alcohol abuse: 	<ul style="list-style-type: none"> - El abuso emocional y físico se asociaron positivamente con todos los mediadores analizados: desesperanza, rechazo social percibido y malestar psicológico. - El abuso emocional, físico y sexual se relacionaron significativamente con un mayor riesgo de ideación suicida. -La relación entre el abuso emocional, físico y sexual y la ideación suicida estuvo principalmente mediada por el rechazo social percibido y la desesperanza, que fueron los mediadores más relevantes. - La ansiedad y la depresión también mostraron mediación entre el MI y la ideación suicida.

- DSM–IV alcohol abuse symptoms
 - Rechazo social percibido:
- Evaluado mediante preguntas formuladas por los investigadores
- Ideación suicida en la adultez:
- Evaluado mediante preguntas formuladas por los investigadores

Autores	Objetivo	Muestra	Evaluación	Principales Resultados
Li et al. (2023)	Analizar los efectos del MI en la conductas autolesivas no suicidas en adolescentes, con la impulsividad como variable mediadora.	<p>- N= 164 adolescentes en dos grupos:</p> <p>Grupo con autolesiones (GA): 160</p> <p>Grupo de control (GC): 64</p> <p>- Edad = 12-18 años 14,2 años de media de edad</p> <p>- Población = 83,04% mujeres 16,96% hombres</p>	<p>Información sociodemográfica y clínica:</p> <p>- Cuestionario demográfico realizado por los investigadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● MI: <p>- Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Impulsividad: <p>- Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sintomatología depresiva: <p>- Beck Depression Inventory (BDI)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ansiedad: <p>- The Beck Anxiety Inventory (BAI)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Conductas autolesivas no suicidas: <p>- Ottawa Self-Injury Inventory (OSI)</p>	<p>- Se observó una asociación significativa entre los distintos tipos de MI y la frecuencia de las conductas autolesivas no suicidas.</p> <p>- Los adolescentes con conductas autolesivas obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en la escala de MI en comparación con el grupo de control.</p> <p>- Las personas con conductas autolesivas presentaron síntomas clínicos más graves, incluyendo niveles elevados de ansiedad y depresión, en contraste con el grupo de control.</p> <p>- La impulsividad emergió como un mediador central en la relación entre el MI total y la frecuencia de las autolesiones, así como en la aparición de síntomas depresivos y ansiosos en adolescentes con conductas autolesivas, particularmente en los casos de abuso emocional y negligencia emocional.</p>

Autores	Objetivo	Muestra	Evaluación	Principales Resultados
Passos et al. (2023)	Explorar el papel mediador de la tolerancia al dolor psicológico en la relación entre el MI y la ideación suicida.	<p>- N= 753 adultos</p> <p>Muestra comunitaria (MC): 437 participantes</p> <p>Muestra universitaria (MU): 316 participantes</p> <p>- Edad =</p> <p>MC: 43,25 años de media (entre 18-65)</p> <p>MU: 19,63 años de media (entre 18-25)</p> <p>- Población =</p> <p>MC:</p> <p>68% mujeres</p> <p>32% hombres</p> <p>MU:</p> <p>74,1% mujeres</p> <p>25,9% hombres</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Información sociodemográfica: - Cuestionario demográfico realizado por los investigadores. ● MI: - Childhood Trauma Questionnaire Short Form (CTQ-SF) ● Sintomatología depresiva: - Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ● Tolerancia al dolor psicológico - Tolerance for Mental Pain Scale- 10 (TMPS-10) ● Ideación suicida - Beck Scale for Suicide Ideation (BSI) 	<ul style="list-style-type: none"> - El análisis individual de las experiencias de MI reveló que cada una de las cinco formas de maltrato presentaba una relación significativa con la ideación suicida antes de aplicar el análisis de mediación. - En la muestra universitaria, tanto la capacidad de manejar como de soportar el dolor psicológico mediaron completamente la relación entre el MI y la ideación suicida en el caso del abuso físico, mientras que la mediación fue parcial para el abuso emocional, la negligencia física y la negligencia emocional. No se observó mediación para el abuso sexual. - En la muestra comunitaria el manejo del dolor psicológico medió completamente la relación entre el MI y la ideación suicida en los casos de abuso físico y sexual, y parcialmente en el abuso emocional, la negligencia física y la negligencia emocional.

Autores	Objetivo	Muestra	Evaluación	Principales Resultados
Yang et al. (2023)	Investigar el papel de la conexión escolar y la resiliencia psicológica como mediadores en la relación entre el MI y la ideación suicida en adolescentes chinos.	<ul style="list-style-type: none"> - N= 1.607 adolescentes - Edad = entre 14 y 19 años - Población = 46,9% mujeres 53,1% hombres 	<ul style="list-style-type: none"> ● MI: <ul style="list-style-type: none"> - Childhood Trauma Questionnaire Short Form (CTQ-SF) ● Resiliencia psicológica <ul style="list-style-type: none"> - Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) ● Conectividad escolar <ul style="list-style-type: none"> - Evaluado mediante preguntas formuladas por los investigadores ● Ideación suicida <ul style="list-style-type: none"> - Evaluado mediante preguntas formuladas por los investigadores 	<ul style="list-style-type: none"> - El MI mostró un efecto directo sobre la ideación suicida. - La conectividad escolar actuó como mediador parcial entre el MI y la ideación suicida, evidenciando que una mayor conectividad escolar se asocia con una menor ideación suicida. - Además, tanto la conectividad escolar como la resiliencia psicológica mediaron parcialmente el impacto del abuso infantil en la ideación suicida (mediación en cadena). - El abuso emocional presentó un efecto directo mayor sobre la ideación suicida en comparación con el abuso físico o sexual.

Autores	Objetivo	Muestra	Evaluación	Principales Resultados
Xu et al. (2024)	Estudiar la relación entre el MI y la ideación suicida en adolescentes, considerando el apoyo social percibido y las estrategias cognitivas de regulación emocional maladaptativas como mediadores y moderadores.	- N= 4.005 adolescentes - Edad = 12-17 años 14,24 años de media de edad - Población = 50,96% mujeres 49,04% hombres	<ul style="list-style-type: none"> ● MI: - Childhood Trauma Questionnaire Short Form (CTQ-SF) ● Estrategias cognitivas desadaptativas - Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-short) ● Apoyo social percibido - Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) ● Ideación suicida - Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) 	<ul style="list-style-type: none"> - Los adolescentes con mayores niveles de MI reportaron una mayor ideación suicida, existiendo una relación significativa entre ambas variables. - Las estrategias cognitivas desadaptativas (rumiación, catastrofización y autoculpabilización) desempeñaron un papel de mediador parcial entre el MI y la ideación suicida. - Aunque el apoyo social percibido no moderó la relación entre el MI y la ideación suicida, sí debilitó la conexión entre las estrategias cognitivas desadaptativas de regulación emocional y la ideación suicida en la segunda etapa del modelo.

Autores	Objetivo	Muestra	Evaluación	Principales Resultados
Zhou et al. (2024)	Observar el papel de la calidad del sueño y los síntomas de ansiedad en la relación entre el trauma infantil y los intentos de autolesión, utilizando un análisis de mediación en cadena.	<p>- N= 11.063 participantes</p> <p>Grupo autolesivo: 2166</p> <p>Grupo control: 8897</p> <p>- Edad = 37-73 años 52,32 años de media de edad</p> <p>- Población =</p> <p>Grupo autolesivo: 60,06% mujeres 39,94% hombres</p> <p>Grupo control: 65,44% mujeres 34,56% hombres</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Información sociodemográfica: <p>- Evaluado mediante preguntas formuladas por los investigadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ● MI: <p>- Evaluado mediante preguntas formuladas por los investigadores para determinar el abuso físico, emocional, sexual y negligencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Calidad de sueño: <p>- Evaluado mediante preguntas formuladas por los investigadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ansiedad: <p>- Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Intentos de autolesión: <p>- Evaluado mediante preguntas formuladas por los investigadores</p>	<p>- El trauma infantil tuvo un efecto directo y positivo sobre los intentos de autolesión.</p> <p>- La ansiedad medió parcialmente la relación entre el MI y los intentos de autolesión.</p> <p>- Además, se demostró una mediación en cadena entre el trauma infantil y los intentos de autolesión, donde la calidad del sueño influía primero, seguida por los síntomas de ansiedad.</p>