

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**

**La regulación emocional como factor protector de la ideación suicida: Una intervención en la escuela**

**TESIS**

Para obtener el Grado de Maestro (a) en Psicología

**PRESENTA**

Lilián Pamela Garduño Ramírez

**Director de Tesis:**

Dr. Ulises Delgado Sánchez

**Comité Tutorial**

Dra. Dení Stincer Gómez

Dr. Juan Jiménez Flores

Mtro. José Alberto Jiménez Tapia.

Dra. Elizabeth Aveleyra Ojeda

Septiembre, 2022

## **Agradecimientos**

Al Dr. Ulises por recordarme que no hay terreno que no se pueda surcar, darme la confianza para avanzar sobre cualquier adversidad y creer en mí.

A la Dra. Deni por ser una gran luz en este camino, por su entrega y profesionalismo, porque comparte con amor todo su conocimiento y el gran ser humano que es.

Al Dr. Juan por su visión y colaboración, buscó las mejores palabras y siempre guió mi trabajo en pro de la excelencia.

Al Mtro. José Alberto por su amabilidad y calidez continua, su apertura, humildad y por compartir conmigo un instrumento que ha llevado muchos años de trabajo y al que estoy segura tiene un gran cariño. A usted, la Dra. Catalina y al Dr. Wagner gracias por generar medios para el tamizaje y la mejora de vida de los individuos en este país.

A la Dra. Elizabeth por guiar mis esfuerzos en el beneficio y mejora de mi trabajo, por reconocer la importancia de la claridad en las aportaciones de esta investigación y por impulsarme a exigirme más.

Al Dr. Pimentel-Bolaños por su tiempo, amabilidad y modestia al compartir conmigo su traducción y validación de la escala ERICA.

A los investigadores citados en este trabajo por mirar a la conducta suicida y las emociones, por no quedarse callados y generar conocimiento para el bienestar.

A las escuelas, directores, padres de familia y participantes que abrieron sus puertas y espacios en miras de generar de este mundo uno mejor para todos.

A la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, a todos los docentes y administrativos que durante estos años han aportado a mi crecimiento, conocimiento y formación, cada uno de ustedes dejó huella en mí.

Al apoyo del CONACYT por hacer posible este trabajo, gracias por hacer puentes que permiten la generación de conocimiento en servicio de este maravilloso país y sus integrantes. No hay mayor beneficio que la búsqueda del bienestar de nuestra sociedad.

A mi compañero de vida por estar hombro con hombro en cada momento del camino, gracias por recordarme que sólo tenía que creer en mí, abrazarme cada que pensé que no podría lograrlo y nunca dejar de ser mi mayor aliento. Eres el mejor equipo, gracias por permitirme conocerte y acompañarnos en esta vida.

Gracias a mi familia y amigos, a los que están y los que me acompañan desde el cielo, porque nunca dudaron de mí, porque jamás se imaginaron que este paso y cualquiera que dé sería o será una realidad.

Gracias a mi porque me reconozco y agradezco poco, pero hoy puedo ver que soy capaz de lo que me propongo y que puedo aportar en el gran sueño de mejorar la vida de millones de infantes en el mundo.

“Las pequeñas emociones son las grandes capitanas  
de nuestras vidas y las obedecemos sin saberlo”

Vincent Van Gogh

## Índice

	Página
Introducción .....	1
Capítulo 1. El suicidio .....	8
1.1 Datos mundiales .....	8
1.2 Datos en México .....	8
1.3 Suicidio subestimado .....	10
1.4 Acciones para disminuir el suicidio .....	11
1.5 Acciones en México .....	13
1.6 La pandemia y la salud mental .....	20
1.7 Planteamiento del problema .....	24
Capítulo 2. Conducta suicida .....	34
2.1 Ideación suicida .....	34
2.2 Intento suicida .....	38
2.3 Suicidio consumado .....	38
2.4 Factores de riesgo .....	39
2.5 Factores precipitantes .....	42
2.6 Factores protectores .....	42
2.7 El suicidio a edades tempranas .....	45
2.8 Perspectivas psicológicas de la conducta suicida .....	50
Capítulo 3. Emociones .....	57
3.1 El desarrollo emocional .....	66
3.2 Clasificación de las emociones .....	70
Capítulo 4. Regulación emocional .....	75
4.1 Desarrollo de la regulación emocional .....	80

	Página
4.2 Modelo de proceso de la regulación emocional .....	86
4.3 Beneficios de la regulación emocional .....	91
Capítulo 5. Conducta suicida y regulación emocional .....	94
5.1 Intervenciones psicológicas para la conducta suicida .....	99
5.2 Intervenciones psicológicas para la regulación emocional .....	104
5.3 Intervenciones psicológicas útiles para la conducta suicida y la regulación emocional .....	109
5.3.1 Técnicas útiles .....	116
Capítulo 6. Prevención .....	118
6.1 Prevención del suicidio en contextos escolares .....	123
6.2 Programas de prevención del suicidio en contextos escolares .....	125
6.3 La educación emocional .....	129
6.3.1 Iniciativas en el mundo .....	134
6.3.2 Iniciativas en México .....	139
6.3.3 Otras intervenciones y propuestas .....	143
6.4 Intervenciones educativas en conducta suicida y regulación emocional .....	145
Método .....	149
Participantes .....	151
Instrumentos .....	151
Procedimiento .....	152
Diseño de la intervención .....	155
Resultados .....	157
Datos iniciales de la muestra .....	158
Factores de riesgo para el suicidio .....	158

	Página
Factores contextuales y sociales .....	158
Factores individuales .....	165
Emociones .....	168
Dificultades asociadas a la pandemia .....	170
Nivel de riesgo de la conducta suicida .....	170
Fase I. Diagnóstico .....	172
Factores de riesgo para el suicidio .....	174
Factores contextuales y sociales .....	174
Factores individuales .....	178
Nivel de riesgo de la conducta suicida .....	181
Regulación emocional .....	182
Fase II. Implementación del Taller .....	185
Fase III. Seguimientos .....	186
Regulación emocional .....	186
Conducta suicida .....	191
Participantes con ideación suicida .....	195
Seguimientos .....	200
Discusión y Conclusiones .....	205
Referencias .....	223
Anexos .....	272
Anexo A. Guía de entrevista .....	271
Anexo B. Consentimiento informado: Cuestionarios .....	273
Anexo C. Consentimiento informado. Taller Tengo el Poder .....	275
Anexo D. Asentimiento informado: Cuestionarios .....	277

	Página
Anexo E. Asentimiento informado. Taller Tengo el Poder .....	279
Anexo F. Plan de sesiones Taller Tengo el Poder .....	281

### **Listado de tablas**

	Página
1. Líneas de acción del programa nacional para prevención del suicidio .....	15
2. Factores de riesgo del suicidio .....	40
3. Factores protectores .....	44
4. Factores de riesgo en la infancia .....	49
5. Factores personales y ambientales de la conducta suicida .....	54
6. Emociones primarias .....	72
7. Dimensiones y habilidades específicas el área socioemocional en el Nuevo Modelo Educativo Aprendizajes Clave .....	140
8. Áreas, dimensiones y habilidades del programa Construye T .....	142
9. Objetivos general y específicos de la investigación .....	149
10. Cronograma de las actividades por semana .....	154
11. Área, temas y objetivos de las sesiones taller Tengo el Poder .....	155
12. Participantes inscritos, con mediciones y taller completo .....	157
13. Distribución de la muestra por edad .....	173
14. Distribución de la muestra por tipo de escuela y grado escolar .....	173
15. Medias de satisfacción de necesidades económicas .....	174
16. Frecuencia, medias y desviación estándar de impulsividad y autoestima .....	179
17. Sintomatología depresiva presentada en las últimas dos semanas .....	180
18. Nivel de riesgo, factores, intento e ideación suicida en primera medición .....	182

	Página
19. Distribución por niveles del índice de regulación emocional y subescalas .....	183
20. Asistencia y entrega de actividades durante la intervención .....	186
21. Resultados obtenidos en regulación emocional en tres mediciones .....	188
22. Prueba Xr de Friedman para medias de regulación emocional en tres mediciones	191
23. Nivel de riesgo, factores, intento e ideación suicida en las tres mediciones .....	192
24. Factores contextuales en los individuos con ideación suicida .....	196
25. Factores individuales de riesgo en los individuos con ideación suicida .....	197
26. Índices de regulación emocional, subescalas y tipo de estrategias de los participantes con ideación suicida .....	199

### **Listado de figuras**

	Página
1. Crecimiento de suicidios nacionales totales y en el grupo etario de 10 a 14 años	9
2. Factores de riesgo en México con respecto a los encontrados en el mundo .....	41
3. Modelo de la conducta suicida de Linehan .....	53
4. Modelo modal de la emoción .....	64
5. Características de la regulación emocional .....	77
6. Modelo de proceso de la regulación emocional .....	87
7. Modelo de la regulación emocional extendido para la TDC .....	112
8. Dificultades económicas percibidas por docentes y alumnos .....	160
9. Percepción del alumno sobre su relación con madre y padre .....	161
10. Percepción de apoyo social en los participantes .....	162
11. Rendimiento escolar percibido por docentes y alumnos .....	163
12. Consumo de sustancias reportado por los participantes .....	166

	Página
13. Impulsividad de la muestra distribuida por tipo .....	167
14. Autoestima de la muestra distribuida por nivel .....	168
15. Principales emociones en los alumnos reportadas por docentes .....	169
16. Nivel de riesgo de la conducta suicida .....	171
17. Distribución de la muestra por sexo .....	172
18. Atención de la muestra en la salud mental .....	174
19. Porcentaje de participantes que completan necesidades por intervalo bajo, medio y alto.....	175
20. Frecuencia de discusiones por dinero .....	175
21. Percepción de relación con padres .....	176
22. Percepción de apoyo social .....	177
23. Porcentaje y frecuencia de percepción de rendimiento escolar .....	177
24. Porcentajes de consumo en el pasado y en el último mes .....	178
25. Porcentaje de distribución de impulsividad por tipo .....	179
26. Porcentaje de autoestima por tipo .....	180
27. Porcentaje de individuos con sintomatología depresiva .....	181
28. Nivel de riesgo de la conducta suicida en la primera medición .....	181
29. Niveles de regulación emocional de los participantes .....	183
30. Porcentaje de participantes por nivel en cada subescala de regulación emocional	184
31. Porcentaje de individuos que utilizan estrategias que facilitan o dificultan la regulación emocional .....	185
32. Porcentaje de participantes por nivel en cada subescala de regulación emocional en la segunda medición .....	186

	Página
33. Porcentaje de participantes por nivel en cada subescala de regulación emocional en la tercera medición .....	187
34. Comparativo de frecuencia de participantes por nivel y subescala del índice de regulación emocional en las tres mediciones .....	188
35. Comparativo de medias del índice de regulación emocional en las tres mediciones	189
36. Comparativo de frecuencia de participantes en estrategias facilitadoras y no de la regulación emocional en las tres mediciones .....	190
37. Comparativo de medias de estrategias facilitadoras y no en las tres mediciones	190
38. Comparación de medias de factores y nivel de riesgo en tres las mediciones .....	193
39. Comparativo de factores contextuales antes y después de la intervención .....	194
40. Comparativo de factores individuales antes y después de la intervención .....	195
41. Comparativo de factores contextuales y sociales en los individuos con y sin ideación suicida .....	196
42. Comparativo de factores individuales de los participantes con y sin ideación suicida .....	198
43. Comparativo de índices de regulación emocional de participantes con y sin ideación suicida .....	199
44. Comparativo de puntuaciones regulación emocional y estrategias en individuos con ideación suicida .....	200
45. Comparativo de ideación suicida de participantes con ideación suicida en las tres mediciones .....	201
46. Comparativo factores y nivel de riesgo de los participantes con ideación suicida en las tres mediciones .....	202

	Página
47. Comparativo de factores de riesgo contextuales en las tres mediciones de los participantes con ideación suicida .....	203
48. Comparativo de factores de riesgo individuales en las tres mediciones de los participantes con ideación .....	204

## Resumen

La conducta suicida afecta a miles de personas en el mundo. En México, entre 2015 y 2020, el suicidio presentó un crecimiento del 23% en la población general, 18% entre los 10 y 14 años. Si se consideran las muertes por suicidio registradas para este grupo en 2020 y las relaciones entre suicidio e ideación se estima un aproximado de 6672 menores con ideación suicida.

En este respecto, la presente investigación identificó en 71 menores de 9 a 11 años de la región centro del país la presencia de ideación suicida en 11.3% de los participantes e intentos de suicidio en 14%, 5% con intentos graves. Aunados a la presencia de sintomatología depresiva moderada a elevada en el 71% y el reporte de dificultades emocionales, relacionales, económicas y académicas asociadas a la pandemia por COVID-19.

Así, la presencia de la conducta suicida en edades más tempranas levanta alertas para trabajar en la prevención universal, desarrollando factores protectores desde la infancia. En ello, la regulación emocional está relacionada con las conductas asociadas al suicidio, se vislumbra como factor protector y ha sido integrada en diversas intervenciones para el suicidio. Por tanto, dentro de un diseño preexperimental se implementó un taller de regulación emocional de 11 sesiones de 90 minutos semanales en contexto escolar virtual durante el ciclo escolar 2021-2022 con el objetivo de medir la eficacia del taller sobre la ideación suicida en individuos de 9 a 11 años.

Se identifica que a pesar del mantenimiento de la prevalencia de ideación suicida existieron mejoras en autoconsciencia emocional y uso de estrategias facilitadoras con disminución del nivel y factores de riesgo para la conducta suicida, especialmente disminución de sintomatología depresiva e impulsividad. Los cambios en estos dos últimos factores se mantuvieron seis semanas después de la intervención mientras las medias de nivel de riesgo y regulación emocional regresaron a valores cercanos a los iniciales. Por lo cual se sugiere implementar con un mayor número de sesiones, repetir con grupo control y en la

presencialidad, sumar programas de prevención selectivos y explorar la inclusión de padres y docentes en el desarrollo de la intervención.

**Palabras clave:** ideación suicida, regulación emocional, prevención, contexto escolar, infancia.

## Introducción

Aunque las tasas de suicidio varían de una región a otra se estima que una persona se suicida cada 40 segundos en el mundo (Ritchie et al., 2020), cifras que pronostican crecimientos con la presente pandemia por COVID-19 (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020).

Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014, 2019b) se ha pronunciado preocupada por las tasas de suicidio en el mundo, un problema de salud pública que afecta principalmente a los jóvenes de 15 a 24 años. Aunque no es exclusivo de este grupo etario pues también se constituye como un problema que está perturbando la infancia de miles de personas al considerarse como la 4ª causa de muerte entre los 10 y 19 años en América Latina y la 5ª causa en niñas y niños de 5 a 14 años en México (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2022a, 2022b; OMS, 2019a; OPS, 2016; Ritchie et al., 2020; World Health Organization [WHO], 2020).

Así, en la República Mexicana se lograron registrar 7896 suicidios en 2020 representando un incremento del 23% en un quinquenio con una tasa de 6.2 suicidios por cada 100,000 habitantes, en su mayoría con escolaridad primaria y secundaria. Dentro de estos números existen 230 individuos, 3%, de 10 a 14 años (INEGI, 2022a).

Esta información solamente implica los suicidios registrados y consumados, pero se calcula que por cada suicidio existen tres intentos y por cada intento hay ocho personas con ideación o deseo suicida (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2019; Miranda de la Torre et al., 2009; Valdez-Santiago et al., 2019; WHO, 2014). Lo que lleva a considerar que de esos 230 menores que consumaron el suicidio existen 5520 infantes con ideación.

Así, estudios en el país demuestran la presencia de ideación suicida en 5% a 15% de los individuos de 11 a 18 años (Arenas-Monreal et al., 2022; González-Forteza et al., 2015; Hernández-Cervantes, 2007; Valdez-Santiago, Villalobos, et al., 2021). En el caso de la población estudiada, la presente investigación identifica en 71 infantes de entre 9 y 11 años de

la región centro del país la presencia de ideación suicida en el 11.3% e intentos suicidas con riesgos moderados y altos en el 14%. El 55% de los individuos presenta niveles de riesgo moderados y altos para la conducta suicida, con especial atención al factor de sintomatología depresiva moderada y elevada presentada en el 71% de menores.

Estas cifras representan no solo al individuo sino a sus familias, comunidades y al desarrollo económico y social de los países pues los espacios sociales se ven trastocados por la pérdida o el duelo, la precipitación de conductas suicidas en otros, la discriminación, los costos de tratamientos en salud, las afectaciones en rendimiento y la pérdida productividad económica y de recursos humanos (OMS, 2013; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2021; WHO, 2014).

Sobre esta premisa se han concebido estrategias mundiales de prevención, principalmente universales y selectivas, que van desde políticas de salud mental, reducción de consumo de estupefacientes y concientización hasta la evaluación y manejo de comportamientos suicidas (WHO, 2014). Colocando metas y objetivos mundiales que permitan mantener y mejorar la salud integral del individuo (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2018).

Por lo cual, en México se han desarrollado programas sobre la reducción del consumo nocivo de drogas o alcohol y para la capacitación del personal de salud en la toma de decisiones efectivas desde el primer nivel de atención que buscan la derivación positiva de los individuos con intento o ideación suicida (Secretaría de Salud, 2019, 2020). Sin embargo, los recursos asignados a ello son pocos y la mayoría se han utilizado para la atención dentro de hospitales psiquiátricos, dejando descuidadas acciones comunitarias (Valdez-Santiago et al., 2019).

Ahora bien, en los últimos dos años se ha puesto mayor interés y preocupación en el tema, puesto que la pandemia por COVID-19 supone tendencias mayores de trastornos mentales y afectivos, generando alertas mundiales y nacionales respecto a la proyección de

alza en estas conductas y al riesgo en el cual hoy niñas, niños, adolescentes y jóvenes se encuentran (Forbes México, 2020; International Association for Suicide Prevention, 2020; O'Connor et al., 2020; OPS, 2020; Oriol, 2020).

Así, se ha puesto sobre la mesa la oportunidad de desarrollar programas no solo para disminuir los factores de riesgo sino para generar factores protectores, poco estudiados aún (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2019; García-Silberman et al., 2000; McLean et al., 2008; Mosquera, 2016; OMS, 2006, 2013; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014), pues se afirma que amplificar el factor protector logrará minimizar el riesgo de presentar ideación suicida, planeación, intento o suicidio consumado (Abdollahi et al., 2016; Cha y Nock, 2009; García-Silberman et al., 2000; Góngora y Casullo, 2009; McLean et al., 2008; Suárez-Colorado, 2012).

Siendo así, la prevención del suicidio no es tarea única del área de salud o salud mental del país en tanto es un problema social que trastoca todas las áreas de la comunidad y requiere de atención intersectorial (Benjet, 2015; Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México [CDHCM], 2020; INSP, 2019; Mondragón-Barrios et al., 2001; Vázquez-Vega et al., 2015). En ello, las escuelas son un gran aliado pues permiten el acceso a la población, son el contexto para el desarrollo de habilidades que permiten al individuo desenvolverse como un ser humano integral (Ribes-Iñesta, 2008), facilitan la identificación temprana y la aplicación de intervenciones que protejan a todos los individuos (Benjet, 2015; Borges et al., 2015). Encima, en las escuelas los enfoques de aprendizaje social y emocional que incluyen intervenciones universales y, en su caso, intervenciones específicas con menores en riesgo han demostrado su eficacia, por tanto, son cruciales para prevenir el suicidio (UNICEF, 2021).

Gracias a ello, en la actualidad se reconoce que es necesario incluir acciones protectoras en los contextos educacionales, proporcionar herramientas psicológicas internas que permitirán solventar algunas deficiencias en el tema del suicidio y actuar antes de que el

problema esté presente (Eguiluz-Romo y Ayala-Mira, 2014; García-Peña y Villota-Araujo, 2019; Sánchez et al., 2013; Vargas-Alvarado y Davis, 1964).

Si se considera que en la ideación suicida se involucra la cognición, el afecto y el comportamiento, particularmente, los sentimientos y emociones, pensamientos y deseos que surgen a partir de la percepción e interpretación de la realidad regular las emociones y los pensamientos asociados a ellos será de vital importancia para mejorar la ideación suicida y las conductas asociadas a ella (Valadez-Figueroa, Chávez-Hernández, Vargas-Valadez, y Ochoa-Orendain, 2019).

La regulación emocional, vista desde el Modelo modal de la emoción, ha permitido identificar momentos en los cuales podemos integrar estrategias de regulación que modifiquen la respuesta y la experiencia emocional. Por tanto, se muestra como una alternativa para la adquisición o fortalecimiento de habilidades conductuales, cognitivas, sociales y de manejo emocional que permitan al individuo responder con mayor adecuación a estresores de la vida cotidiana (Villalobos-Galvis, 2007).

En consecuencia, el presente trabajo desarrolló el taller de regulación emocional Tengo el Poder para individuos de 9 a 11 años aplicable en contexto escolar virtual, impartido con el objetivo principal de medir la eficacia del taller sobre la ideación suicida de dichos individuos. Para lo cual se realizó un estudio preexperimental con un muestreo por conveniencia que contó con la participación inicial de 71 alumnos de cuarto, quinto y sexto año de escuelas privadas y públicas de la región centro del país. De estos 71 alumnos se analizaron a 17 que completaron el 85% de la intervención y las tres mediciones de variables.

Los resultados reportaron mantenimiento en el porcentaje de ideación suicida en la muestra, con diferencias en los individuos que presentaron dicha ideación. Sin embargo, al analizar de cerca los datos se identificaron disminuciones en los factores de riesgo personales como autoestima, sintomatología depresiva e impulsividad y disminución del nivel de riesgo general. Respecto al taller se manifestaron cambios no significativos en la regulación emocional

global, con una ligera disminución en las medias. Pese a ello, se demostraron mejoras en la autoconsciencia emocional y el uso de mayores estrategias facilitadoras de la regulación emocional. El seguimiento seis semanas después de la intervención mostró regreso a niveles cercanos al inicial en autoconsciencia, uso de estrategias facilitadoras y nivel de riesgo. Los factores de riesgo impulsividad y sintomatología depresiva se mantuvieron en decremento.

Específicamente para los dos participantes que presentaron ideación suicida inicial y completaron la intervención se observaron menores satisfacciones económicas, menor percepción de apoyo social con menor relación con padre y madre respecto al resto de los participantes. En los componentes emocionales se identificó menor autoconsciencia emocional, respuesta situacional y uso de estrategias facilitadoras de la regulación sumado a 2.6 veces más sintomatología depresiva que sus compañeros sin ideación suicida. En estos dos individuos que completaron el programa y presentaron ideación suicida inicial la intervención favoreció la disminución de factores de riesgo en un 17% posterior a la intervención, con principal disminución del 31% de la sintomatología depresiva. El decremento se mantuvo seis semanas después en uno de los participantes y regresó cercano a valores iniciales en el segundo, pues el participante contaba con factores de riesgo contextuales que no permitieron una mejoría. Así, la ideación suicida del primer participante presentó una disminución del 75% mantenida durante seis semanas, mientras el segundo individuo aumentó su ideación. En cuanto a las estrategias de regulación emocional, ambos presentaron ascensos en las estrategias facilitadoras con decremento en el segundo seguimiento.

En general, ninguno de los resultados mostró diferencias estadísticas significativas y los individuos presentaron dificultades en la consciencia emocional, lo cual no permitió el desarrollo óptimo de estrategias de regulación emocional. Adicionalmente, dadas las condiciones de pandemia en las que se aplicó, el programa no pudo contar con un grupo control que permitiera contrastar los resultados obtenidos.

Debido a lo cual, tomando en cuenta recomendaciones y estudios previos (Bravo-Andrade et al., 2016; UNICEF, 2021; Hermsillo-de-la-Torre et al., 2020; Jiménez-Quenguan et al., 2014; Mohamed et al., 2017; Suárez-Colorado, 2020), se sugiere repetir con grupo control, llevar a cabo en un mayor número de sesiones, explorar su eficacia en contexto presencial e incluir programas para padres y maestros que permitan coadyuvar en el desarrollo de competencias emocionales dentro y fuera del contexto de intervención.

En ello, es importante reconocer que la conducta suicida es un problema multifactorial que requiere de mayores esfuerzos para tener impactos duraderos, empero, la presente intervención aporta al conocimiento de los factores de riesgo presentes entre los 9 y 11 años además de, sumar en el desarrollo de programas de prevención de ideación suicida en contextos escolares virtuales que integran la variable de regulación emocional con resultados en la disminución de la sintomatología depresiva y la impulsividad.

Esto último, con miras a sumar en la investigación sobre la ideación suicida antes de la adolescencia y a continuar la exploración del trabajo intersectorial con programas de regulación emocional más amplios o que desarrollen factores protectores como medio de prevención universal de la ideación suicida.

En total, el presente trabajo se conforma de nueve secciones. El primer capítulo muestra datos estadísticos mundiales y nacionales sobre el suicidio, además, explicita las acciones existentes en México y el mundo. Cuenta con un apartado relevante para las complicaciones de salud mental observadas durante la pandemia y extiende el planteamiento del problema sobre el cual se basa la intervención.

El capítulo dos explora los componentes de la conducta suicida en toda la población y en la infancia, enlista los factores asociados con la misma y las perspectivas psicológicas relevantes.

El siguiente capítulo delimita el concepto de emoción, muestra su presencia y desarrollo a lo largo de la evolución del infante y permite conocer las principales tendencias en la agrupación de las emociones.

El capítulo cuatro da a conocer la regulación emocional, expone su presencia y principales estrategias a lo largo de la infancia y la adolescencia, permite conocer las formas de incidir en el proceso emocional a través del Modelo de proceso de la regulación emocional y da paso al reconocimiento de los beneficios de la regulación emocional

El quinto capítulo dilucida las relaciones identificadas entre conducta suicida y regulación emocional, expone las principales intervenciones desarrolladas en ese respecto y las técnicas útiles en su desarrollo.

Para posteriormente, en el capítulo seis, reconocer la importancia de la prevención del suicidio con especial acercamiento a la prevención del suicidio en contextos escolares y al desarrollo de la educación emocional como medio para enseñar estrategias de regulación acordes a las metas de los individuos y el contexto sociocultural donde se desenvuelven.

Finalmente, se desarrolla el marco metodológico que revela los objetivos, hipótesis, instrumentos, procedimiento y diseño de la intervención realizada dando paso a la sección de resultados y conclusiones procedentes.

## **Capítulo 1. El suicidio**

### **1.1 Datos mundiales**

Mundialmente se reporta (OMS, 2013, 2019a, 2019b; Ritchie et al., 2020; WHO, 2014, 2021a, 2021b) una tasa de suicidio de 11.4 habitantes por cada 100,000 con un estimado anual de entre 700,000 y 800,000 muertes debido al suicidio. Ha sido la decimoquinta causa de muerte a nivel mundial en los últimos 10 años y, en 2019, es la cuarta causa de muertes entre los 15 y 19 años, con aproximadamente el 56% de las muertes violentas en ese grupo etario y la décimo cuarta causa de muerte para el grupo de 5 a 14 años, con 8120 muertes en 2017 (OMS, 2019a; Ritchie et al., 2020; WHO, 2014, 2021b).

Entre el año 2000 y 2019, se ha observado una disminución de las tasas de suicidio mundiales en 36%. La región de las Américas ha sido la única donde el suicidio no ha disminuido en 20 años, entre 2000 y 2019, ha incrementado en un 17% y representa el 4.3% del total de muertes con una tasa para 2019 de 9.1 por cada 100,000 habitantes. Se ha establecido como la decimosegunda causa de muerte de la región, diferenciable entre Norteamérica con el decimoprimer lugar y América Latina y del Caribe con el decimocuarto lugar. Región última en la cual aproximadamente 65,000 personas se suicidan cada año constituyendo la tercera causa de muerte en el grupo etario de 20 a 24 años y la cuarta en las personas de 10 a 19 años (OPS, 2014, 2015, 2016, 2022; Ritchie et al., 2020; WHO, 2014, 2021b).

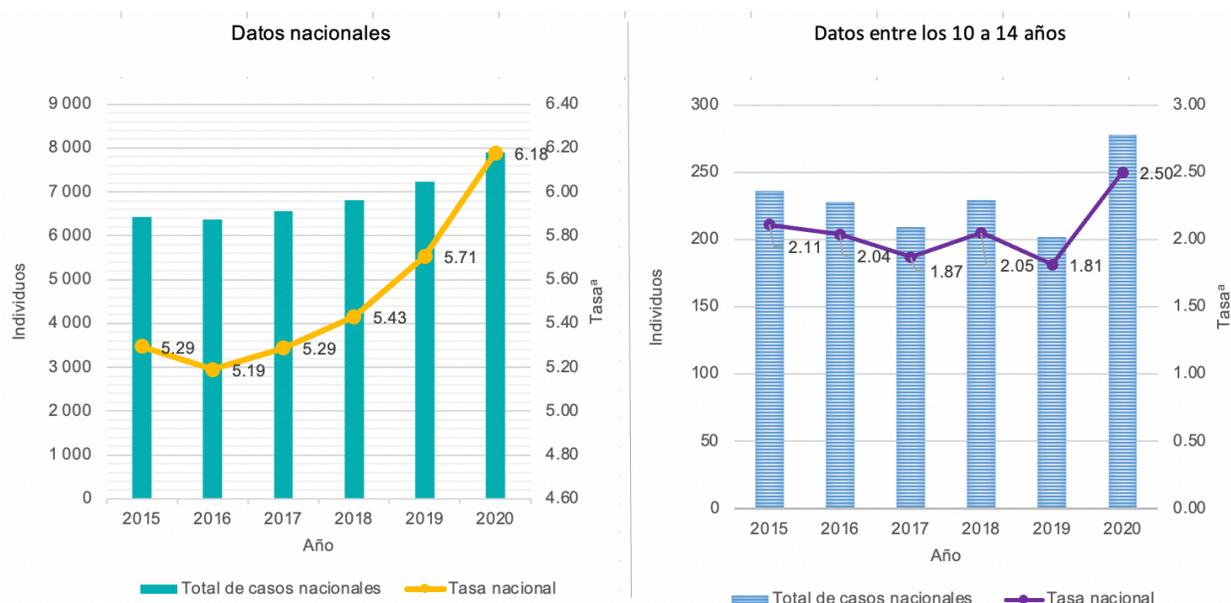
### **1.2 Datos en México**

En México se reporta que en 2020 el suicidio ocupó el lugar decimocuarto de la mortalidad nacional, quinto lugar en las defunciones de individuos de entre 5 a 14 años y tercer lugar entre los 15 y 24 años. Con un promedio quinquenal de suicidio de 6880 personas al año, además de un incremento entre 2015 y 2020 de 22.9 puntos porcentuales. Lo cual, en 2020, significó un total de 7896 suicidios a nivel nacional con una tasa de 6.2 por cada 100,000 habitantes, un crecimiento en cinco años de casi un punto en la tasa y un aproximado de 1,500

personas más que han cometido suicidio en 2020, respecto al 2015 (INEGI, 2019b, 2020, 2021, 2022a, 2022b). Crecimiento palpable en la figura 1.

### Figura 1

*Crecimiento de suicidios nacionales totales y en el grupo etario de 10 a 14 años*



<sup>a</sup> Tasa calculada por cada 100,000 habitantes

Dentro de estas cifras, en el grupo etario de 10 a 14 años se suicidan un promedio de 230 individuos a nivel nacional con aumento de un 18% entre 2015 y 2020. En el caso de los adolescentes de 15 a 19 años entre 2015 y 2020 se observa un crecimiento de 2.4%, representa un promedio 823 muertes de adolescentes. Respecto a jóvenes de 20 a 24 años el porcentaje de suicidios en dicho quinquenio escaló en un 13%. Estos tres grupos revelan un incremento solamente en el último año, 2019 a 2020, de 38%, 7% y 8% respectivamente (INEGI, 2019b, 2020, 2021).

Los estados que mayor prevalencia de casos de suicidio presentan entre 2015 y 2020 son el Estado de México, Jalisco y Guanajuato. Mientras que los estados con mayores tasas de suicidio por cada 100,000 habitantes en la República Mexicana durante 2020 son Chihuahua

14.2, Aguascalientes con 12.6, Yucatán con 10.8, Quintana Roo 10.2 y Sonora con 9.9 (INEGI, 2020, 2022a).

### **1.3 Suicidio subestimado**

Los datos ya alarmantes a nivel mundial y de prestarse atención en México aún podrían hacernos pensar que el suicidio, a pesar de su crecimiento, se encuentra por debajo de otras causas de mortalidad. Esto no es cabalmente cierto pues a nivel mundial se presenta la reserva sobre la subestimación del suicidio, aludiendo a que la ocurrencia reportada está por debajo de la real. En tanto que en muchos casos es imposible determinar si algunas muertes accidentales, por ahogamiento, caídas o sobredosis fueron intencionales o contingentes (OMS, 2001; WHO, 2014, 2021a). Misma consideración se repite para la Región de las Américas, aumentando a lo antes mencionado la irregularidad en los datos de mortalidad en América Latina, fundamentado en las marcadas diferencias en las tasas de suicidios presentados por los países de la región, incluso entre países con un nivel de desarrollo similar. Todo ello aunado a la presencia histórica de tasas de suicidio inferiores al promedio mundial (OMS, 2001; OPS, 2014, 2016; WHO, 2014).

En México, diferentes autores (Borges et al., 2010; Eguiluz-Romo y Mera, 2014; García-Silberman et al., 2000; González-Forteza et al., 1999; Mondragón-Barrios et al., 2001; Páramo-Castillo y Chávez-Hernández, 2007) hacen notar que los datos estadísticos sobre suicidio reflejan una parte sustancial del problema, ya que no existe obligatoriedad en el reporte y se han encontrado discrepancias en los subregistros (entre hospitales, estados y el INEGI). Se reconoce igualmente la existencia de dificultades con la notificación y clasificación de los suicidios por factores culturales y religiosos juntamente con la estigmatización del acto (García-Silberman et al., 2000; Medina-Mora et al., 1992; OMS, 2001; OPS, 2014, 2016; Vargas-Alvarado y Davis, 1964; WHO, 2014).

En este último punto, la OMS (2001, 2014, 2019a) señala que, a pesar de ser un fenómeno multifactorial con componentes sociales, psicológicos y culturales interrelacionados,

en la conducta suicida el estigma, tabú, pena y culpa al respecto son uno de los mayores problemas para que los individuos busquen ayuda temprana. Evitan que se aborde apropiadamente el suicidio como problema de salud mental por falta de sensibilización y el impedimento para expresarlo abiertamente, además, se puede identificar en ello que los intentos de suicidio e incluso los suicidios consumados se mantienen bajo información discrecional, muchas veces no habladas dentro del mismo recinto de ocurrencia.

Por esta razón, es imprescindible abogar por el desarrollo de acciones que protejan a los individuos y les permitan un desarrollo óptimo.

#### ***1.4 Acciones para disminuir el suicidio***

En este orden, mundialmente se han generado estrategias para mejorar las condiciones de abordaje y prevalencia de la conducta suicida. La ONU (2018) dentro de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible ha marcado en el tercer punto la importancia de garantizar una vida saludable, promoviendo el bienestar en todos los grupos de edad.

Con ello, la OMS (2013) colocó como objetivo dentro del Plan Integral de Salud Mental 2013- 2020, punto 3.4, la reducción de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en un tercio para el 2030. Por este motivo exhorta al establecimiento de planes y políticas, regionales y nacionales, coherentes con la meta (ONU, 2018; OMS, 2013, 2019a).

Así, se han delimitado estrategias mundiales asociadas con la prevención de factores de riesgo que van desde políticas públicas, mejoras en el acceso a servicios de salud, manejo y restricción de medios del suicidio, difusión mediática, concientización, intervenciones dirigidas a grupos, formación de guardianes, líneas de ayuda o atención en crisis, seguimiento y apoyo comunitario hasta la evaluación y manejo de trastornos mentales, del comportamiento suicida o del abuso de sustancias. Atendiendo con ello áreas de oportunidad en los sistemas de salud, la sociedad, la comunidad, las relaciones y el individuo. Todo ello ha permitido establecer guías mundiales y regionales de intervención con recursos para consejeros, docentes, personal

institucional y personal en primera línea de atención en salud (OMS, 2001, 2006, 2011; OPS, 2015, 2016; Robles-Sánchez et al., 2013; WHO, 2014, 2020).

Las guías de recursos para consejeros, docentes y personal institucional integran inicialmente módulos de información acerca de la conducta suicida, factores de riesgo, factores protectores y puntos relevantes para la identificación de comportamientos suicidas. Buscan con ello lograr detección temprana y prevención de comportamientos a través de la educación, concientización y disipación de mitos. Incluyen opciones de estrategias para implementar en el aula como el fortalecimiento de la salud mental de docentes y otros miembros de las instituciones, la formación de estudiantes detectores de conductas de riesgo (guardianes), el control de medios para el suicidio, el fortalecimiento de la autoestima de los alumnos, la promoción de la expresión emocional, la prevención de la violencia escolar, el desarrollo de habilidades de comunicación y el conocimiento de espacios de atención o apoyo psicológico. Así mismo, se hace hincapié en la importancia de la atención posterior a un acto suicida a través del establecimiento de grupos de ayuda y difusión adecuada de información (OMS, 2001, 2006; UNICEF, 2021).

En el caso específico de la guía de consejeros, además de lo anterior, se establecen patrones para la atención en crisis y procedimientos de control de la conducta suicida en instituciones escolares (OMS, 2006).

Por su parte el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental, mhGAP por sus siglas en inglés, es una guía para el personal en primera línea de atención en salud: médicos generales, médicos de familia, enfermeros y técnicos en salud que da pautas para la identificación de trastornos de la salud mental como depresión, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia, trastornos del desarrollo y conductuales en niños y adolescentes, demencia, trastornos por uso de alcohol y drogas, autolesiones y suicidio además de, otros síntomas emocionales significativos o padecimientos no justificables medicamente. Dicha guía da información sobre la presentación de estos trastornos y es una herramienta para la toma de

decisiones, atención, manejo clínico y referencia adecuada del paciente. Con ello, provee información acerca de las intervenciones psicosociales y farmacológicas de cada padecimiento. En el caso del suicidio, además de lo anterior, esclarece mitos, da guía para la atención en crisis y estrategias de seguimiento (OMS, 2011; WHO, 2020).

De manera similar existen programas de intervención en crisis dirigidos a intervenir con las familias de aquellos que han intentado suicidarse, dan a conocer los factores que pueden precipitar la decisión de quitarse la vida y fomentan interacciones familiares positivas (Robles-Sánchez et al., 2013).

Fuera de estas guías mundiales, en la región de las Américas, países como Belice, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Puerto Rico y República Dominicana han trabajado preponderantemente en la recolección de datos fiables, sistemas de vigilancia de la conducta suicida, planes y programas de prevención del suicidio y centros especializados en suicidio (CDC, 2019; OPS, 2016).

### **1.5 Acciones en México**

En México, la salud se concibe como un estado de completo bienestar físico, mental y social resultado del buen funcionamiento cognitivo, afectivo y conductual que permite desarrollar todas las potencialidades del individuo (Secretaría de Salud, 2022; Valdez-Santiago, Marín-Mendoza, et al., 2021). Sin embargo, el presupuesto asignado a la salud mental es únicamente el 2% del presupuesto nacional en salud, el cual es mayormente asignado a hospitales psiquiátricos y deja pocas posibilidades para el desarrollo de programas de atención primaria o prevención (Berenzon-Gorn et al., 2013; García-Silberman et al., 2000; Secretaría de Salud, 2022; Valdez-Santiago, Marín-Mendoza, et al., 2021).

No obstante se denota preocupación por el suicidio, cada 10 de septiembre, desplegando noticias sobre la importancia de encontrar medios legales y programas nacionales para prevenirlo, el Plan Nacional de Desarrollo y la Ley General de Salud omiten la mención del suicidio y su prevención, mismo que se repite en la mayoría de las entidades estatales (García-

Padilla, 2018; Gobierno de la República, 2019; Guizar, 2019; Secretaría de Salud, 2022; Xantomila, 2020).

Aun cuando se han propuesto reformas a la Ley General de Salud en 2013, 2014 y 2015 con el objetivo de coordinar a instituciones públicas y privadas en atención al suicidio, capacitar al personal de salud, generar programas de prevención, regular los contenidos sensacionalistas en torno al suicidio y generar obligatoriedad en el tratamiento han sido dictaminadas negativamente en el Senado de la República (2015). Pese a ello, en 2019, la comisión permanente del congreso exhortó a la Secretaría de Salud para que, coordinándose con las secretarías estatales, generen una estrategia de prevención del suicidio (Senado de la República, 2019) y en julio de 2020 se presentó un boletín donde el Senado de la República aprueba una reforma para atender de forma interdisciplinaria (en entornos familiar, laboral, educativo y social) la prevención y control del suicidio mediante acciones previas, de asistencia y acciones posteriores a la conducta suicida. Ello, a través de un programa nacional guía que permita el desarrollo de planes orientados a las necesidades de cada estado, aunado a la creación de un consejo nacional integrado por representantes de las esferas públicas y privadas. Finalmente, es aprobado en la Cámara de Senadores en 2020 y enviado a Cámara de Diputados para desarrollar y considerar pertinencia constitucional (Senado de la República, 2020).

Con ello en mente, a nivel nacional se presentó, el 10 de septiembre de 2020, en conferencia prensa el Programa Nacional para Prevención del Suicidio (Secretaría de Salud, 2020) con cuatro ejes: vigilancia, intervención, capacitación e investigación. Involucrando dentro de cada uno: perspectiva de género, grupos etarios, interculturalidad y derechos humanos. Durante la conferencia se indicaron actividades pasadas, presentes y futuras en las cuatro áreas, mostradas en la tabla 1 subsecuente.

**Tabla 1***Líneas de acción del Programa nacional para prevención del suicidio*

Área	Objetivo	Acción
Vigilancia	Sistema integral homologado	Reportes estatales mundiales Gestiones con departamentos epidemiológicos respecto a sistemas de información en salud Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones
Intervención	Intervención intersectorial eficaz	Brigadas de apoyo en salud mental (con atención principal a personal de salud) Contacto Joven- IMJUVE Línea de la vida-CONADIC Línea suicidio- UNAM
Capacitación	Personal preparado para dar respuesta	Semana académica de Prevención del Suicidio Módulo autolesiones/ suicidio (mhGAP) Diplomado sobre manejo de conducta suicida
Investigación	Investigación aplicada a necesidades	Grupo interinstitucional de investigación Proyectos en convocatoria (CONACyT)

*Nota.* Elaborada con datos de *Conferencia de Prensa sobre COVID-19* por Secretaría de Salud, 10 de septiembre de 2020. <https://www.youtube.com/watch?v=grJ1KbEpsU>. De dominio público.

Del mismo modo, se compartió con la población información adicional sobre la gestión de las dos acciones de vigilancia mencionando que ya se cuenta con información mensual de cada estado, recibida en la Comisión Nacional contra las Adicciones, CONADIC. Asimismo, señalan la presencia activa de las cinco estrategias de intervención, con especial utilidad en esta época de pandemia. Presentan datos del año 2020 en las líneas de ayuda de 5164 personas buscando apoyo por autolesión y/o suicidio a través de la línea de suicidio de la Universidad Nacional Autónoma de México, 710 por daño autoinfligido en la línea de contacto joven del Instituto Mexicano de la Juventud y 89 llamadas por autolesión o suicidio en la línea de la vida del CONADIC. Sobre las tres estrategias de capacitación se da razón de la presencia de conferencias en la semana del Día mundial para la prevención del suicidio con acceso libre a través de plataformas digitales, el módulo de mhGAP en curso durante el 2019 y el diplomado a desarrollarse a finales del 2020. Respecto a las dos áreas de investigación, el grupo

interinstitucional se creó durante el taller nacional para el abordaje integral del suicidio en 2019 y con relación a los proyectos de investigación se menciona se encuentran tramitados por el CONADIC y en proceso de aceptación en el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Secretaría de Salud, 2020).

No obstante, de las acciones aludidas en la conferencia y la aportación de datos acerca de la prevalencia de la ideación suicida y suicidio en el país, durante ese año y hasta el primer trimestre del 2022, únicamente se localizan documentos formales sobre la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones, centrada en el desarrollo de campañas masivas de promoción de salud mental y prevención de adicciones. Dentro esta de identifican referencias a la planeación de un programa de prevención del suicidio, sin procedimientos claros en el tema (Gobierno de México, 2020; Secretaría de Salud, 2019; Toribio, 2020; Valdez-Santiago, Marín-Mendoza, et al., 2021).

El Plan Nacional para la Prevención del Suicidio mencionado en medios y artículos noticiosos (Gobierno de México, 2020; Redacción, 2021; Toribio, 2020) se formaliza en abril del 2022 con la publicación del Programa de acción específico en salud mental y adicciones 2020-2024. Establece la elaboración de una estrategia nacional para la prevención del suicidio que cuente con políticas claras y homogéneas en las 32 entidades federativas y que permita optimizar las acciones de vigilancia, promoción, prevención, atención, recuperación y posvención de la conducta suicida. Ello, considerando las cuatro áreas o ejes de acción anteriormente mencionadas y, en el área de vigilancia epidemiológica, a la ideación, plan e intento suicidas con acceso público a dichos todos los datos. Del mismo modo incorpora el trabajo multisectorial, la generación de protocolos de atención, la alfabetización sobre el suicidio, la capacitación institucional con el apoyo de tecnologías de la información y el uso medios de comunicación conjuntamente con la generación de fondos para el desarrollo de investigación en el tema (Secretaría de Salud, 2022).

Para ello, establece objetivos y metas específicas (Secretaría de Salud, 2022):

- Impulsar estrategias legislativas que ayuden a prevenir el suicidio desde un enfoque multisectorial.
- Capacitar personal profesional y no profesional, formal e informal que brinda servicios en el primer nivel de atención en la orientación y consejería eficaz frente a la salud mental y el suicidio.
- Desarrollar y promover acciones de investigación sobre la prevención del suicidio.
- Fomentar el desarrollo de programas de prevención en diferentes grupos de edad enfocados a la reducción de factores de riesgo, el fortalecimiento de los factores protectores y la detección oportuna.
- Consolidar una estrategia de difusión de material informativo impreso y digital sobre la promoción de la salud mental e identificación de signos de alarma en salud mental, adicciones y conducta suicida.
- Desarrollar la asistencia médica especializada a través de la telepsicología y capacitación a distancia, así mismo, ampliar los servicios de la Línea de la vida.
- Enfocar las acciones en municipios prioritarios de acuerdo con la tasa de suicidios y la accesibilidad a servicios de salud mental.

Por su parte, las metas para el 2024 consisten en disminuir a 5.2 la tasa de suicidio en la población mexicana, tomando como valor de línea base la tasa en 2018 de 5.4; reducir en un 20% los intentos de suicidio en la población mexicana, sin contar con datos base para corroborar esta disminución; lograr la capacitación en mhGAP del 80% de los profesionales médicos y paramédicos de atención primaria, con metas de avance para 2022 del 50% y 2023 del 70%; lograr la capacitación del 20% de los médicos y paramédicos de atención primaria en la identificación, evaluación y mejora del abordaje de las conductas suicidas; y difundir el 80%

del material de promoción de salud mental, adicciones y conducta suicida programado anualmente (Secretaría de Salud, 2022).

Por consiguiente, la Secretaría de Salud ha trabajado con nuevos esquemas para dar atención primaria a la salud mental con adecuada detección, tratamiento y canalización de los usuarios. Está trabajando en el aumento a la cobertura de atención en salud y la distribución del gasto, busca garantizar universalidad en salud atendiendo a poblaciones que hoy se encuentran en condición de rezago y procura reducir la brecha entre la generación del conocimiento y la aplicación de estrategias en la comunidad con el propósito del desarrollo de planes, programas y leyes nacionales en el tema.

De igual manera, algunos estados de la República Mexicana han realizado esfuerzos en el tema del suicidio, 14 entidades cuentan con Ley de Salud Mental (Baja California, Campeche, Chihuahua, Ciudad de México, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Yucatán y Zacatecas) dentro de las cuales ocho entidades aluden al presupuesto o financiamiento designado para la salud mental y nueve hacen alguna mención del suicidio y su prevención, sin profundizar en ello. Únicamente dos estados cuentan con Ley de suicidio (Coahuila y Sonora), únicamente Coahuila tiene ambas (Valdez-Santiago, Marín-Mendoza, et al., 2021).

De los estados que no cuentan con ley específica en suicidio Baja California Sur, Campeche, Morelos y Yucatán estipulan la creación de un programa estatal de atención y prevención; Aguascalientes, Chihuahua, Jalisco, Oaxaca, Querétaro, Quintana Roo y Tabasco consideran recursos detectar, atender y prevenir el suicidio; Colima, Durango y Nuevo León cuentan con planes estatales enfocados sobre todo al registro adecuado y capacitación en la primera línea de atención a la salud; Aguascalientes, Baja California Sur, Ciudad de México y Guanajuato han generado líneas de ayuda con atención y dirección a unidades de salud; y la mayoría se han enfocado en acciones informativas en el día mundial para la prevención del suicidio.

De tomarse en cuenta, Baja California Sur con un programa de prevención que considera una línea de ayuda, capacitación en las primeras líneas de atención en salud y realiza tamizaje en escuelas desde primaria a nivel medio superior para identificar y capacitar, de acuerdo con las necesidades, a docentes y alumnos seleccionados aleatoriamente para identificar riesgos. Este tamizaje, aunque no el seguimiento, se realiza también en el estado de Tabasco y Campeche (Borges et al., 2015; Senado de la República, 2015; Valdez-Santiago et al., 2019).

Entre estados, el Consejo Nacional de Salud Mental, generado en 2004, es el encargado de celebrar acuerdos y convenios, con el lineamiento de que cada entidad cuente con un consejo estatal. Únicamente 13 entidades (Baja California, Chihuahua, CDMX, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Yucatán y Zacatecas) tienen prevista su creación (Valdez-Santiago, Marín-Mendoza, et al., 2021).

Por su parte, algunas instituciones educativas han desarrollado acciones para atender la problemática, la Universidad Nacional Autónoma de México en su Facultad de Estudios Superiores Iztacala lanza el CREAS, en 2013, con la finalidad de atender emergencias psicológicas de la conducta suicida. Este programa de nombre Crisis, Emergencia y Atención al Suicidio se coordina desde el Centro de Apoyo y Orientación Para Estudiantes presta atención en situaciones de crisis de la conducta suicida y forma Guardianes, todos aquellos no psicólogos (principalmente profesores, trabajadores y alumnos) capacitados en la detección de conductas de riesgo y referencia a servicios de salud mental (Santillán-Torres-Torija y Conchado-Vargas, 2019).

En la educación básica, durante el 2020, la Secretaría de Educación Básica, SEP, define utilizar la línea Educatel como recurso psicológico para estudiantes y sus familias, sin embargo, la frecuencia de uso para estos fines ha sido prácticamente nula (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2022; Medina-Gual et al., 2021).

Por encima de las estrategias existentes los suicidios van en aumento, afectando cada vez a más personas, especialmente mujeres, jóvenes no indígenas, adolescentes de entre 13 y 15 años, individuos que viven en áreas urbanas, pertenecientes a clase media, que consumen alcohol, han consumido al menos 100 cigarros en su vida, iniciaron vida sexual temprana, fueron abusados sexualmente, agredidos físicamente, con sintomatología depresiva o depresión diagnosticada (Valdez-Santiago, Marín-Mendoza, et al., 2021) y las acciones que hasta ahora han sucedido no son suficientes para atender el problema, dado que aún no existe una implementación fija de prevención y mucho menos una de prevención comunitaria. Aunado a ello, la pandemia por COVID-19 nos pone ante un crecimiento de factores de riesgo para la conducta suicida que puede agravar los datos que ya se han referido.

### ***1.6 La pandemia y la salud mental***

Históricamente, durante la evolución de las epidemias se ha evidenciado el crecimiento de problemas de salud mental en un tercio de las poblaciones afectadas (Ramírez-Ortiz et al., 2020). En el caso de la pandemia por COVID-19 se identifican características únicas que permiten catalogarla como una crisis o evento altamente estresante (Santillán-Torres-Torija, 2020). La UNICEF (2021) y la CDHCM (2020) incluso la han descrito como un factor de riesgo de la salud mental.

Aunque aún es difícil evaluar el impacto real, los efectos se verán a mediano y largo plazo, ya podemos decir que la pandemia por el virus SARS-CoV-2 aumenta los factores de riesgo de la conducta suicida debido a los aumentos mundiales de sintomatología depresiva, depresión, estrés, estrés postraumático, ansiedad y ataques de pánico con emociones asociadas de desesperanza, tristeza, dolor, desamparo, miedo y preocupación. En algunos casos sumado a problemas escolares o laborales y dificultades económicas presentando comportamientos de negatividad, desmoralización, irritabilidad, falta de atención, consumo de alcohol y drogas, trastornos de sueño, modificación de la dieta y disminución de la actividad física que menoscaban la calidad de vida de los individuos (Cifuentes-Faura, 2020; UNICEF,

2021; Iob et al., 2020; John et al., 2020; Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, et al., 2021; Muñoz-Navarro, Malonda, et al., 2021; Ramírez-Ortíz et al., 2020; Santillán-Torres-Torija, 2020).

Aun cuando no todo el panorama es negativo, a razón de casos donde la necesidad de quedarse dentro de los hogares ha permitido pasar más tiempo con sus familias, generar redes de apoyo y, en el caso de contextos escolares, descansar de las evaluaciones, la pérdida de la movilidad por aislamiento ha afectado a niños, niñas y adolescentes (CDHCM, 2020; UNICEF, 2021).

La UNICEF (2021) considera que uno de cada siete infantes en todo el mundo ha sido afectado por la pérdida de oportunidades de aprendizaje, rutinas escolares, recreación, desarrollo social y emocional. Así mismo, la presión sobre los cuidadores ha agravado, en muchos casos, las condiciones contextuales que afectan a la salud mental de los infantes, teniendo reportes crecientes sobre violencia doméstica, incorporación de infantes al trabajo, abusos, enfermedad y estrés de los cuidadores. Sobre todo, en el caso de individuos que ya requerían de apoyos por problemas de aprendizaje, cognitivos o comportamentales puesto que, conjuntamente, se vieron perjudicados por los cortes en los tratamientos de salud mental y la disminución de las estructuras sociales y familiares previamente adquiridas (Bhatia, 2020; Cifuentes-Faura, 2020; CDHCM, 2020; Iob et al., 2020; John et al., 2020; UNICEF, 2021).

En consecuencia, investigaciones (Bhatia, 2020; UNICEF, 2021) indican aumento de estrés, ansiedad y depresión en niñas, niños y adolescentes. Aunado a dificultades para concentrarse, aburrimiento, insomnio, irritabilidad, inquietud, nerviosismo, sentimiento de soledad, preocupación y disminución de la satisfacción de vida.

En México, la CDHCM (2020), el CONEVAL (2022), Medina-Gual y colaboradores (2021), Marcela Vargas (2021) y los docentes entrevistados en este proyecto reportan en los infantes tristeza, enojo, apatía para estudiar, desesperación, frustración, tensión, incremento de miedo, estrés, ansiedad, irritabilidad, afectaciones en la socialización, desregulaciones, aburrimiento, agresiones, falta de redes de apoyo, consumo de sustancias, fallecimiento de

familiares, violencias en casa y, en algunos casos, la interrupción en la educación o desvinculación educativa. Se prevé incluso la disminución de la permanencia en todos los niveles educativos durante los próximos ciclos escolares (CONEVAL, 2022).

La CDHCM (2020) sumado a Medina-Gual y colaboradores distinguen que la preocupación y el miedo surgen principalmente porque su familia enferme o muera por el virus, a que las personas en su familia pierdan su trabajo, a que falte mucho para regresar a la escuela, que se queden sin alimento y a las posibilidades de su continuidad escolar. La tristeza se ha vinculado principalmente con no poder realizar actividades que antes llevaban a cabo, tales como visitar a familiares, convivir, abrazar o besar amigos o seres queridos, salir a la calle, ir a la escuela o participar en espacios y actividades recreativas con pares.

Así mismo, al preguntar a estudiantes y docentes sobre el área donde se han sentido peor durante el tiempo de contingencia, discriminando entre área psicoafectiva, pedagógica y tecnológica, tanto estudiantes como docentes consideraron que se sienten peor en el área psicoafectiva, emocional. Aun cuando los docentes y estudiantes a nivel primaria se perciben con niveles moderados a altos de estabilidad emocional presentan niveles altos de conductas de riesgo como el consumo de alimentos “chatarras” o sustancias enervantes y estimulantes del sistema nervioso, comportamientos violentos o conductas agresivas y el aumento considerable en el tiempo de uso de videojuegos, televisión y redes sociales (Medina-Gual et al., 2021). Lo que nos habla de poca consciencia emocional.

Los padres de familia consideran que el incremento del uso de videojuegos, televisión y redes sociales ha favorecido la pérdida de comunicación con sus hijos. Además de existir casos de acoso cibernético, violencia en las clases y acceso a páginas riesgosas (Medina-Gual et al., 2021; M. Vargas, 2021).

En la suma de experiencias los niños encuestados afirman en un 57% sentirse protegidos, aun cuando existen algunos que se encuentran confinados en situaciones normalizadas de violencia, el 71% considera sentirse feliz (CDHCM, 2020; M. Vargas, 2021).

Se reconoce como los principales factores causantes de alegría a la familia, jugar y los amigos. Nombran que durante la pandemia han logrado generar pensamientos positivos, se perciben más empáticos, han revalorado sus relaciones y la importancia de la familia en sus vidas lo cual muestra a la familia como un factor de protección y contención (CDHCM, 2020; Medina-Gual et al., 2021; M. Vargas, 2021).

En contraste, el 25% determina sentirse feliz nunca o muy pocas veces, con transcripciones de estudiantes en educación primaria citando: “Si, pelear con mi mamá y que me regañe. Quisiera morirme”, “Yo una vez ya me quería morir porque no quería estar aquí, porque ya me había hartado”. De igual forma, se muestra disminución de la regulación emocional y crecimiento de la desesperanza e ideación suicida en niveles educativos superiores (CDHCM, 2020; Medina-Gual et al., 2021).

Adicionalmente, un estudio realizado con adolescentes en el estado de Aguascalientes durante el último trimestre del 2020 muestra conductas suicidas en el 20.5% de los participantes con 5.7% de individuos con autolesiones, 11.2% con intentos suicidas de baja letalidad y 3.6% con intentos suicidas de alta letalidad. Así mismo, reconocen altos porcentajes de baja regulación emocional, entre 40 y 48% de los individuos revelan baja atención emocional, baja claridad emocional y baja reparación emocional. Estos datos tienen la reserva de no contar con una medición para la misma población previa a la pandemia, sin embargo, admiten que el porcentaje de conductas suicidas está ligeramente más alto que lo previamente encontrado en el estado, entre el 9 y el 20% (Hermosillo-de-la-Torre et al., 2021).

Ahora bien, existen dificultades para garantizar el bienestar emocional de los infantes pues, aunque se mencionan actividades de atención a la salud emocional en el regreso a clases a través de la generación de ambientes de escucha y apertura para la identificación y expresión de emociones, tanto en docentes como en alumnos con actividades diarias de autocuidado, vida saludable y soporte emocional no hay reporte de dichas acciones o de su eficacia (CONEVAL, 2022; Medina-Gual et al., 2021).

Por tanto, la pandemia por COVID-19 está suscitando el aumento de factores de riesgo, en muchos casos, factores desencadenantes o precipitantes de la conducta suicida (Iob et al., 2020; Santillán-Torres-Torija, 2020). En ello, ha existido una preocupación creciente dado que epidemias pasadas han dilucidado crecimiento posterior de las muertes por suicidio sumado a una predicción del ascenso de conductas suicidas para los siguientes años de entre 1 a 145% con especial preocupación en la infancia y juventud (Iob et al., 2020; John et al., 2020).

En virtud de lo cual, será necesario estar atento a estas poblaciones, a las capacidades para adaptarse, afrontar la crisis, regular emociones y exhibir flexibilidad cognitiva.

Precipuamente, a los sentimientos y emociones que puedan convertirse en sintomatología depresiva, consumo de estupefacientes, autolesiones o conductas suicidas (Iob et al., 2020; Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, et al., 2021; Ramírez-Ortíz et al., 2020; Santillán-Torres-Torija, 2020).

### **1.7 Planteamiento del problema**

En los últimos años, artículos noticiosos (Editorial Telediario, 2020; Méndez, 2019; Montañez-Raz, 2019; Multimedios digital, 2020; Redacción, 2019, 2020a, 2020b; Torres, 2020; J. Vargas, 2020) reportan suicidios entre los 8 y 15 años con factores precipitantes como sentimientos de pérdida, enojo, violencias, tristeza, poca socialización y dificultades escolares. Todos ellos factores en aumento durante la pandemia.

En virtud de ello, al realizar entrevistas semiestructuradas a docentes de contextos escolares públicos y privados dentro de la región centro del país<sup>1</sup>, aunadas a la aplicación del Cuestionario de Indicadores Psicosociales para Depresión y Riesgo Suicida (CIP-DERS), se localizaron escuelas con factores de riesgo para el suicidio. Las cuales, en conjunto, muestran un 55% de alumnos con niveles moderados y altos de riesgo de la conducta suicida. Dentro de

---

<sup>1</sup> Comprendida por 14 estados: Aguascalientes, Colima, Distrito Federal, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Querétaro, San Luis Potosí, Tlaxcala y Zacatecas, de acuerdo con (Diario Oficial de la Federación de México, 2014).

los cuales, se encuentran 10 individuos, 14%, con intento de suicidio, cuatro con intentos graves. Dentro de los medios ocupados para dicho intento se informa uso de cuchillos y ahorcándose, en cuanto a los propósitos dos personas mencionan querer dejar de vivir, tres querer seguir viviendo, los demás no reportan propósito. Respecto a las razones, se hallan algunas como “Por las palabras de todos”, “Por problemas de padres e hija”, “Porque casi no me hacen caso” o “Porque me dolía”.

En ello, las edades de intento oscilan de los 6 a los 10 años. Y se distinguen principalmente factores de riesgo como dificultades económicas, uso de sustancias, impulsividad y sintomatología depresiva. Con una prevalencia de ideación suicida del 11.3%.

Esto nos indica que, no es un problema numérico o estadístico son alumnos en escuelas regulares que ven afectada su calidad de vida y, de acuerdo con investigaciones (Jiménez-Franco y Valle-Gómez-Tangle, 2016; Palacios-Delgado y Andrade-Palos, 2007; Polaino-Lorente y De las Heras, 1990), su desempeño escolar por la presencia de pensamientos sobre la propia muerte y por la falta de redes de apoyo y habilidades para enfrentarse a las situaciones que su vida les presenta.

Si bien, no todos los niños y adolescentes desarrollaran problemas de salud mental, Caraveo-Anduaga y colaboradores (2002), Caraveo-Anduaga (2007) como Medina-Mora, Real-Quintanar y colaboradores (2015) señalan que 15% a 20% de los individuos de entre 3 y 12 años presentan problemas de salud mental con manifestaciones externas como impulsividad, hiperactividad y conducta desorganizada o explosiva; y manifestaciones internas como angustia, estados alterados del ánimo y baja atención.

Aunado a ello, las edades reportadas de los primeros intentos de suicidio ocurren entre los últimos años de educación primaria y mientras se cursan los primeros años de educación secundaria (González-Forteza et al., 2003). Sin mencionar que no existen suficientes estudios de prevención, evaluación y tratamiento de la conducta suicida en poblaciones de 7 a 12 años y las tasas de prevalencia de intentos suicidas durante la vida aumentan con el tiempo,

presentando mayores ocurrencias entre los 15 y 18 años (Joffe y Offord, 1983; Lima-Ojeda, 2015; Royo-Moya y Fernández-Echeverría, 2012; Valdez-Santiago, Villalobos, et al., 2021). Lo cual indica que adolescentes y jóvenes que cometen actos de suicidio han presentado conducta suicida desde la infancia.

Del mismo modo, la mayoría de los intentos de suicidio ocurren antes de contactar a alguien del servicio de salud, la mitad de las ocasiones las personas con intentos suicidas no consultan los servicios de salud mental por el intento sino para el tratamiento de problemas emocionales o el uso de alcohol y drogas. En los adolescentes 1.7 de cada 10 tuvieron oportunidad de integrarse a algún tratamiento médico o psicológico antes de un evento suicida y únicamente 8.8 de cada 100 reciben ayuda posterior a un intento (Borges et al., 2010).

En ese respecto, profesionales en la primera línea de atención en salud discurren que existen barreras importantes para dar atención en salud mental consideran que (Gómez-García et al., 2021, 2022; Ibarra-López et al., 2015; Secretaría de Salud, 2022):

- No existen lineamientos que dirijan acciones de prevención, la detección de conductas suicidas no es prioridad. Las actividades de prevención son esporádicas y en días conmemorativos.
- Subsiste la falta de capacitación del personal para atender a personas con conductas suicidas y la falta de programas de autocuidado dirigidos al personal de salud. Se refiere incertidumbre, miedo, inquietud, molestia, incomprensión, inaceptabilidad y evitación para atender a estos pacientes, subestimando la conducta o fallando en su reconocimiento.
- Existen barreras para acceder a la ayuda solicitada debido a una gran burocracia para acceder a servicios de salud mental y a la saturación de servicios. Los solicitantes deben acudir a más de una cita y existen periodos largos entre citas que no favorece el seguimiento de estas conductas pues se destina poco tiempo a las consultas, se presentan muchos casos de rotación

de personal y en regularmente los horarios de atención disponibles no favorecen a los solicitantes.

- No hay un proceso de referencia y contrarreferencia de los pacientes que permita al primer contacto dar seguimiento. Cuando se remite a los siguientes niveles de atención se les facilitan tratamientos que finalizan cuando disminuye el riesgo, por lo cual, regresan a sus hogares y la falta de seguimiento, el poco apoyo familiar, los prejuicios sobre las conductas y el tratamiento conducen al retorno de conductas suicidas o al suicidio.
- Existen pocos recursos y los problemas sociales: violencia, uso de estupefacientes y desintegración familiar, van en aumento.

Esto se fortalece con datos nacionales sobre el retraso de atención especializada en salud mental. Desde la presencia inicial del problema hasta que el individuo solicita y accede a tratamientos el promedio nacional de retraso en la atención de trastornos del afecto es de 15 años, de 25 años para la atención de trastornos por impulsividad y más de 25 años para aquellos relacionados con el abuso de sustancias (Caraveo-Anduaga et al., 2002; Medina-Mora et al., 2015).

Estos retrasos de atención varían de acuerdo con la zona de residencia, por ejemplo, el retraso de atención para trastornos emocionales en la Ciudad de México es de un año, dado que existen mayores posibilidades de acceso a la atención y hospitalización (Caraveo-Anduaga et al., 2002; Medina-Mora et al., 2015). En este sentido, las tasas de defunciones crecen a medida que disminuye la densidad poblacional y las posibilidades de atención. Donde existen posibilidades de hospitalización hay mayor potencial de evitar muertes por intentos de suicidio (Secretaría de Salud, 2022).

La Secretaría de Salud (2022) expone que las unidades de tercer nivel, psiquiátricas, donde se generan las hospitalizaciones tienen una presencia muy baja en todo el país,

principalmente se beneficia la región centro. La región sureste carece incluso de unidades de nivel intermedio de atención a la salud mental y también de hospitales psiquiátricos. Las zonas rurales no cuentan con la posibilidad de estos servicios. Además, existe una mayor razón de personal de salud mental en regiones del norte y occidente, seguida del sureste y la región centro, que si bien tiene mayor densidad de población la accesibilidad juega a su favor. Al contrario del sureste del país donde la accesibilidad es principalmente desventajosa. Por otro lado, la cifra de consultorios de salud mental del occidente y sureste está centralizada a pesar de que la razón de personal de salud parezca alta de acuerdo con la densidad poblacional.

Por consiguiente, solamente el 26% de los niños, niñas y adolescentes con problemáticas psicológicas son referidos a algún tipo de ayuda y en población adulta únicamente el 17.7% recibe tratamientos, en casos graves el 34.4%, siendo estos individuos aquellos hospitalizados o con intentos suicidas (Medina-Mora et al., 2015).

Así, el desafío en México es mayúsculo pues lo anterior se encuentra agravado por la desigualdad, la adversidad social, el incremento de situaciones de violencia, la inseguridad, el estrés, la prevalencia de trastornos de ansiedad y afectivos, el uso y abuso de estupefacientes y el aumento de factores de riesgo por COVID-19 que afectan la calidad de vida de la población, aumentan el riesgo de padecer trastornos en 1.4 a 2.8 veces y vuelven a los individuos más propensos para la conducta suicida (Eguiluz-Romo et al., 2017; González-Forteza et al., 1999, 2003; Medina-Mora et al., 2003, 2015; Secretaría de Salud, 2022; Suárez-Colorado, 2020). En los infantes y adolescentes, además, los problemas emocionales y de conducta evitan que la misión educativa de las escuelas se lleve a cabo con efectividad (Benjet, 2015; Medina-Gual et al., 2021).

Todo ello nos lleva a la necesidad de generar estrategias preventivas en la infancia y adolescencia (T. E. Ellis, 2006; Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, et al., 2021; Royo-Moya y Fernández-Echeverría, 2012; Valdez-Santiago, Villalobos, et al., 2021), aún más cuando la

primera línea de atención en salud en los próximos años verá un alza en la demanda de servicios de salud mental y ya se encuentra rebasada (Muñoz-Navarro et al., 2020).

De esta forma, teniendo presente a la prevención como todas aquellas acciones que buscan reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de un trastorno (Medina-Mora et al., 2015), en este caso, del suicidio diversos autores y organizaciones (Chávez-Hernández et al., 2017; García-Peña y Villota-Araujo, 2019; Martínez-Lanz et al., 1985; Miranda de la Torre et al., 2009; Mosquera, 2016; Quintanilla-Montoya et al., 2015; UNICEF, 2021; Viñas-Poch y Domènech-Llaberia, 1999; WHO, 2021a) han demandado generar investigaciones e intervenciones que prevengan o minimicen los factores de riesgo asociados. Sin embargo, aún no se ha podido actuar efectivamente frente a todos los factores de riesgo, no obstante existen otros factores asociados que pueden proteger a la población de los riesgos y romper el ciclo, los factores protectores (Benjet, 2015). Por lo que se ha optado por un enfoque centrado, no solo en minimizar los factores de riesgo sino en potencializar los factores protectores del suicidio y los programas preventivos universales (Benjet, 2015; Bhatia, 2020; Bohórquez-Marín, 2009; García-Peña y Villota-Araujo, 2019; González-Forteza, Berenzon-Gorn, et al., 1998; McLean et al., 2008; OMS, 2013; Robles-Sánchez et al., 2013; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014; Stone et al., 2017; UNICEF, 2021; Urbina-Fuentes, 2015; Valdez-Santiago et al., 2017; Valdez-Santiago, Villalobos, et al., 2021; Vázquez-Vega et al., 2015).

En ello, los hallazgos relacionados con el suicidio y la pandemia proponen acciones normativas encaminadas a cuidar la salud mental que impulsen, privilegien y vigilen el bienestar emocional, por tanto, el desarrollo de programas para la promoción de la salud emocional (CONEVAL, 2022; González-Forteza et al., 2003; Medina-Gual et al., 2021).

En ese sentido, dado que las instituciones de salud se encuentran buscando caminos para dar atención más temprana, accesible y orientada en la salud mental y; que la salud conlleva un estado completo de bienestar físico, mental y social implicando no solo la ausencia de enfermedad en el individuo sino la posibilidad de ser un actor contribuyente a la sociedad,

con la capacidad de gestionar pensamientos, emociones y comportamientos (OMS, 1948, 2020; Urbina-Fuentes, 2015) es preciso tener la colaboración y corresponsabilidad de otros sectores de la sociedad. Coordinar acciones con áreas sociales y educativas para desarrollar mecanismos de detección oportuna y habilidades de salud mental y emocional que abran la puerta a discusiones y colaboraciones interdisciplinarias e intersectoriales que permitan abordar el problema del fenómeno suicida (Benjet, 2015; Borges et al., 2015; Chávez-Hernández et al., 2017; CDHCM, 2020; INSP, 2019; Jiménez-Quenguan et al., 2014; Mondragón-Barrios et al., 2001; Morfín-López y Ibarra-López, 2015; Mosquera, 2016; Senado de la República, 2020; Valdez-Santiago et al., 2019; Vargas-Alvarado y Davis, 1964; Vázquez-Vega et al., 2015; Viñas-Poch y Domènech-Llaberia, 1999). En ello, las instituciones educativas son un lugar donde se puede prevenir y detectar oportunamente la conducta suicida, generar factores protectores y redes de apoyo (Beautrais et al., 2005; Benjet, 2015; Borges et al., 2015; Chávez-Hernández et al., 2017; CDHCM, 2020; Domínguez-Rodríguez, 2004; Extremera-Pacheco y Fernández-Berrocal, 2003; García-Silberman et al., 2000; González-Forteza et al., 1999; Jiménez-Morales y López-Zafra, 2009; Ruiz-Aranda et al., 2008).

Al escudriñar que, durante los últimos 10 años, el 93% de los suicidios en México han sido perpetrados por individuos que tienen al menos la educación primaria y que el 98.5% de la población cursa dicho nivel de estudios (INEGI, 2008, 2009, 2010, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017; Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación, 2019b, 2019a, 2020), las escuelas de educación primaria son ideales para programas universales. Son un espacio donde la mayoría de los menores en riesgo presente y futuro se encuentran, por lo tanto, ofrecen una oportunidad para prevenir y detectar a tiempo problemas que incluso en casa no se han identificado (Benjet, 2015; Borges et al., 2015; Caraveo-Anduaga et al., 2002).

Aunado a ello, Ribes-Iñesta (2008) nos habla de la educación como un espacio donde aquellas habilidades, conocimientos y transmisiones culturales se forman. Las escuelas no solo son un escenario de transmisión de conocimientos o información y a veces no solamente son

complementarias del núcleo familiar, sino reemplazantes. En consecuencia, son responsables del desarrollo social y psicológico de los niños e incorporan al individuo procesos psicológicos y requerimientos culturales, son un recinto que nos forma para la vida. Por consiguiente, los docentes y agentes del sistema educativo se vuelven adultos tan significativos como los padres en el desarrollo y comportamiento del niño.

En virtud de todo lo anterior, diversos autores (Beautrais et al., 2005; Benjet, 2015; Chávez-Hernández et al., 2017; Domínguez-Rodríguez, 2004; Fernández-Berrocal y Ruiz-Aranda, 2008; García-Silberman et al., 2000; González-Forteza et al., 1999; Jiménez-Morales y López-Zafra, 2009; Ruiz-Aranda et al., 2008) reconocen la importancia de tener intervenciones en espacios escolares que formen las habilidades necesarias para mantener y promover la salud. Con ello, invitan a contemplar dentro de los objetivos escolares la promoción del desarrollo psicológico, la aptitud funcional y todas aquellas habilidades que permitan el desarrollo ajustado a la cultura y al bienestar del alumno (Medina-Gual et al., 2021; Ribes-Iñesta, 2008).

Por tal motivo, se demanda plantear un currículo que parta de la base socioemocional donde se procuren espacios y tiempos escolares para el ejercicio y sano desarrollo de competencias emocionales como la empatía, colaboración, acciones solidarias y la regulación emocional podrían beneficiar los aspectos afectivos en el futuro y son necesarios para garantizar la educación (Medina-Gual et al., 2021).

Así, la regulación emocional juega un rol importante pues no solo se ha vinculado con mejoras del rendimiento escolar y bienestar general, también se considera un elemento relevante en las estrategias preventivas de salud mental pues permite a los individuos responder a los eventos de la vida cotidiana flexiblemente, acentuando o modulando la expresión emocional en cada situación (Medina-Gual et al., 2021; Mennin y Fresco, 2014; OMS, 2020). Con esto, se reconoce que bajos rendimientos en la regulación emocional están relacionados con trastornos del ánimo, ansiedad y depresión mayor. Siendo la desregulación

un mecanismo para calmar o escapar de experiencias emocionales intensificadas pagando un alto costo, pues la misma desregulación emocional y los trastornos antes mencionados son factores de riesgo para la conducta suicida (Mennin y Fresco, 2014; Robles-Sánchez et al., 2013; Sabatier et al., 2017). Por consiguiente, múltiples investigadores (Chávez-Hernández et al., 2017; García-Peña y Villota-Araujo, 2019; González-Forteza et al., 1999, 2003; González-Forteza, García, et al., 1998; Klonsky et al., 2016; McLean et al., 2008; Medina-Gual et al., 2021; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014; Stone et al., 2017; Suárez-Colorado, 2020; Valadez-Figueroa, Chávez-Hernández, Vargas-Valadez, Hernández-Cervantes, et al., 2019; Valadez et al., 2011; Valdez-Santiago, Villalobos, et al., 2021) se han pronunciado a favor de generar estrategias de prevención del suicidio que incluyan programas educativos sobre salud y regulación emocional.

De la misma manera, los hallazgos sobre los desórdenes emocionales, en aumento por las condiciones que la pandemia ha traído al mundo, identifican que la regulación emocional juega un rol importante, sugieren poner en marcha programas enfocados en la regulación emocional, solución de problemas y el desarrollo de estrategias de primeros auxilios psicológicos, atención y prevención en la disminución del estrés e hiperactivación con técnicas de aceptación, revaloración y cambio positivo de la atención como la respiración profunda o diafragmática, la relajación muscular progresiva, la imaginación guiada, la reestructuración cognitiva y el procesamiento cognitivo que permita al individuo modificar creencias y atribuciones asociadas a la pandemia (Cañón-Buitrago y Carmona-Parra, 2018; Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, et al., 2021; Ramírez-Ortíz et al., 2020; Santillán-Torres-Torija, 2020).

Con todo lo antes referido, sabemos que los momentos más importantes para el desarrollo transcurren durante la infancia y la adolescencia, por lo que intervenir en las últimas etapas de la niñez e inicio de la adolescencia es esencial para promover y proteger la salud mental (UNICEF, 2021; Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, et al., 2021; SEP, 2017) evitando las primeras manifestaciones de la conducta suicida y proveyendo de factores que los protejan

durante el resto de su vida. De tal forma, es necesario generar intervenciones que permitan a los menores ser felices, resolver problemas y sobrevivir con competencias que les permitan tener una vida plena y desarrollar al máximo todas sus capacidades (Lima-Ojeda, 2015; Valdez-Santiago, Villalobos, et al., 2021). Siendo la escuela una red ideal de canalización, prevención y comunicación con las familias (Benjet, 2015; Borges et al., 2015).

Por lo cual, abogar por el desarrollo de acciones inmediatas y universales que protejan a los alumnos desde los últimos grados escolares de nivel primaria se vuelve imprescindible para evitar que los factores de riesgo prevalentes en la población permitan que los individuos desarrollen o acrecienten la ideación suicida, posterior planeación, intento o incluso el suicidio consumado.

Así, la propuesta del presente proyecto surge de la pregunta ¿Qué efecto tiene un taller de regulación emocional en contexto escolar virtual sobre la ideación suicida de individuos de 9 a 11 años en la región centro del país durante el ciclo escolar 2021-2022?

Indagación que es viable humana y económicamente dadas las posibilidades de accesibilidad a la población y la necesidad de realizar la intervención en contextos virtuales, en vista de las condiciones de pandemia e incertidumbre en el regreso presencial a clases, con un muestreo por conveniencia no probabilístico. Con la posibilidad de valorar ulteriormente la intervención para la integración de talleres de este tipo en el currículo escolar, acrecentando así el trabajo intersectorial e interdisciplinar que permite enriquecer el desarrollo de programas de salud emocional de bajo costo que por la carencia de recursos económicos y humanos han quedado pendientes. Permitiendo en ello, una posterior capacitación docente en la impartición de dichos talleres, con guía de áreas especializadas y la posibilidad de generar redes de detección y canalización.

En consecuencia, con el objetivo de dar respuesta a la pregunta de investigación, se consideraron elementos teórico-metodológicos que se exponen en los siguientes capítulos y que dan sustento al diseño de la intervención, taller de regulación emocional Tengo el Poder.

## **Capítulo 2. Conducta suicida**

La conducta suicida es compleja y multifactorial, se refiere a la gama de comportamientos y cogniciones de un individuo que busca quitarse la vida (Chávez-Rodríguez et al., 2018; Gutiérrez-García et al., 2006; Robles-Sánchez et al., 2013; Sánchez et al., 2013; Stone et al., 2017; Valdez-Santiago et al., 2017), puede presentarse con menor o mayor gravedad logrando lesiones graves o la muerte, pero reconoce un continuo de aspectos cognoscitivos y conductuales dentro de los cuales intervienen factores familiares, sociales, contextuales, biológicos y psicológicos (OMS, 2019a; Pfeffer et al., 1979; Valadez-Figueroa, Chávez-Hernández, Vargas-Valadez, y Ochoa-Orendain, 2019).

Estos continuos se presentan en una serie de pasos o fases, pensamientos y acciones, que pueden aparecer ordenados o no y que, de acuerdo con la literatura (Cha y Nock, 2009; Chávez-Rodríguez et al., 2018; Córdova-Osnaya et al., 2015; Eguiluz-Romo y Ayala-Mira, 2014; Eguiluz-Romo y Mera, 2014; González-Forteza, Berenzon-Gorn, et al., 1998; Gutiérrez-García et al., 2006; Jiménez-Tapia y González-Forteza, 2003; Klonsky et al., 2016; Miranda de la Torre et al., 2009; Mosquera, 2016; Sánchez et al., 2013; Villalobos-Galvis, 2007; WHO, 2014), se enlistan en:

1. Ideación suicida, que incluye deseos suicidas.
2. Intento suicida o parasuicidio.
3. Suicidio consumado.

### **2.1 Ideación suicida**

La ideación o pensamiento suicida se constituye como las cavilaciones sobre la propia muerte, son cogniciones que incluyen pensamientos fugaces y fantasías autodestructivas (González-Forteza, García, et al., 1998; McLean et al., 2008; Miranda de la Torre et al., 2009; Mosquera, 2016).

Es un tema que suele callarse por el impacto que ocasiona en la sociedad, aunque pueden existir este tipo de pensamientos en cualquier individuo. La importancia del pensamiento como conducta suicida radica en su frecuencia y magnitud (Chávez-Rodríguez et al., 2018; Gutiérrez-García et al., 2006; Viñas-Poch et al., 2000), de tal forma que pueden ir desde pensamientos fugaces hasta imágenes persistentes, pero, se define que el deseo de muerte autoinfligida aumenta en gravedad necesariamente cuando las cavilaciones son repetitivas y estables en el tiempo (Chávez-Rodríguez et al., 2018; Miranda de la Torre et al., 2009; Mosquera, 2016; Viñas-Poch et al., 2000).

Estos pensamientos, imágenes y/o fantasías modifican la percepción e interpretación de mundo, pueden o no conllevar a un intento real de quitarse la vida y generan cambios comportamentales (Chávez-Rodríguez et al., 2018; Gutiérrez-García et al., 2006). Son, en sí, un síntoma frecuente e inespecífico de conflicto interno dentro del cual influye el contexto, las características cognoscitivas, las características afectivas y el comportamiento del individuo. (Ceballos-Ospino y Suárez-Colorado, 2012; Klonsky et al., 2016; Mondragón-Barrios et al., 2001; Mosquera, 2016; Sánchez et al., 2013).

Las causas de la ideación suicida son tan diversas como las de la conducta suicida, no obstante, se ha identificado que suelen aparecer después de estresores, pérdidas o sentimientos profundos de dolor, culpa o vergüenza que no logran regularse. Son pensamientos que no se pueden bloquear, pero sí pueden manejarse (Chávez-Rodríguez et al., 2018; Gutiérrez-García et al., 2006).

Ahora bien, asociadas a la ideación existen manifestaciones conductuales que la preceden o acompañan, son demostraciones conscientes sobre la propia muerte, llamadas deseos suicidas. Se conforman por la contemplación o fantasía activa del propio suicidio, la planeación y la preparación del acto. Estableciendo con ello, formas deseadas de morir, objetos para lograrlo, circunstancias y condiciones específicas sobre la muerte, cuándo y dónde. Se manifiesta así la intencionalidad del sujeto con posibles expresiones, la elaboración de planes,

conductas autolesivas e intentos frustrados. En las conductas autolesivas se provoca daño corporal sin poner en riesgo la vida, pero con la intención de hacerlo, y en los intentos frustrados ocurren circunstancias no previstas que evitan realizar un intento de quitarse la vida (Chávez-Rodríguez et al., 2018; Linehan y Shearin, 1988; Miranda de la Torre et al., 2009; Mosquera, 2016; Sánchez et al., 2013; Valadez-Figueroa, Chávez-Hernández, Vargas-Valadez, y Ochoa-Orendain, 2019).

De esta manera, la ideación es una de las etapas de primer nivel o menor gravedad del suicidio y constituye una fase de gran importancia pues de ella se generan formas deseadas de morir y objetos o circunstancias en las que se propone la muerte (García-Lara et al., 2020; Linehan, 1981; Miranda de la Torre et al., 2009) por lo que predice al acto consumado. No obstante, no es el tema de la conducta suicida más estudiado (Abdollahi y Talib, 2015; Ceballos-Ospino et al., 2015; Mamani-Benito et al., 2018; Miranda de la Torre et al., 2009; Viñas-Poch et al., 2000).

De conformidad con ello, las mediciones sobre ideación suicida son diversas, algunas simplemente consideran los pensamientos acerca del suicidio y otras consideran frecuencia y severidad de los mismos (Klonsky et al., 2016). Los instrumentos psicométricos mayormente utilizados son (García-Lara et al., 2020; Klonsky et al., 2016; Mondragón-Barrios et al., 2001; Mosquera, 2016):

- Inventario de depresión de Beck (1961).
- Escala de desesperanza de Beck (1974).
- Escala de intencionalidad suicida, SIS, de Beck, Wissman y Lester (1974).
- Escala para la ideación suicida, ISS, de Beck, Kovacs y Weissman (1979).
- Escala de depresión del Centro de estudios epidemiológicos, CES-D, adjunta a la escala de Roberts (1980).
- Escala de Expectativas sobre vivir y morir de Okasha (1981).

- Entrevista de la OMS CIDI, Composite International Diagnostic Interview (1998).
- Cuestionario de Riesgo Suicida, RSQ, de Horowitz y colaboradores (2001).
- Cuestionario de Ideación Suicida, SIQ, de Howoritz y colaboradores (2001).
- Entrevista de intento suicida y autolesiones, SASII, de Linehan (2006).
- Entrevista de pensamientos y conductas autolesivas de Nock y colaboradores (2007).

De todos ellos, solamente los generados por Horowitz son aplicables a la población infantil. Para esta población Pfeffer y colaboradores (2000) diseñan el Índice de potencial suicida para niños y adolescentes con adecuada validez y confiabilidad, aunque no es un instrumento popularmente utilizado.

Para población mexicana principalmente se han utilizado las escalas de SIS, ISIS y CES-D conjuntamente con la creación de (Bravo-Andrade et al., 2016; García-Lara et al., 2020; Hernández-Cervantes y Gómez-Maqueo, 2006; Mondragón-Barrios et al., 2001; Rivera-Heredia y Andrade-Palos, 2006; Rosales-Pérez et al., 2015):

- Escala de Evaluación de ideación suicida de Marino y colaboradores (1993).
- Escala de Ideación Suicida de Roberts, de Roberts y Chen (1995).
- El inventario de Riesgo Suicida, IRIS, de Hernández-Cervantes y Gómez-Maqueo (2003).
- Inventario de Riesgo Suicida en Adolescentes, IRISA, de Hernández- Cervantes y Gómez-Maqueo (2010).
- Escala de evaluación de Potencial suicida de Amezcua-Fernández (2011).
- Cuestionario de Indicadores Psicosociales para Depresión y Riesgo Suicida, CIP-DERS de González- Forteza, Jiménez-Tapia y Wagner-Echegaray (2014).

Último validado para población infanto-juvenil.

## **2.2 Intento suicida**

El intento suicida, constituye la siguiente etapa, son actos no fatales pero altamente letales con finalidad de sustraer la propia vida de forma voluntaria. Es un comportamiento que no llega a provocar la muerte aunque tiene la intención de causarla (Klonsky et al., 2016; Linehan, 1981; Mondragón-Barrios et al., 2001; Mosquera, 2016; Stone et al., 2017; Valdez-Santiago et al., 2017; Villalobos-Galvis, 2007). Se considera uno de los factores de riesgo directo más importante para el suicidio consumado (Gutiérrez-García et al., 2006; Mosquera, 2016; WHO, 2014).

Las cifras tentativas de intento suicida lo consideran 20 veces más frecuente que el suicidio, estimando un suicidio consumado por cada 8 a 25 intentos de suicidio. Aunado a una razón de ocho personas con ideación suicida o deseo suicida por cada intento suicida (INSP, 2019; Miranda de la Torre et al., 2009; Valdez-Santiago et al., 2019; WHO, 2014). Lo cual acrecienta exponencialmente los casos de conducta suicida no consumada respecto a las cifras de suicidio consumado conocidas en México y el mundo.

## **2.3 Suicidio consumado**

El acto suicida, suicidio o suicidio consumado, es el resultado final de ideaciones o conductas suicidas previas, definido como aquel acto claro y efectivo de quitarse la vida de forma voluntaria (Gutiérrez-García et al., 2006; McLean et al., 2008; Mosquera, 2016; Stone et al., 2017; WHO, 2014).

Para precisarlo como tal se debe considerar la intención y motivación claras de morir, el reconocimiento y expectativa de un resultado letal del acto autodirigido además de motivos difusos para vivir (Gutiérrez-García et al., 2006; Linehan, 1981; McLean et al., 2008; Stone et al., 2017; WHO, 2014). De acuerdo con algunos autores (Barrera-Cobos y Sarmiento-Osma, 1995; M. Z. Brown, 2006; Chávez-Rodríguez et al., 2018; Linehan y Shearin, 1988; Mosquera, 2016; Robles-Sánchez et al., 2013; Rubenstein et al., 1989; Sánchez et al., 2013; Valadez et al., 2011) a través del acto suicida el individuo intenta lograr cambios deseados o busca

alejarse de una situación que parece imposible de manejar. No sin reconocer que es una combinación de diversos factores asociados que van de lo individual y contextual hasta lo familiar y social.

Por esta razón, de manera generalizada, en el estudio de la conducta suicida se consideran factores de riesgo, precipitantes y protectores.

#### **2.4 Factores de riesgo**

Los factores de riesgo son considerados como todas aquellas situaciones o combinaciones que pueden llevar a una persona a considerar el suicidio, incrementan la posibilidad de una conducta suicida (CDC, 2019; OMS, 2015; WHO, 2014).

Para el presente se dividirán los factores de riesgo encontrados en la literatura (Abdollahi et al., 2016; Abdollahi y Talib, 2015; Antón-San-Martín et al., 2013; Beautrais et al., 2005; Cañón-Buitrago y Carmona-Parra, 2018; CDC, 2019; Chávez-Rodríguez et al., 2018; Eguiluz-Romo y Ayala-Mira, 2014; Eguiluz-Romo y Mera, 2014; García-Lara et al., 2020; González-Forteza, Berenzon-Gorn, et al., 1998; González-Forteza, García, et al., 1998; González-Forteza et al., 1999; Gould et al., 2003; Gutiérrez-García et al., 2006; Gvion y Apter, 2016; Hermosillo-de-la-Torre et al., 2021; Hernández-Cervantes, 2007; Klonsky et al., 2016; Linehan, 1981, 1986; Linehan y Nielsen, 1981; McLean et al., 2008; Miranda de la Torre et al., 2016; Mosquera, 2016; OMS, 2006, 2013; OPS, 2016; Pfeffer et al., 2000; Piedrahita S et al., 2012; Robles-Sánchez et al., 2013; Rubenstein et al., 1989; Sánchez et al., 2013; Stone et al., 2017; Valadez-Figueroa, Chávez-Hernández, Vargas-Valadez, Hernández-Cervantes, et al., 2019; Valadez et al., 2011; Vijayakumar y Phillips, 2016; Villalobos-Galvis, 2007; WHO, 2014) en factores contextuales, sociales e individuales expuestos en la tabla 2 subsecuente.

**Tabla 2***Factores de riesgo del suicidio*

Sociales	Individuales	Contextuales
Falta de apoyo social o familiar	Factores biológicos o genéticos	Barreras en la atención a la salud
Inestabilidad familiar	Pérdidas recientes	Medios disponibles para el suicidio
Cambio constante de residencia	Autoagresión	Difusión inapropiada por medios de comunicación
Pobre comunicación familiar	Agresividad	Desastres comunitarios
Relaciones deficitarias con iguales	Baja religiosidad	Bajo estatus económico
Pertenencia a grupos minoritarios	Impulsividad	Baja calidad de vida
Aislamiento o exclusión social	Perfeccionismo	Bajo nivel educativo de los padres
Abandono	Apego inseguro	Guerras y conflictos
Brotos cercanos de suicidio	Labilidad de humor	Antecedentes suicidas
Separaciones	Desesperanza	
Fracaso escolar	Ansiedad	
Estigma	Baja autoestima	
Violencias	Dificultad para enfrentar y resolver problemas	
Maltrato físico o psicológico	Sentimientos de fracaso	
Abuso sexual	Inhibición emocional	
Comunicación familiar disfuncional	Rumia	
	Dolor y estrés crónicos	
	Desmotivación	
	Conductas criminales	
	Consumo de sustancias	
	Poca claridad emocional	
	Pocas habilidades para regular emociones	
	Actividades pasivas	
	Rigidez cognitiva	

Trastornos familiares o individuales: Depresión, Trastorno bipolar, Esquizofrenia, Ansiedad, Abuso de sustancias, Problemas de sueño, Distimia, Conducta Suicida y Trastornos de la conducta alimentaria.

*Nota.* Elaboración propia de acuerdo con literatura revisada.

Considerando que los factores de riesgo tienen cierta dependencia de las características geográficas y culturales (Antón-San-Martín et al., 2013; Vijayakumar y Phillips, 2016), la figura 2 muestra aquellos factores que en México son mayormente encontrados

(Chávez-Hernández et al., 2017; Eguiluz-Romo y Ayala-Mira, 2014; Eguiluz-Romo y Mera, 2014; González-Forteza, 1996; González-Forteza et al., 1999; González-Forteza, García, et al., 1998; Hermosillo-de-la-Torre et al., 2021; Hernández-Cervantes y Gómez-Maqueo, 2006; Jiménez-Tapia y González-Forteza, 2003; Pérez-Amezcuca et al., 2010; Valdez-Santiago et al., 2019).

## Figura 2

*Factores de riesgo en México con respecto a los encontrados en el mundo*



Nota. Elaboración propia de acuerdo con literatura revisada.

Algunos autores (Beautrais et al., 2005; Eguiluz-Romo y Ayala-Mira, 2014; García-Peña y Villota-Araujo, 2019; Gutiérrez-García et al., 2006; Klonsky et al., 2016; Miranda de la Torre

et al., 2016; Sánchez et al., 2013; Viñas-Poch et al., 2000) han plasmado que; además de la ideación suicida, las autolesiones y el intento suicida; la impulsividad, la desesperanza, la victimización y los trastornos afectivos, sobre todo depresión y ansiedad, son adecuados predictores de la conducta suicida. En ello, la presencia de más de un suceso o factor adverso aumenta el riesgo de presentar la conducta (Antón-San-Martín et al., 2013).

Con esto, llegar a la conducta suicida no solo implica la presencia de factores de riesgo, involucra factores que la precipitan y sobre todo la ausencia de factores que protejan al individuo (Robles-Sánchez et al., 2013).

### **2.5 Factores Precipitantes**

Los factores que precipitan el suicidio son acontecimientos o motivadores que llevan al individuo a tomar la decisión final de quitarse la vida. Generalmente eventos estresantes dentro de los cuales se identifican eventos que impliquen falta de comunicación y cohesión familiar, percepción de falta de comprensión, problemas familiares, pérdidas o duelos, la anticipación de un castigo, crisis en relaciones o conflictos interpersonales, imitación de modelos suicidas, problemas económicos inmediatos, exclusión social, fracasos escolares, suicidios cercanos recientes y conflictos emocionales, principalmente sentimientos de inadecuación, tristeza o soledad. Cualquiera de los cuales altere el ambiente del individuo y genere un estado emocional que no pueda soportar, el cual pretenda comunicar, alterar o del que pretenda escapar con el acto suicida (Cañón-Buitrago y Carmona-Parra, 2018; González-Forteza, 1996; Hernández-Cervantes y Gómez-Maqueo, 2006; Klonsky et al., 2016; Linehan, 1981; Mosquera, 2016; Villalobos-Galvis, 2007).

Por ende, son eventos para los cuales el individuo no percibe protección u otra herramienta de resolución aparte del suicidio.

### **2.6 Factores Protectores**

En este sentido, los factores protectores son situaciones sociales o características individuales que permiten disminuir la probabilidad de los individuos de engancharse en la

conducta suicida. Entendiéndose como influencias o condiciones sociales, psicosociales e individuales que amortiguan el riesgo del suicidio y los efectos negativos en situaciones de estrés. Por tanto, factores benéficos que promueven la salud con el objetivo de que los individuos que han sido expuestos a factores de riesgo o precipitantes no presenten conducta suicida y que aquellos que no tengan factores de riesgo se favorezcan (Beautrais et al., 2005; Góngora y Casullo, 2009; McLean et al., 2008; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014; Stone et al., 2017).

De ahí que se consideren a todos aquellos elementos o fortalezas sociales, ambientales e individuales que disminuyen la probabilidad del desarrollo de pensamientos, planes, intentos o suicidio; amortigüen los efectos negativos de situaciones estresantes y permitan una menor aparición de comportamientos suicidas (CDC, 2019; Cha y Nock, 2009; McLean et al., 2008; Robles-Sánchez et al., 2013; Rubenstein et al., 1989; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014; Suárez-Colorado, 2012). En conclusión, factores que afecten la causalidad entre el factor de riesgo y el suicidio (Abdollahi y Talib, 2015; Cha y Nock, 2009; González-Forteza et al., 1999; Hernández-Ramírez y Pintos-Aguilar, 2012).

Aun cuando no se identifican gran cantidad de estudios sobre este tipo de elementos, Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2014) así como, la OMS (2001,2006) dividen los factores protectores en:

1. Patrones familiares.
2. Factores culturales y sociodemográficos.
3. Factores cognitivos y de personalidad.

Por ende, en la tabla 3, se enlistan los elementos protectores del suicidio que se han logrado precisar (Beautrais et al., 2005; CDC, 2019; García-Lara et al., 2018; González-Forteza, 1996; González-Forteza et al., 1999, 2003; Gould et al., 2003; INSP, 2019; McLean et al., 2008; Mosquera, 2016; OMS, 2001, 2006; Pisani et al., 2013; Rivera-Heredia y Andrade-

Palos, 2006; Robles-Sánchez et al., 2013; Rubenstein et al., 1989; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014; Stone et al., 2017; Valdez-Santiago et al., 2019; Vargas-Peña et al., 2018; Vijayakumar y Phillips, 2016).

**Tabla 3**

*Factores protectores*

Patrones familiares	Factores culturales y sociodemográficos	Factores cognitivos y de personalidad
Apoyo familiar	Creencias religiosas	Confianza en sí mismo
Buenas relaciones entre los miembros	Integración social	Habilidades sociales efectivas
Transmisión de valores positivos	Buenas relaciones con pares, profesores y otros adultos	Capacidad de pedir ayuda o consejo
Relaciones positivas con padres	Apoyos externos a la familia	Receptividad hacia conocimientos nuevos
	Participación en la comunidad	Solución de problemas
	Acceso a servicios de salud mental	Esperanza
	Realización de actividades fuera del ámbito familiar	Creencias positivas de afrontamiento
	Presencia de redes de apoyo	Alta autoestima
	Ambientes escolares de apoyo	Realización de actividades creativas, artísticas y físicodeportivas
	Pertenencia a grupos	Estilo atribucional positivo
	Transmisión de valores sociales positivos	Control de impulsos
		Sentido del humor
		Empatía
		Gratitud
		Autocontrol emocional / Regulación emocional
		Creencias contra el suicidio
		Estilos de afrontamiento positivos
		Optimismo disposicional
		Autoeficacia

*Nota.* Elaboración propia de acuerdo con literatura revisada.

Es relevante considerar que todos los factores antes mencionados (de riesgo, desencadenantes y protectores) cuentan con precisiones de acuerdo con la edad, género y población específica que pueden incluir: impacto del estrés cotidiano, tipos de relaciones interpersonales, vivencias sobre la imagen corporal, estigmas y violencias asociadas al género (Barroso-Martínez, 2019; González-Forteza, 1996; Hernández-Cervantes y Gómez-Maqueo,

2006; Vijayakumar y Phillips, 2016). Por lo cual resulta necesario distinguir algunas características de las conductas suicidas en la infancia.

### **2.7 El suicidio a edades tempranas**

Existe cierta discusión acerca de la existencia de la conducta suicida antes de la adolescencia con argumentos sobre el suicidio en infantes como poco común, que es difícil de conceptualizar o que se debe considerar como accidental, sin embargo, hay indicadores que dan cuenta de su presencia en niñas y niños (Chávez-Hernández et al., 2017; Lima-Ojeda, 2015; Miranda de la Torre et al., 2016; Pfeffer et al., 1979, 1988; Polaino-Lorente y De las Heras, 1990).

González-Forteza (2008) reporta que el 20% de las niñas y niños del planeta sufren alguna enfermedad mental, mientras Kim-San y colaboradores (2019) reconocen la existencia de ideación suicida en el 18% de los infantes en el mundo, con 6% de individuos presentando intentos de suicidio y 22.1% autolesiones. Exponen mayores intentos de suicidio y suicidios consumados en infantes de países occidentales y mayor ideación y planes de suicidio en los países no occidentales. Índices que crecen en personas con escuela de tiempo completo y en países de bajo o medio ingreso.

Así, en el mundo existen investigaciones (García-Peña y Villota-Araujo, 2019; Martínez-Lanz et al., 1985; Rivera-Heredia y Andrade-Palos, 2006; Vargas-Alvarado y Davis, 1964) que elucidan al suicidio infantil, estudian casos existentes desde 1947 y precisan que para determinar suicidio en una muerte infantil es necesario conocer el grado de conocimiento que la niña o niño tiene sobre la muerte (García-Peña y Villota-Araujo, 2019; Viñas-Poch et al., 2000; Viñas-Poch y Domènech-Llaberia, 1999).

Dado lo anterior, en 1979, Pfeffer y colaboradores realizaron un estudio con 58 infantes de entre 6 y 12 años, admitidos en un servicio de psiquiatría para evaluación, identificando que el 72% de los infantes contaban con ideación suicida. Dan cuenta de la relación entre los pensamientos de preocupación sobre la muerte y la ideación suicida con distinción de

creencias sobre la muerte como un estado agradable y una relevante preocupación por la muerte de familiares.

Posteriormente, Pfeffer y colaboradores (1988) identifican una prevalencia de 17.9% de ideación suicida y 1.5% de intento suicida en una muestra de 101 individuos escolarizados de entre 6 y 12 años sin historia de problemas de salud mental. Reportan que los infantes con ideación suicida presentaron depresión, preocupaciones sobre la muerte y agresión. En un seguimiento de dos años el 50% de los participantes que informaban ideación o actos suicidas continuaban con ellos y de aquellos que no habían reportado ideación suicida 15% notificaron alguna conducta suicida.

Por su parte, Barrera-Cobos y Sarmiento-Osma (1995) exploraron la ideación suicida en 10 niñas y niños hospitalizados con diagnóstico de cáncer de entre 8 y 12 años. El 80% presentaba depresión y el 90% desesperanza, seis infantes presentaban ambas características y un participante con puntajes altos en estas características presentó ideación suicida. Todos ellos tenían conceptualización de la muerte con nociones de universalidad e irreversibilidad.

Viñas-Poch y colaboradores (2000) describen un estudio de 361 menores de entre 8 y 12 años con 10.25% de ideación suicida y 3.32% de intencionalidad suicida. Relevante en el mismo estudio que los infantes sin ideación suicida no presentaban adquisición del concepto de muerte mientras que los menores con ideación e intencionalidad suicida exhibieron una percepción más real de muerte reconociéndola como un evento inevitable, irreversible y con consecuencia del cese de actividad corporal. El 46% de ellos ya presentaban una concepción de muerte cercana a la de un adulto.

Últimamente, Quintana- Montoya y colaboradores (2015) investigan sobre la conciencia de muerte entre los 5 y 14 años a través de entrevistas. Determinan que entre los 5 y 6 años el concepto de muerte es ambiguo y está relacionado a lo que se escucha en casa, no se conciben características de universalidad, ni irreversibilidad en la muerte. Entre los 7 y 9 años los niños son capaces de reconocer elementos de causalidad, entienden las contingencias

como recompensa y castigo por los actos de la vida, han escuchado el concepto de suicidio como la muerte intencionada de alguien, reconocen medios para llevarlo a cabo, detallan motivaciones para ello y ya hay presencia de universalidad e irreversibilidad de la muerte. Hacia los 10 y 12 años existe una visión científica con facilidad para expresar diferencias entre vivos y muertos, el concepto de suicidio tiene mayores precisiones y la universalidad e irreversibilidad de la muerte son claros. Finalmente, hacia los 13 y 14 años el concepto de muerte ya está elaborado y se utiliza adecuadamente en el discurso, así, el concepto de suicidio es claro, mencionando causas y posturas al respecto.

Estos hallazgos corresponden con lo encontrado por Joffe y Offord en 1983, por ello, se estima que entre los 7 y 9 años o cuando el niño ya considera la muerte como una suspensión irreversible de la vida y como un fenómeno universal se puede hablar de suicidio (Barrera-Cobos y Sarmiento-Osma, 1995; Martínez-Lanz et al., 1985; Quintanilla-Montoya et al., 2015).

Igual que en el mundo, en México la mayoría de los estudios generados para el suicidio se centran en poblaciones de adolescentes y adultos dejando de lado a la población infantil (Chávez-Hernández et al., 2017; García-Peña y Villota-Araujo, 2019; Jiménez-Tapia y González-Forteza, 2003; Miranda de la Torre et al., 2009; Pfeffer et al., 1988; Viñas-Poch et al., 2000). Jiménez-Tapia y González-Forteza (2003) identifican que, de los estudios realizados en México entre 1982 y 2003, únicamente el 5% se refiere a población infantil mientras el 34% se concentra en adolescentes y el 11% en adolescentes y adultos.

No obstante, desde los años 70 se han identificado suicidios presentes en la población infantil mexicana (González-Forteza et al., 1999; Miranda de la Torre et al., 2009) no son reportados estadísticamente hasta 2006, evitando especificar prevalencias por grupo quinquenal antes de los 12 años. En los reportes existentes se presenta un comportamiento nacional al alza, con un 49% de aumento de casos entre 2010 y 2020 para el grupo de 10 a 14 años y del 163% para menores de 12 años entre 2007 y 2011 (INEGI, 2007, 2008, 2009, 2010, 2012, 2013, 2022a).

En ello, Miranda de la Torre y colaboradores (2009) exploraron la ideación suicida en 631 infantes escolarizados de entre 10 y 13 años en el Estado de Sonora. Encontraron ideación suicida en el 29.2% de la muestra y factores de riesgo como niveles bajos y medios de autoestima y, niveles medios y altos de ansiedad. Presentando así, 20% de participantes con baja autoestima, 15% con ansiedad alta y 26.9% con depresión moderada o severa.

Chávez-Hernández y colaboradores (2017) realizan un estudio descriptivo en Guanajuato con 217 individuos escolarizados de entre 9 y 13 años. Dilucida ideación suicida en el 16% de la muestra, con factores asociados como sensación de poco control sobre vivencias negativas en el 68% de los participantes, bajo sentimiento de logro en el 44%, sentimientos de culpa en el 24.3% y algún grado de depresión en el 11.5%.

Dados los resultados anteriores, Miranda de la Torre y colaboradores (2016) conducen otro estudio, en el mismo estado, con 557 escolares de quinto y sexto de primaria, de entre 9 y 13 años, ambos sexos. Determinan la presencia del 59% de estudiantes con rasgos depresivos, 22.9% con rasgos moderados y severos. Los cuales, aunados a Benjet (2015) quien refiere a la presencia de sintomatología depresiva en el 11.5% de individuos de entre 4 y 16 años, nos hablan de la depresión como un factor existente en esta población.

Así mismo, Salinas-Torres (2017) conduce un estudio con 189 individuos escolarizados de la Ciudad de México, de entre 6 y 13 años, donde identifica trastornos de ansiedad en 55% de la muestra.

Por su parte, Páramo-Castillo y Chávez-Hernández (2007) abordan 29 casos de suicidio y cinco notas póstumas de menores de entre 8 y 14 años en el Estado de Guanajuato que permiten dilucidar algunos factores de riesgo y precipitantes: el maltrato infantil, el dolor emocional, la falta de afecto y sentimientos de culpa.

En este sentido, se han podido identificar factores de riesgo de la conducta suicida en el infante, que no difieren mucho de aquellas encontradas para la población en general, y se precisan en la siguiente tabla 4 (Barrera-Cobos y Sarmiento-Osma, 1995; Beautrais et al.,

2005; Chávez-Hernández et al., 2017; García-Peña y Villota-Araujo, 2019; González-Forteza, García, et al., 1998; Gutiérrez-García et al., 2006; Gvion y Apter, 2016; Jiménez-Quenguan et al., 2014; Joffe y Offord, 1983; Lima-Ojeda, 2015; Martínez-Lanz et al., 1985; Miranda de la Torre et al., 2009; OMS, 2006; Páramo-Castillo y Chávez-Hernández, 2007; Pfeffer et al., 1979, 1988; Polaino-Lorente y De las Heras, 1990; Quintanilla-Montoya et al., 2015; Robles-Sánchez et al., 2013; Stone et al., 2017; UNICEF, 2021; Viñas-Poch et al., 2000).

#### **Tabla 4**

##### *Factores de riesgo en la infancia*

Sociales o Contextuales	Individuales
Suicidios colectivos	Pérdida de referentes sólidos
Vida familiar deteriorada	Depresión
Estrés familiar	Reacciones emocionales intensas
Desorganización familiar	Baja tolerancia a la frustración
Separación y pérdidas	Baja autoestima
Desplazamiento forzado	Sugestibilidad
Fracaso escolar	Intento suicida
Exposición a la violencia	Desesperanza
Bajo rendimiento escolar	Ansiedad
Acoso o abuso sexual	Abandono
Maltrato físico o psicológico	Conceptos temporales y agradables sobre la muerte
Conflictos en relaciones	Impulsividad
Padres o familiares con conductas suicidas	Dificultades de aprendizaje
Dificultades económicas	Mala comunicación
Padres con trastornos mentales	Preferir no buscar ayuda
	Desregulación emocional
	Afectos distróficos
	Agresividad y hostilidad
	Trastornos afectivos
	Preocupación por la muerte
	Dolor emocional
	Falta de afecto
	Aislamiento
	Irritabilidad
	Pocas habilidades sociales

*Nota.* Elaboración propia de acuerdo con literatura revisada.

En cuanto a los factores precipitantes del acto suicida en la infancia, diversos autores y artículos noticiosos (Beautrais et al., 2005; Joffe y Offord, 1983; Linehan y Shearin, 1988; Martínez-Lanz et al., 1985; Miranda de la Torre et al., 2009; Montañez-Raz, 2019; Páramo-Castillo y Chávez-Hernández, 2007; Polaino-Lorente y De las Heras, 1990; Redacción, 2019;

Torres, 2020; J. Vargas, 2020) enlistan las siguientes crisis emocionales o estresores: miedo al castigo, diferencias entre compañeros o amistades conflictivas, violencias, problemas escolares o familiares, sentimientos de pérdida, culpa o soledad, deseos de unirse a una persona significativa ausente y embarazos.

Aun así, en los infantes el reconocimiento de manifestaciones emocionales, conductuales y sobre todo cognitivas asociadas a la conducta suicida es bajo pues, aunque se reconoce que los factores cognitivos del suicidio suceden desde la infancia y se van reforzando a lo largo de la vida, muchos de estos factores se enmascaran con conductas disruptivas, afecciones de la edad, estigmatización de emociones y conductas o la internalización y ocultamiento de estas (Caraveo-Anduaga et al., 2002; Chávez-Hernández et al., 2017; T. E. Ellis, 2006; Gutiérrez-García et al., 2006; Medina-Gual et al., 2021; Pfeffer et al., 1979).

Pese a ello, se han identificado (Joffe y Offord, 1983; Lima-Ojeda, 2015) algunas señales de alarma en estos tres componentes. Las señales conductuales presentadas son dejar de jugar, aislamiento, alteraciones del sueño, conductas lesivas, bajo rendimiento escolar (en ocasiones dispar a sus capacidades) y conductas regresivas. Las señales cognitivas se representan en problemas de concentración o atención. Y las señales emocionales como irritabilidad y labilidad. Sin embargo, el reconocimiento de estas manifestaciones por parte de los padres es bajo, por tanto, la percepción de necesidad de ayuda y guía adecuados es escasa (Caraveo-Anduaga et al., 2002).

De este modo, la concepción del suicidio va más allá de componentes médicos y estadísticos, es un acto consciente y con propósito que responde a características de la sociedad como la integración y la regulación social (Durkheim, 1987; Linehan y Shearin, 1988; Morfín-López y Ibarra-López, 2015). Por ello ha sido estudiado por diversos psicólogos.

### ***2.8 Perspectivas psicológicas de la conducta suicida***

De acuerdo con Marsha Linehan (1981) existen cinco aproximaciones teóricas en torno al suicidio:

- Las teorías sociológicas observan al suicidio como una respuesta a el rol o estatus de una persona en el sistema social. Consideran que la importancia percibida de su rol en la sociedad, el nivel de integración y regulación social, la estabilidad y durabilidad de las relaciones, y las limitaciones sociales influyen directamente en las tasas de suicidio.
- Las teorías biológicas sugieren que las tendencias de la conducta suicida pueden ser heredadas o relacionadas con cambios bioquímicos.
- Las teorías psicodinámicas consideran a la conducta suicida como el producto de motivos internos inconscientes, por tanto, impulsos agresivos y hostiles hacia objetos amados o perdidos que se introyectan representando el deseo de matar, de ser matado o de morir.
- Las teorías del aprendizaje reconocen a la conducta suicida como una función de la personalidad dentro de la cual motivadores, reforzadores, el ambiente y la fuerza de las respuestas previas a situaciones similares generan estrategias de afrontamiento disfuncionales. En virtud de ello, si el individuo aprende, utiliza o ha utilizado como estrategia de afrontamiento alguna conducta suicida la probabilidad de que dicha respuesta vuelva a repetirse será mayor.
- Las teorías cognitivas contemplan a la conducta suicida principalmente ligada a distorsiones cognitivas, dentro de las cuales el individuo puede alterar negativa y sistemáticamente sus experiencias, sin bases objetivas, anticipando un resultado negativo para conseguir sus metas. Así, se considera a la propia muerte como un medio para comunicar o resolver una situación que genera intensos estados de angustia, por tanto, los individuos presentan una alta motivación para estar muertos.

Por su parte, las teorías del modelo social conductual, que posteriormente suman a la tercera generación de la terapia cognitivo conductual, conciben a la conducta suicida como el producto de tres elementos (la respuesta cognitiva, la respuesta conductual y la respuesta afectiva) interrelacionados con el ambiente donde el individuo se desenvuelve. Siendo la interacción dinámica entre el sistema ambiental y sistema personal comportamental causales del acto suicida (Córdova-Osnaya et al., 2015; Linehan y Shearin, 1988).

Dicha visión, utiliza las bases del conductismo e integra factores cognitivos y variables ambientales interrelacionadas en el aprendizaje o adquisición de repertorios conductuales que permiten dar respuesta a una situación, evento o estímulo. Con la premisa de la existencia de una interacción continua con el ambiente la conducta del individuo se ve influenciada continuamente por los procesos sociales (Mead, 1934; Staats, 1975, 1979).

Por tanto, la interacción que el individuo y su conducta tienen con la sociedad generan las diferentes respuestas ante estímulos idénticos. En virtud de ello, es importante tener en cuenta las condiciones previas de aprendizaje, los repertorios conductuales básicos, las condiciones que mantienen y evocan la conducta, además de, la conducta presente y su interacción con el ambiente. Pues dichos factores tienen base en la biología, biografía y experiencia de los individuos de tal forma que permiten mediar y/o reforzar las respuestas conductuales que a su vez producen nuevos estímulos y generan patrones de conducta que serán mantenidos o repetidos posteriormente (Mead, 1934; Staats, 1975, 1979).

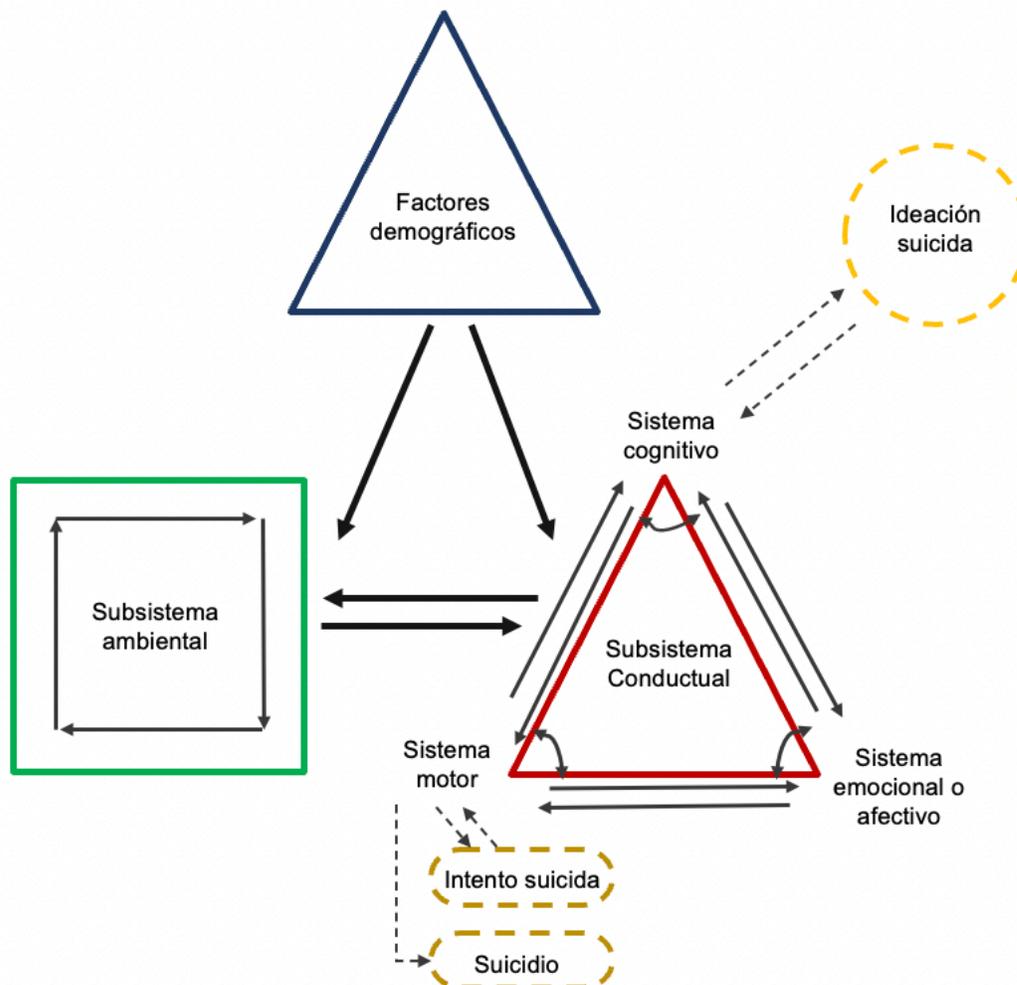
Así, la conducta anormal del individuo surge de condiciones previas o actuales de aprendizaje que producen repertorios de comportamiento inapropiados (Staats, 1979). En el caso de la conducta suicida se generan estresores ambientales que en conjunto con factores de riesgo personales y ambientales provocan la iniciación de actos suicidas (Linehan y Shearin, 1988).

Marsha M. Linehan (1981) genera un mapa de interrelaciones de la conducta suicida dentro del cual resalta la importancia bidireccional de los eventos situacionales en interacción

con factores personales (conductuales, cognitivos y emocionales o afectivos) y factores ambientales o contextuales, el cual podemos observar en la siguiente figura 3.

**Figura 3**

*Modelo de la conducta suicida de Linehan*



*Nota. Tomado de "A Social-Behavioral Analysis of Suicide and Parasuicide: Implications for Clinical Assessment and Treatment", por M. M. Linehan, en J. F. Clarkin y H. I. Glazer (Eds.), Depression: Behavioral and Directive Intervention Strategies (p. 252), 1981, Garland Press. Copyright 1981 por Garland Publishing, Inc.*

Siendo así, autores como Brown (2006), Ellis (2006), la misma Linenhan (1981), Linenhan y Shearin (1988) aunados a Sánchez-Loyo y colaboradores (2015) han dado luz a los

elementos que forman parte de los factores personales y contextuales del mapa anterior, enlistados en la tabla 5 subsecuente.

**Tabla 5**

*Factores personales y ambientales de la conducta suicida*

Personales			Ambientales o contextuales
Conductuales	Cognitivos	Emocionales	Todos aquellos biológicos, genéticos y situaciones en el ambiente del individuo que forjan e influncian a la persona.
Baja interacción social	Dificultad para resolver problemas	Dificultad para regular emociones	Dificultades económicas
Evitación de la mayoría de los contactos sociales	Dificultad para regularse	Baja expresión emocional	Cambios en la situación de vida
Pocas habilidades de interacción social	Menores estrategias de afrontamiento	Expresiones emocionales disruptivas, agresivas, hostiles, destructivas	Eventos traumáticos
Impulsividad	Poco control de interferencia	Baja tolerancia a la angustia o al dolor	Condiciones de vida extremas
Problemas de regulación de respuestas agresivas	Dificultad o errores en la toma de decisiones	Estado de ánimo de fracaso	Ambientes invalidantes
Menor capacidad para generar palabra	Rigidez cognitiva	Distanciamiento emocional	Rechazo
Realizan elecciones más riesgosas	Constricción cognitiva	Cambios en el estado de ánimo, labilidad	Ambientes castigantes o con castigos excesivos
Desempeño basado en el ensayo inmediato	Pensamiento dicotómico	Disfunción emocional	Ambientes con abuso
Menor capacidad de adaptación en el entorno social	Desesperanza	Mayor activación ante emociones negativas	Reforzadores de conductas discordantes que premian autocastigarse
Pobre desempeño en tareas funcionales ejecutivas	Disonancia cognitiva	Mayor capacidad de reconocimiento del enojo	Falta de apoyo social o bajo apoyo social
Poco control de fluidez verbal	Baja tolerancia a la aflicción o angustia	Mayores niveles de estrés	Baja interacción social
Hostilidad	Mayor dependencia de campo	Menor tolerancia a la frustración	Baja regulación social
Irritabilidad	Menor locus de control interno	Falta de regulación atencional	Condiciones sociales de aislamiento
Apatía	Mayor atención hacia estímulos negativos	Hipervigilancia emocional	Infancias dolorosas
Aislamiento	Mayor capacidad para recuperar información negativa que positiva	Errores de reconocimiento facial emocional	Exposición a conductas suicidas, modelos previos
Trastornos de sueño	Sensación subjetiva de no poder afrontar los problemas	Enojo	Enfermedades o desórdenes psiquiátricos
Indiferencia	Pobre memoria autobiográfica	Tristeza	
Uso de estupefacientes	Autoconcepto con autoinvalidación	Dolor emocional	
Comunicación directa o indirecta de la intención	Juicios negativos sobre sí mismo, despreció por sí mismo	Vergüenza	
	Menor autoestima	Ansiedad	
	Limitada capacidad de dependencia a la recompensa		
	Visión de la muerte como más favorable que la vida		
	Expectativas de la muerte como medio para resolver los problemas y la angustia		

*Nota.* Elaboración propia de acuerdo con literatura revisada.

Anteriores que, en interrelación con factores precipitantes, eventos de vida negativos para el individuo, pérdidas, conflictos sociales, interacciones violentas y exposición a violencia o abusos generan la conducta suicida (M. Z. Brown, 2006; Linehan y Shearin, 1988).

En esta misma línea, Córdoba-Osnaya y colaboradores (2015) registran los factores personales y contextuales o ambientales que desde esta visión se presentan principalmente en la población mexicana:

- Factores personales cognitivos: incertidumbre a las expectativas del futuro, visión negativa del futuro y creencias irracionales.
- Factores personales conductuales: fracaso escolar, consumo de estupefacientes, problemas de conducta, impulsividad y autolesiones.
- Factores personales emocionales: sintomatología depresiva, ansiedad, afecto negativo, miedo y estrés.
- Factores ambientales o contextuales: estilo materno o paterno negligente, estilo paterno autoritario, abuso sexual, baja comunicación con los padres, frecuente conflicto con la madre, intensidad en el conflicto con el padre, falta de creencias religiosas, bajo apoyo social, mala relación con padres y exposición a modelos suicidas.
- Eventos adversos o precipitantes: bajo rendimiento escolar, experiencias de sufrimiento o exposición a situaciones humillantes recientes, problemas con familiares o amigos y problemas de conducta.

De tal forma, la conducta suicida es un proceso dinámico que involucra etapas emocionales, cognitivas y conductuales (González-Forteza y Jiménez-Tapia, 2015). La evaluación cognitiva que el individuo hace del estresor depende de los recursos internos y externos de afrontamiento, ello influye en el estado emocional. Cuando la persona no siente

que cuenta con suficientes recursos genera malestar emocional (González-Forteza et al., 2003; Villalobos-Galvis, 2007), por tanto, en el suicidio el elemento emocional es sumamente relevante (Morfin-López y Ibarra-López, 2015).

Los individuos con conducta suicida fallan en la comunicación clara de sus emociones, tienden a inhibir sus experiencias y expresiones emocionales, incluso cuando son apropiadas, pues aprendizajes y experiencias previas castigaron o invalidaron dichas reacciones emocionales. Pueden aparentar control y calma, aunque la emoción no sea correspondiente, por ende, generan estrategias de afrontamiento de la emoción de evitación o huida (M. Z. Brown, 2006).

En este sentido, se reconoce que el individuo con conducta suicida ve a la propia muerte como una solución para afrontar emociones intolerables, para las cuales no distingue otras estrategias de afrontamiento. La falta de regulación emocional acrecentará esta activación cognitiva obstaculizadora, incrementará la impulsividad, la baja tolerancia emocional y la reactividad lo que dificultará la resolución de problemas. Así, el intento suicida surge para aliviar esas emociones percibidas como negativas e intolerables y mantiene la conducta suicida como respuesta de afrontamiento ante situaciones similares (M. Z. Brown, 2006).

De acuerdo con estas concepciones la regulación emocional es clave en el tratamiento y prevención de la conducta suicida, por lo cual, en los capítulos subsecuentes se abordan las emociones y la regulación emocional.

### Capítulo 3. Emociones

Las emociones y su debatido concepto tienen inicios claros en la Antigua Grecia (Bisquerra-Alzina, 2009; Russell, 1992; Thompson, 1994), en aquel momento los físicos consideraban a las pasiones o emociones como fenómenos corporales y los dialécticos como fenómenos mentales. Platón encuentra a las pasiones como caballos descarriados que deben ser controladas, al controlarlas será posible contemplar las ideas y desarrollar el intelecto. Así, las pasiones son fuerzas que esclavizan a la razón, por tanto, son irracionales y opuestas. Aristóteles cuestiona estas concepciones dialécticas y conceptúa a la emoción como una reacción conjunta, parte de un todo. Sostiene que las pasiones van acompañadas de sensaciones y entrañan alteraciones que están acompañadas de placer y/o dolor que, por tanto, son causantes de cambios de juicios en las personas. En ello discurre que algunos juicios provocan emociones, que algunas emociones provocan juicios y que ciertos juicios excluyen emociones (Casado y Colomo, 2006; Mead, 1934; Trueba-Atienza, 2009).

Por su parte, los estoicos idean a las pasiones como el resultado de los juicios acerca del mundo y el lugar que el individuo ocupa en él. Son vivencias que unidas con la moral y creencias valorativas influyen en la percepción e interpretación del mundo, por tanto, no son reacciones automáticas (Bisquerra-Alzina, 2009; Casado y Colomo, 2006; Mead, 1934).

Estas abstracciones serán base de muchas de las concepciones de la emoción posteriores y actuales. Por ejemplo, Hobbes piensa que las emociones dirigen y motivan la conducta hacia la evitación o la continuidad, Descartes mantiene el dualismo de las emociones, Locke estima que son base del aprendizaje en asociación con estímulos y respuestas, y Hume cavila que las ideas y las creencias juegan un papel destacado en la emoción, por tanto, las emociones pueden ser causadas por acontecimientos presentes y directos o por acontecimientos indirectos (Casado y Colomo, 2006).

Empero, es hasta 1872 con los estudios de Darwin sobre las expresiones de las emociones y sus funciones adaptativas que se estudian las emociones como fundamentales

para la sobrevivencia de la especie. De ahí que se hayan considerado ciertas emociones como universales (Mead, 1934).

En dicho siglo XX los avances en el campo de la medicina y los procesos cerebrales permiten intensificar el estudio de las relaciones entre el cerebro y la emoción ubicando principalmente dentro del proceso a la amígdala, el tálamo, el hipotálamo, la corteza cingulada, la corteza prefrontal y al sistema de activación reticular (Bisquerra-Alzina, 2009; Fernández-Abascal et al., 2010; Robinson et al., 2013).

De esta suerte, el cuestionamiento alrededor de las emociones ha sido constante y, en el tiempo, se han desarrollado diversas concepciones consistentes con los paradigmas teóricos dominantes. Algunos modelos teóricos han ido por delante con evidencias empíricas, pero no todas las concepciones han realizado estudios desde la investigación experimental (Fernández-Abascal et al., 2010).

La visión biológica de las emociones considera que son un patrón observable, específico y limitado de respuestas ante una situación u objeto para el bienestar y la supervivencia. Son reacciones adaptativas, heredadas filogenéticamente y desarrolladas a lo largo de la ontogénesis con funciones regulatorias que permiten la homeostasis (Bisquerra-Alzina, 2009; Eisenberg y Morris, 2003). Por ejemplo, la teoría de las emociones discretas refleja las creencias de Darwin sobre la importancia biológica y social de las emociones viéndolas como adaptativas y discretas con características distintivas corporales, vocales, faciales o gesticulares que permiten la comunicación entre individuos, incluso con aquellos de diversas culturas. Reconoce en ello, la importancia de la sociedad en el desarrollo de la emoción y su regulación (Eisenberg y Morris, 2003).

La visión conductual evita hablar directamente de emociones, pero las estudia desde el proceso de aprendizaje como parte de las variables en el condicionamiento. Son una predisposición para actuar de manera determinada, por ello, respuestas fisiológicas que surgen como resultado de un condicionamiento ante un estímulo, la anticipación de un estímulo o la

identificación de una consecuencia por aprendizaje vicario. En esta línea existe experimentación acerca de la dinámica afectiva tendiente a la homeostasis, sobre el aprendizaje vicario en conductas emocionales, la indefensión aprendida, las alteraciones emocionales, entre otros (Bisquerra-Alzina, 2009; Fernández-Abascal et al., 2010; Melamed, 2016).

La visión cognitiva integra a los procesos emocionales las evaluaciones que se realizan acerca de las situaciones o estímulos. Debido a lo cual, incorpora sobre los modelos conductuales una serie de variables, no observables, que suceden entre la situación o presentación del estímulo y la respuesta o conducta emocional: valoración, interpretación, etiquetado, afrontamiento, objetivos, control percibido, expectativas, etc. La emoción entonces no puede suceder únicamente con la presencia de activación fisiológica, es fruto de un proceso de evaluación cognitiva que requiere de la percepción, valoración o evaluación subjetiva de diversos aspectos del evento o estímulo. Por tanto, reconoce componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales en el proceso emocional (Bisquerra-Alzina, 2009; Domínguez-Rodríguez, 2004; Fernández-Abascal et al., 2010; Melamed, 2016).

Así, la línea cognitivo-conductual identifica a las emociones como normales y apropiadas, incluso aquellas que generan malestar, pues van ajustando las conductas para ser afrontadas. En algunos individuos que las experimentan de forma intensa, por largos periodos o donde las cogniciones y comportamientos se vuelven redundantes favorecen el malestar y se vuelven ineficaces. Para esta línea la interpretación de las circunstancias desde sesgos cognitivos mantiene el malestar (Santillán-Torres-Torija y Conchado-Vargas, 2019).

Por su parte, la visión construccionista contempla a la emoción como resultado de la ejecución de procesos coordinados como activación, apreciación, consciencia y experiencia emocional que guían a la conducta apreciativa. La emoción es una respuesta generada por el análisis de un evento significativo que prepara al individuo para la acción (Eisenberg y Morris, 2003).

En ello, las teorías cognitivas constructivistas consideran a las emociones como estados indiferenciados que van diferenciándose y controlándose como producto del desarrollo cognitivo. Su función entonces es reguladora (Eisenberg y Morris, 2003).

La visión funcionalista ve a la emoción como resultado de la subjetividad del individuo y los cambios psicológicos. Se enfoca en los eventos, la transacción que la persona hace en esos eventos, la conducta emocional y la relación entre emoción y acción o acción y las tendencias conductuales. Así, las emociones son signos sociales que comunican información, están ligadas con metas e interacciones sociales, por tanto, son adaptativas y una parte integral de la personalidad, la motivación y el funcionamiento del individuo (Eisenberg y Morris, 2003).

Por su parte, las teorías relacionales conceptualizan a la emoción como un fenómeno social que permite interpretar el entorno y comprender a otros en función de la cultura, las normas sociales y morales. Permite modificar relaciones interpersonales y mantener su estado (Gómez-Pérez y Calleja-Bello, 2016).

Las teorías de apego combinan la teoría psicoanalítica y la etología, figuran que el vínculo con los cuidadores y las relaciones sociales son base del desarrollo emocional. Los procesos evolutivos biológicos y el rol de la emoción desarrollan las relaciones sociales y la personalidad (Eisenberg y Morris, 2003).

En fin, los siglos XIX y XX han explorado la emoción desde factores biológicos, fisiológicos, conductuales, cognitivos y sociales sin tornar en una definición única de la emoción (Fernández-Abascal et al., 2010; Melamed, 2016). No obstante, existe cierto consenso ante la identificación de algunos componentes en las emociones.

La mayoría de los autores considera que las emociones presentan cambios fisiológicos: tienen reacciones en el sistema nervioso autónomo, en el sistema nervioso central y/o en la secreción hormonal; manifiestan cambios en la expresión facial y algunos otros en la acción del individuo; así mismo, tienen acciones de respuesta al entorno y han sobrevivido a las

sociedades porque son adaptativas y funcionales (Fernández-Abascal et al., 2010; Gómez-Pérez y Calleja-Bello, 2016; Mead, 1934).

De igual forma, aunque más cuestionado, las emociones producen experiencias subjetivas, requieren de una interpretación de la situación para prepararse a la acción. Dicha interpretación inicia al prestar atención a la situación, implica análisis y procesamiento de información, además de, valoración o evaluación de los eventos. Por ello, ante una misma situación las personas pueden experimentar reacciones diferentes (Fernández-Abascal et al., 2010; Gómez-Pérez y Calleja-Bello, 2016).

Al enlistar algunas de las características más repetidas de las emociones, podemos decir que:

- Son multidimensionales (Fernández-Abascal et al., 2010; Gross, 2014b; Jacobson et al., 2011).
- Son un conjunto de reacciones orgánicas que experimenta el individuo ante la interacción de estímulos, situaciones o eventos (Fernández-Abascal et al., 2010; Gerhard, 2002).
- Se componen de diferentes procesos fisiológicos, psicológicos/cognitivos o conductuales (Caballo, 1998; Yépez-García, 2012).
  - Los componentes fisiológicos son las respuestas periféricas, respuestas motrices y la expresión facial, corporal y verbal (Fernández-Abascal et al., 2010; Gómez-Pérez y Calleja-Bello, 2016).
  - Los componentes psicológicos o cognitivos son paralelos a los fisiológicos y afectan la forma de la respuesta. Pueden ser la experiencia personal o emocional previa, la percepción, la interpretación, las anticipaciones, situaciones externas, aprendizajes previos, entre otros (Fernández-Abascal et al., 2010; Gómez-Pérez y Calleja-Bello, 2016; Mead, 1934).

- Los componentes conductuales son todas aquellas acciones para responder a la situación. Algunos ejemplos son la agresión, la evitación, la adopción de una postura corporal, la curiosidad o el lenguaje (Fernández-Abascal et al., 2010; Pérez-Díaz y Guerra-Morales, 2014).
- Responden a un evento o situación, tienen un inicio definido con uno o más picos de intensidad y declina. La duración puede ir de segundos a horas (Bisquerra-Alzina, 2009; Fernández-Abascal et al., 2010; Gerhard, 2002; Thompson, 1994).
- Cumplen con funciones adaptativas, sociales, motivacionales y regulatorias que las hacen útiles y beneficiosas (Fernández-Abascal et al., 2010; Gerhard, 2002; Pérez-Díaz y Guerra-Morales, 2014; Perinat, 2003).
  - Las funciones adaptativas preparan al individuo para ejecutar una conducta, permiten responder adecuadamente a las situaciones y sobrevivir (Fernández-Abascal et al., 2010; Frijda y Zeelenberg, 2001; Gerhard, 2002; Gross, 2014b; Pérez-Díaz y Guerra-Morales, 2014).
  - Las funciones sociales facilitan la interacción social, brindan la capacidad de comunicar el estado emocional e interactuar con otros (Fernández-Abascal et al., 2010; García-Hernández, 2017; Gerhard, 2002).
  - Las funciones motivacionales nos orientan a la movilización, por tanto, guían nuestras respuestas y decisiones permitiendo regular el comportamiento a través de la aproximación o la evitación de situaciones y facilitan la aparición de conductas motivadas que pueden generar nuevas reacciones emocionales. Las conductas motivadas están íntimamente interrelacionadas con las emociones, producen emociones y las emociones motivan la conducta (Fernández-Abascal et al., 2010; Gerhard, 2002; Gómez-Pérez y Calleja-Bello, 2016; Vivas et al., 2007).

Entonces, las emociones cuentan con componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales; representan estados mentales despertados por objetos, eventos o ideas que preparan al individuo para adaptarse y responder al entorno; no pueden observarse directamente, pero se observan sus efectos sobre el comportamiento; e implican estímulos, diversos niveles de procesamiento cognitivo y cambios fisiológicos, patrones de comportamiento y patrones comunicativos (Fernández-Abascal et al., 2010; Staats, 1975).

Algunos autores consideran que son procesos internos o externos que se experimentan como positivos o negativos, agradables o desagradables, dependiendo de la forma en que el individuo las interprete (Gómez-Pérez y Calleja-Bello, 2016; Perinat, 2003; Yépez-García, 2012); y que en conjunto con la conducta contribuyen al desarrollo de la personalidad (Domínguez-Rodríguez, 2004).

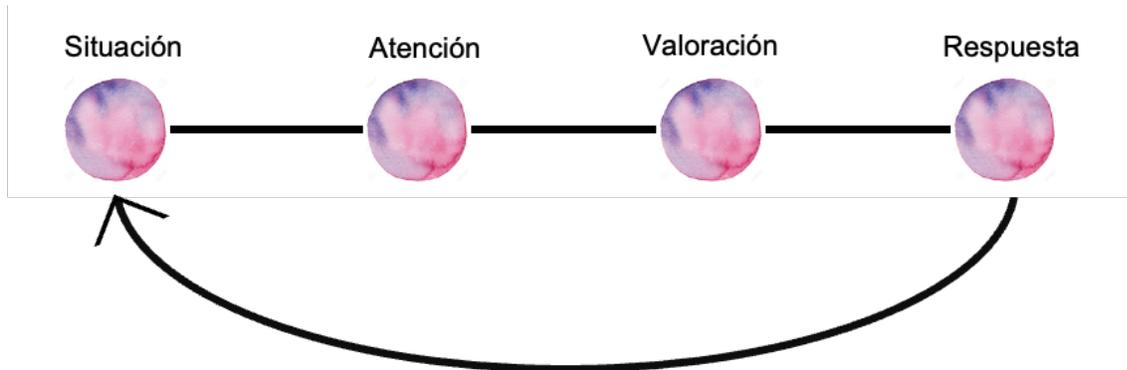
Según Fernández-Abascal y colaboradores (2010) la emoción como concepto se ha utilizado en la psicología para describir y explicar un proceso encargado del análisis de situaciones significativas, la interpretación subjetiva en función de la gestoría personal, la expresión emocional o comunicación de la emoción, la preparación para la acción o la movilización de comportamiento y los cambios de actividad fisiológica.

Siendo así, Bisquerra-Alzina (2009) define a la emoción como un conjunto completo de interacciones entre factores objetivos y subjetivos que sucede en respuesta a un acontecimiento externo o interno. Un proceso que implica una serie de condiciones desencadenantes, la existencia de interpretación subjetiva, diversos niveles de procesamiento cognitivo-valorativo, cambios fisiológicos además de patrones expresivos y de comunicación que movilizan a la acción para adaptarse al entorno en continuo cambio.

Al considerar todas estas características James J. Gross (2007, 2014a) desarrolla el Modelo modal de la emoción que se ejemplifica en la figura 4.

## Figura 4

### Modelo modal de la emoción



*Nota.* Tomado de “Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations” por J. J. Gross, en J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2a ed., p. 5), 2014, The Guilford Press. Copyright 2014 por The Guilford Press.

Dentro de este modelo, la emoción surge del contexto de la persona, inicia con una situación (interna o externa) relevante para el individuo, el individuo pone atención a la situación en diversas formas y genera valoraciones con base en experiencias previas, aprendizajes, valores y metas relevantes. Todo ello constituye la evaluación subjetiva de la situación y desencadena en la respuesta emocional, que involucra cambios cognitivos, fisiológicos y comportamentales. Estas respuestas emocionales generan o cambian la situación y el proceso vuelve a realizarse (Gross, 2014a; Gross y Thompson, 2007; Suri et al., 2013).

Este proceso podría separarse en tres etapas. La primera etapa implica eventos desencadenantes: un evento real, social, recordado, anticipado o imaginado. Encontrarse bajo una condición especial, relevante para las metas del individuo o de cambio en las condiciones internas o externas de este (Bisquerra-Alzina, 2009; Ekman, 1970; Fernández-Abascal et al., 2010; Frijda y Zeelenberg, 2001; Ruesta-Espinoza, 2020). Las metas se basan en el estado situacional, los valores personales, el bagaje cultural, las normas sociales y la etapa del desarrollo. Pueden ser trascendentales o efímeras, basadas en la biología o derivadas de la

cultura, periféricas o centradas en el autoconcepto, aceptadas y compartidas o personales e idiosincráticas (Reyes-Ortega y Tena-Suck, 2016; Suri et al., 2013; Thompson, 1994).

La parte medial del proceso genera una valoración/evaluación de la situación o evento. Por tanto, el individuo contrasta la situación con una escala de valores, algo ya conocido o las percepciones para dar una respuesta adaptativa mientras reflexiona la respuesta para cumplir con funciones sociales y motivacionales (Bisquerra-Alzina, 2009; Fernández-Abascal et al., 2010).

El primer punto es rápido y automático, implica pocos recursos, se evalúa la situación de acuerdo con la novedad del evento, si las condiciones de este son agradables a la persona o no, el contexto y la experiencia previa (Bisquerra-Alzina, 2009; Fernández-Abascal et al., 2010).

El segundo punto comprende una vía de análisis más lenta, consciente, detallada, específica e individual que consume más recursos psíquicos. Dentro de la cual se valora si la situación es conveniente para las necesidades o metas específicas del individuo o si pone en peligro la supervivencia. Incluye la valoración sobre los recursos disponibles para la persona en la situación y la coherencia con las normas o expectativas sociales, culturales o significativas para el individuo. Dicha activación entonces integra la experiencia subjetiva de la respuesta emocional, la expresión corporal (facial, cambio de entonación o postura), los cambios fisiológicos y la tendencia a la acción (Bisquerra-Alzina, 2009; Fernández-Abascal et al., 2010; Frijda y Zeelenberg, 2001).

De esta segunda parte dependerá la cualidad e intensidad de las emociones evocadas pues se facilita mayor interpretación, retención o recuperación selectiva de acontecimientos con una respuesta emocional específica. Así mismo, es donde se generan sesgos cognitivos, valoraciones inadecuadas o no ajustadas a la realidad que pueden generar respuestas emocionales inefectivas o que no correspondan a la situación (Bisquerra-Alzina, 2009; Fernández-Abascal et al., 2010; Frijda y Zeelenberg, 2001).

La tercera etapa implica generar la conducta con expresiones emocionales, verbales y no verbales. En consecuencia, se producirá una apreciación subjetiva, cambios en la activación fisiológica y la posible movilización de comportamientos en relación con la propia valoración que pueden desencadenar en nuevas situaciones (Bisquerra-Alzina, 2009; Ekman, 1993; Fernández-Abascal et al., 2010).

Las respuestas emocionales, por tanto, están influenciadas por la herencia evolutiva, las circunstancias, las transformaciones socioculturales y los cambios en el sistema de valoración desde la infancia (Fernández-Abascal et al., 2010).

En la infancia elementos como el discurso enfocado, las expresiones emocionales, las reacciones consecuentes, el modelado, el reforzamiento selectivo, el lenguaje o la información social como los cuentos, las películas y la tecnología intervienen en el desarrollo emocional futuro generando conceptos cada vez más sofisticados de la emoción que permiten lidiar o adaptarse a situaciones y relaciones, lo que crea a su vez nuevas formas de vínculos psicoafectivos (Ekman, 1993; Fernández-Abascal et al., 2010; Gerhard, 2002; Gross y Thompson, 2007; Perinat, 2003; Suárez-Colorado, 2020; Thompson, 1994).

### ***3.1 El desarrollo emocional***

El infante parte de un estado de excitación general y a través del aprendizaje, maduración, desarrollo cognitivo, social y motor logra diferenciación emocional (Perinat, 2003). Desde el nacimiento, las emociones primitivas del individuo le permiten comunicarse y regular las conductas de cuidado de los adultos. La expresión emocional está ligada a estados internos placenteros y displacenteros (Ríos-Bermúdez y Reyes-Vallejo, 2014).

Durante los primeros tres meses de vida el ser humano exhibe una gama de emociones que influyen en las acciones de los cuidadores y son influidas por los mismos. Dichas expresiones son principalmente fisiológicas, faciales y universales. La relación con el cuidador permite la referencia social para el uso y organización de mayores expresiones emocionales, la socialización propicia la expresión conductual de la emoción y la movilización de los adultos

facilita las interacciones causales. Mismas que durante los primeros años de vida se van desarrollando, diferenciando y relacionando con eventos (Perinat, 2003; Ríos-Bermúdez y Reyes-Vallejo, 2014; Zeman et al., 2006).

Entre los tres y seis meses se comienzan a observar expresiones faciales identificables con alegría, tristeza, ira, desagrado, sorpresa y miedo, empero no existe una clara conexión entre la expresión emocional y el estado interno. En estos meses comienzan algunas conductas básicas de regulación como la evitación de situaciones incómodas (Ríos-Bermúdez y Reyes-Vallejo, 2014).

Para los nueve meses ya existe una intencionalidad expresiva de acuerdo con demandas y resolución de necesidades (Perinat, 2003).

Hacia el segundo año de vida se empiezan a tener representaciones de estados emocionales básicos y se atribuyen relaciones causales de conformidad con la cultura y las interacciones a las que se tenga acceso (Perinat, 2003). Con base en ello, la expresión de cada emoción va cambiando y comienzan acciones de regulación no conscientes (Zeman et al., 2006).

Así, en los primeros tres años las expresiones emocionales se hacen más selectivas y aumentan en duración. Cuando se percibe peligro, surgen emociones y comportamientos relacionados al llorar o gritar que facilitan la huida o evitación (Perinat, 2003; Ríos-Bermúdez y Reyes-Vallejo, 2014).

En el tercer año de vida las interacciones con pares, cuidadores y la consciencia de sí mismo permiten percibir e identificar las emociones como propias. En virtud de lo cual, se desarrolla la capacidad de comprender las emociones propias y las de otros, se efectúan acciones para compartir las propias emociones e influir en la expresión emocional externa (Ríos-Bermúdez y Reyes-Vallejo, 2014; Zeman et al., 2006). Los intercambios culturales y las normas sociales posibilitan el surgimiento de emociones como vergüenza, culpa y orgullo que fomentan la regulación en la expresión emocional. Puede haber amplificación, minimización o

sustitución de la expresión emocional (Perinat, 2003; Ríos-Bermúdez y Reyes-Vallejo, 2014; Zeman et al., 2006).

Hacia los cuatro años se acrecienta la comprensión emocional y se establecen criterios de influencia emocional más complejos. Gracias al lenguaje y a las experiencias previas los niños discriminan entre emociones, adscriben emociones a determinadas circunstancias y reconocen la reacción diferencial entre emociones y las variaciones individuales en estas. Van creando así una representación cognitiva de las emociones (Perinat, 2003; Zeman et al., 2006).

Entre los 4 y 5 años el autoconocimiento emocional es mayor porque los infantes aprenden que la intensidad y la persistencia temporal de las emociones varía, asimismo, reconocen la causalidad y consecuencias de dicha variación, logran determinar placer o displacer en las emociones y, al adquirir mayores habilidades cognitivas, logran analizar el estado emocional y experimentar emociones diversas tras valorar diferente las situaciones o eventos (Zeman et al., 2006).

Hacia los cinco años las manifestaciones y conocimientos de los estados emocionales de las personas son más precisos, logran atribuir etiquetas de lenguaje concretas a las emociones que les ayudan a diferenciarlas. En esta edad aparecen ajustes claros en las emociones acrecentando, disimulando u ocultando emociones (Ríos-Bermúdez y Reyes-Vallejo, 2014). Así, durante esta etapa, las interacciones con los cuidadores habituales favorecen la actuación ante las emociones de otras personas y el desarrollo de habilidades emocionales como la expresión, el conocimiento y manejo emocional (Ríos-Bermúdez y Reyes-Vallejo, 2014).

Para los seis años el individuo puede diferenciar entre una emoción real y una emoción aparente, además de comprender la intención de engañar con la emoción y los efectos que tiene en los otros (Soldevila et al., 2007).

Entre los 6 y 10 años se mejora la comprensión múltiple de la emoción. El creciente dominio del lenguaje le permite a la persona distinguir entre emociones y utilizar sinónimos de

acuerdo con la comprensión de las emociones propias y las de los demás (Najera-Najera, 2011; Zeman et al., 2006). En esta etapa, aunque la familia es relevante, la escuela y los pares tienen una influencia mayor en la comprensión emocional y en las estrategias emocionales para preservar relaciones. Los nexos de amistad permiten desarrollar estrategias de adaptación entre iguales, facilitan que el individuo aprenda formas de responder emocionalmente con consecuencias satisfactorias y manejan sus emociones de acuerdo con metas y el entendimiento de reglas influidas por la sociedad y la cultura, logrando anticipar el impacto de sus emociones en los demás (Gross y Thompson, 2007; Najera-Najera, 2011; Soldevila et al., 2007; Zeman et al., 2006).

En virtud de ello, la escuela es un contexto importante para el desarrollo emocional pues en ella se adquieren nuevos términos para designar estados emocionales propios y ajenos, crece la diferenciación y especificidad de las emociones, se reconocen emociones ambivalentes o contradictorias, se aumenta la expresión y percepción de las emociones propias y ajenas, se amplía capacidad para comprender las emociones propias y de los demás, sean conocidos o no, y se concibe con mayor claridad la posibilidad de cambiar las emociones mediante modificaciones de contexto o pensamiento (Ríos-Bermúdez y Reyes-Vallejo, 2014).

Así, durante los 10 y hacia los 12 años se aumenta la comprensión emocional propia y externa, aumenta el vocabulario permitiendo inferir familias de emociones, se reconoce la combinación de emociones o sentimientos y se identifican emociones contradictorias en una misma situación o hacia una misma persona. Lo que permite el incremento de relaciones sociales con estrategias autoiniciadas para dirigir sus emociones, resolver conflictos y actuar en consecuencia del otro de forma empática (Najera-Najera, 2011; Soldevila et al., 2007).

Por esa razón las estrategias de modulación o modificación emocional tienden a ser más cognitivas, se utiliza el distanciamiento temporal, el cambio de atribuciones, la relajación, la planificación de problemas y la aceptación de la propia responsabilidad (Soldevila et al., 2007).

Posteriormente, hacia la adolescencia, las habilidades para regular las emociones incrementan y se diferencian de acuerdo con la motivación y el contexto. Hay mayor consciencia emocional y de consecuencias, esto favorece la toma de decisiones dirigida a metas y la priorización de relaciones. En esta etapa se priorizan las relaciones de pares, por ello, aparece una expresión verbal más fluida de los componentes emocionales (Soldevila et al., 2007).

Tomando en cuenta todo lo anterior, podemos reconocer la importancia de la sociedad en el desarrollo de la emoción y su regulación (Eisenberg y Morris, 2003; Thompson, 1994), se distingue que el comportamiento emocional se aprende y que la relevancia de las emociones radica en la preparación, guía y motivación de respuestas comportamentales, memorísticas, interactivas, de vinculación y entendimiento personal y del otro que permiten la toma de decisiones y la facilitación de las interacciones sociales. Mismas que pueden ser adaptativas, adecuadas o no dependiendo del contexto (Bisquerra-Alzina, 2009; García-Hernández, 2017; Perinat, 2003; Robinson et al., 2013; Suri et al., 2013; Thompson, 1991). En virtud de lo cual, tienden a dividirse o categorizarse continuamente.

### **3.2 Clasificación de las emociones**

Al igual que el concepto de emoción, la organización y clasificación de las emociones se ha concebido desde muchas visiones.

Los estudios dimensionales de las emociones identifican ejes bivalentes que discriminan a una amplia gama de emociones por el tono hedónico, positivo o negativo, de acuerdo con lo agradables o desagradables que se consideren para el individuo. Así, se nombran dimensiones afectivas de activación y control que establecen mapas emocionales de los cuales surgen tipos y familias de la emoción, separadas en torno a la valoración de la situación o estímulo (Bisquerra-Alzina, 2009; Fernández-Abascal et al., 2010).

Las emociones positivas se caracterizan por la valoración congruente con las metas personales, por ello, también se llegan a etiquetar como placenteras. Mientras las emociones

negativas o displacenteras se reconocen por la incompatibilidad con las metas personales. Ambas dependen de las consecuencias y de la relación social e interpretación subjetiva (García-Hernández, 2017; Reyes-Ortega y Tena-Suck, 2016).

Por su parte, los estudios de las emociones como discretas disciernen a las emociones de acuerdo con criterios distintivos. La más utilizada proviene de la orientación evolucionista biológica y propone la distinción de emociones primarias y secundarias (Bisquerra-Alzina, 2009; Fernández-Abascal et al., 2010).

Las emociones primarias, también llamadas básicas o universales, son un conjunto de emociones que los seres humanos reconocemos universalmente, muchas de ellas se detectan desde los primeros meses de vida a través de expresiones faciales que son reconocidas por personas de diferentes culturas. Tienen elementos que las reconocen en la fisiología, cada una posee una función adaptativa y condiciones desencadenantes específicas y distintivas. Son entendidas como la unidad mínima de experiencia emocional (Bisquerra-Alzina, 2009; Ekman et al., 1987; Fernández-Abascal et al., 2010; García-Hernández, 2017; Gómez-Pérez y Calleja-Bello, 2016; Perinat, 2003; Reyes-Ortega y Tena-Suck, 2016; Vivas et al., 2007).

Aunque la lista de emociones primarias varía de un autor a otro en la tabla 6 se exponen aquellas propuestas por Ekman (1987, 1993) en conjunto con funciones, desencadenantes y características distintivas propuestas por otros autores (Bisquerra-Alzina, 2009; Dávalos-Escamilla et al., 2017; Fernández-Abascal et al., 2010; Vivas et al., 2007).

**Tabla 6**

*Emociones primarias*

Emoción	Función			Desencadenantes típicos <sup>a</sup>	Permite	Características distintivas	Formas de expresión de la emoción <sup>b</sup>
	Adaptativa	Social	Motivacional				
Sorpresa	Facilita la reacción emocional y comportamental ante situaciones nuevas. Facilita la dirección de la atención y los recursos ante una situación novedosa.	Permite descubrir los contextos, identifica negación o confirmación de expectativas personales, sociales o culturales.	Incrementa la sensibilidad y la receptividad para orientar a la acción.	Aparición inesperada de estímulos nuevos, no esperados, cambios bruscos en la estimulación o la interrupción repentina de una actividad.	Exploración y curiosidad.	Evalúa un estímulo inesperado, novedoso, no anunciado, extraño para el individuo o discrepante. Se produce rápidamente y se vuelve transitoria para otras emociones que sean congruentes con la situación.	Elevación de parte anterior e interior de las cejas, elevación del párpado superior, descenso de la mandíbula y apertura de la boca. Las rodillas se doblan ligeramente y el cuerpo se inclina hacia adelante. Expresión vocal de tono alto.
Asco	Producir respuestas de escape o evitación ante estímulos dañinos o desagradables.	Comunicar aversión, prevención ante estímulos amenazantes. Facilita la aparición de conductas apropiadas.	Facilita la evitación o rechazo del objeto o situación desencadenante.	Aparición de estímulos desagradables o molestos. Frecuentemente por objetos deteriorados, acontecimientos psicológicos o de valores morales considerados como repugnantes. Frecuentemente las secreciones corporales, trozos corporales o cuerpos muertos, ciertos alimentos, animales o conductas sexuales, comida, objetos malolientes o putrefactos.	Distanciamiento, escape y la evitación.	Genera una aversión ante un estímulo percibido o imaginado. Implica repugnancia. Puede ser acompañada de sensaciones de vómito o arcadas. De duración corta. Busca promover y mantener la salud.	Descenso y unión de las cejas, elevación de las mejillas, nariz fruncida, elevación de la barbilla, reducción de la apertura de los párpados. Dependiendo de la intensidad elevación del labio superior, descenso de la comisura de los labios, descenso del labio inferior, separación de los labios y descenso del mentón. Sonidos guturales y distanciamiento o retirada corporal.
Alegría	Incrementa actitudes de cuidado, altruismo, empatía, unión, libertad. Favorece procesos cognitivos, de aprendizaje y memoria.	Facilita y regula la interacción social. Promueve la conducta de ayuda.	Actúa como reforzador intrínseco, Motivando actividades gratificantes. Mayor disposición a explorar y experimentar nuevas situaciones.	Logro de meta u objetivo, vivencias placenteras o de carácter reforzante. Puede surgir ante la atenuación de un estado de malestar. Ante una experiencia estética.	Disfrute y acercamiento.	Plantea logro o bienestar. La persona considera disponer de recursos suficientes para hacer frente a los requerimientos de la situación. La duración depende de la intensidad.	Elevación de los pómulos y estrechamiento de la apertura palpebral. Elevación y retraimiento de la comisura labial, separación de los labios. Con variaciones de acuerdo con la intensidad de la emoción que pueden incluir sincronización de músculos de la cara con pautas respiratorias, descenso del tono muscular y vocalizaciones.

Emoción	Función		Desencadenantes típicos <sup>a</sup>	Permite	Características distintivas	Formas de expresión de la emoción <sup>b</sup>	
	Adaptativa	Social					Motivacional
Miedo	Facilita la protección con respuestas de escape o evitación ante el peligro. Focaliza la atención, permite ejecutar respuestas con mayor rapidez e intensidad.	Permite identificar amenazas, el sistema social de sumisión y la regulación cultural. Facilita vínculos sociales ayudando a la huida o defensa colectiva.	Permite la activación necesaria para evitar o escapar de la situación en cuestión. Facilita el aprendizaje de nuevas respuestas que pertenezcan a la persona del peligro.	Aparición en situaciones peligrosas de advertencia, de daño físico o psicológico. En ausencia de objetos que proporcionan seguridad y confianza. Donde el individuo se percibe con baja capacidad de control o baja predicción de la situación.	Escape o evitación.	Genera una advertencia de aproximación de un daño físico o psicológico. Donde se percibe mermada la capacidad propia para hacer frente a la amenaza.	Elevación de la parte inferior de las cejas, descenso y contracción de las cejas, desplazamiento de la comisura de la boca hacia atrás y arriba con separación y alargamiento de los labios. En ocasiones elevación de la parte exterior de las cejas y del párpado superior además de descenso del mentón y la mandíbula. Tendencia a emitir gritos de alta frecuencia o chillidos. Reflejo de sobresalto, estremecimiento, puede petrificarse y enmudecer o prepararse para la huida.
Ira	Reacción de defensa o ataque. Permite la eliminación de obstáculos y/o la inhibición de reacciones indeseables de otras personas.	Regula la interacción social.	Vigoriza para la acción urgente.	Aparición de condiciones que generan frustración o aversión.	Agresión o defensa.	Ante un evento con bajo nivel de control y poca predictibilidad, desagradable. Ante situaciones valoradas como injustas. Supone una alteración o bloqueo de lo esperado y urgencia de afrontamiento.	Contracción y descenso de las cejas, elevación del párpado superior e inferior, con tensión en el último. Los labios presentan tensión. Dependiendo de la intensidad, elevación del labio superior, contracción de los labios, dilatación de los orificios nasales, elevación del mentón y eventualmente descenso de la barbilla. Incremento en la intensidad y frecuencia de la expresión vocal. Corporalmente se presenta mayor tensión muscular.
Tristeza	Protege y restaura frente a daños o posibles daños. Aumenta la cohesión con otros, reclamar ayuda de otros, empatía o altruismo.	Refuerza vínculos sociales. Potencia el análisis constructivo, la búsqueda y facilitación de apoyo social.	Permite generar acciones de autoprotección, reparación o sustitución de metas.	Cambios que implican pérdida, fracaso o separación física o psicológica. Desconcierto emocional.	Reflexión y reintegración.	Emerge ante situaciones que suponen cambios de algo valorado por el individuo. Sin posibilidad de tener una acción de recuperación de lo valorado. Presenta variaciones en intensidad y duración.	Elevación de los extremos de las cejas, disposición inclinada de las cejas hacia la parte externa de la cara, las comisuras de los labios son desplazadas hacia abajo. En relación con la intensidad se puede observar ascenso de los pómulos y estrechamiento de la apertura palpebral, apariencia más notoria del repliegue nasolabial, inclinación de la cabeza, mirada hacia abajo o fijada en un punto. Disposición corporal cabizbaja. Descenso en la media y rango vocal. En ocasiones llanto.

<sup>a</sup>Los desencadenantes pueden ser un conjunto de condiciones estímulares que aparecen en un momento dado. <sup>b</sup>Facial, vocal y cambios corporales.

Según Ekman (1970, 1993) alrededor de estas emociones primarias o universales se pueden desarrollar familias de emociones con características compartidas y palabras relacionadas que reflejan la intensidad, control, simulación o espontaneidad de la emoción.

Por otro lado, las emociones secundarias o complejas son sociales, morales o autoconscientes y van apareciendo conforme se asumen las normas sociales y la cultura. Por tanto, son fruto de las primarias, la socialización y el desarrollo del pensamiento, requieren que el individuo haya internalizado normas sociales y sea capaz de identificar y evaluar su identidad personal (Bisquerra-Alzina, 2009; Fernández-Abascal et al., 2010; García-Hernández, 2017; Vivas et al., 2007).

En cualquiera de los casos, las emociones presentadas continuamente, su variabilidad e intensidad influyen en el bienestar de las personas. La regulación que el individuo presente sobre ellas permitirá ajustes más congruentes con sus metas y disminuirá las probabilidades de desarrollar problemas internalizados o externalizados, patologías psicológicas o conductas disruptivas como ansiedad, agresividad o depresión (Montoya-Castilla et al., 2015; Neumann et al., 2011; Pérez-Díaz y Guerra-Morales, 2014).

## Capítulo 4. Regulación emocional

La regulación emocional aparece muy poco como tema de estudio hasta los años noventa, pero los últimos 20 años han traído consigo la publicación de diversos artículos sobre el tema. La mayoría de ellos están relacionados con su estudio en la infancia y pertenecen a investigadores en Europa y América del Norte (Adrian et al., 2011; Gómez-Pérez y Calleja-Bello, 2016; Gross, 2014a; Gross y Thompson, 2007; Ribero-Marulanda y Vargas-Gutiérrez, 2013; Ruesta-Espinoza, 2020; Sabatier et al., 2017).

De acuerdo con dichas investigaciones, la regulación emocional puede generar efectos que favorezcan o no a la salud mental, dependiendo del tipo de estrategias utilizadas puede impulsar la toma de decisiones, la solución de problemas, las relaciones interpersonales efectivas, las estrategias de afrontamiento y la inhibición de impulsos inapropiados. Por el contrario, la desregulación puede llevar a problemas de ajuste social y psicológico como trastornos de ansiedad, depresión y conducta suicida (García-Hernández, 2017; Montealegre-Rojas, 2019; Sabatier et al., 2017; Suárez-Colorado, 2020).

Así, la regulación emocional juega un papel importante para hacer frente a la vida cotidiana. La habilidad que los individuos tengan para manejar sus emociones les permitirá dirigir su conducta en relación con sus metas, la sociedad y la cultura para explorar y adaptarse ante situaciones, nuevos ambientes, personas y objetos (García-Hernández, 2017; Montealegre-Rojas, 2019; Sabatier et al., 2017).

De conformidad con eso, es necesario tener una definición clara al respecto y hay que evitar confundir la emoción como regulador y la regulación emocional. La primera se refiere a la emoción como productor de cambios en el ambiente y la segunda es un proceso de monitoreo, evaluación y modificación de las emociones propias y de los demás (Eisenberg y Spinrad, 2004).

Tal como las emociones, la regulación emocional puede tener diversas conceptualizaciones de acuerdo con la perspectiva teórica. Hay concepciones que la analizan

como un evento meramente biológico, de proceso de información, de afrontamiento, de ajuste, de temperamento, de autorregulación conductual o como una habilidad social y una respuesta adaptativa de modulación de la experiencia o la expresión (Cole et al., 2004; Robinson et al., 2013; Thompson, 1994; Vargas-Gutiérrez y Muñoz-Martínez, 2013).

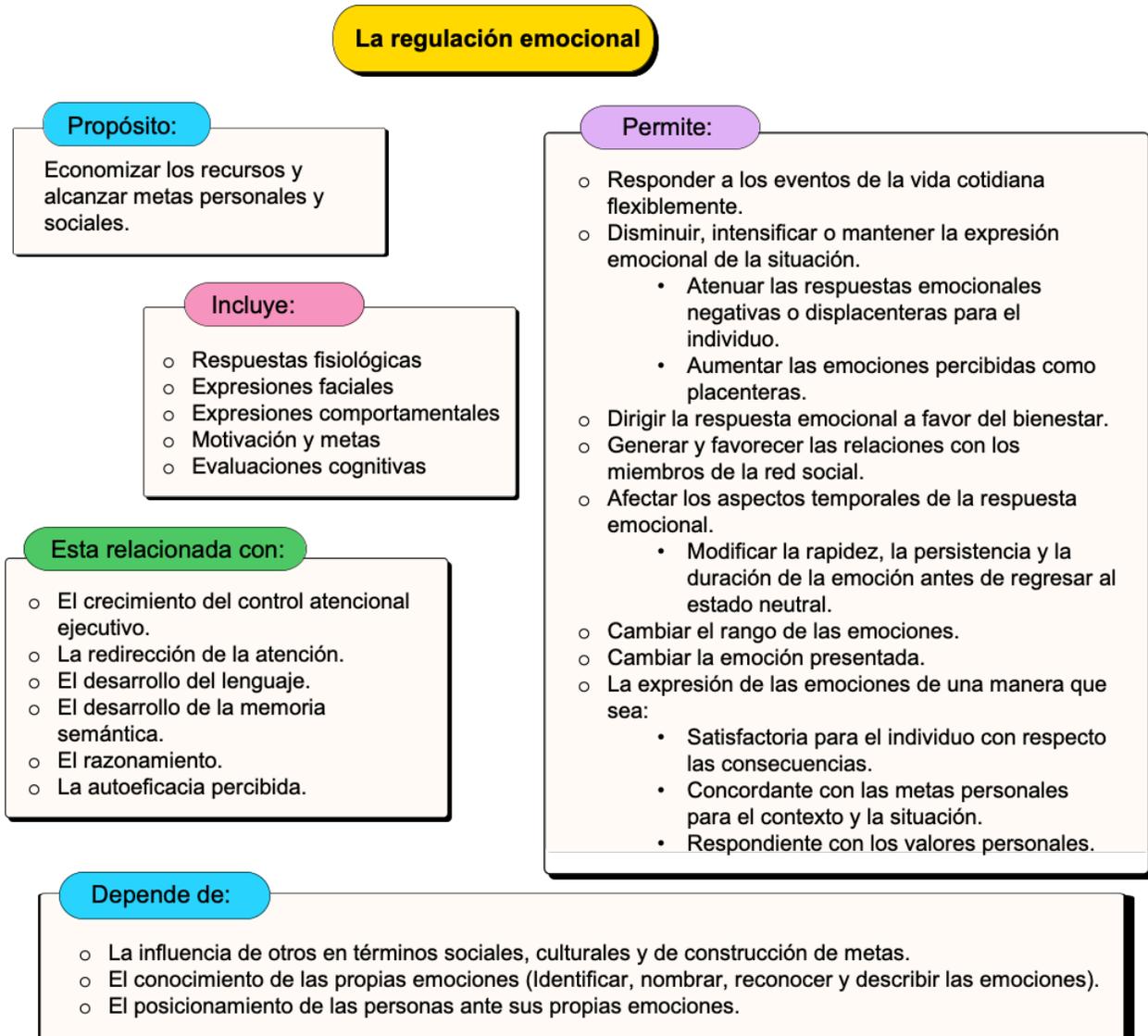
Desde la perspectiva cognitivo-conductual la regulación emocional implica un amplio rango de habilidades para controlar la respuesta emocional, minimizar la molestia personal y dar respuesta correspondiente con las metas del individuo. Está dirigida al control de la respuesta de activación, las interpretaciones de la información, las fuentes de afrontamiento y la selección de expresión de emociones (Ribero-Marulanda y Vargas-Gutiérrez, 2013).

Según Ross A. Thompson (1991, 1994) la regulación emocional consiste en procesos intrínsecos y extrínsecos responsables del monitoreo, evaluación y modificación de la reacción emocional especialmente en sus componentes de intensidad y temporalidad para lograr los propios objetivos.

Esta definición es ampliamente citada y ha sido retroalimentada en el tiempo (Adrian et al., 2011; Company et al., 2012; Gómez-Pérez y Calleja-Bello, 2016; Mennin y Fresco, 2014; Pascual-Jimeno y Conejero-López, 2019; Suárez-Colorado, 2020; Thompson, 1994, 2011; Thompson et al., 2008; Villanueva-Barbarán y Valenciano-Canet, 2012), lo que posibilita el desglose de características expuestas en la figura 5.

**Figura 5**

*Características de la regulación emocional*



*Nota.* Elaboración propia de acuerdo con literatura revisada.

Ello permite exponer a la regulación emocional como la intención y capacidad para modificar la experiencia emocional de acuerdo con las propias metas. Implica una serie de procesos internos y externos, conscientes e inconscientes, voluntarios e involuntarios responsables de la evaluación y modificación de las respuestas emocionales respecto a su

latencia, tiempo de ascenso, magnitud, frecuencia, forma, duración e intensidad y en sus tres componentes: fisiológico, cognitivo y comportamental (Adrian et al., 2011; Capella y Mendoza, 2011; Company et al., 2012; Gross y Thompson, 2007; Ruesta-Espinoza, 2020; Sabatier et al., 2017; Thompson, 2011).

Así, ninguna forma de regulación emocional es intrínsecamente positiva o negativa, adaptativa o desadaptativa, estas atribuciones son más bien dependientes de los objetivos y el contexto del individuo en las situaciones particulares (Thompson, 2011).

Como se puede identificar, las emociones y su regulación carecen de facilidad para poder ser observadas directamente, solamente se infieren a partir de los datos conductuales, corporales y el lenguaje (Fernández-Abascal et al., 2010). Por ello, la medición de la regulación emocional se ha llevado a cabo primordialmente con indicadores fisiológicos, observación de la conducta, reporte de otros informantes y el autoinforme (Adrian et al., 2011; Fernández-Abascal et al., 2010). Los instrumentos principalmente utilizados son (Gómez-Pérez y Calleja-Bello, 2016, 2017; Quiroz-Alba, 2018):

- Escala rasgo de metaconocimiento emocional, TMMS, de Salovey y colaboradores (1995).
- Cuestionario cognitivo de Regulación emocional, CERQ de Garnefski y colaboradores (2001).
- Escalas de manejo emocional para niños, CEMS, de Zeman y colaboradores (2001).
- Escala de expresión emocional para niños, EESC, de Penza-Clyve y Zeman (2002).
- Cuestionario de Regulación emocional, ERQ, de Gross y John (2003).
- Escala de dificultades en la Regulación emocional DERS de Gratz y Roemer (2004).

- Cuestionario de Regulación de las emociones de Philips y Power (2007).
- Escala de control afectivo de Williams y Chambles (1992).
- Índice de Regulación emocional para niños y adolescentes, ERICA, de MacDermott (2010).
- Lista de cotejo para la Regulación emocional, ERC, de Shields y Cicchetti (1997).

Algunas de ellas (CERQ, CEMS, DERS, ERQ y ERICA) cuentan con traducciones al español. El DERS, CERMS y ERICA cuentan con versiones para población mexicana. CEMS es aplicable a población infantil y ERICA para individuos de 9 a 11 años.

Así mismo, en México se han creado la Estimación cognoscitiva de los procesos de Regulación emocional, ECPRE, de Sánchez-Argón y Díaz (2009) y la Escala de Regulación emocional para niños, EREn, de Ortíz-Jara (2014).

En cualquiera de los casos es importante considerar que algunas de las respuestas emocionales medidas o presentadas por el individuo ya están sesgadas por la elección del sujeto. En el caso de los autorreportes la información proporcionada se da en retrospectiva, por tanto, está influida por el conocimiento que el individuo tenga sobre las emociones y por todas aquellas atribuciones personales y socioculturales (Fernández-Abascal et al., 2010).

Aun así, Chorpita (2002) considera que para la medición de los procesos internos se obtiene mejor información desde el autorreporte o autoinforme.

Con todo lo anterior, se observa que la regulación está muy bien integrada con la sociedad de forma directa e indirecta. Primeramente, todas las interacciones sociales, las características de la familia, las características de la sociedad, el estrato económico y cultural modelan y moldean la regulación emocional desde la infancia, permiten aprender estrategias de regulación nuevas y desarrollar propias. Por ende, las expectativas sociales, la forma en que se interpretan las situaciones, las obligaciones morales, la preocupación sobre el estatus, los

recursos disponibles, las dimensiones emocionales, las demandas previstas en las situaciones que se han aprendido a lo largo de los años generan metas y valores que tienen un gran impacto en la forma de reaccionar a ciertos eventos y apoyan en la determinación del éxito o fracaso en la regulación emocional (Capella y Mendoza, 2011; García-Rembao et al., 2012; MacDermott et al., 2010; Raver, 2004; Sabatier et al., 2017; Suri et al., 2013; Thompson, 1994, 2011; Thompson et al., 2013; Yépez-García, 2012).

Así, los seres humanos aprendemos a regular las emociones de forma gradual y continua en un proceso que inicia con el nacimiento (Sabatier et al., 2017).

#### ***4.1 Desarrollo de la regulación emocional***

Durante los primeros años de vida los procesos de regulación emocional son mayormente externos, se logran gracias a terceras personas. En esta etapa los cuidadores son responsables de identificar y monitorear las necesidades emocionales del infante posibilitando la regulación de sus emociones al cumplir los deseos y demandas. Además, los infantes usan a los cuidadores como signos sociales que guían su interpretación de reacciones y la evocación de eventos y objetos (Capella y Mendoza, 2011; Eisenberg y Morris, 2003; Eisenberg y Spinrad, 2004; Rothbart et al., 2011; Sabatier et al., 2017; Soldevila et al., 2007; Thompson, 2011).

Hacia los dos años, cuando el desarrollo de lenguaje se presenta, el individuo tiene la posibilidad de nombrar estados internos, solicitar ayuda de otros y modificar su entorno con mayor voluntad. Durante esta misma etapa se desarrolla mayor consciencia de los otros y entonces las emociones comienzan a adquirir una dimensión social. De la interacción con otros, los infantes aprenden a guiar su conducta hacia la aceptación social (Capella y Mendoza, 2011; Eisenberg y Spinrad, 2004; Sabatier et al., 2017; Thompson, 2011; Thompson et al., 2008).

Para los tres años el infante empieza un proceso de regulación emocional significativa basado en el reconocimiento de las emociones de los otros, responde empáticamente y regula

sus emociones de acuerdo con ello. Inician algunas acciones regulatorias no voluntarias que se van asociando con emociones primarias, el condicionamiento refuerza dicha asociación y las funciones regulatorias efectivas llegan a ser más voluntarias con el tiempo. Al ganar control sobre su cuerpo, con el desplazamiento, pueden realizar algunas acciones para iniciar o mantener actividades placenteras o alejarse y evitar actividades displacenteras (Capella y Mendoza, 2011; Eisenberg y Spinrad, 2004; Sabatier et al., 2017; Thompson, 1991, 2011; Thompson et al., 2013).

Entre los 4 y 6 años la regulación se vuelve más compleja e integrada. Los individuos empiezan a entender nuevas dimensiones de las emociones, establecen diferencias entre experiencias emocionales reales, memorias, deseos y expectativas. La respuesta de los cuidadores sigue teniendo una influencia en la regulación de las emociones, pero el uso más fluido del lenguaje permite al individuo plantear verbalmente cuando requiere de regulación externa. Se comienza la integración de modulaciones sociales en la regulación emocional, usando estos apoyos los menores pueden presentar autoinstrucciones para calmarse, utilizan objetos transicionales para manejar la angustia, exponen sus emociones a otros y reciben retroalimentación. Los niños con habilidades de representación y de recuerdo entienden mejor sus estados internos y notan consistencias en causas y consecuencias de sus emociones. Ya puede existir inhibición para evitar consecuencias sociales negativas y se inician procesos hacia la revaloración y el monitoreo de la acción (Capella y Mendoza, 2011; Cole et al., 2004; Eisenberg y Morris, 2003; Eisenberg y Spinrad, 2004; Rothbart et al., 2011; Shields y Cicchetti, 1997; Soldevila et al., 2007; Thompson, 1991, 2011; Thompson et al., 2008).

Al final de esta etapa, a los 6 años, los niños están completamente conscientes de que pueden manejar emociones desagradables mediante la distracción (Sabatier et al., 2017).

Hacia los 7 y 8 años ocurren cambios a nivel cognitivo que permiten que los niños piensen menos egocéntricamente y puedan reconocer diferentes puntos de vista en una situación, entendiendo en ello que diferentes eventos producen reacciones emocionales

diferentes en cada persona. Se dan cuenta de que las personas no siempre expresan lo que sienten y que no están obligados a ello, dan cuenta que en ciertas situaciones es más conveniente esconder la emoción o incluso manejar la emoción para expresar algo diferente a lo que realmente sienten. Empiezan a ocupar la correulación y el apoyo social para entender su emoción o incluso para manejarla, tienen mayores habilidades para usar estrategias verbales y de conciliación (Najera-Najera, 2011; Sabatier et al., 2017; Thompson, 1991).

Los infantes aumentan las estrategias de control expresivo y empiezan a identificar estrategias internas de modificación de la emoción como la redirección emocional (pensar en algo alegre en una situación triste), la redirección de la atención o la distracción deliberada. Para posteriormente reconocer la alteración de la experiencia emocional, actuando de formas que provocan una emoción diferente, y la reinterpretación o redefinición de la situación (Thompson, 1991).

Del mismo modo, durante estas edades los menores se vuelven conscientes de que se pueden sentir emociones diferentes de manera secuencial o simultáneamente y que eso produce un conflicto emocional o ambivalencia. Se dan cuenta que las emociones pueden ser revividas a través de las memorias y demuestran una consciencia creciente del control y manejo de las emociones de acuerdo con estándares sociales (Rendón-Arango, 2007; Soldevila et al., 2007; Thompson, 1991, 2011).

Entre los 9 y 10 años se reconocen emociones que evocan sensaciones agradables y desagradables como positivas y negativas, se ve a estas últimas como aquellas que deben estar controladas. Proceso que ha sido influenciado por la cultura y lo que socialmente es apropiado, pues los infantes reciben mucha influencia verbal de los adultos acerca de las situaciones que requieren regulación, las reglas sociales que rigen las expresiones emocionales, la pertenencia de las emociones, etc. Por tanto, se desarrolla una habilidad reflexiva sobre la experiencia emocional, reconocen las causas, eventos y consecuencias asociados a las emociones y a la influencia de las emociones en las conductas, lo que permite

una regulación emocional más clara y voluntaria. Buscan una mayor utilización de estrategias de modificación de la situación y aprecian la expresión emocional como forma de regular, por lo cual, encubren emociones de acuerdo con las consecuencias percibidas. En ello, se presentan procesos tanto internos como externos de la regulación emocional, los menores utilizan tanto estrategias cognitivas de modificación de pensamiento como estrategias culturalmente aceptables para afrontar las situaciones emocionales que se les presentan. Principalmente se hace uso de revaloración, cambio de puntos de vista, distracción, planeación y aceptación de la situación (Capella y Mendoza, 2011; Najera-Najera, 2011; Sabatier et al., 2017; Thompson, 1991).

Después, la etapa entre los 11 y 13 años es considerada crítica para el desarrollo de habilidades de regulación emocional pues el desarrollo de habilidades cognitivas permite el desarrollo de una mayor autoconsciencia y razonamiento, por ello se generan nuevas estrategias de regulación en función de la personalidad. Aunado a ello, en estas edades se ocupa mucho tiempo pensando en cómo se es percibido y el lugar social que se ocupa lo que puede llevar a el uso de estrategias de regulación desfavorables para el individuo (Capella y Mendoza, 2011; Sabatier et al., 2017).

Entre los 14 y 16 años, con más desarrollo de razonamiento abstracto y lógico, los individuos tienen acceso a otros puntos de vista que le permiten identificar consecuencias de sus decisiones, toman en cuenta su rol, intereses y sus metas a largo plazo. Se consolidan diferencias de género en la regulación emocional y existen conductas más estereotipadas (Sabatier et al., 2017).

Posteriormente, entre los 17 y 19 años hay mayor utilización eficaz de estrategias de regulación emocional como empatía, toma de perspectiva y la revaloración de situación que se consolidan en la adultez. Se tienen mayores y mejores habilidades para responder bajo presión con responsabilidad y conducta regulada (Sabatier et al., 2017).

Esto indica que con la edad los individuos tienen mayores habilidades para controlar sus emociones e impulsos de forma apropiada (Sabatier et al., 2017; Thompson, 1994; Thompson et al., 2013). Por ende, durante su desarrollo el ser humano construye sus estrategias de regulación, se vuelve más competente en el control emocional e inicia con estrategias de manejo de la emoción externas e internas que propician mayor flexibilidad regulatoria y la expansión de habilidades de acuerdo con el contexto social y las metas personales (Thompson, 1994; Thompson et al., 2008).

En tal sentido, desde el nacimiento la familia es el primer precursor de la regulación emocional y establece contexto emocional para el individuo, permitiendo la adquisición de estrategias de regulación emocional a través de la transmisión de cultura, valores y expectativas familiares. Mismas que el infante acrecienta al iniciar las etapas escolares con la integración sociocultural, las reglas sociales y las diversas personalidades que, en convergencia con metas propias, desarrollan las estrategias y las respuestas emocionales del individuo (Fernández-Abascal et al., 2010; Thompson, 1994; Thompson et al., 2013).

Por ello, se reconoce que la promoción de habilidades de regulación emocional en la niñez es clave para facilitar objetivos de comportamiento adaptativo con respuestas emocionales y cognitivas efectivas y socialmente funcionales (Montealegre-Rojas, 2019; Thompson et al., 2013). En este punto hay que tener cuidado pues al no ser conscientes de los procesos se pueden reforzar y modelar expresiones emocionales con atribuciones negativas, no correspondientes y de baja expresión emocional (Thompson, 1991, 1994).

Por ejemplo, los infantes que crecen en ambientes con pobreza y violencia han mostrado tener déficits en el reconocimiento, expresión y entendimiento de sus emociones y las de otros, tienen menores oportunidades para el desarrollo social, personal y educativo. Por lo tanto, son individuos con menores posibilidades de adquirir una gran variedad de estrategias de regulación emocional, con ello, presentan dificultad para regular sus impulsos, mantienen

relaciones interpersonales problemáticas y desarrollan problemas conductuales y emocionales en el largo plazo (Sabatier et al., 2017).

Así mismo, se ha identificado que expresiones y afectos desregulados durante la niñez y adolescencia llevan a problemas de ajuste social y psicológico en el corto o largo plazo con conductas delictivas, aislamiento y conductas violentas o patologías como trastornos de ansiedad y de alimentación, depresión, ideación suicida y suicidio (García-Hernández, 2017; Sabatier et al., 2017).

Sobre ello, MacDermott (2010) y colaboradores aunados a Mennin y Fresco (2014) identifican que individuos con trastornos del ánimo, ansiedad y depresión tienen menor rendimiento en la regulación emocional, presentan menor elaboración verbal, atención rígida, dificultades para regular y enfrentarse espontáneamente a conflictos emocionales. En consecuencia, los trastornos surgen como un mecanismo para calmar o escapar de experiencias emocionales intensificadas.

De esta forma, la variabilidad emocional, la frecuencia y extremidad del cambio en las emociones se relaciona con dificultades para la claridad emocional, el control de impulsos, la aceptación de respuestas emocionales y poca confianza de logro en la regulación emocional. La duración prolongada de estados emocionales negativos altos y mucha variabilidad emocional son signos de desregulación emocional (Neumann et al., 2011).

La desregulación emocional implica la capacidad disminuida para suprimir de forma inmediata estados afectivos negativos, dificultad para identificar experiencias emocionales específicas, modular la respuesta fisiológica, tolerar el malestar, monitorear, evaluar y modificar emociones intensas con poca claridad, aceptación y comprensión de las emociones, además de, poca confianza en las respuestas emocionales y poco uso adaptativo de las estrategias de regulación emocional para obtener los objetivos propuestos. Lo cual condiciona a la autoinvalidación y desorienta al individuo en el actuar y sentir generando patrones de regulación emocional desadaptados o no correspondientes con la situación, afectado sus

relaciones interpersonales y bienestar en general (Marín-Tejeda et al., 2012; Neumann et al., 2011).

Linehan (1993), en su estudio con individuos con trastorno de personalidad, da cuenta que esa inestabilidad emocional interfiere en el desarrollo de la identidad de la persona evitando que exista predictibilidad conductual o consistencia cognitiva y fomenta poca efectividad para relacionarse con otros. Por tal motivo la desregulación emocional se correlaciona con esquemas mentales negativos, de inseguridad y problemas de ajuste interno como ansiedad, somatización, depresión o aislamiento y de ajuste externo como trastornos de la conducta, tendencias a la agresividad o conducta delictiva (Pérez-Escoda y Alegre, 2012).

En suma, la regulación emocional es importante no solo por su relación con salud mental, socialización y aprendizaje académico (Andrés et al., 2014) sino también porque las habilidades emocionales se aprenden y se desarrollan, van evolucionando y requieren de estimulación continua que les permita progresar a etapas de mayor desenvolvimiento (Dávalos-Escamilla et al., 2017). Por ello, James J. Gross (2014) sugiere diferentes posibilidades en las que se puede influenciar la respuesta emocional.

#### ***4.2 Modelo de proceso de la regulación emocional***

Tomando en cuenta el Modelo modal de la emoción Gross distingue la posibilidad de integrar estrategias regulatorias centradas en los antecedentes y centradas en la respuesta emocional (Gross y Thompson, 2007; Ruesta-Espinoza, 2020).

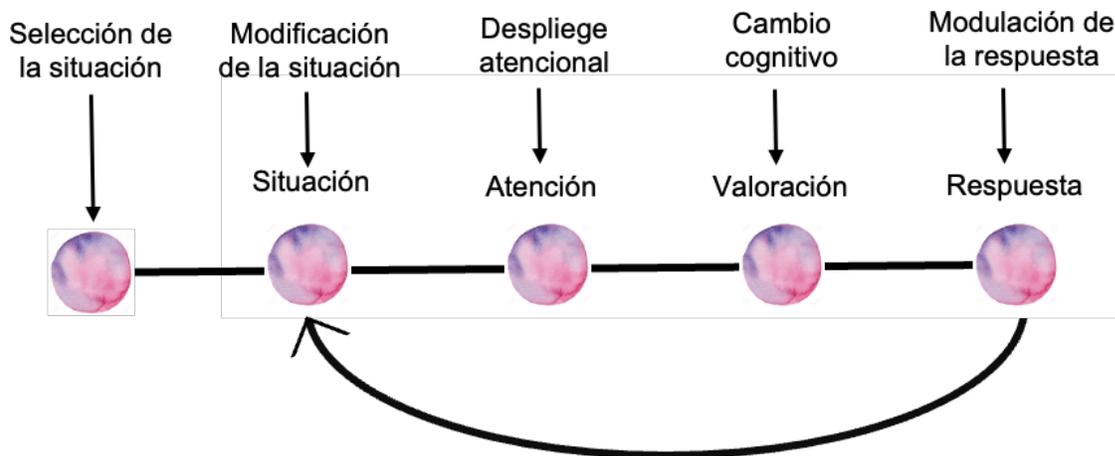
Para ello se consideran tres características importantes de la regulación emocional: la meta, la estrategia y la consecuencia. La meta es lo que la persona busca lograr al regular sus emociones, la estrategia lo que el individuo hace para regular la emoción y la consecuencia es el resultado de tratar de lograr ese objetivo particular de regulación emocional al usar una estrategia específica para ello (Gross, 2014a).

Con lo anterior discurre que la regulación de las emociones sucede si se interponen procesos de regulación en cada uno de los pasos de desarrollo de la emoción. En atención a lo

cual, se sustentan cinco procesos que influyen en la respuesta emocional, observables en la figura 6, cuatro centrados en los antecedentes y uno centrado en la respuesta (Gross, 2014a; Suri et al., 2013).

### Figura 6

*Modelo de proceso de la regulación emocional*



*Nota.* Tomado de "Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations" por J. J. Gross, en J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2a ed., p. 7), 2014, The Guilford Press. Copyright 2014 por The Guilford Press.

La selección de situación se refiere a todos los esfuerzos individuales para cambiar la situación o algún elemento de esta antes de que se presente. Implica tomar acciones para hacer más o menos probable terminar en una situación que se espera desemboque en emociones deseadas o no deseadas (Gross, 2014a; Gross y Thompson, 2007; Suri et al., 2013). Requiere del entendimiento de las situaciones o eventos y de la estimación de las respuestas emocionales consecuentes. Funciona para la elección de situaciones personales y para las de otros (Gross y Thompson, 2007).

Las principales barreras en la implementación de estrategias en este paso son la dificultad para representar situaciones pasadas o futuras y la valoración de beneficios a corto plazo en contra de los costos a largo plazo (Gross y Thompson, 2007).

La modificación de la situación hace referencia al cambio de la situación o aspectos de esta de forma directa, ya estando en la situación. Puede ser a través de la presencia de apoyos o intervenciones específicas, internas o externas (Gross, 2014a; Suri et al., 2013).

Las barreras preponderantes para su ejecución consisten en la dificultad para identificar si se está seleccionando la situación o modificando la situación actual y en que las expresiones emocionales pueden cambiar las interacciones mientras suceden (Gross y Thompson, 2007).

El despliegue atencional considera que la atención funciona como portero, permite pasar la información relevante, de tal forma que la regulación emocional en esta etapa consiste en cambiar la dirección de la atención para modificar la respuesta emocional. Sucede ya que se está en la situación y puede ser guiada por otros. Tiene dos procesos: la distracción y la concentración (Gross, 2014a; Gross y Thompson, 2007).

La distracción cambia la atención de los aspectos emocionales de la situación o de la situación misma a otros aspectos de la situación o fuera de la misma, por tanto, bloquea el estímulo. Puede tener un enfoque interno evocando pensamientos o memorias diferentes a la situación (Gross, 2014a; Suri et al., 2013).

La concentración busca cambiar la atención hacia adentro, se concentra en la experiencia, en el presente y en la aceptación de la emoción. Pone atención a las características emocionales de una situación o a características positivas de la situación (Gross, 2014a; Suri et al., 2013).

El cambio cognitivo posibilita modificar la valoración de la situación para alterar el significado y, en consecuencia, la respuesta emocional. Esto se logra cambiando lo que se piensa de la situación o lo que se piensa sobre la capacidad o herramientas que se tienen para la situación. Es aplicable a experiencias internas o externas y está influenciada por las representaciones de las emociones, causas y consecuencias reconocidas de esas situaciones. Las nuevas valoraciones que aquí surjan podrán formar parte de las interpretaciones futuras (Gross, 2014a; Gross y Thompson, 2007; Suri et al., 2013).

La modulación de la respuesta se refiere a modificar la experiencia emocional en cualquiera de sus tres componentes. Por lo que busca influenciar tan directamente como sea posible la respuesta física, experiencial o comportamental. Algunos ejemplos son alteraciones en la respiración o el cambio de la expresión facial (Gross, 2014a; Gross y Thompson, 2007; Suri et al., 2013).

En estos puntos de posible regulación es importante tomar en cuenta el tiempo y la retroalimentación. Dado que en la emoción hay un dinamismo de reciprocidad el proceso de la emoción puede influenciar en la decisión de modular las tendencias de respuesta emocional y las reacciones de otros ante las emociones del individuo también modificarán la situación y la respuesta consecuente en un continuo (Gross y Thompson, 2007).

De esta suerte, el modelo involucra varios procesos: monitoreo, evaluación, análisis y conocimiento de la emoción de acuerdo con factores personales. Siendo así, la respuesta emocional regulada toma en cuenta los objetivos del individuo, las normas sociales, los aprendizajes previos, la cultura y los valores. La unión de estos factores personales propicia las respuestas emocionales diferenciadas ante situaciones o eventos similares (Gross, 2014a; Gross y Thompson, 2007; Thompson, 2011).

En suma, las personas regulan sus emociones al poner en práctica estrategias que intervienen en la respuesta emocional (Gómez-Pérez y Calleja-Bello, 2016). De esta forma, las estrategias emocionales se adaptan dependiendo de las demandas situacionales, las metas del individuo y la flexibilidad de la persona para usar diversas estrategias. Dado que las estrategias positivas o efectivas disminuyen la emoción discordante y aumentan la reconfortante, incrementan el alcance de metas, las habilidades y funcionamientos sociales algunas estrategias serán positivas para las metas y para la efectividad de la regulación y otras no. (Capella y Mendoza, 2011; Company et al., 2012; Pruessner et al., 2020).

Las estrategias emocionales para la selección y modificación de la situación pueden ser resolución directa, planificación, indefensión aprendida, abandono psicológico, apoyo social

instrumental o informativo, altruismo, mediación, desensibilización, búsqueda de información, evitación, aislamiento y búsqueda de apoyo emocional (Bisquerra-Alzina, 2009; Company et al., 2012; Suárez-Colorado, 2020).

En el cambio de atención y en el cambio cognitivo se utiliza revaloración cognitiva, describir elementos positivos personales, valorar el apoyo, imaginación emotiva, refocalización, hacerse compasivo, distracción, búsqueda de información, racionalización, apearse a creencias religiosas, aceptación, visualización, evitación, atribuciones externas, pensamiento desiderativo, negación, rumiación y comparación social (Bisquerra-Alzina, 2009; Company et al., 2012; Ruesta-Espinoza, 2020; Suárez-Colorado, 2020; Vivas et al., 2007).

Mientras en el cambio de respuesta emocional se involucran estrategias de activación física, aceptación, calma, relajación, aceptación, gratitud, escritura emocional, cambio de la expresión emocional, minimización del problema, sentido del humor, relajación muscular progresiva, postergación de la respuesta, vivencia opuesta de la emoción, regulación fisiológica, inhibición emocional, expresión regulada, confrontación, descarga, catarsis y supresión (Company et al., 2012).

En México, un estudio con 84 participantes de entre 9 y 12 años revela que las principales estrategias de regulación emocional para enojo, tristeza, miedo y alegría en esa edad son distracción, realización de actividades placenteras, solicitar apoyo social, concentración y reevaluación con algunas diferencias de acuerdo con el periodo cronológico y/o la emoción. Por ejemplo, en la emoción de miedo se identificó mayormente conducta de evitación mientras la alegría y la tristeza llevó a los participantes a buscar conductas de socialización. Los participantes de 9 y 10 años asociaron mayormente la tristeza con el pensamiento pesimista y en los participantes de 11 años se presentó un mayor uso de estrategias cognitivas con mayor reflexión y evaluación. En el caso de la distracción se encontró mayoritariamente el uso de la cognición y el contacto social o conductual, con cambio de actividades: principalmente placenteras, en compañía de pares, de búsqueda de apoyo

social de padres y amigos. En general, la expresión emocional es más evidente en emociones de tristeza y miedo con ambivalencia entre expresión e inhibición emocional en el enojo y todos los menores fueron capaces de establecer relaciones de causalidad entre situación y emoción, aunque se presentó cierta dificultad para identificar las emociones y etiquetarlas (Najera-Najera, 2011).

En definitiva, la regulación emocional es primordial en la mejora del funcionamiento social efectivo, puesto que, fomenta relaciones más positivas y menos conductas sociales disruptivas (Company et al., 2012), pero no es el único beneficio.

#### ***4.3 Beneficios de la regulación emocional***

La regulación emocional mejora la competencia y funcionamiento social, permite que el individuo utilice estrategias de expresión emocional y comunicación consistentes con la cultura y la sociedad (Capella y Mendoza, 2011; Extremera-Pacheco y Fernández-Berrocal, 2003; Jiménez-Morales y López-Zafra, 2009; Jordan y Troth, 2004; Pérez-Díaz y Guerra-Morales, 2014; Vargas-Peña et al., 2018); posibilita la resolución de problemas, permite que la persona utilice sus recursos en pro del logro de objetivos y en el afrontamiento de situaciones hostiles o estresantes (Pérez-Díaz y Guerra-Morales, 2014; Ríos-Bermúdez y Reyes-Vallejo, 2014); fomenta esperar reforzadores por encima de los inmediatos para lograr objetivos y el bienestar emocional, por tanto, permite la reducción de la impulsividad y la agresión (Eisenberg y Morris, 2003; Rendón-Arango, 2007); permite entender las diferencias de la personalidad (Robinson et al., 2013); favorece el bienestar psicológico, propicia menores problemas afectivos y de conducta (Capella y Mendoza, 2011; UNICEF, 2021; Jiménez-Morales y López-Zafra, 2009) y mejora el autoestima (Vargas-Peña et al., 2018); y mejora de rendimiento escolar, mejora en la atención y resolución de problemas, la posibilidad de realizar exámenes o evaluaciones, la regulación de la conducta durante clases, la tolerancia a la frustración y la espera ante la recompensa, además permite disminuir la ansiedad por rendimiento (Domínguez-Rodríguez, 2004; Extremera-Pacheco y Fernández-Berrocal, 2003; Fernández-Berrocal y Ruiz-Aranda,

2008; Fernández-Martínez y Montero-García, 2016; Gómez-Pérez y Calleja-Bello, 2016; Pellitteri y Smith, 2007; Robinson et al., 2013; Thompson, 1991; Valenzuela-Santoyo y Portillo-Peñuelas, 2018).

En este último punto, se han desarrollado investigaciones que han identificado relaciones entre los procesos de aprendizaje, las emociones y su regulación. Por ejemplo, un estudio realizado en España durante 2017, con 107 infantes de 9 a 11 años, reporta que la tolerancia a estados emocionales displacenteros mejora las habilidades de comprensión lectora de textos expositivos y cálculo matemático. De igual forma, estrategias como la reevaluación cognitiva muestran mejora en el desempeño de habilidades académicas y los participantes con mejor reconocimiento emocional presentan mayores puntuaciones en lectura y escritura (Andrés et al., 2017).

Otro estudio efectuado con 230 niños de 9 a 12 años en Argentina durante 2015 encuentra que estrategias de regulación emocional como la reestructuración cognitiva aumentan el gusto por la escuela (Andrés et al., 2015). En esta misma línea, un estudio de 485 estudiantes de 11 a 19 años en España relaciona positivamente la satisfacción de vida, la satisfacción de los estudios y de uno mismo con la regulación emocional (Pérez-Escoda y Alegre, 2012).

De la misma forma, en Argentina se llevó a cabo un estudio con 119 alumnos de entre 9 y 11 años que muestra que la regulación emocional aplicada a tareas escolares mejora el éxito, la productividad académica y el desempeño matemático y de lectura (Andrés et al., 2020).

En Brasil se llevó a cabo un estudio con 151 alumnos de entre 17 y 20 años de demostró relación positiva entre la regulación emocional y la utilización de estrategias de aprendizaje con procesamientos complejos de la información como pensamiento crítico, metacognición, regulación del esfuerzo, manejo del ambiente y tiempo de estudio (Zinoni, 2018).

Un estudio puesto en práctica en México en estudiantes de educación básica con 139,630 respuestas, 43% de las cuales pertenecían a estudiantes de primaria, relaciona positivamente la regulación emocional con la percepción de logro de los aprendizajes en los participantes de entre 6 y 12 años (Medina-Gual et al., 2021).

Igualmente, en México, se realizó un estudio con 58 participantes de entre 9 y 11 años durante 2013 y 2014 que relaciona mejores notas escolares con mejores capacidades para regular emociones (Valenzuela-Santoyo y Portillo-Peñuelas, 2018).

De acuerdo con lo anterior, autores (Andrés et al., 2017; Fernández-Abascal et al., 2010; Fernández-Berrocal y Ruiz-Aranda, 2008; Valenzuela-Santoyo y Portillo-Peñuelas, 2018) han convenido que la regulación emocional favorece procesos que permiten adquirir y consolidar habilidades académicas como la motivación, atención, memoria, categorización, asociación y el procesamiento de la información. En virtud de lo cual, Cole y colaboradores (2004), Fernández-Abascal y colegas (2010) sumados a Raver (2004) reconocen la importancia de construir la regulación emocional desde la infancia.

Por consiguiente, en el mundo se han creado intervenciones y propuestas de intervención que toman en cuenta las líneas teóricas y tratamientos que mayor efectividad han tenido para la regulación emocional. Por lo cual se procederá a revisar tanto los tratamientos y estrategias de intervención en regulación emocional como aquellos que coadyuvan en la reducción el suicidio.

## Capítulo 5. Conducta suicida y regulación emocional

La relación directa entre la conducta suicida y la regulación emocional no ha sido concluyentemente determinada, sin embargo, a través de los años se ha podido evidenciar la influencia de las emociones en la salud mental y en factores de riesgo de la conducta suicida estableciendo relaciones con:

- impulsividad (Andrés et al., 2015),
- satisfacción de vida (Capella y Mendoza, 2011),
- tolerancia al estrés (Fernández-Abascal et al., 2010; Wadsworth y Berger, 2006),
- agresión (Caycedo et al., 2005; Fernández-Berrocal, 2008; Gross, 2007; Salguero-Noguera y Iruarrizaga-Díez, 2006; Valadez-Figueroa, Chávez-Hernández, Vargas-Valadez, y Ochoa-Orendain, 2019),
- rumiación (Mennin y Fresco, 2014; Muñoz-Navarro, Malonda, et al., 2021),
- ansiedad (Fekkes et al., 2016; Fernández-Abascal et al., 2010; Madrazo, 2015; Neacsiu et al., 2014),
- sintomatología depresiva (Caycedo et al., 2005; Góngora y Casullo, 2009; Neacsiu et al., 2014; Neumann et al., 2011; Perinat, 2003),
- desórdenes tempranos en la salud mental (Thompson, 1991),
- aislamiento (Thompson, 1991),
- consumo de estupefacientes (Fernández-Berrocal y Ruiz-Aranda, 2008) y,
- trastornos del ánimo (Chorpita, 2002; Chorpita y Daleiden, 2002; Fernández-Abascal et al., 2010).

Por ejemplo, un estudio guiado por Silk y colaboradores (2003) con 152 personas de 12 a 15 años identificó que las personas que reportan emociones más intensas y labilidad emocional con emociones de enojo, tristeza y ansiedad presentan menor regulación emocional efectiva y mayores síntomas depresivos y problemas de la conducta. Resuelven que ante

menor regulación de emociones se presenta una mayor sintomatología depresiva y conducta disruptiva, conjuntamente, estrategias de evitación, negación, inacción, rumiación e impulsividad presentan una menor regulación emocional y mayor sintomatología depresiva.

En este último punto, Fernández-Berrocal (2008) revela que la regulación emocional desde las estrategias de cambio atencional, a través de la concentración con Mindfulness, ha tenido buenos resultados en ansiedad y depresión. Además, en infantes de 9 a 12 años Andrés (2014) reconoce que la refocalización y reevaluación positivas tienen un efecto mediador en la ansiedad y depresión, por tanto, apoyan en la disminución de la depresión y la ansiedad en infantes. Encima, en poblaciones mexicanas Salinas-Torres (2017) ha encontrado que individuos de entre 5 y 12 años con trastornos de ansiedad presentan menor regulación emocional.

Adicionalmente, Muñoz-Navarro, Malonda y colegas (2021) conducen un estudio entre marzo y abril del 2020, con adultos, en el cual se comprueba la relación negativa entre ansiedad y regulación emocional, además de una relación positiva entre la preocupación por COVID y la ansiedad. De igual manera, nos indican que estrategias cognitivas adaptativas de regulación emocional (revaloración, aceptación, cambio de atención) tienen efectos positivos en la reducción de la ansiedad e incluso en la preocupación sobre el COVID. Por lo que se consideran como estrategias de regulación emocional para prevenir y mejorar los efectos negativos de la pandemia que se extenderá por un periodo largo de tiempo.

Conjuntamente, se ha encontrado que los individuos con comportamientos suicidas presentan dificultades en la expresión y control de emociones, sentimientos conflictivos, malestar y alteraciones emocionales, problemas afectivos, aprieto para la resolución de conflictos, dificultad para afrontar las vicisitudes del desarrollo y la vida diaria. Con ello, carencia de habilidades emocionales que les permitan afrontar diversas situaciones de vida (Abdollahi et al., 2016; Cha y Nock, 2009; Chávez-Rodríguez et al., 2018; Domínguez-García y Fernández-Berrocal, 2018; González-Forteza et al., 1999; INSP, 2019; OMS, 2001, 2013;

Robles-Sánchez et al., 2013; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014; Vargas-Alvarado y Davis, 1964).

Bajo esta premisa, Ábalos (2017) desarrolla una indagación en 40 personas de entre 50 y 70 años donde reconoce que a medida aumenta la ideación suicida aumentan las estrategias de regulación emocional de rumiación, catastrofización y culpar a otros. Esto disminuye la focalización positiva y genera correlaciones negativas entre la falta de consciencia emocional y dificultades de control de impulsos y, entre aceptación emocional e ideación suicida. Concluye que el aumento de la ideación suicida genera mayores dificultades en la regulación emocional.

Por su parte, Extremera-Pacheco y Fernández-Berrocal (2006) conducen una revisión de 184 estudiantes universitarios que demuestra la correlación a mayor claridad y regulación emocional menor ansiedad, depresión, funcionamiento social y salud mental en general.

Guillermo A. Ceballos-Ospino y Yuli Suárez-Colorado (2012) llevan a cabo un estudio con 157 estudiantes con y sin ideación suicida, de entre 16 y 32 años, que muestra una correlación negativa entre la regulación emocional e ideación suicida, ante mayor habilidad para regular emociones disminuye la probabilidad de presentar ideación suicida.

Christine Cha y Matthelew Nock (2009) desarrollaron un estudio con 54 individuos de entre 12 y 19 años, con y sin ideación suicida, con el objetivo de identificar si las habilidades emocionales modificaban las probabilidades de ideación suicida o suicidio. Ultimearon que las habilidades emocionales de percepción, expresión, facilitación, comprensión y regulación emocional son un factor protector de la ideación y los intentos suicidas.

Un estudio llevado a cabo en 2009 por Jacobson y colaboradores (2011) con 2189 participantes de 13 a 18 años muestra una asociación entre restricción emocional y sintomatología depresiva, ideación suicida e intentos de suicidio. Siendo los participantes con restricción emocional 11 veces más propensos a presentar síntomas depresivos, tres veces más probable que presenten suicida ideación y más de dos veces más posible que reporten un intento de suicidio. Así, se concluye que tener dificultades para entender y expresar las

emociones pone a los individuos en riesgo de tener dificultades para resolver problemas e involucrarse en la conducta suicida.

Pisani y colegas (2013) conducen un estudio en escuelas de poco ingreso o rurales que reportan una prevalencia de 8.6% en intentos de suicidio. Se aplicaron instrumentos a 7987 individuos de entre 14 y 18 años que correlacionan las dificultades de regulación emocional con síntomas depresivos e intentos suicidas. Identificaron que las dificultades de claridad emocional y las pocas estrategias regulatorias son mayores en los participantes que sienten poco apoyo social, ideación suicida y sintomatología depresiva, además, las probabilidades de intento de suicidio aumentan en 1.6 veces si el individuo presenta dificultades para regular emociones, la falta de claridad emocional se correlaciona con los intentos suicidas y la relación positiva con padres disminuye los intentos de suicidio.

Abbas Abdolladi y Mansor Abu Talib (2015) además de Abdolladi y colaboradores (2016) publican estudios, de 202 personas de entre 13 y 18 años con diagnóstico de depresión en hospitales públicos, donde las habilidades emocionales se encontraron asociadas negativamente con la ideación suicida, explicando en 46% de la varianza.

De igual forma, una investigación en adolescentes de entre 15 y 17 años sobre la regulación emocional y su relación con la ideación suicida dilucida un porcentaje alto, 70%, de ideación suicida con bajas a medias habilidades de regulación emocional. Se nota una baja consciencia emocional en el 33% y media en el 49.5% con claridad emocional cercana a los mismos porcentajes. Presentan dificultades en la capacidad para controlar impulsos ante emociones desagradables o negativas y la mayoría de los estudiantes posee poca percepción de estrategias para modular las emociones. Con ello, se percibe una correlación positiva débil entre regulación emocional e ideación lo que se explica dadas las bajas habilidades emocionales y alta ideación suicida (De La Cruz-Rodríguez y Zúñiga-Herrera, 2017).

Alvarado-Rodríguez (2014) realiza una indagación en 423 personas de 12 a 17 años que muestra una relación de efecto mediano entre ideación suicida y regulación emocional.

Específicamente, se observa relación mediana entre ideación suicida y descontrol emocional, y entre rechazo y desatención emocional de la regulación emocional, lo que implica que la poca consciencia de las emociones, el rechazo de estas y la falta de regulación se correlacionan positivamente con la ideación suicida.

Hermosillo-De la Torre y colaboradores (2021) conducen un estudio en 8033 estudiantes de edad media 16 años que denota una relación entre baja claridad emocional y la conducta suicida. Los individuos con pocos recursos de reparación emocional presentaron mayores índices de conducta suicida, por tanto, los estudiantes con déficits en la regulación emocional tienen mayores probabilidades de suicidio.

También, una indagación en 100 menores de 9 a 16 años con trastorno por déficit de atención e hiperactividad identificó que los individuos con riesgo suicida presentan menores puntuaciones de regulación emocional y menor respuesta situacional significativa en comparación con los individuos que no presentaban ideación (Martínez-Cervantes, 2016).

De esta forma, Mohamed y colaboradores (2017) evaluaron los efectos de un programa de habilidades emocionales en 36 adolescentes de entre 11 y 21 años con intentos de suicidio. La intervención se basó en 16 sesiones con actividades interactivas estructuradas que incluían juegos de roles y ejercicios adaptados al nivel de maduración de los participantes. Encontraron diferencias estadísticas significativas positivas en el desarrollo de habilidades emocionales, pero poca diferencia entre los individuos que completaron y no la intervención, atribuyen estos resultados a la corta duración de esta. Se reporta mejora en la expresión de emociones, toma de decisiones y disminución de la angustia, reconociendo que mayores habilidades emocionales se relacionan con menores niveles de ideación suicida en esta muestra.

Por encima de ello, se ha conjeturado que la conducta impulsiva, parasuicida y suicida funge como regulador negativo de las emociones, pues aunque no cuidan la vida si cumplen con funcionalidad y adaptación para el individuo disminuyendo momentáneamente la ansiedad

y otros estados emocionales negativos para el individuo, como una conducta de escape o huida (M. Z. Brown, 2006; Linehan, 1993).

En ese respecto, la conducta suicida involucra la cognición, el afecto y el comportamiento, particularmente en la ideación los sentimientos y emociones, pensamientos y deseos surgen a partir de la percepción e interpretación de la realidad (Valadez-Figueroa, Chávez-Hernández, Vargas-Valadez, y Ochoa-Orendain, 2019) con algunas creencias asociadas como odio o rechazo de los demás, falta de valía, desesperanza, beneficio de venganza o deseos de culpabilizar, conceptos de carga percibida para los otros, autosacrificio por un fin superior e intolerancia al dolor o estrés con frases como “Tengo que acabar con este dolor”, “Es la única elección que tengo”, “Estarían mejor sin mí” , “No me quieren”, “A nadie la importa”, “No valgo nada”. Todos ellos vinculados sentimientos de culpa, duelos, afectividad negativa, pensamiento dicotómico (Robles-Sánchez et al., 2013).

Por ese motivo, regular las emociones y los pensamientos asociados a ellos será de vital importancia para mejorar la ideación suicida y las conductas asociadas a ella (Pérez-Díaz y Guerra-Morales, 2014).

Con ello, existen líneas de tratamiento psicológico que han sido utilizadas tanto para la regulación emocional como para la conducta suicida.

### ***5.1 Intervenciones psicológicas para la conducta suicida***

Las intervenciones psicológicas diseñadas para el tratamiento de la conducta suicida buscan reducir la posibilidad de un intento suicida, la frecuencia e intensidad de la ideación y prevenir la muerte prematura. La mayoría se ocupan de pensamientos y comportamientos suicidas de forma directa, algunos también incluyen comportamientos o síntomas que ocurren a la par de la ideación o intento suicida (Substance Abuse and Mental Health Service Administration, 2020).

Algunas de las terapias con evidencia en el tratamiento de la conducta suicida son la Terapia Cognitiva de Beck, la Terapia Racional Emotiva de Ellis, la Terapia familiar basada en

el apego y las terapias cognitivo-conductuales y de tercera generación como la Terapia Dialéctica Conductual.

La Terapia Cognitiva, TC, utilizada para la mejora de la conducta suicida surge hasta mediados del siglo XX donde se reconoce a la cognición como factor relacionado al suicidio (T. E. Ellis, 2006). Es un tratamiento orientado a los pensamientos, ideas, creencias y expectativas con importancia en la asignación de tareas para reforzar lo aprendido (Chang et al., 2016).

Se enfoca en la identificación de pensamientos y creencias que se asocian con pensamientos automáticos no son funcionales para el individuo para posteriormente analizar y modificar dichos pensamientos. En el caso del suicidio además incorpora factores disposicionales de vulnerabilidad como impulsividad, déficits de resolución de problemas y actitudes disfuncionales asociadas. Desarrolla una intervención de 3 a 20 sesiones, variable de acuerdo con el individuo, con un aproximado de 10 sesiones semanales o dos veces por semana y llamadas entre sesiones cuando se requiere (Beck, 2006; Chang et al., 2016; Vázquez, 2015).

El tratamiento genera estrategias para modificar el pensamiento disfuncional, por tanto, la resolución de problemas y la conducta suicida. Consta de tres fases principales, la primera tiene que ver con socializar al paciente, el establecimiento del vínculo terapéutico, realizar una evaluación psicológica, una revisión del riesgo suicida y enganchar al paciente en el tratamiento conviniendo una esperanza de vida a través del tratamiento y generando acuerdos con consentimientos informados (Beck, 2006; Chang et al., 2016).

En esta primera fase se requiere tener conocimiento de los eventos anteriores, durante y después de la conducta suicida reciente o la que los llevó a buscar la atención. Se incorporan eventos activadores, cogniciones, emociones, conductas, líneas de tiempo con uno o múltiples eventos y consecuencias de la conducta para revisar reforzadores y alternativas de conducta. Esta parte es crucial para entender los pensamientos disfuncionales y las creencias que posteriormente se modificarán. Posterior a ello, en la misma fase, se genera un plan de

seguridad donde colaborativamente se crea una lista jerárquica de estrategias de afrontamiento ante una crisis suicida. En este plan se establece la limitación de medios para el suicidio, se identifican signos de alarma de la conducta y se integra información de contacto con servicios de emergencia y salud (Chang et al., 2016).

En la fase intermedia se enseñan estrategias cognitivas y conductuales para manejar la problemática. Se emplea principalmente la reestructuración cognitiva: identificación de pensamientos automáticos para reemplazarlos con otros mejores para la vida; y el cuestionamiento socrático para guiar al paciente en la evaluación de la evidencia que sustenta los pensamientos con experimentos conductuales donde ponen a prueba las hipótesis de sus pensamientos, crean nuevas y reconocen como los pensamientos activan su crisis suicida. De igual forma, se usa imaginación, resolución de problemas y la generación de una lista de razones para vivir que prevengan una crisis suicida con la que se construye un kit de esperanza con tarjetas de estrategias, recordatorios para mejorar el pensamiento y cualquier otro que le apoye en una crisis suicida. En la parte conductual se agendan actividades que sean sociales, positivas o motivantes para el individuo o que lo mantengan en el tratamiento (Beck, 2006; Chang et al., 2016).

Finalmente, en la fase de prevención de la recaída los pacientes demuestran el uso de habilidades en situaciones imaginadas de crisis suicida (Beck, 2006; Chang et al., 2016).

La Terapia Cognitiva de Beck es una terapia de tiempo limitado que ha demostrado disminuir la ideación y los intentos suicidas en seguimientos de 6 a 18 meses (Chang et al., 2016; Klonsky et al., 2016).

Por su parte, la Terapia Racional Emotiva, RET por sus siglas en inglés, de Ellis busca ayudar a las personas a pensar más racionalmente, sentir de forma más eficaz e inalterable de cara a la consecución de sus metas. Trabaja principalmente con pensamientos irracionales, sentimientos inconvenientes y conductas contraproducentes (A. Ellis y Grieger, 1990).

Se divide en cinco fases: evaluación psicopatológica, evaluación racional-emotiva, darse cuenta racional-emotivo, aprendizaje desde lo racional y aprendizaje de una nueva filosofía de vida. Inicialmente se realiza la detección de problemas del individuo, internos o externos, y se establece un análisis funcional con acontecimientos activadores, creencias irracionales y consecuencias emocionales que apoyan en la estructuración de objetivos terapéuticos. Para pasar a desarrollar sesiones de psicoeducación relevantes para el suicidio y proseguir al debate y refutación de creencias irracionales, logrando sustituirlas por otras más efectivas para el individuo (A. Ellis y Grieger, 1990; Ruiz-Fernández et al., 2012). Ha demostrado tener influencia positiva en la ideación suicida con mejoras hasta 12 meses después del tratamiento (Klonsky et al., 2016).

Desde otro punto de vista, la Terapia familiar basada en el apego, ABFT por sus siglas en inglés, es un modelo terapéutico que busca mejorar la ideación suicida a través de mejorar los procesos familiares y reparar los vínculos entre padres e hijos. Está diseñada para desarrollarse en 10 a 20 sesiones, con una duración de 12 a 16 semanas, dentro de las cuales se desarrollan tareas de replanteamientos relacionales, de alianza adolescente y parental, de apego y de promoción de la autonomía. Ha sido aplicada principalmente a individuos de entre 12 y 25 años con resultados pertinentes en la disminución de la ideación suicida y mejora en la sintomatología depresiva, ansiedad y evitación (SAMHSA, 2020).

Ahora bien, terapias como la Terapia cognitiva y la Terapia Dialéctica Conductual, TDC, demostraron menor repetición de intentos de suicidio en un seguimiento de hasta 18 meses y las terapias cognitivo-conductuales han demostrado seguridad y eficacia para menores de edad en trastornos asociados al suicidio como ansiedad y depresión (Benjet, 2015).

Por ejemplo, Alternativas seguras para adolescentes y jóvenes, SAFETY en inglés, es un tratamiento de 12 semanas de trabajo entre el individuo con conducta suicida y la familia que a través de un programa cognitivo-conductual basado en la Terapia Dialéctica Conductual y la teoría social ecológica instruye en los factores que pueden precipitar la decisión del acto

suicida, apoya en la evitación de acceso a medios letales y busca fomentar interacciones familiares positivas (Robles-Sánchez et al., 2013, SAMHSA, 2020).

Igualmente, Amador-Salinas (2017) desarrolla y reporta una intervención cognitivo-conductual para el comportamiento suicida aplicada a diez pacientes con intentos suicidas de entre 20 y 60 años. La intervención toma como base la terapia cognitiva de Beck y la complementa con técnicas conductuales en 10 sesiones dentro de las cuales se utilizaron técnicas de psicoeducación, modelo ABC, reestructuración cognitiva, cambio de comportamiento, tarjetas de afrontamiento, kit de esperanza, experimentos conductuales, control y programación de actividades, distracción, relocalización, tarjetas de apoyo, exposición gradual, respiración diafragmática, detención del pensamiento, imaginería, interacción entre tensión y relajación, recibir cumplidos, afrontar críticas y la expresión de molestia, desagrado y disgusto aunado a prevención de recaída en las sesiones finales. A la par de las sesiones se refuerza a los participantes verbalmente o con reconocimientos por actividades personales o en grupo como relajación, habilidades sociales, exposiciones en vivo y solución de problemas. Se reportó una muerte experimental del 50%, únicamente 5 completaron las 10 sesiones, aunado a la disminución de ideación suicida sin diferencias significativas y disminución del riesgo suicida con diferencias estadísticamente significativas.

Tanto la TC como la TDC y las intervenciones hacen uso de técnicas de modificación de la conducta y técnicas cognitivas diseñadas para modificar los pensamientos disfuncionales y las fallas en el procesamiento de información (T. E. Ellis, 2006).

Por ello, algunas etapas de la línea cognitivo-conductual eficaces en pacientes suicidas son: (a) establecimiento de una alianza terapéutica, (b) psicoeducación, (c) generar esperanza, líneas de vida, tiempos futuros; (d) enseñar habilidades de afrontamiento: regulación emocional, tolerancia al estrés, estrategias de Mindfulness, consciencia plena o atención plena y aceptación; (e) tratar comorbilidades, y (f) procedimientos de prevención de recaídas (Robles-Sánchez et al., 2013).

Dando razón a que algunos autores recomienden la terapia cognitivo conductual (Gvion y Apter, 2016; Ibarra-López et al., 2015), la terapia dialéctico conductual (Gvion y Apter, 2016; Quiroz-Alba, 2018) y la psicoterapia interpersonal (Ibarra-López et al., 2015) en la prevención del suicidio con diferencias en las técnicas usadas en caso de que exista comorbilidad con otras afectaciones como trastorno psicótico, límite de la personalidad, de la conducta alimentaria, adicciones u otros que requieran técnicas específicas. Sugieren, de manera general, la utilización de activación comportamental, técnicas de relajación y solución de problemas (Ibarra-López et al., 2015).

De igual forma, la OMS (2006), dependiendo del caso, alienta a consejeros a revisar la Terapia Dialéctica Conductual, la Terapia psicodinámica y la orientación familiar. Menciona al tratamiento cognitivo-conductual como el ideal para trabajar con conducta suicida en niños y adolescentes, hace especial énfasis en el entrenamiento sobre la solución de problemas, identificación de emociones, manejo de emociones intensas, aumento de autoestima y autoconcepto, interacción efectiva, superación de sentimientos de indefensión, desesperanza y desesperación.

### ***5.2 Intervenciones psicológicas para la regulación emocional***

Las intervenciones centradas en la regulación emocional incluyen principalmente técnicas cognitivas, conductuales y de aceptación.

El Entrenamiento en procesamiento emocional de Hervás es un programa de intervención individual y transdiagnóstico de seis sesiones, ampliables, con el objetivo de reducir las ideas negativas sobre las emociones y dar sentido a las mismas mediante la aceptación y la utilidad, resaltando la función de las emociones. Se divide en tres fases: psicoeducación sobre emociones, entrenamiento en habilidades emocionales específicas y entrenamiento en proceso emocional con situaciones reales (Hervás y Moral, 2017).

Los elementos principales son: (a) etiquetado emocional, busca que se nombren todas las emociones con apoyo de una ficha para reconocerlas; (b) aceptación emocional, prioriza la

aceptación corporal de las emociones y diferenciación de estas; (c) análisis emocional en el cual se entrena al individuo en el procesamiento de experiencias presentes y pasadas, con ayuda de un diario de emociones decodifica la situación, las sensaciones emocionales y las etiquetas para analizarlas; (d) modulación emocional, aplica lo aprendido en cinco situaciones negativas especialmente relevantes, se revisa que se realicen los pasos del proceso y se anexan dos habilidades adicionales: saber entrar para poder engancharse en la identificación y el proceso emocional y saber salir para retirarse de pensamientos o dinámicas rumiantes (Hervás y Moral, 2017).

La Terapia de regulación emocional surge de la TDC principalmente para el mejoramiento de trastornos de ansiedad y depresivos. Busca mejorar la consciencia, motivación, desarrollar capacidades de regulación y crear repertorio de aprendizaje contextual en 16 sesiones semanales. Inicia con la construcción de habilidades para posteriormente tener ejercicios de exposición. Las estrategias para la regulación que utiliza mayormente son la meditación Mindfulness para la consciencia y la claridad emocional y la imaginación guiada para el reconocimiento de motivaciones y metas (Mennin y Fresco, 2014).

Primeramente, se integran sesiones conductuales con autorreporte y análisis funcional que permiten a los individuos incrementar la consciencia emocional y la claridad en la intensidad de pensamientos, conductas, emociones, antecedentes y consecuencias. Una vez adquirida dicha claridad se despliega toda la emoción para utilizar los procesos de regulación emocional en los cinco puntos de modificación de la emoción expuestos por Gross en el Modelo de proceso. Por ejemplo, en la atención se entrenan técnicas de atención dirigida, respiración diafragmática y relajación muscular progresiva gracias a lo cual se integran estrategias de regulación como mantener contacto con sus emociones, aceptar la emoción y explorar los componentes de la emoción sin crear valoraciones o juicio. Además, se hace uso de técnicas de distanciamiento para separarse cognitiva y conductualmente de la emoción y observar las partes de la emoción. En la revaloración se utilizan técnicas de reencuadre y

reevaluación que facilitan cambiar la evaluación del evento para alterar su significado emocional o revalorar el evento desde los más objetivo, observando los aspectos benéficos o validando la emoción como funcional (Mennin y Fresco, 2014).

Posteriormente hay una fase de exposición donde se aplican las técnicas previamente desarrolladas, previene que el individuo se escape o evite las situaciones, con programación de actividades, ejercicios de imaginación, ejercicios de diálogos experienciales, manejo de contingencias y exposición a la angustia o estrés. Esta terapia cuenta con buenos resultados en la disminución de anhedonia, rumiación, ansiedad y depresión con cambios mantenidos por nueve meses (Mennin y Fresco, 2014).

El entrenamiento en regulación emocional de Berking, Afrontamiento adaptativo de las emociones, ACE, tiene la premisa de modificar las emociones en la dirección deseada o aceptar/tolerar las emociones no deseadas a partir del ser consciente de las emociones y sus procesos. En ello, identificar, etiquetar e interpretar las sensaciones corporales de cada emoción es primordial para entender mensajes de las emociones, aceptar las emociones, tolerar emociones displacenteras, enfrentarse a situaciones estresantes o angustiosas para alcanzar las metas. Utiliza técnicas de la TDC, entrenamiento en empatía y Terapia enfocada en la emoción con intervenciones basadas en Mindfulness y solución de problemas. Entrena la relajación progresiva, respiración diafragmática, autocompasión y empatía. Ha demostrado un aumento del 14% en la remisión de la depresión mayor (Hervás y Moral, 2017).

Por su parte, la Terapia basada en la aceptación y compromiso, TAU, tiene base en la Terapia de Aceptación y Compromiso y la TDC. Es una intervención de 14 semanas que busca consciencia, comprensión y aceptación de las emociones; capacidad para participar en comportamientos dirigidos a la meta inhibiendo comportamientos impulsivos; y el uso flexible de la información y las estrategias de regulación para modular la intensidad o duración de las respuestas emocionales. Por esa razón, se enfoca en el control del comportamiento cuando las

emociones están presentes, promueve la aceptación y el control conductual (Quiroz-Alba, 2018).

El Modelo integrativo de regulación emocional, MIRE, se concentra en los procesos de regulación emocional más problemáticos, proporciona estrategias para su identificación y tratamiento a partir de una intervención conductual contextual que busca generar habilidades de tolerancia al malestar y de solución de problemas. Para ello se usan análisis de cadenas conductuales y registros de situaciones por medio de los cuales se identifican estrategias improductivas y se fomentan estrategias correspondientes con la meta del individuo. Para ello se emplean técnicas de consciencia plena, psicoeducación, tolerancia al malestar, activación conductual, comer de forma balanceada, buenos hábitos de sueño, ejercicios, evitar estupefacientes, realizar actividades satisfactorias, acción opuesta, habilidades de resolución de problemas sumados a experimentos conductuales y metacognitivos para prepararse en aplicación de las acciones fuera del espacio terapéutico. Presenta resultados significativos en la mejora de la desregulación emocional y la evitación experiencial con cambios mantenidos a tres, seis y nueve meses (Reyes-Ortega y Tena-Suck, 2016).

Del mismo modo, el programa Amistad para la vida utiliza la terapia cognitivo-conductual y psicología positiva para el desarrollo de las emociones. Para la regulación emocional utiliza técnicas de exposición a imágenes mentales y técnicas de relajación en el componente conductual y en el componente cognitivo identifica patrones de pensamiento erróneos y autoafirmaciones incompatibles para las cuales utiliza reestructuración cognitiva con interpretaciones alternativas a las situaciones. Las técnicas de aprendizaje comprenden juegos de rol, debates en grupo y actividades prácticas. Se recomienda como terapia óptima para desarrollar habilidades emocionales y prevenir ansiedad y depresión (Madrado, 2015).

Aunado a los anteriores, López-Benítez (2014) expone un taller de regulación emocional de seis sesiones de dos horas, dos veces a la semana, aplicado a 30 niñas y niños de 6 a 12 años con base en técnicas cognitivo-conductuales como relajación, modelo ABC,

psicoeducación, autoinstrucciones, resolución de problemas y la identificación de emociones con el método APIE que discrimina emociones y posibilidades de actuar ante una situación. El taller demostró mejoría general en el conocimiento de las emociones, la autoestima, las habilidades sociales, la resolución de problemas y las habilidades para la vida. Exhibió un acrecentamiento del 20% en el desempeño del cuestionario sobre el reconocimiento de las emociones, búsqueda de soluciones alternas, relajación ante estrés y reconocimiento de consecuencias ante actos.

Igualmente, una intervención en niños de 7 a 11 años con problemas de regulación emocional dirigida por Ramos-Luqueño (2019) utilizó el enfoque cognitivo-conductual en ocho sesiones de 30 minutos con siete díadas cuidador-infante para la regulación del enojo. Se implementaron sesiones de psicoeducación y técnicas de relajación, solución de problemas, modelamiento, reforzamiento y juego de roles con modificaciones relevantes en la interacción de las díadas con mayor atención social, conductas instruccionales y regaño antecedente. Así, la autora observó mejoras en el nivel de regulación emocional, sin cambios en el nivel de identificación emocional, lo que la lleva a concluir que a medida que crecen las conductas prosociales aumenta la autorregulación.

Quiroz-Alba (2018) propone un taller de 14 semanas, en sesiones de 90 minutos una vez a la semana, que parte de la TAU e incluye aspectos centrados en la emoción. Expone módulos de función de las emociones, identificación de creencias, consciencia emocional, respuestas emocionales primaria y secundarias, respuestas emocionales despejadas, estrategias de regulación no evitativas, dirección de la conducta y obstáculos, compromisos para la vida y control de impulsos. Aprovecha técnicas de respiración, relajación, consciencia corporal, dirección de la atención, aceptación y validación con ejercicios de Mindfulness en cada sesión y técnicas de psicoeducación una vez por semana.

Con lo anteriormente expuesto, se ha identificado que la Terapia Racional Emotiva Conductual, la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Dialéctico Conductual integran objetivos de regulación emocional con buenos resultados en la conducta suicida.

### ***5.3 Intervenciones psicológicas útiles para la conducta suicida y la regulación emocional***

La Terapia Racional Emotiva Conductual, TREC, centrada tanto en las creencias irracionales como en la experiencia emocional y la consecución de metas, examina las interrelaciones entre acontecimientos, cogniciones y consecuencias analizando las situaciones desde el modelo ABC: (a) los acontecimientos activadores, (b) la percepción o interpretación de los acontecimientos y (c) las consecuencias emocionales, conductuales o cognitivas. El proceso de intervención se divide en cinco fases y ocupan técnicas de discusión o debate de creencias, entrenamiento en autoinstrucciones, técnicas de distracción cognitiva e imaginación y técnicas emotivas (Ruiz-Fernández et al., 2012).

Para la regulación emocional se utilizan principalmente distracciones cognitivas, autorregistros con modelo ABC, ensayo de conducta, solución de problemas y técnicas emotivas. Dentro de estas últimas se emplea la imaginación racional emotiva, que consiste en el cambio emocional durante una situación imaginada, y la técnica humorística, que facilita el distanciamiento emocional con historias, chistes, aforismos o cualquier otro que fomente la risa. La TREC ha presentado resultados favorables en la tolerancia a la frustración y al dolor (Ruiz-Fernández et al., 2012). Se ha demostrado útil para reconocer creencias irracionales asociadas a la conducta suicida modificar el pensamiento recurrente al suicidio (Chávez-Rodríguez et al., 2018).

La terapia de Aceptación y Compromiso, ACT en inglés, se basa en la Teoría de los marcos relacionales, el lenguaje, y la cognición humana. Considera a las cogniciones como conductas, busca que los individuos aprendan a tolerar el malestar diferenciando experiencias psicológicas de la conducta y está centrado en la realización de acciones valiosas para el individuo. Promueve el análisis funcional de la conducta y se basa en la experiencia del

paciente, por lo cual propicia aceptar las experiencias emocionales y no supone el cambio o reducción de las sensaciones o emociones únicamente trata de identificar su función y generar flexibilidad en la modulación del comportamiento. Presenta resultados efectivos en el trabajo con ansiedad, consumo de drogas, fobias, actos autolesivos (Quiroz-Alba, 2018; Ruiz-Fernández et al., 2012).

La TDC, Terapia Dialéctico Conductual se desarrolla originalmente para la atención de individuos suicidas, se expande a individuos suicidas con trastornos límite de la personalidad, y en los últimos años se ha adaptado a diversas comorbilidades. Es un tratamiento que incluye terapia individual, familiar o grupal y trabajo de habilidades con reuniones de supervisión de casos y consulta telefónica en crisis (De la Vega-Rodríguez y Sánchez-Quintero, 2013; Hervás y Moral, 2017; Neacsiu et al., 2014).

Se consolida como una terapia de tercera generación con técnicas cognitivo-conductuales y de aceptación. Un tratamiento multimodal que balancea estrategias de aceptación, modificación de la conducta, técnicas cognitivas, estrategias de validación, de cambio, consciencia plena o Mindfulness y trabajo dialéctico; incorpora la asignación de tareas para casa y en algunos casos incluye dramatización. La visión dialéctica es uno de los aspectos característicos a través de los cuales se ponen en duda las polaridades y se reconoce la interrelacionalidad de la realidad (De la Vega-Rodríguez y Sánchez-Quintero, 2013; Gómez, 2007; Linehan, 1993).

Así, tiene el objetivo de desarrollar patrones emocionales, conductuales e interpersonales más efectivos. Se enfoca en cuatro módulos: habilidades sociales, habilidades de consciencia, habilidades de tolerancia al malestar y habilidades de regulación emocional que inicialmente propician la reducción conductas que obstaculicen la terapia o amenacen la vida de la persona. Posteriormente se motivan estrategias conductuales que reemplacen disfunciones para pasar a etapas de experimentación emocional y resolución de problemas (Linehan, 1993; Ruiz-Fernández et al., 2012).

Utiliza: (a) técnicas de psicoeducación y técnicas de reatribución para propiciar en los individuos la generación de interpretaciones más realistas sobre los causantes de la propia conducta y de la de otros, reconociendo que puede actuar positivamente en las situaciones; (b) técnicas de análisis funcional (modelo ABA), confrontación verbal, reestructuración cognitiva, imaginería y habilidades de autocontrol para la resolución de problemas; y (c) desensibilización, manejo de estrés, meditación, relajación, reducción del dolor mediante biofeedback o terapias de control del dolor para la regulación emocional (De la Vega-Rodríguez y Sánchez-Quintero, 2013; Linehan, 1993; Ruiz-Fernández et al., 2012).

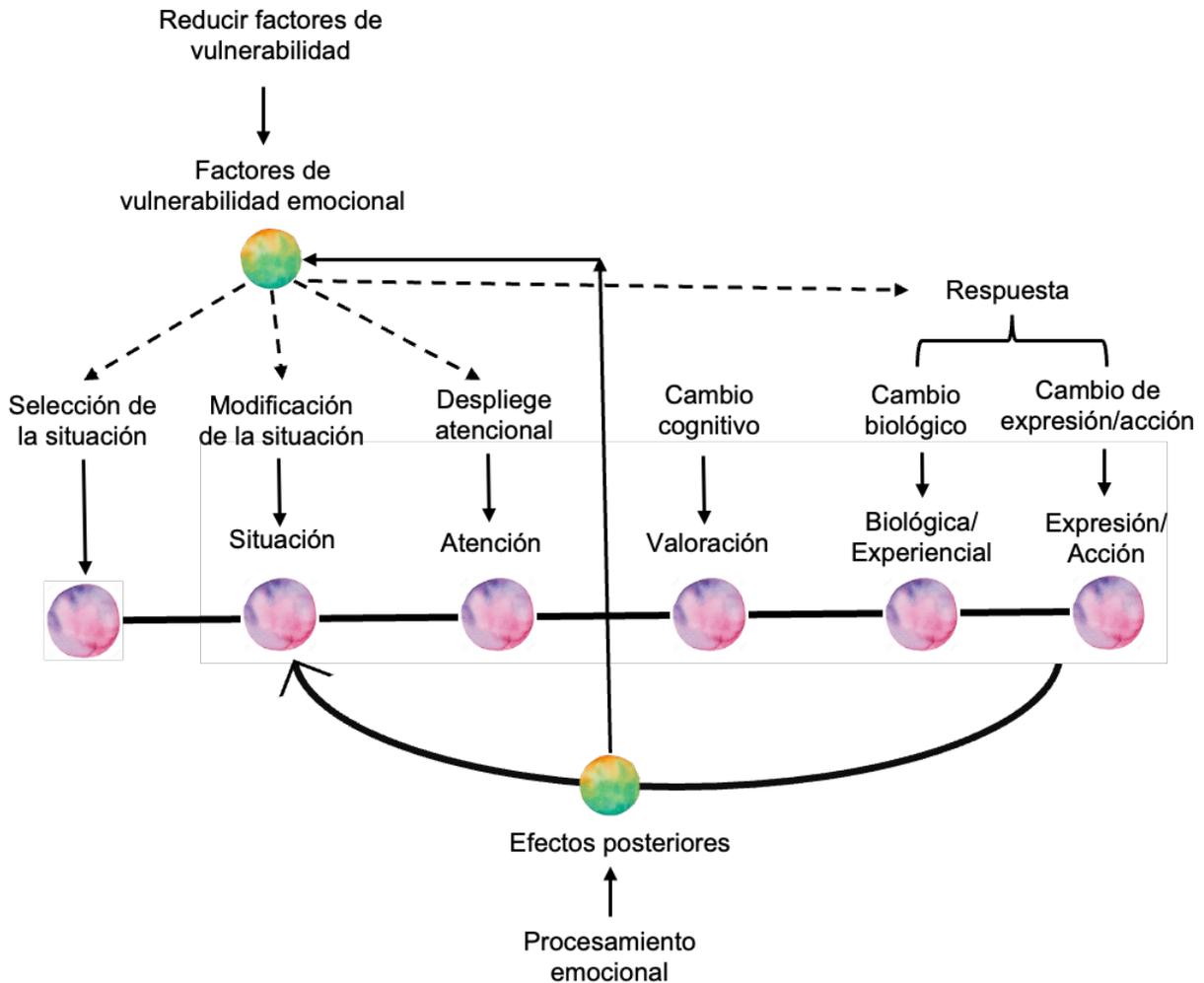
En el módulo de regulación emocional se desarrollan habilidades específicas para identificar, etiquetar y entender las emociones; identificar obstáculos para el cambio de emociones, comprobar los hechos, solucionar problemas y generar acciones opuestas (De la Vega-Rodríguez y Sánchez-Quintero, 2013; Hervás y Moral, 2017; Neacsiu et al., 2014).

Por lo cual, pone mayor atención en las dificultades para regular la emoción ya que está iniciada y busca instruir a los individuos en el contacto con sus emociones, mantenerse consciente y regularlas para resolver problemas de formas que no tengan consecuencias negativas para sus metas y sus vidas. Integra estrategias de afrontamiento y cambio que promueven la vida y el pensamiento flexible atacando las distorsiones cognitivas. Por lo cual, se utilizan técnicas cognitivo-conductuales como análisis de la conducta, manejo de contingencias, reestructuración cognitiva y estrategia de exposición (Boggiano y Gagliessi, 2021; M. Z. Brown, 2006; Neacsiu et al., 2014).

Para enseñar a los clientes a regular sus emociones de forma activa considera a las emociones como respuestas a estímulos internos o externos y utiliza un modelo parecido al de Groos y Thompson con adición de factores de vulnerabilidad emocional y la separación de la respuesta emocional en respuesta emocional biológica/experiencial y respuesta emocional expresión/acciones de cambio, observable en la figura 7 (Neacsiu et al., 2014).

**Figura 7**

*Modelo de la regulación emocional extendido para la TDC*



*Nota.* Tomado de "Dialectical Behavior Therapy: An Intervention for Emotion Dysregulation" por A. Neacsiu, M. Bohus y M.M. Linehan, en J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2a ed., p. 492), 2014, The Guilford Press. Copyright 2014 por The Guilford Press.

La vulnerabilidad emocional se refiere a los efectos de eventos distales o proximales anteriores sobre el inicio, el curso y la intensidad de las respuestas emocionales en la presente situación. La respuesta emocional biológica experiencial incluye los impulsos y las tendencias de respuesta. Y la respuesta expresiones-acciones de cambio incluye el lenguaje corporal, la expresión facial y las acciones (Neacsiu et al., 2014).

Con lo anterior, el proceso de la emoción inicia con un evento o situación que capta la atención del individuo, se valora e interpreta la situación considerando todos los eventos distales o proximales y se desencadena una supuesta emocional en cambios biológicos-experienciales y expresiones o acciones (Boggiano y Gagliessi, 2021; Neacsiu et al., 2014).

Así, se puede intervenir en cualquiera de los puntos de la emoción. En los factores de vulnerabilidad emocional se detectan factores biológicos, contextuales o de la sensibilidad para elegir acciones que permitan aumentar el bienestar. Las acciones acuñadas PLEASE por los nombres en inglés responden al tratamiento de enfermedades físicas, la alimentación balanceada, dormir suficiente y sin exceso, no consumir drogas no prescritas y ejercitarse adecuadamente. En este mismo factor se promueve la resiliencia, al incrementar el número de situaciones positivas realizadas durante el día y al aumentar el sentimiento de competencia, y la autoeficacia con acciones retadoras. Por último, se hace uso de la exposición con ayuda de la imaginación para ensayar y afrontar efectivamente situaciones difíciles se sabe que están por venir (Neacsiu et al., 2014).

En la selección y modificación de la situación se aprovechan tres clases de estrategias de regulación emocional: habilidades de resolución de problemas, habilidades de efectividad interpersonal y habilidades de consciencia plena o Mindfulness. Mediante las habilidades de resolución de problemas se doctrina en la generación de listas de pros y contras en una acción, además, se instruye en un grupo de habilidades para la resolución de problemas en aras de cambiar o desarrollar estrategias para la eliminación, reducción o evitación de problemas en las situaciones emocionales. Mediante las habilidades de efectividad interpersonal se enfoca al individuo en la obtención de la meta sin afectar las relaciones o el respeto propio para, con las habilidades de Mindfulness o consciencia plena, guiar a la persona en observar, describir y participar en el momento presente, sin juicios, expandiendo la consciencia de las situaciones. Lo que abre la posibilidad de determinar las modificaciones de situación o elecciones de estrategia para responder emocionalmente (Linehan et al., 2007; Neacsiu et al., 2014).

En el despliegue de la atención se utilizan estrategias de distracción, habilidades de sobrevivencia en crisis y las habilidades de consciencia plena. La primera cambia o enfoca la atención en otra parte de la situación o en otra situación, lo importante es cambiar la atención de lo que no es útil o efectivo en el presente y poner atención en lo que sí. Las segundas, habilidades de consciencia plena, tienen una transversalidad en este punto pues permiten promover el control atencional (Linehan et al., 2007; Neacsiu et al., 2014).

En la valoración se utilizan estrategias de cambio cognitivo: revisión de los hechos, aceptación de la realidad y Mindfulness. Se revisan los hechos, se eliminan suposiciones, interpretaciones, pensamientos de rumiación y preocupaciones de las situaciones actuales. En esta etapa se practica la consciencia plena para la aceptación de la emoción real (Linehan et al., 2007; Neacsiu et al., 2014).

En la respuesta emocional biológica o experiencial se promueven cambios en la fisiología con autotranquilización, media sonrisa, manos dispuestas, tolerancia al estrés y consciencia plena evitando que el individuo se involucre en acciones que interfieran con sus metas. Algunas técnicas empleadas en este punto son cambio de temperatura provocada por agua fría o congelada, ejercicio intenso, respiración en pasos, relajación progresiva y acrecentar uno de los cinco sentidos por medio de posturas o expresiones faciales (Neacsiu et al., 2014).

En la respuesta en acción y expresión se ocupa la acción opuesta y la consciencia plena. La acción opuesta busca cambiar la postura corporal, la expresión y los movimientos para que correspondan a una emoción que no es la experimentada inicialmente. Actuar en contra de una emoción no enmascararla o esconderla (Neacsiu et al., 2014).

En los efectos emocionales posteriores se hace uso de la consciencia emocional, identificar y nombrar emociones, además se determinan los componentes desencadenantes y consecuentes de la experiencia emocional (Linehan et al., 2007; Neacsiu et al., 2014).

Aunado a lo anterior se aprovechan procedimientos de exposición, moldeamiento, modelamiento, juego de roles, instrucciones, autoinstrucciones, refuerzo, retroalimentación y validación de la experiencia emocional sin enjuiciar (De la Vega-Rodríguez y Sánchez-Quintero, 2013).

Encima, en la aplicación del tratamiento la TDC se expande la lista de seis emociones primarias de Ekman incluyendo: ira, desagrado, envidia, miedo, celos, alegría, amor, tristeza, vergüenza y culpa (Linehan et al., 2007; Neacsiu et al., 2014).

En esta terapia las técnicas de acciones opuestas, exposición y reestructuración cognitiva tienen buenos resultados en la cognición de la regulación de las emociones (M. Z. Brown, 2006; Gvion y Apter, 2016), especialmente el enojo (Neacsiu et al., 2014).

En el caso de personas con depresión, apatía y desesperanza se premia la utilización de técnicas cognitivas antes que las conductuales (M. Z. Brown, 2006; Linehan, 1981). Ha demostrado evidencias positivas en personas con conducta suicida, presenta disminución en autolesiones, intentos suicidas y mejorías en la calidad de vida del individuo (T. E. Ellis, 2006; Klonsky et al., 2016; Linehan, 1993). En infantes y adolescentes se ha mostrado reducción de sintomatología depresiva, autolesiones y conducta suicida con evidencia de mantenimiento después de un año (Gvion y Apter, 2016; Ruiz-Fernández et al., 2012).

En resumen, esta terapia cuenta con probados resultados en la regulación del enojo el tratamiento de la depresión y la conducta suicida (Neacsiu et al., 2014). En ello, Linehan (1993) además de Robles- Sánchez y colegas recomiendan hacer uso de las intervenciones en grupo para formar una interacción efectiva, relevante para disminuir las posibilidades de suicidio al generar o fortalecer redes de apoyo con los compañeros.

Con esto en mente, Vega Vázquez y colaboradores (Vega-Vázquez et al., 2022) realizan una estrategia de intervención en suicidio de ocho sesiones psicoterapéuticas y cuatro sesiones para padres o cuidadores de 60 minutos una vez por semana. Las sesiones psicoterapéuticas se crearon con base en la TDC y ACT, incluyen prácticas de Mindfulness y

estrategias de aceptación. Para la regulación emocional se hizo uso de técnicas de detenimiento de pensamiento, Mindfulness, registro de emociones, activación conductual, validación de la emoción y registros con el modelo ABC. Algunas sesiones involucraban a padres para acompañar y aprender las estrategias utilizadas por los infantes. Fueron aplicadas a dos infantes de 9 años quienes, posterior a la intervención, presentaron disminuciones en el riesgo suicida y depresión con disminución de la ansiedad en un individuo, aumento en las razones para vivir en un caso y disminución de la impulsividad en un caso.

### **5.3.1 Técnicas útiles.**

Con lo anteriormente expuesto, se distingue que las técnicas de las línea cognitivo-conductual se utilizan común y eficazmente en el tratamiento de la conducta suicida y la regulación emocional son activación conductual, respiración diafragmática, relajación, reevaluación cognitiva, detención del pensamiento, difusión cognitiva, tareas de reforzamiento, posposición de la rumiación o de la preocupación, reatribución, solución de problemas, ensayo mental, perspectiva de cambio, exposición, cuestionamiento sobre supuestos negativos, acción opuesta, acción comprometida, aceptación, Mindfulness o consciencia plena, prevención de recaídas y manejo de recaídas (K. W. Brown et al., 2007; Company et al., 2012; García-Hernández, 2017; Gómez-Pérez y Calleja-Bello, 2016; Ibáñez-Tarín y Manzanera-Escartí, 2012; Montealegre-Rojas, 2019; Montoya-Castilla et al., 2015; Quiroz-Alba, 2018; Reyes-Ortega y Tena-Suck, 2016; Ruiz-Fernández et al., 2012; Yépez-García, 2012).

En este respecto, Soldevilla (2007) genera recomendaciones para el uso de técnicas de regulación emocional en individuos de 6 a 12 años. Considera el apoyo de adultos en la utilización y entrenamiento de técnicas de relajación, reencuadre, planificación de problemas, reestructuración cognitiva y aceptación de la propia responsabilidad desde los 6 años y hasta los 9 o 10 años, con autonomía de uso entre los 10 y 11 años. Entre los 6 y 8 años sugiere fomentar técnicas de distracción cognitiva, diálogo y búsqueda de ayuda en los otros con guía

de cuidadores o tutores y sin apoyo de estos a partir de los 8 años. Finalmente, plantea el uso de distracción conductual con ayuda de adultos hasta los 7 años y sin ayuda en lo posterior.

En suma, proyecta que para el último año escolar primario los alumnos ya cuenten con todas esas estrategias de regulación desde una propuesta abierta y flexible para adaptarse al grupo y a cada centro educativo (Soldevila et al., 2007).

Santillán-Torres y Conchado-Vargas (2019) sumados a Montealegre-Rojas (2019) recomiendan: (a) iniciar con consciencia de las emociones e interpretar las sensaciones corporales, los pensamientos y expresiones corporales y faciales; (b) establecer una relación de colaboración, promoviendo un sentido de dirección y enfoque que permita lograr los objetivos de cada sesión, con retroalimentación continua y asignación de tareas.

Aunado a ello, las guías y experiencias derivadas de la pandemia por COVID-19 recomiendan el uso de técnicas de relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, imaginación guiada, revaloración, aceptación, cambio de atención y reestructuración cognitiva para dar frente a todos los factores de riesgo que se han visto incrementados (Muñoz-Navarro, Malonda, et al., 2021; Ramírez-Ortíz et al., 2020).

Esta relación que existe entre la conducta suicida, las emociones y su regulación lleva a considerarla como una estrategia de prevención primaria.

## Capítulo 6. Prevención

La prevención es entendida como todas las medidas destinadas a que no aparezca o se desarrolle una enfermedad (OMS, 1998). En este aspecto, la prevención genera todas aquellas estrategias que reduzcan los factores de riesgo, fortalezcan los factores protectores, mejoren las condiciones de vida, disminuyan la posibilidad de estar involucrado en una conducta o enfermedad y capacita a las personas para que aumenten el control sobre su salud con posibilidades de mejorarla (García-Silberman et al., 2000).

De tal forma, se pueden definir tres niveles de prevención (Bados-López, 2008; Hadlaczky et al., 2016; Jiménez-Tapia y González-Forteza, 2003; OPS, 2016; Robles-Sánchez et al., 2013):

- **Primaria:** Tiene la finalidad de impedir la aparición de la enfermedad o problema, puede valerse de acciones que reduzcan los factores de riesgo y precipitantes o acciones que aumenten u originen factores protectores.
- **Secundaria:** Desencadena medidas para detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema que ya se encuentra presente. Por tanto, identifica factores de riesgo y personas vulnerables e interviene para prevenir que el problema empeore.
- **Terciaria:** Busca evitar, retardar o reducir la aparición de secuelas en una enfermedad o problema. Por tanto, hace intervenciones que disminuyan síntomas o detengan la progresión de la enfermedad o problema.

Del mismo modo, tomando en cuenta las modalidades de intervención podemos desplegar la (Bados-López, 2008; Gould et al., 2003; Gvion y Apter, 2016; Hadlaczky et al., 2016; OPS, 2016):

- **Prevención universal,** genera acciones para toda una población.

- Prevención selectiva, desarrolla intervenciones para grupos de mayor riesgo o vulnerabilidad.
- Prevención indicada, dirigida a personas con vulnerabilidades específicas o que ya presentan síntomas claros.

Dichos niveles y modelos se eligen de acuerdo con las condiciones poblacionales, las posibilidades socioeconómicas y las características específicas de la conducta, enfermedad o problema a prevenir (Medina-Mora et al., 2015).

En el mundo se han desarrollado diversos programas preventivos para el suicidio, utilizando las tres estrategias de acción: el 81% de los programas son de prevención universal, el 12.5% de prevención selectiva y el 6.2% de prevención indicada; pero la evidencia de eficacia es limitada (Gvion y Apter, 2016; Val y Míguez, 2021; Vijayakumar y Phillips, 2016).

Las acciones de prevención primaria y universal se han basado en el trabajo con medios de comunicación, la limitación del acceso a medios para cometer el acto suicida, cambios en las políticas públicas, la creación de políticas en torno al suicidio, el establecimiento de sistemas de monitoreo y reportes, programas escolares de conciencia sobre el suicidio, la desmitificación y desestigmatización del suicidio, promover estilos de vida saludable, promover el autocuidado y cuidado de los demás, incrementar el acceso a la salud mental y crear líneas de ayuda (Gvion y Apter, 2016; Hadlaczky et al., 2016; Mosquera, 2016; Val y Míguez, 2021; Vijayakumar y Phillips, 2016).

Por su parte las estrategias de prevención secundaria se han enfocado principalmente en la detección de grupos vulnerables, el entrenamiento de personal médico y el entrenamiento de guardianes: pares, docentes y administrativos escolares; para el reconocimiento de individuos en riesgo, buscan la identificación y derivación de casos desarrollando habilidades de escucha activa y trabajo en equipo (Gvion y Apter, 2016; Mosquera, 2016; Robles-Sánchez et al., 2013; Val y Míguez, 2021; Vijayakumar y Phillips, 2016).

A su vez las estrategias de prevención terciaria son mayormente clínicas con trabajo multidisciplinario y la inclusión de las familias en el proceso de atención del individuo con intentos suicidas previos (Gvion y Apter, 2016; Vijayakumar y Phillips, 2016).

En México existen pocos programas de prevención del suicidio, se han realizado acciones principalmente a través de estancias gubernamentales, el sector salud, universidades, instituciones asistenciales y programas pastorales (García-Silberman et al., 2000; Gómez-García et al., 2021; Ibarra-López et al., 2015).

Las instituciones de salud han otorgado importancia a programas selectivos e indicados, conceden importancia al diagnóstico y tratamiento de la depresión y los intentos de suicidio (Ibarra-López et al., 2015). Los estados de la República han realizado acciones universales e indicadas con módulos de salud mental, foros y mesas de trabajo en torno al suicidio además de, la apertura de líneas de atención y espacios para la intervención en crisis (Ibarra-López et al., 2015). Las organizaciones no gubernamentales han realizado primordialmente acciones de prevención universal realizando cursos, pláticas, programas de radio y artículos de prensa que favorezcan el conocimiento de la problemática suicida, síntomas y signos de alarma además de coadyuvar a eliminar tabúes y estigmas. Y algunas acciones selectivas con atenciones integrales a la familia y al individuo con riesgo para la conducta suicida (Ibarra-López et al., 2015).

Así, la prevención del suicidio que se ha considerado tradicionalmente como un problema de salud mental, sin embargo, es una problemática con factores que incluyen no solo al individuo sino a su contexto, debido a lo cual la responsabilidad es compartida con sectores sociales (Borges et al., 2015; T. E. Ellis, 2006; González-Forteza y Jiménez-Tapia, 2015; Jiménez-Quenguan et al., 2014). Además, considerando que no se pueden evitar en su totalidad los estresores o factores de riesgo, las acciones de prevención ligadas a factores protectores y a la atención oportuna son relevantes al actuar antes de que se presente la

trayectoria del suicidio (Jiménez-Quenguan et al., 2014; Robles-Sánchez et al., 2013; Villalobos-Galvis, 2007).

González-Forteza y Jiménez-Tapia (2015) consideran que el reto pendiente es llevar a cabo programas de prevención primaria y universal que eviten los concomitantes emocionales o cognitivos de la conducta suicida y que a su vez permitan lograr una correcta detección para dar atención secundaria o selectiva y evitar que se agrave la conducta suicida existente. Reparando en ello que, la prevención primaria del suicidio es un componente clave que puede establecerse en escuelas y espacios de socialización.

En torno a eso, para la prevención del suicidio se recomiendan:

- Programas comunitarios que sean de bajo costo y puedan ser replicados por voluntarios u organizaciones no gubernamentales (Vijayakumar y Phillips, 2016).
- La consideración de las causas sociales, personales, los significados de la vida y la muerte y las emociones pues los aprendizajes previos mantienen el problema (Ibarra-López et al., 2015; Staats, 1979).
- La formación de competencias socioemocionales (OPS, 2016; WHO, 2021a).
- Iniciar la prevención desde la infancia (García-Ramírez, 2006; Valdez-Santiago, Villalobos, et al., 2021).
- Considerar el nivel de atención de acuerdo con el nivel de riesgo (Ibarra-López et al., 2015).
- Contar con indicadores de efectividad de los programas de prevención (Gvion y Apter, 2016; Ibarra-López et al., 2015).
- Asegurar medidas y alianzas multisectoriales (Gobierno de la República, 2019; Vijayakumar y Phillips, 2016).

Con todo ello, diversos autores (Chávez-Hernández et al., 2017; Mondragón-Barrios et al., 2001; Mosquera, 2016; Vargas-Alvarado y Davis, 1964; Vázquez-Vega et al., 2015;

Viñas-Poch y Domènech-Llaberia, 1999), y organizaciones mexicanas (INSP, 2019; Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, 2019; Secretaría de Salud, 2022; Senado de la República, 2020) se encuentran conscientes de la importancia de abordar el tema del suicidio desde una red interrelacionada que genere alianzas entre sectores educativos, de salud y sociales.

Haciendo ineludible contar con programas y planes nacionales específicos en suicidio que generen acciones multidisciplinarias, estrategias estatales y políticas públicas que involucren intervenciones dirigidas a la prevención, atención y posvención del suicidio.

En ello, la OMS (2013) y autores como García-Silberman et al. (2000), González-Forteza et al. (1999), Jiménez-Tapia y González-Forteza (2003), Mosquera (2016), Rivera-Heredia y Andrade-Palos (2006), Vargas-Alvarado y Davis (1964) además de Vázquez-Vega et al. (2015) se muestran de acuerdo con la necesidad de dar paso a investigaciones que identifiquen al suicidio como proceso psicológico, social y cultural desarrollando intervenciones en el campo de la prevención primaria y secundaria.

En éste respecto, Chávez-Hernández y colaboradores (2017), Domínguez-García y Fernández-Berrocal (2018), García-Peña y Villota-Araujo (2019), González-Forteza y colaboradores (1999), Martínez-Lanz y colaboradores (1985), Miranda de la Torre y colaboradores (2009), la OMS (2013), Rivera-Heredia y Andrade-Palos (2006) junto con Viñas-Poch y colaboradores (2000) mencionan que los trastornos pueden prevenirse si actuamos previamente, antes de los 14 años de edad, reconociendo la existencia de esta conducta en la infancia y cultivando recursos psicológicos que prevengan el desarrollo de problemas afectivos y de conducta desde la niñez. Aunado a ello, se ha reconocido (Cha y Nock, 2009; García-Silberman et al., 2000; INSP, 2019; Miranda de la Torre et al., 2009; Rubenstein et al., 1989; Vázquez-Vega et al., 2015; Viñas-Poch y Domènech-Llaberia, 1999) la importancia de fomentar conductas adaptativas y factores protectores aplicables a individuos con y sin ideación suicida que permitan la ausencia de intentos suicidas o suicidios posteriores.

Si se considera que una importante proporción de la población cursa los niveles de educación básica y que uno de los factores individuales que afecta el rendimiento escolar son los problemas de salud, el trabajo conjunto con el área de salud para la mejora de la calidad de vida de los individuos se vuelve ineludible (González-Forteza y Jiménez-Tapia, 2015; Jiménez-Franco y Valle-Gómez-Tangle, 2016; Korinfeld, 2017; SEP, 2017; Valdez-Santiago, Villalobos, et al., 2021).

### **6.1 Prevención del suicidio en contextos escolares**

La UNICEF (2021) plantea que cuando dejamos de lado la salud mental de los infantes socavamos su capacidad de aprender, trabajar, establecer relaciones significativas y hacer contribuciones al mundo. En atención a lo cual distingue que las escuelas pueden ser entornos saludables donde los infantes aprendan habilidades para reforzar su bienestar.

Sumado a ello, la UNESCO (2015) reconoce que en la educación no solo confabulan la adquisición de competencias de lectura, escritura o análisis sino también aquellas habilidades interpersonales y sociales que permiten a los individuos llevar vidas saludables y plenas, por tanto, aquellas que los articulen para responder a los desafíos locales y mundiales.

De esta suerte, las escuelas sirven de plataforma para múltiples sectores de la salud y la salud mental, permiten fomentar habilidades emocionales y sociales además de ofrecer la oportunidad de llegar a un gran número de individuos, tengan o no acceso a servicios de salud o salud mental. Así, posibilitan la protección de quienes más lo necesitan (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2021).

Por consiguiente, la educación no puede tener una posición pasiva ante los fenómenos sociales, sobre todo cuando se trata de personas en edades escolares, pues la función socializadora de la escuela es fuente de bienestar y permite generar redes de apoyo. En suma, la movilización de conocimientos, habilidades y valores permiten la construcción de competencias que posibilitan el fortalecimiento personal de los menores (Bohórquez- Marín, 2009).

Adicionalmente, los problemas de salud o de tipo sociocultural y familiar influyen en el rendimiento escolar (Bohórquez- Marín, 2009; Polaino-Lorente y De las Heras, 1990). Por ejemplo, el ambiente familiar en infantes con conductas suicidas es comparable con su repercusión en el desempeño académico y fracaso escolar, encontrando que se produce una disminución del rendimiento escolar durante el periodo previo a la conducta suicida (Polaino-Lorente y De las Heras, 1990). Así mismo, se han identificado correlaciones negativas entre ideación suicida, intento suicida y rendimiento escolar con factores de riesgo del suicidio que aumentan mientras el desempeño escolar disminuye: trastornos alimenticios, depresión, violencia, consumo de estupefacientes, agresión y aislamiento (Jiménez-Franco y Valle-Gómez-Tangle, 2016; Palacios-Delgado y Andrade-Palos, 2007).

Por si fuera poco, en México se reporta para todos los estados de la república el inicio de las conductas suicidas en el último año de escolaridad primaria y el primero de la secundaria. Con presencia de ideación suicida de entre el 10% y el 50% en adolescentes, juntamente con mayores prevalencias en bachillerato, lo cual se explica por el acumulado de intentos a lo largo de la vida (Berenzon-Gorn et al., 2013; González-Forteza y Jiménez-Tapia, 2015; Valadez-Figueroa, Chávez-Hernández, Vargas-Valadez, Hernández-Cervantes, et al., 2019; Valdez-Santiago, Villalobos, et al., 2021).

Así, las primeras necesidades de las escuelas son sobre problemas emocionales, de conducta y rendimiento escolar (González-Forteza et al., 2008; Polaino-Lorente y De las Heras, 1990) ante los cuales solicitan continuamente asistencia y atención de la salud mental (Polaino-Lorente y De las Heras, 1990).

Con lo anterior, evidenciar la problemática suicida en la población escolar compromete a las autoridades escolares en la prevención y promoción de la salud mental, siendo la escuela un gran aliado para la detección y referencia de niños y adolescentes a servicios especializados, además de, un recurso invaluable para la prevención y promoción de la salud mental de los estudiantes (González-Forteza et al., 2008; González-Forteza y Jiménez-Tapia,

2015; Lima-Ojeda, 2015; Ministerio de Educación, 2009b; Polaino-Lorente y De las Heras, 1990; Valdez-Santiago, Villalobos, et al., 2021).

En virtud de lo expuesto, la educación es una manera poderosa de mejorar la salud de las personas, proteger a niños, jóvenes y adultos ante las crisis y conflictos con ambientes de aprendizaje sanos, de apoyo y seguros para los individuos. Es un ámbito social donde se construyen valores, mecanismos de socialización y se transmiten contenidos que contribuyen a la formación de las personas en lo individual, colectivo y profesional (Casanova-Cardiel, 2020; UNESCO, 2015).

Por ello, diversos países en Latinoamérica están conscientes de que la escuela, sin ser un espacio clínico, es un espacio dentro del cual es posible desarrollar acciones de atención a situaciones sociales particulares o atender problemas y a poblaciones vulnerables. Es la principal institución para promover el desarrollo cognitivo y emocional, además cuenta con características físicas y funcionales para desarrollar programas universales, y como parte de la comunidad, en momentos de emergencia, puede desarrollar competencias para proteger a los miembros de los riesgos existentes (García-Ramírez, 2006; González-Forteza, 1996; González-Forteza et al., 2003; Ministerio de Educación, 2009b; UNESCO, 2015; SEP, 2017).

Encima, la UNICEF (2021) considera que las intervenciones en contexto escolar son más relevantes en países de bajo y medio ingreso, pues en su mayoría los menores pasan al menos un tercio del día en la escuela y las intervenciones escolares que abordan ansiedad, depresión y suicidio propician un retorno de inversión de 21.5 dólares por cada dólar. Como resultado, los programas de prevención escolares han demostrado ser la mejor opción para los más jóvenes (Gvion y Apter, 2016).

## ***6.2 Programas de prevención del suicidio en contextos escolares***

En el mundo existen diversos programas educativos que tienen como finalidad la prevención del suicidio, principalmente han sido desarrollados para población de adolescente y utilizan estrategias de prevención primaria y secundaria.

El programa Signs of Suicide, SOS, es una acción preventiva aplicada a individuos de 13 y 14 años que busca aumentar la consciencia y reducción del suicidio mediante dos días de actividades basadas en la psicoeducación y el tamizaje. Instruye en el reconocimiento de signos de alarma, actitudes positivas y estrategias de búsqueda de ayuda. Aunado a ello, realiza un tamizaje para la detección de casos en riesgo y da consejería directa. Es un programa que requiere poco personal, sin necesidad de entrenamiento especializado. Como resultados se han reportado incrementos actitudinales y en el conocimiento de depresión y suicidio y ha demostrado un decremento del 40% de intentos de suicidio en los autorreportes. Sin embargo, no se ha encontrado evidencia en la modificación o decremento de la ideación suicida o incremento en la búsqueda de ayuda (Gvion y Apter, 2016; Kong et al., 2016).

El programa Question, Persuade and Refer, QPR, es un programa de tamizaje para adolescentes que pretende aumentar la consciencia sobre la problemática suicida en el personal escolar. Incluye sesiones de psicoeducación y capacita al personal de la escuela como guardianes, en los signos de alarma y detección. El entrenamiento tiene una duración de dos horas con revisión tres meses después de la intervención. Ha demostrado mejoras en el conocimiento de la conducta suicida y aumento de actitudes positivas hacia el suicidio, con mantenimiento después de tres meses. Así mismo, reporta incremento del 14% en el número de veces que los participantes se acercan a los alumnos para conocer sus problemáticas, siendo los participantes responsables de este aumento aquellos que previamente presentaban mayor interacción con el alumno (Gvion y Apter, 2016; Kong et al., 2016).

El programa Sources of Strength es un proyecto de prevención universal que busca difundir mensajes positivos que apoyen a la modificación del clima escolar, el desarrollo de habilidades positivas para la vida y actitudes que promuevan la búsqueda de ayuda a través de cuatro fases: preparación de la comunidad, nominación, entrenamiento de líderes y mensajes de pares líderes. En las primeras dos fases se da a conocer el programa a la comunidad y se nominan compañeros y adultos líderes. La tercera fase, el entrenamiento de pares y tutores

adultos, es un entrenamiento de cuatro horas con módulos de identificación de factores protectores del suicidio, promoción de habilidades de afrontamiento y formas de alentar a otros en la búsqueda de ayuda. Durante la cuarta fase, de mensajes, los líderes pares usan diversas actividades para compartir notas o información que inviten a otros compañeros a crecer, usar sus fortalezas, forjar nuevas fortalezas y acercarse a adultos de confianza en momentos de angustia. Después de ello cada líder par tiene entre 10 y 15 minutos para compartir en plenaria una estrategia que le haya ayudado a superar adversidades e instruye a sus compañeros en el contacto con adultos de confianza cuando se reconoce la conducta suicida en la comunidad. Para ello el líder par nombra a un adulto de confianza e invita al resto de los estudiantes a nominar adultos de confianza. Este programa informa mejoras en la percepción de los adultos como fuentes de apoyo y refiere que el modelamiento entre pares permite el desarrollo y conocimiento de estrategias de afrontamiento y mejora las actitudes para superar la conducta suicida y pedir ayuda (Kong et al., 2016; Petrova et al., 2015).

El Juego de buen comportamiento, Good Behaviour Game, GBG, es un programa educativo que refuerza las conductas positivas por medio de un juego competitivo entre equipos que fomenta el monitoreo entre pares mejorando la socialización y la empatía. Reporta disminución del 30% en los intentos de suicidio (Kong et al., 2016).

El programa CARE CAST por las siglas en inglés de cuidar, evaluar, responder y empoderar, afrontar y apoyar a la formación realiza tamizaje escolar con intervención selectiva posterior de 12 sesiones que desarrollan regulación emocional y estrategias de afrontamiento. Ha mostrado disminuciones de la conducta suicida con reducciones en la tasa de suicidio y desesperanza (Kong et al., 2016).

El programa de Jóvenes conscientes de la salud mental, desarrollado para adolescentes de 14 a 16 años, es un programa de prevención primaria con psicoeducación de la conducta suicida que incluye factores de riesgo y prevención, aunado al uso de juego de roles y el

diálogo para instruir a los participantes en estrategias de resolución de problemas con reportes de reducción de las conductas suicidas en un 50% (Stone et al., 2017).

En Cuba se reporta un programa de prevención educativa de 8 sesiones semanales de una hora, para individuos de 17 a 19 años, basada en la psicoeducación de la conducta suicida: detección, factores de riesgo, factores protectores, ideaciones suicidas, manejo de la conducta suicida y mitos y realidades. Mismo que cuenta con un estudio de 32 individuos en 2010-2011 que evidencia un aumento del 35.6% en los conocimientos sobre el suicidio y una disminución del 25% en el riesgo suicida (Figueredo-Acosta, 2021).

Piedrahita (2012) lleva a cabo una intervención de dos horas para padres y maestros con psicoeducación sobre el suicidio en factores de riesgo y protectores, además de conocimiento de protocolos de manejo del riesgo suicida, con el objetivo de aumentar la conectividad social en la adolescencia. Aplicada en Colombia en 30 estudiantes de entre 9 y 14 años, con siete educadores y padres de familia, durante seis meses con resultados en el incremento sustancial del conocimiento de todos los factores y una definición clara del concepto de suicido.

En México, Hernández-Cervantes (2007) presenta una estrategia de prevención e intervención selectiva para adolescentes en dos fases. La primera basada en el tamizaje en escuelas para posterior referencia a un tratamiento con psicoterapia estructurada breve. Dicho tratamiento se basa en el contenido Helping You Helping Young People que integra los contenidos descubiertos en el tamizaje, la exploración de las emociones y recursos personales en 20 sesiones, dos veces por semana, de 80 minutos durante las cuales se integran por momentos a padres de familia. En el estudio realizado a 506 alumnos de entre 11 y 16 años con 17% de riesgo suicida se revelaron disminuciones en el riesgo suicida con mejoras para ideación suicida, depresión y desesperanza.

Aun así, Jegannathan y colegas (2014) mencionan que no hay evidencia concluyente sobre los tipos de intervención más eficaces en la prevención del suicidio en contexto escolar,

además, la mayoría de los programas de prevención del suicidio en contexto escolar se han aplicado y desarrollado en países de alto ingreso por lo que no siempre son efectivos en países de bajo y medio ingreso.

No obstante, si consideramos que los comportamientos de riesgo y de la conducta suicida suponen un desequilibrio emocional que requiere de la adquisición de competencias en cara a la prevención (Bisquerra-Alzina, 2003, 2009; García-Ramírez, 2006), que en la adolescencia se busca mayor independencia para la regulación emocional (Neumann et al., 2011), que entre los 6 y 11 años el proceso regulatorio está muy influenciado por las interacciones sociales, que las emociones están reguladas principalmente por el aprendizaje y la cultura (Fernández-Abascal et al., 2010) y que entre los 10 y 19 años se deben adquirir competencias socioemocionales (OMS, 2021) el conocimiento de programas educativos que permitan dar herramientas emocionales al individuo para la protección de la conducta suicida es pertinente.

### **6.3 La educación emocional**

Como se ha afirmado, se estima a la educación formal como un contexto ideal para llevar a toda la población competencias que permitan promover el bienestar y desarrollo personal, emocional y social (Bisquerra-Alzina, 2003, 2009; García-Ramírez, 2006).

Así, a nivel internacional se han suscitado cambios en el paradigma de la educación y, en la actualidad, se considera que la educación debe preparar para la vida. Por lo cual, tiene la finalidad de contribuir con el desarrollo integral del ser humano (Bisquerra-Alzina, 2003; Ribes-Iñesta, 2008) invitando a los contextos educativos a brindar herramientas que permitan el crecimiento cognitivo, emocional y social sin dejar de lado la formación de competencias para mantener y fomentar la salud a través de conductas positivas para la salud y de acciones que prevengan conductas de riesgo, violencias y enfermedades (Ambrona et al., 2012; Bisquerra-Alzina, 2003).

Conjuntamente, en México la educación tiene la atribución de desarrollar armónicamente todas las facultades del individuo, incluyendo las capacidades cognitivas, socioemocionales y físicas que permitan su bienestar (Medina-Gual et al., 2021; SEP, 2017). En atención a lo cual, la SEP (2020) resuelve a la educación como un bien para la formación de la autonomía y desarrollo de la personalidad, alude a la necesidad de contar con ambientes en los cuales los individuos puedan expresar y gestionar sus emociones posibilitando el entendimiento de incertidumbres, angustias y temores en compañía de sus compañeros y docentes.

Por ese motivo, se repara en la educación emocional como una herramienta de prevención de la salud, primaria e inespecífica, que maximiza las tendencias constructivas y reduce las destructivas permitiendo menor vulnerabilidad para las conductas de riesgo y el desarrollo integral del individuo (Bisquerra-Alzina, 2003).

Así, la educación emocional adopta un enfoque de ciclo de vida con miras a formar parte del currículo académico a lo largo de todas las etapas educativas. Considera la integración de contenidos emocionales a las aulas de manera continua, intencional, planificada y sistemática con adultos que actúen como referentes en la comunicación verbal y no verbal (Bisquerra-Alzina, 2003; Pérez-Escoda y Filella-Guiu, 2019).

La educación emocional, entonces, es un elemento más dentro de las innovaciones que son necesarias para que la práctica educativa responda a las necesidades sociales. Es un proceso educativo que busca potenciar las competencias emocionales como elemento de desarrollo personal para enfrentar la vida y aumentar el bienestar personal y social. Incorpora dentro de sus objetivos el conocimiento de las propias emociones, la identificación de las emociones de los demás, la denominación correcta de las emociones y la regulación emocional. Lo que permite al estudiante aumentar la tolerancia a la frustración, prevenir los efectos nocivos de las emociones, generar emociones agradables al individuo, automotivarse, aprender a fluir, generar empatía y adquirir una actitud positiva para la vida; favorece los

procesos de aprendizaje, las relaciones interpersonales y la resolución de problemas (Bisquerra-Alzina, 2003; Pérez-Escoda y Filella-Guiu, 2019).

De manera que, las bases de la educación emocional son autoconsciencia, autorregulación, conciencia social, habilidades sociales y toma de decisiones responsables (Mahoney et al., 2021). Lo que desemboca en la competencia emocional (Bisquerra-Alzina, 2003).

Una competencia permite movilizar integradamente conocimientos habilidades, actitudes y conductas necesarias para realizar actividades con cierto nivel de eficacia y calidad de forma individual o grupal (Bisquerra-Alzina, 2003, 2009). Las competencias emocionales son un conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular los fenómenos emocionales. Se agrupan principalmente en cinco bloques: consciencia emocional, regulación emocional, autonomía personal, competencia social y competencias para la vida y el bienestar (Bisquerra-Alzina, 2003; Pérez-Escoda y Filella-Guiu, 2019).

La consciencia emocional es la capacidad de conocer las propias emociones y las emociones de los demás sumada a la habilidad para captar el clima emocional en un contexto a una situación. Se consigue con autoobservación, observación del comportamiento de otros, la utilización de nombres o etiquetas emocionales y la comprensión de diferencias cognitivas, comportamentales y fisiológicas (Bisquerra-Alzina, 2003, 2009; Pérez-Escoda y Filella-Guiu, 2019).

La regulación emocional es la capacidad para manejar las emociones, afrontar las emociones displacenteras y autogenerarse placenteras. Incluye manejo de la ira, retraso de gratificaciones y habilidades de afrontamiento como diálogo interno, relajación, meditación, respiración, autoafirmaciones positivas, asertividad, reestructuración cognitiva, imaginación emotiva y atribución causal (Bisquerra-Alzina, 2003; Pérez-Escoda y Filella-Guiu, 2019).

La autonomía emocional constituye autogestión, autoestima, capacidad para buscar ayuda y recursos, actitud positiva para la vida, responsabilidad, capacidad para analizar críticamente las normas sociales y autoeficacia emocional (Pérez-Escoda y Filella-Guiu, 2019).

La competencia social es la capacidad para mantener relaciones buenas con otros con comunicación efectiva, respeto, asertividad y empatía (Bisquerra-Alzina, 2003; Pérez-Escoda y Filella-Guiu, 2019).

Competencias para la vida y el bienestar incluye la adopción de comportamientos que propicien el afrontamiento de los desafíos diarios con base en las metas personales (Pérez-Escoda y Filella-Guiu, 2019).

De acuerdo con eso, la formación de competencias emocionales es un proceso educativo, continuo y permanente para potenciar el crecimiento emocional como elemento esencial del desarrollo integral de la persona (Soldevila et al., 2007) que favorece la adaptación en el contexto social y académico, el afrontamiento de retos naturales de la vida, los procesos de aprendizaje, las relaciones interpersonales, la solución de problemas, la consecución y mantenimiento posterior de un puesto de trabajo (Bisquerra-Alzina, 2003; García-Lara et al., 2018).

Estas competencias son muchas veces llamadas socioemocionales en relación con las habilidades sociales que se desarrollan al observar las emociones de otros y poder regular la conducta con respecto a ello, facilitando las relaciones interpersonales (Bisquerra-Alzina, 2009). Para su aplicación en el aula, se recomienda:

- Iniciar con un módulo educativo o psicoeducativo sobre emociones (Reyes-Ortega y Tena-Suck, 2016).
- Tener en cuenta los conocimientos previos de los participantes (Pérez-Escoda y Filella-Guiu, 2019).
- Considerar a la consciencia emocional como el primer paso para poder desarrollar otras competencias. Dar tiempo a la expresión emocional, conocer el

origen y nombrarla ayudará en eso (Fernández-Martínez y Montero-García, 2016; García-Lara et al., 2018).

- Valorar sesiones participativas y dinámicas. Utilizar recursos didácticos de acuerdo con la edad: cuestionarios, imágenes, juego de roles, objetos familiares, imaginación, dibujos, lecturas sobre emociones, compartir problemas, debatir o emplear de música y sonidos (Bisquerra-Alzina, 2003; Fernández-Martínez y Montero-García, 2016; Pérez-Escoda y Filella-Guiu, 2019).
- Conocer la función de la emoción presente para adoptar un comportamiento apropiado (Bisquerra-Alzina, 2003).
- Reconocer y legitimar las emociones (Bisquerra-Alzina, 2003; Pérez-Escoda y Filella-Guiu, 2019). Aceptar y respetar la emoción ayuda en la regulación de estas (Bisquerra-Alzina, 2009).
- Propiciar clima de apoyo (Pérez-Escoda y Filella-Guiu, 2019).
- Aprovechar situaciones espontáneas (Pérez-Escoda y Filella-Guiu, 2019).

Para la educación primaria, en menores de 8 a 11 años, se sugieren como objetivos el desarrollo de la identificación consciente de las emociones, reconocimiento y expresión de emociones en componentes conductuales y no conductuales, toma de consciencia de la subjetividad en las emociones, ampliación de vocabulario emocional, comprensión de la ambivalencia emocional, identificación de emociones en los demás, reconocimiento de reacciones emocionales diferenciadas y resolución de conflictos de acuerdo con metas. Así como, utilizar técnicas de regulación como respiración, tensión y relajación muscular, relajación cognitiva (Pérez-Escoda y Filella-Guiu, 2019; Soldevila et al., 2007).

Por su parte, en la regulación emocional desde el componente cognitivo se propone cambiar la valoración de la situación a través de la reestructuración cognitiva, introspección, meditación y cambio de atribución. Desde el componente fisiológico se modifica la experiencia

a través de técnicas de relajación, respiración y control físico. Y desde el componente comportamental utilizar la expresión matizada de las emociones, el conocimiento de normas y un espacio de expresión emocional (Bisquerra-Alzina, 2003).

Siguiendo estas recomendaciones y considerando que las emociones juegan un papel relevante en la vida de un estudiante (Enríquez-Anchondo, 2011; Extremera-Pacheco y Fernández-Berrocal, 2004; Fernández-Berrocal y Extremera-Pacheco, 2001; Fernández-Berrocal y Ruiz-Aranda, 2008; Jiménez-Morales y López-Zafra, 2009) se han desarrollado programas en el mundo que desarrollan habilidades emocionales en el aula. Por lo que, existe evidencia de programas de educación emocional en el aula desde 1989 (Domínguez-Rodríguez, 2004; Extremera-Pacheco y Fernández-Berrocal, 2003).

### **6.3.1 Iniciativas en el mundo.**

En España se encuentra un grupo de investigación psicopedagógica de siglas GROPE, fundado en 1997, que genera investigaciones de educación emocional en diferentes entornos, ofrece recursos y cursos formativos en el área (Grupo de Investigación en Orientación Psicopedagógica, 2020; Muñoz de Morales y Bisquerra-Alzina, 2014). Dentro del cual, observamos diversos programas implementados por región (Fernández-Berrocal, 2008; Fundación Botín, 2020; López, 2015), por ejemplo, el programa de aprendizaje emocional y social de Guipúzcoa que diseña una intervención en la formación del profesorado en cuatro módulos: (a) sensibilización y formación básica en la educación emocional de 20 horas, (b) desarrollo de competencias emocionales de 30 horas con desarrollo de habilidades de motivación y habilidades sociales, (c) educación emocional en la práctica de 15 horas, guiándolos en el desarrollo de actividades para los alumnos, (d) expertos en educación emocional de 87 horas dentro del cual diseñan programas de intervención y los implementan para evaluar su efectividad. Dicho programa fue aplicado a 1828 profesores de toda la región y únicamente dos llegaron a la puesta en práctica del programa. Los resultados muestran un

efecto positivo del programa en todas las etapas educativas con diferencias en función del rango y edad (Fernández-Berrocal, 2008; Muñoz de Morales y Bisquerra-Alzina, 2014).

Por otro lado, el Programa INTEMO dirigido a adolescentes de entre 12 a 18 años realiza una propuesta de 12 sesiones de una hora cada semana con actividades de percepción, comprensión, asimilación y regulación de las emociones. Reporta mejoría en todas las áreas con mantenimiento en el tiempo y efectos positivos en ámbitos de la salud mental, la agresividad y la empatía de los adolescentes (Ruiz-Aranda et al., 2008; Salguero-Noguera et al., 2013).

El programa breve, Educación Emocional Cooperativa, EDEMCO, para alumnos de entre 6 y 8 años, desarrolla dos módulos: reconocimiento de emociones y comprensión emocional, con cuatro actividades de 45 minutos cada una. Aplicado en una muestra de 60 alumnos de 6 y 7 años de dos colegios, público y privado, con el objetivo de desarrollar habilidades emocionales con base el método de aprendizaje cooperativo, demostró resultados positivos para el desarrollo emocional y mantenimiento después de un año (Ambrona et al., 2012).

El Programa de educación emocional PEEP integrado en el currículo en algunas aulas españolas desarrolla consciencia emocional, regulación emocional, autoestima, habilidades para establecer buenas relaciones y habilidades para la vida que inciden en la toma de decisiones y la organización del tiempo libre. En una revisión de la aplicación del programa en 510 alumnos de entre 8 y 10 años separados en grupo control y experimental que, además del programa PEEP, desarrollo sesiones de asesoramiento de formación en educación emocional para profesores identificó en el profesorado un aumento de entre 45 y 68% en el conocimiento de la emoción, consciencia emocional, autoestima, habilidades sociales y habilidades para la vida con un ascenso del 8% en el conocimiento de la regulación emocional. En los alumnos se acrecentaron significativamente los conocimientos sobre todos los componentes emocionales: conocimiento de la emoción, consciencia emocional y sobre todo regulación emocional con

mejoría del autoestima y habilidades para la vida que se mantuvieron seis meses después (Agulló-Morera et al., 2011).

Existen algunos otros programas españoles, locales, dirigidos a la educación emocional como factor protector de inadaptación escolar o consumo de sustancia con resultados positivos como el Programa de desarrollo afectivo, DSA, (De la Cruz y Mazaira, 1992) o el programa Sentir-Pensar (Ibarrola, 2017).

Por su parte, el Reino Unido se ha desarrollado la iniciativa SEAL, Social and Emotional Aspects of Learning (Department for Children Schools and Families, 2008), promovida de manera general por el gobierno y a implementar a voluntad en las escuelas, en la cual se establece una guía para la planeación e implementación de actividades en cada una de las áreas y comparte materiales de apoyo para desarrollar en el año siete de su currículo escolar, entre los 11 y 12 años. Abarca temas de autoconsciencia, manejo de emociones, motivación, empatía y habilidades sociales con resultados variados en términos de la implementación, pues no es seguido a profundidad y falta monitoreo por parte de autoridades (Humphrey et al., 2010).

En Países Bajos la base de la educación emocional es el programa de Habilidades para la vida, Skills for Life Programme for Adolescents, desarrollado entre 2003 y 2006 dirigido a alumnos de entre 13 y 17 años, aplicado universalmente en el país, con el objetivo principal de desarrollar pensamientos positivos y mejora en la resolución de conflictos que busca funcionar como factor protector de conductas disruptivas. El programa cuenta con dos periodos de tres días de capacitación y dos sesiones de seguimiento para profesores. Está basado en la TREC con 25 sesiones durante dos años, las primeras cuatro sesiones tratan de consciencia propia y de las emociones, manejo de pensamientos, problemas interpersonales, regulación de emociones y pensamiento crítico. Posteriormente, 12 sesiones durante el primer año y nueve durante el segundo año sobre situaciones específicas como búsqueda de ayuda, lidiar con la intimidación o acoso, colocación y respeto de límites, uso de sustancias, normas, valores, amistades, sexualidad, pensamientos suicidas y conflictos entre pares o con docentes. Utiliza

diferentes métodos educativos dentro de los cuales se menciona puesta en acto, modelado, recursos en vídeo, juego de roles, discusión, retroalimentación y generación de compromisos. Ha mostrado, en 65 escuelas divididas entre control y experimental con aplicación de al menos 71% de las sesiones, mejora en la autoeficacia, autoestima, ansiedad ante la expresión de pensamientos negativos y la intención de usar habilidades emocionales y sociales con disminución de la violencia entre pares y una disminución del suicidio posterior a su implementación (Fekkes et al., 2016; Gravesteyn et al., 2011).

En Estados Unidos la organización CASEL, Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning, un grupo de colaboración para desarrollar, implementar y compartir recursos en el desarrollo de programas de aprendizaje social y emocional, Social and Emotional learning (SEL), genera una guía para el desarrollo de programas personalizados en los diferentes estados y escuelas (CASEL, 2013; Mahoney et al., 2021). Se aplican en escuelas con bajo presupuesto básico, entrenando habilidades como percepción, comprensión y regulación emocionales aunque también integran aspectos de personalidad como autoestima, perseverancia y optimismo (Fernández-Berrocal y Ruiz-Aranda, 2008; Pellitteri y Smith, 2007; Ruiz-Aranda et al., 2008). Con esta guía se han fundamentado varios programas de educación emocional, la mayoría de los casos cuentan con objetivos adicionales sobre el consumo de drogas, agresión, depresión, embarazo adolescente, entre otros (CASEL, 2013; Mahoney et al., 2021). Ejemplos de ello son el RCCP, Resolving Conflicts Creatively Program, desarrollado en Nueva York para desarrollar opciones creativas para la resolución de conflictos desde la percepción de las propias emociones y el programa RULER para la primera infancia (Center for Emotional Intelligence, 2020).

Las intervenciones CASEL cuentan con un promedio de 57 sesiones, 67% involucra en su intervención a la familia y 19% integra a la comunidad. Los resultados cuentan con evidencia en poblaciones grandes y muestran el incremento de las habilidades sociales y emocionales con disminución de conductas disruptivas, mejor actitud hacia la escuela y mejora del

comportamiento académico en un 11%, en algunos casos se ha evidenciado el mantenimiento de los efectos positivos 195 semanas después (CASEL, 2013; Durlak et al., 2011; Mahoney et al., 2021).

El programa Promoviendo estrategias alternativas de pensamiento, Promoting Alternative Thinking Strategies, PATHS, para infantes de kínder a sexto grado integra al currículum técnicas de identificación emocional, respiración y resolución de problemas en 11 pasos con el objetivo de disminuir niveles de agresión y depresión. Es un programa de 20 a 45 lecciones a lo largo del ciclo escolar que se enfoca en la identificación de emociones y problemas emocionales para los cuales se generan estrategias alternativas de resolución evaluando consecuencias. Principalmente utiliza casos que acontecen en el aula y se emplean técnicas de generalización con reducciones sustanciales de problemas internalizados y externalizados. Específicamente se han observado mejoras la comprensión de la emoción propia y de los demás además de disminuciones en la agresión y depresión (Caycedo et al., 2005; Ruiz-Aranda et al., 2008).

El programa Segundo paso, Second Step, cuenta con un currículum de 8 a 28 posibles lecciones por año diseñado para desarrollar habilidades socioemocionales mientras se enseña a cambiar comportamientos y actitudes que contribuyen a la violencia. Se enfoca en la enseñanza de empatía, manejo de la ira y control de impulsos, utiliza el reconocimiento de emociones propias y de otros, la comunicación respetuosa y formas asertivas en la resolución de problemas con buenos resultados en incrementar comportamiento prosocial, reducir agresión e impulsividad (Caycedo et al., 2005).

En Finlandia se han impulsado programas con recomendaciones de CASEL dentro de los cuales se desarrollan habilidades sociales y emocionales a través de ejercicio físico y artístico que logren mejoría en autoestima, autoimagen, expresión y regulación de emociones en edad preescolar. Por ejemplo, un programa desarrollado durante un año dividiendo las clases en calentamiento, habilidad emocional o social y puesta en común dilucida resultados

positivos en las habilidades socioemocionales percibidas por los docentes. Así mismo, un programa para alumnos de 13 a 16 años con cursos de dos días para docentes proporciona lineamientos para el desarrollo de habilidades emocionales y sociales dentro de las escuelas evidencia aceptación, mejora de la percepción de la influencia docente en la generación de habilidades y búsqueda de expansión del programa (Fundación Botín, 2020).

En Chile, el Programa bienestar y aprendizaje socioemocional, BASE, integra estudiantes y profesores en el desarrollo del conocimiento de sí mismos, valoración de competencias personales, comprensión acerca del efecto de las emociones y comportamientos propios y de los demás, autorregulación, toma de perspectiva, habilidades de comunicación, relación con otros, visión positiva del mundo y afrontamiento pacífico de conflicto a través de 10 unidades con dos actividades cada una, a ser desarrolladas por los docentes de grupo durante el ciclo escolar. Una aplicación realizada a 467 estudiantes de entre 8 y 10 años presentó cambios en la autoestima, mejoras en el rendimiento académico y en la integración social.

Sumado a lo anterior, en el último año, gobiernos en Latinoamérica y organizaciones sin fines de lucro han generado o republicado guías para docentes y padres de familia que facilitan el acompañamiento emocional y el desarrollo de habilidades emocionales en la escuela en tiempos de crisis, dada la pandemia por COVID-19. Por ejemplo, Chile y Perú publicaron una serie de cuadernillos de actividades para infantes y adolescentes que pueden ser aplicados por docentes y padres de familia y apoyan en el entendimiento y gestión de las emociones, además de fomentar hábitos saludables y apoyo entre pares (Formación integral y convivencia escolar, 2021; Ministerio de Educación, 2009a, 2009b; Save the Children, 2020).

### **6.3.2 Iniciativas en México.**

México cuenta con el desarrollo del manual adaptado de habilidades para la vida (Hernández-Ramírez y Pintos-Aguilar, 2012) con actividades para el manejo de sentimientos y emociones, toma de decisiones, pensamiento creativo y pensamiento crítico con visión de prevenir las adicciones. Aun sin evidencia de la implementación o evaluación.

Por otro lado y con miras en desarrollar un programa nacional que incluyera habilidades emocionales, en 2018, se implementó el Nuevo Modelo Educativo: Aprendizajes Clave (SEP, 2017a) dentro del cual se cuenta con un área Socioemocional con el objetivo de integrar al currículo aprendizajes emocionales y sociales que permitan fortalecer a la persona, permitiendo que asuma responsabilidad sobre su bienestar y el de otros a través del cuidado de su mente, cuerpo y relaciones personales a corto, mediano y largo plazo. Se concibe como un proceso de aprendizaje que comprende valores, actitudes, habilidades de manejo de emociones, construcción de identidad, atención y cuidado a los demás, colaboración, relaciones positivas, toma responsable de decisiones además de la resolución constructiva y ética de problemas.

Esta área se proyecta efectuada entre los 3 y 15 años durante los 12 grados de educación básica, preescolar, primaria y secundaria, a cargo del tutor o docente del grupo. Plantea 25 momentos de intervención de 30 minutos cada semana para cada grado y desarrolla áreas designadas como autoconocimiento, autorregulación, autonomía, empatía y colaboración, observados en la tabla 7, con objetivos generales y específicos para cada etapa y grado (SEP, 2017a).

**Tabla 7**

*Dimensiones y habilidades específicas el área socioemocional en el Nuevo Modelo Educativo Aprendizajes Clave*

Dimensiones	Habilidades Específicas
Autoconocimiento	Atención
	Conciencia de las propias emociones
	Autoestima
	Aprecio y gratitud
	Bienestar
Autorregulación	Meta cognición
	Expresión emocional
	Regulación emocional
	Autogeneración de emociones para el bienestar
	Perseverancia
Autonomía	Iniciativa personal
	Identificación de necesidades y búsqueda de soluciones
	Liderazgo y apertura
	Toma de decisiones y compromisos

Dimensiones	Habilidades Específicas
Empatía	Autoeficacia Bienestar y trato digno hacia otras personas. Toma de perspectiva en situaciones de desacuerdo o conflicto.
	Reconocimiento de prejuicios asociados a la diversidad Sensibilidad hacia personas y grupos que sufren Exclusión y discriminación Cuidado de otros seres vivos y de la naturaleza Comunicación asertiva
Colaboración	Responsabilidad
	Inclusión
	Resolución de conflictos
	Interdependencia

*Nota.* Elaborada con datos de *Aprendizajes Clave para la educación integral: Plan y programas de estudio para la educación básica* (p.538-561), por Secretaría de Educación Pública, 2017, Secretaría de Educación Pública ([https://www.planyprogramasdestudio.sep.gob.mx/descargables/APRENDIZAJES\\_CLAVE\\_PARA\\_LA\\_EDUCACION\\_INTEGRAL.pdf](https://www.planyprogramasdestudio.sep.gob.mx/descargables/APRENDIZAJES_CLAVE_PARA_LA_EDUCACION_INTEGRAL.pdf)). Copyright 2017 por Secretaría de Educación Pública.

Con ello, el documento solicita que las actividades socioemocionales no solo confieran los 30 minutos de la clase, sino que a través de la capacitación docente se permeen los objetivos durante el horario de clases en las diferentes asignaturas (SEP, 2017a).

Este programa estableció una ruta de implementación que inició con la publicación del programa en mayo del 2017, para continuar con el piloteo de la implementación, revisión y análisis que dio paso a la capacitación intensiva de docentes entre mayo y agosto de 2018. Se puso en marcha de forma escalonada en agosto de 2018 con el primer grado de preescolar, 1° y 2° de primaria y 1° de secundaria proyectando integrar el siguiente año los cuatro niveles subsecuentes en cada etapa escolar, para finalizar en el ciclo 2021-2022 con la totalidad de educación básica (SEP, 2017b). Sin embargo, con el cambio de la presidencia de la República en diciembre de 2018 se detuvo la implementación de dicho programa (García, 2018) y no se cuentan con datos sobre su eficacia.

Existe otro programa, de nombre Construye T, que se relaciona con el anterior, también de implementación nacional, en educación pública a nivel media superior, con población objetivo los alumnos de entre 15 y 18 años. Tiene como finalidad el fortalecimiento de las

capacidades de directivos y docentes para el desarrollo socioemocional, y el desarrollo de habilidades en el alumno como manejo de emociones, relaciones positivas, decisiones reflexivas y responsables además de la gestión participativa. Ello a través de tres dimensiones, observables en la tabla 8, que buscan prevenir conductas de riesgo, abandono escolar y desempeño académico (Subsecretaría de Educación Media Superior, 2014).

**Tabla 8**

*Áreas, dimensiones y habilidades del programa Construye T*

Área	Dimensiones	Habilidad socioemocional
Conoce T	Autoconsciencia	Autopercepción Autoeficacia Reconocimiento de emociones Manejo de emociones
	Autocontrol	Postergación de la gratificación Tolerancia a la frustración Motivación de logro
	Determinación	Perseverancia Manejo del estrés Empatía
	Conciencia social	Escucha activa Toma de perspectiva Asertividad
Relaciona T	Relación con los demás	Manejo de conflictos interpersonales Comportamiento prosocial
Elige T	Toma responsable de decisiones	Generación de opciones Pensamiento crítico Análisis de consecuencias

*Nota.* Tomado del *Programa Construye T 2014-2018* (p.8) por Subsecretaría de Educación Media Superior, 2014, Secretaría de Educación Pública. (<https://www.construye-t.org.mx/resources/DocumentoConstruyeT.pdf>). En el dominio público.

Este programa parece estar en marcha con recursos en línea para profesores y estudiantes, pero no se encuentra evidencia de su efectividad.

Por otro lado, a razón de la pandemia por COVID-19, la SEP (2020) publicó Cuidar de otros es cuidar de sí mismo, una guía de actividades para la comunidad, las familias y el aula que fomentan la respiración y visualización para alcanzar la calma, la generación de redes de apoyo para descargar y verbalizar las emociones.

La mayoría de estos programas tienen enfoques hacia la prevención de violencias y la mejora de la convivencia en las aulas, la mayoría utilizan a las emociones como ancla para el desarrollo de habilidades sociales, pero no se encuentra centrado en el desarrollo de estas. Por ello, se han desarrollado intervenciones y propuestas de intervención centradas en competencias emocionales.

### **6.3.3 Otras intervenciones y propuestas.**

Celdrán-Baños y Ferrándiz García (2017) presentan una intervención con 75 alumnos de entre 6 y 7 años separados en grupos control y experimental. Se basó en el debate guiado y actividades lúdicas de identificación de emociones y reconocimiento de expresión emocional en cuatro sesiones de 50 minutos cada una que permitieron la identificación de expresiones emocionales en cuestionarios con y situaciones contextuales mayor rapidez y precisión.

Dávalos- Escamilla y colaboradores (2017) exponen un programa de intervención en habilidades socioemocionales de 12 sesiones de 35 minutos que integra cuatro componentes de la educación emocional: consciencia emocional, causas de las emociones, emociones en los otros y autorregulación. Cada componente integra actividades para: (a) conocer e identificar las emociones, (b) reconocer causas y efectos de las emociones para poder propiciar control, (c) conocer las emociones de los otros y las consecuencias de nuestro actuar, (d) manejar las emociones mediante comportamientos adecuados y asertivos ante situaciones difíciles, y (e) favorecer la resistencia a la frustración o miedo al ridículo al no saber la respuesta de una pregunta. Fue aplicado en 38 infantes de entre 5 y 6 años con TDAH que de manera inicial no identificaban emociones o su origen en un 77%, 55% mencionaba las causas de las emociones experimentadas, 50% reconocía emociones en los otros y 60% reconocía la importancia de regular las emociones. Posterior a la intervención 80% lograron reconocer las cuatro emociones expuestas: alegría, miedo, tristeza y enojo; 70% definía causas de las emociones; y 80% determinaba causas y efectos. Se presentó un incremento de 10% en la identificación de emociones en los otros, 75% expresaron emociones libremente con causas y posibles

resoluciones, 60% controlan emociones. De estos individuos el 80% controla mediante respiración y conteo o verbalización a docentes y acciones vinculatorias.

Por su parte, Ehrenreich-May y Bilek (2012) desarrollan Detectives emocionales, Emotion Detectives, un protocolo de tratamiento de trastornos emocionales para menores de 7 a 12 años con trastornos de ansiedad que propone trabajar en la consciencia emocional, reconocimiento de pensamientos en las emociones, aceptación de experiencias emocionales displacenteras y modificación de la respuesta emocional a través de distracción, cuestionar pensamiento y desarrollar estrategias de regulación emocional, como la reestructuración cognitiva, en 15 sesiones de 90 minutos. Inicia las sesiones con revisión de tarea y tema anterior donde incluye a los cuidadores de los menores. Posteriormente se trabaja con los infantes, en sesión instruccional y experiencial, desarrollando competencias emocionales y reforzándolas durante de 60 minutos. Los padres regresan y se introduce la tarea para la siguiente sesión. Las actividades con los padres les ayudan a entender lo que se trabaja en las sesiones con los menores, como apoyarlos en las actividades de casa y darles independencia, consistencia conductual y empatía. Se reportaron dos casos que atendieron en promedio al 83% de las sesiones con disminuciones en los niveles de ansiedad mantenidos seis meses después.

El Programa Mindout, incluido en el plan de estudios de escuelas irlandesas, fue desarrollado para aumentar competencias sociales y emocionales como autoconsciencia, autocontrol, conciencia social, gestión de relaciones y toma de decisiones. Ha mostrado desarrollo de competencias emocionales con buenos resultados en la reducción del estrés y depresión (UNICEF, 2021).

Barba-Roldan (2015) desarrolla una propuesta de intervención para preescolares con cinco bloques: consciencia emocional, regulación emocional, autoestima, habilidades sociales y habilidades para la vida. Utiliza técnicas de resolución de conflictos con metodología participativa y de reflexión en una programación anual de 34 semanas, integra actividades de

identificación de emociones en sus componentes verbales y no verbales, empatía, reconocimiento de las emociones de los demás, conocimiento de diferentes estrategias de regulación emocional y resolución de conflictos, con hojas de observación para docentes.

Por su parte, García-Hernández (2017) desarrolla una propuesta para individuos de 9 a 12 años que involucra a padres de familia, dedica tres sesiones a padres y cinco a niños. Primeramente, da herramientas a los padres para guiar al niño en el entendimiento de sus emociones y validación, para después facilitar que los menores reconozcan sus emociones, nombren y utilicen estrategias de refocalización positiva, reevaluación positiva y respiración profunda.

Finalmente, existen algunas intervenciones educativas que específicamente se han diseñado para prevenir o decrementar la conducta suicida con apoyo de la regulación emocional.

#### ***6.4 Intervenciones educativas en conducta suicida y regulación emocional***

En Europa, el programa Jóvenes conscientes de la salud mental, Youth Aware of Mental Health, YAM, es un programa de prevención primaria que combina sesiones interactivas y didácticas con material de lectura para aumentar el conocimiento de ansiedad, depresión y suicidio. Desarrolla habilidades para la disminución de factores de riesgo y el aumento de factores protectores en una hora de sesión y tres horas de juego de roles (Kong et al., 2016).

Así, con métodos interactivos durante cuatro semanas busca la expansión de estrategias de afrontamiento y el incremento de habilidades emocionales y de resolución de problemas. Estas acciones se suman a un manual que se llevan a casa y seis posters que promueven información del tema dentro del espacio escolar. La implementación reporta menores posibilidades de intentos suicidas y suicidio en grupos experimentales con una reducción del 50% de la incidencia, además de la reducción de intentos e ideación suicidas severas en un 50% durante el primer año comparadas con estrategias de guardianes y programas de tamizaje (Hadlaczky et al., 2016; Kong et al., 2016).

La iniciativa SEL en Países Bajos tuvo la intención de implementarse para la reducción del suicidio y la mejora de la autoeficacia, autoestima y habilidades emocionales. Se generaron 14 sesiones de una hora semanales basadas en el Aprendizaje social de Bandura y la TRE de Ellis que pretendían: (a) prever conductas problema como abuso de sustancias, depresión, agresión y suicidio; y (b) mejorar la resolución de problemas y de la autoestima. Todo ello utilizando estrategias de regulación emocional y pensamiento crítico con técnicas de instrucción, modelamiento, ensayo del comportamiento, retroalimentación, reforzamiento social y acuerdos conductuales. Fue aplicado por los maestros, previamente entrenados, a 958 alumnos de entre 13 y 17 años con resultados positivos a corto plazo para el suicidio y los factores de riesgo asociados, reducciones mediadas por la autoestima y mejora en los pensamientos positivos y en la conducta resolutiva (Gravesteyn et al., 2011).

Por su parte, Jegannathan y colaboradores (2014) realizan una intervención escolar para reducir los factores de riesgo del suicidio con base en la promoción de habilidades para la vida. Cuenta con actividades para la creatividad y pensamiento crítico, toma de decisiones y resolución de problemas, comunicación efectiva, habilidades sociales, autoconsciencia y afrontamiento de emociones. Se aplicó a 321 individuos en el primer año de secundaria con presencia de ideación suicida en el 10.9%, planeación suicida en el 11.9% e intento suicida en el 3.1%, durante seis sesiones de 90 a 100 minutos con discusiones y actividades para la casa. Posterior a la intervención se presentaron mejoras medias a moderadas en todas las habilidades para la vida, especialmente un incremento medio a moderado en la dimensión de comunicación interpersonal con disminuciones en depresión, problemas de atención, conducta de romper reglas, conducta agresiva y síndrome externalizado.

Araya-Chacón y Calderón Rojas (2017) realizan un taller de habilidades para la vida en seis infantes de 8 a 12 años que presentan factores de riesgo asociados a la conducta suicida con la finalidad de fortalecer factores protectores como autoestima, estrategias de afrontamiento, manejo de enojo, prevención en el consumo de sustancias, promoción de

pensamientos saludables, identificación y expresión emocional. Para lo que se utilizaron técnicas cognitivas-conductuales en 10 sesiones semanales de 90 min. El porcentaje de asistencia promedio fue del 75%. No se reportan datos de pretest y posttest únicamente se menciona que las verbalizaciones y construcciones lúdicas durante las sesiones permitió evidenciar la incorporación de modificación de pensamientos distorsionados, regulaciones emocionales, habilidades sociales y modificación de comportamientos manifiestos para mejorar su bienestar.

Una intervención llevada a cabo por Cortes-Saavedra y colaboradores (2015) con 38 menores de entre 8 y 10 años y 50 adolescentes de 14 a 17 años programó tres horas diarias, cinco veces por semana por 22 días de actividades para la atención y reconocimiento de las emociones, regulación social de las emociones, tolerancia a la situación y adaptación a nuevas situaciones. Consideró una revisión previa y posterior a la intervención mostrando mantenimiento de medias en infantes y en los adolescentes, cambios en la regulación emocional en el ámbito social con mejor reconocimiento sobre las inferencias del contexto en sus emociones y una ligera mejora en la adaptación a situaciones nuevas. Sin embargo, su autoconsciencia y las estrategias de regulación bajaron de uno a dos puntos en las medias.

En México, Cervantes-Morales (2014) diseña e instrumenta un taller de regulación emocional de 10 sesiones semanales de 60 minutos para adolescentes de 12 a 14 años. Dentro de la cual realiza ejercicios vivenciales y grupales en torno a la resolución de conflictos en las emociones, de esta forma los alumnos identifican la situación de conflicto y generan estrategias para resolverla. Se reportan cambios de las estrategias de modulación de la respuesta emocional utilizando mayores estrategias de relajación y resolución de conflictos desde la verbalización y el acuerdo, además, la percepción de problemas en sus contextos disminuyó.

Por último, Arenas-Monreal y colaboradores (2022) realizan una intervención en la educación de habilidades para la vida centrada en autoconsciencia, empatía, manejo

emocional y comunicación efectiva para alumnos de 12 a 14 años. Cuenta con 12 sesiones educativas de 60 minutos una vez a la semana y tres sesiones de sesenta minutos para familias y académicos con psicoeducación del suicidio y factores protectores. Se aplicó a 383 estudiantes con prevalencia de ideación suicida del 10.4%, intento suicida en un 14.1%, sintomatología depresiva en un 13.3% y uso de sustancias a lo largo de la vida en el 43%. Al finalizar se identificaron aumentos estadísticamente significativos en la consciencia de las emociones y la regulación emocional de los estudiantes. Las familias y el personal de las escuelas notaron cambios positivos, pero no significativos en las actitudes hacia la prevención y la atención del estudiante. Las actitudes de preparación mejoraron significativamente y los guardianes pares mejoraron en el conocimiento de factores de riesgo como depresión y consumo de alcohol y la identificación de casos.

## Método

Con todo lo expuesto anteriormente, se desarrolló el presente trabajo de intervención con el objetivo de medir la eficacia de un taller de regulación emocional en contexto escolar virtual sobre la ideación suicida en individuos de entre 9 y 11 años. Empleando para ello la metodología cuantitativa a través de un diseño preexperimental con un muestreo por conveniencia no probabilístico.

Los objetivos e hipótesis de la presente investigación, expuestos en la siguiente tabla 9, presentan alcances correlacionales y explicativos.

**Tabla 9**

*Objetivos general y específicos de la investigación*

	Objetivo	Hipótesis
Objetivo General	Medir la eficacia de un taller de regulación emocional en contexto escolar virtual sobre la ideación suicida de individuos de 9 a 11 años.	El taller de regulación emocional en contexto escolar virtual disminuye los factores de riesgo y la prevalencia de ideación suicida en individuos de 9 a 11 años.
	Identificar los factores de riesgo de la conducta suicida presentes en la muestra.	Existen al menos tres factores de riesgo para la conducta suicida presentes en la muestra de individuos de 9 a 11 años.
Objetivos específicos	Medir la prevalencia de ideación suicida en individuos de 9 a 11 años.	Existe una prevalencia de entre el 10 y el 15% de ideación suicida en individuos de 9 a 11 años.
	Implementar un taller virtual que aumente los índices de regulación emocional en individuos de 9 a 11 años.	El taller virtual de regulación emocional aumenta los índices de regulación emocional en individuos de 9 a 11 años.
	Comprobar si el taller virtual de regulación emocional genera estrategias que facilitan la regulación emocional.	El taller virtual de regulación emocional en contexto escolar genera estrategias que facilitan la regulación de las emociones.
	Distinguir si los cambios en las variables de regulación emocional e ideación suicida se mantienen seis semanas posteriores a la intervención.	Los cambios en las variables de regulación emocional e ideación suicida se mantienen seis semanas posteriores a la intervención.

*Nota.* Desarrollada por el autor.

Todo ello, se realizó en tres fases con cuatro etapas que posterior al primer contacto con autoridades escolares, padres de familia y alumnos permitieron la aplicación de instrumentos y participación en la intervención de acuerdo con las consideraciones éticas internacionales y nacionales (Asamblea Médica Mundial, 2013; Boddy, Janet et al., 2010;

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2010; Comisión Nacional para la protección de sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental, 2003; Comité Nacional De Bioética, 1947; Federación Nacional de Colegios Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México, 2018; Sociedad Mexicana de Psicología, 2007),

La primera fase, de diagnóstico, tiene como objetivos medir la prevalencia de ideación suicida y factores de riesgo de la conducta suicida a través de una entrevista semiestructurada con docentes en contacto con la muestra y la aplicación del Cuestionario de Indicadores Psicosociales para Depresión y Riesgo Suicida; medir el nivel de regulación emocional de los participantes a través de la aplicación del Índice de Regulación Emocional de Niños y Adolescentes; y reconocer si las actuales estrategias de regulación emocional de los participantes facilitan o dificultan dicha regulación en consecución con metas a través de la aplicación de la Escala de Estrategias de Regulación Emocional para niños.

La segunda fase, de intervención, facilita la adquisición de procesos internos y externos que permitan a los participantes monitorear, evaluar y modificar reacciones emocionales a partir de técnicas cognitivo-conductuales y de tercera generación con base en la TDC.

Durante la tercera fase, el primer seguimiento, mide la prevalencia de ideación suicida posterior a la intervención en los participantes, mide el nivel de regulación emocional de los participantes y mide las estrategias de regulación emocional posteriores a la intervención. Para con ello, identificar las diferencias entre los niveles de regulación emocional, ideación suicida y estrategias facilitadoras de la regulación antes y después de la intervención observando diferencias entre participantes con y sin ideación suicida.

Posteriormente, el segundo seguimiento, mide la prevalencia de ideación suicida, mide el nivel de regulación emocional de los participantes y mide las estrategias de regulación emocional seis semanas después de la intervención. Con ello, permite identificar las diferencias entre los niveles de regulación emocional, estrategias facilitadoras de la regulación e ideación

suicida con los dos momentos de medición previos y entre aquellos participantes que con y sin ideación suicida.

### **Participantes**

Los participantes fueron individuos de 9 a 11 años estudiantes del cuarto, quinto o sexto grado de educación básica en la región centro del país quienes, a través de contacto con las escuelas y/o los padres de familia, deciden participar en la aplicación de cuestionarios y en el taller virtual de regulación emocional para niños Tengo el Poder.

### **Instrumentos**

Se aplicaron tres instrumentos antes de iniciar la intervención, al terminar la intervención y seis semanas después de haber concluido la intervención. Aunado a ello se contó con una entrevista semiestructurada aplicada a docentes en contacto con la muestra.

- Entrevista semiestructurada para docentes (Anexo A). Es un instrumento creado por la autora para conocer las percepciones de los docentes acerca de los factores de riesgo de la conducta suicida presentes en la muestra. Explora 10 dimensiones de los factores de riesgo contextuales y sociales: pertenencia a grupos vulnerables, dificultades económicas, relaciones familiares desestructuradas o negativas, bajo apoyo familiar, bajo rendimiento escolar, bajo reconocimiento escolar, involucramiento afectivo y comunicación disfuncional, dificultades para relacionarse, dificultad para resolver problemas y diversas manifestaciones de violencia; y seis dimensiones de los factores de riesgo individuales: abuso, consumo de sustancias, agresividad, impulsividad, desesperanza, baja autoestima. La guía de entrevista contó con la revisión y aprobación de tres expertos.
- Cuestionario de Indicadores Psicosociales para Depresión y Riesgo Suicida, conocido por sus siglas CIP-DERS, creado por González-Forteza y colaboradores con registro en 2014, surge de la Cédula de Conducta Suicida de

la misma autora en 1996 (González-Forteza, Berenzon-Gorn, et al., 1998), para población mexicana. Cuenta con 11 escalas: datos sociodemográficos, relación con la persona que es la principal cuidadora, conducta suicida, sintomatología depresiva, ideación suicida, apoyo social, impulsividad, consumo de drogas, autoestima, locus de control y uso del tiempo libre. Presenta una confiabilidad interna global de  $\alpha=.81$ .

- Índice de Regulación Emocional de Niños y Adolescentes, por sus siglas en inglés ERICA, creado por MacDermott y colaboradores (2010) cuenta con tres apartados en escala Likert: control emocional, evalúa las expresiones y respuestas emocionales inapropiadas socialmente; autoconsciencia emocional, evalúa la flexibilidad y reconocimiento emocional, aumento la regulación de afectos positivos y disminución de afectos negativos; y respuesta situacional, evalúa la sensibilidad social y apropiada respuesta emocional ante situaciones sociales. Se encuentra validada para población mexicana en individuos de 9 a 11 años por Pimentel-Bolaños (2013), cuenta con confiabilidad interna en la escala global de  $\alpha=.75$ .
- Escala de Estrategias de Regulación Emocional en niños, EREn, nos permite medir las estrategias de afrontamiento de la regulación emocional en individuos de 8 a 12 años. Permite identificar si las estrategias de regulación emocional que los individuos utilizan facilitan o dificultan las metas a través de una escala tipo Likert con 33 reactivos. La confiabilidad interna de la escala global fue de  $\alpha=.87$ .

## **Procedimiento**

Se inició con el contacto y autorización de padres de familia y/o autoridades educativas, con consentimiento informado de padres (Anexos B y C) y asentimiento de los participantes (Anexos D y E) siguiendo los estatutos de la Declaración de Helsinki (Asamblea Médica

Mundial, 2013), Código de Nuremberg (Comité Nacional De Bioética, 1947) y Código ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007) para el desarrollo de una intervención sobre regulación emocional en individuos de 9 a 11 años con impacto en la salud mental. Poniendo énfasis en estos tiempos de pandemia y en la importancia del desarrollo de habilidades emocionales.

Posteriormente se realizó la prueba previa, la intervención y los seguimientos en un periodo de 14 semanas con el cronograma de la tabla 10 y la descripción a continuación.

- Prueba previa/ Diagnóstico: Presenta dos partes. Primero se realizó una entrevista semiestructurada con las o los docentes que tienen contacto con la muestra en una sesión virtual de 90 minutos en la herramienta Meet. Posteriormente, con los participantes, se realizó la aplicación de los instrumentos ERICA, CIP-DERS y EREn en una sesión virtual sincrónica de 90 minutos. Durante la sesión se aplicaron los instrumentos de forma grupal. Los participantes contaron con guía, descansos entre prueba y resolución de dudas en la plataforma virtual.
- Intervención: Se realizó el taller Tengo el Poder de 11 sesiones virtuales sincrónicas de 90 minutos una vez por semana. Se utilizó la herramienta de Meet para realizar la videollamada y se envió a Classroom y/o Whatsaap, de acuerdo con las posibilidades de acceso de los alumnos, una actividad asincrónica por semana a resolver en Forms y/o Presentaciones de Google. Las sesiones se dividieron en cuatro áreas principales: una sesión de conocimiento del participante, cinco sesiones de autoconsciencia y reconocimiento emocional (Entendiendo mis emociones), cinco sesiones de control, regulación e influencia emocional con exploración de respuestas situacionales (Influyo en mis emociones y Me reconozco).

- **Primer Seguimiento:** Se realizó la sesión posterior a la finalización de la intervención, se aplicaron los instrumentos ERICA, CIP-DERS y EREn en una sesión virtual sincrónica de 90 minutos. Durante la sesión se aplicaron los instrumentos de forma grupal en el mismo orden que la prueba previa. Los participantes contaron con guía, descansos entre prueba y resolución de dudas en la plataforma virtual.
- **Segundo Seguimiento:** Se realizó seis semanas después del primer seguimiento. Se aplicaron los instrumentos ERICA, CIP-DERS y EREn en una sesión virtual sincrónica de 90 minutos. Durante la sesión se aplicaron los instrumentos de forma grupal en el mismo orden que la prueba previa y primer seguimiento. Los participantes contaron con guía, descansos entre prueba y resolución de dudas en la plataforma virtual.

Finalmente, los datos obtenidos fueron examinados a través de la técnica de análisis de contenido y el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 25.

**Tabla 10**

*Cronograma de las actividades por semana*

Acciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Prueba previa / Diagnóstico	■													
Conocimiento del alumno		■												
Entendiendo mis emociones			■											
Influyo en mis emociones							■							
Me reconozco												■		
Primer seguimiento													■	
Segundo seguimiento														■

*Nota.* Las columnas corresponden a las sesión en la que se desarrolla dicha acción. Completando un total de 14 sesiones. Las primeras 13 tienen secuencia continua mientras que la número 14 se efectúa con seis semanas de separación.

## Diseño de la intervención

Se estableció una intervención de 11 sesiones de 90 minutos con actividades sincrónicas y asincrónicas en cuatro grandes áreas: Conocimiento del alumno, Entendiendo mis emociones, Influyo en mis emociones y Me reconozco en un taller de nombre Tengo el Poder, detalladas en la tabla 11 a continuación y que se desarrollan en extenso en el anexo F.

**Tabla 11**

*Áreas, temas y objetivos de las sesiones taller Tengo el Poder*

Área	No.S.	Temas a tratar	Objetivo del Tema
Conocimiento del alumno	1	Conocimiento de los participantes	Establecer un espacio de confianza y conocimiento entre el alumno y el desarrollador de la intervención.
		Reglas del juego	Explicar el desarrollo y reglas de las sesiones.
		Consciencia de las emociones	Enlistar pensamientos, comportamientos y respuestas fisiológicas ante desencadenantes emocionales de alegría, miedo, tristeza, enojo, sorpresa y desagrado.
Entender mis emociones	5	¿Qué son?	Ejemplificar las emociones a través de sus componentes fisiológicos, cognitivos y comportamentales.
		Componentes de las emociones	Demostrar las emociones como elementos tripartitas de base adaptativa, funcional y evolutiva.
		Pongámosle nombre	Relacionar y etiquetar los pensamientos, comportamientos y respuestas fisiológicas.
		Funciones de las emociones	Escribir las funciones de las emociones de alegría, miedo, tristeza, enojo, sorpresa y desagrado. Dirigir la atención a funciones adaptativas.
		¿Son iguales en mí y en los demás?	Observar elementos comportamentales verbales y no verbales en pares y personas cercanas.
		¿Cómo identifico las emociones en otros?	Enlistar rasgos comportamentales observables de las emociones.

Área	No.S.	Temas a tratar	Objetivo del Tema
Influyo en mis emociones	4	¿Qué función tienen en ellos?	Relacionar los rasgos comportamentales observados con posibles funciones de las emociones.
		Aceptar las emociones	Reconocer las emociones con sus componentes a través de la atención plena.
		Reestructuración cognitiva.	Ejecutar procesos de reestructuración cognitiva para cambiar los pensamientos ante la emoción presente.
		Corrección atencional	Emplear la distracción y concentración para modificar el despliegue de atención ante una situación.
		Modificación de la situación	Simular la modificación de situaciones para que el impacto emocional se modifique.
		Relajación	Emplear estrategias de atención plena, respiración profunda y relajación muscular progresiva para influenciar física, cognitiva y comportamentalmente en la emoción.
		Acercamiento gradual	Utilizar estrategias de imaginación guiada para aproximarnos a situaciones desagradables emocionalmente y tolerarlas.
		Aceptación y tolerancia	Demostrar el uso de la atención plena y respiración profunda para la aceptación y tolerancia de situaciones que no podemos modificar y desencadenan respuestas emocionales.
Me reconozco	1	Generación de afectos positivos	Ejercitar la evocación de momentos agradables mediante imaginación guiada
		¿Qué puede fallar?	Identificar y actuar circunstancias en las que podría fallar la regulación.
		Repaso de estrategias	Construir situaciones y establecer pasos que permitan actuar ante estas situaciones regulando la emoción.

*Nota.* No.S. = Número de Sesiones.

## Resultados

Se tuvo un registro con consentimientos informados de 89 participantes, separados en tres grupos de intervención con 29, 33 y 27 participantes cada uno. Dos de los grupos de intervención pertenecen a escuelas del Estado de Morelos, una de orden privado y otra de orden público. Mientras que, el tercer grupo se conformó de participantes que cumplieran con los criterios de la muestra sin importar la escuela o estado de pertenencia. Hacia la primera sesión de medición se obtuvo asentimiento del alumno y contestación de los instrumentos completos de 71 individuos, 80% de los participantes iniciales, con una distribución por grupo de 29, 20 y 22 alumnos, perdiendo en los grupos público y mixto a un 39% y 19% respectivamente. Todo ello, visible en la tabla 12 subsecuente.

**Tabla 12**

*Participantes inscritos, con mediciones y taller completo*

	Inscritos (completos)	Primera Medición	Taller completo	Segunda medición	Tercera Medición	Completaron las tres mediciones	Completaron todo el programa
Grupo 1	29	29	5	15	19	10	4
Grupo 2	33	20	7	10	9	8	6
Grupo 3	27	22	9	12	12	10	7
Total	89	71	21	37	43	28	17
Porcentaje	100%	80%	24%	42%	45%	31%	19%
		100% <sup>a</sup>	30% <sup>a</sup>	52% <sup>a</sup>	56% <sup>a</sup>	39% <sup>a</sup>	24% <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Porcentajes con los 71 participantes de la primera medición como el 100%

De este modo, de manera inicial se consideró a los 71 participantes como la muestra total a estudiar, de ese 100% únicamente el 30% completó el taller, el 52% completó las segundas mediciones y el 56% completó las terceras mediciones. Con ello, únicamente el 39% cumplió con el criterio de realizar las tres mediciones que permitieron ver los cambios en las variables, contrastándolo con el 24% que completaron al menos el 85% del taller, por lo cual se analizó a una muestra del 19% en comparación de lo esperado inicialmente y 24% respecto a los participantes que completaron la primera medición.

Primeramente, se reportarán datos de la muestra inicial total, 71 participantes, para después reportar la información de únicamente los 17 participantes que completaron el programa y hacer especial énfasis en los participantes que presentaron ideación suicida. Lo anterior permite explorar los factores reportados durante la entrevista a docentes y contrastar información entre partes de la muestra, dada la alta muerte experimental presentada.

### **Datos iniciales de la muestra**

De los 71 participantes iniciales 49.3% eran hombres mientras 50.7% eran mujeres, con un promedio de edad de 9.93 (D.E. .724) para ambos sexos. Todos pertenecientes a los grados de cuarto, quinto o sexto de primaria con una distribución de 12.7%, 64.8% y 22.5% respectivamente. El 49.3% eran estudiantes en escuela privada, 46.5% en escuela pública y 4.2% en otro tipo de educación, en casa.

Del total de los participantes, 14 (19%) han tenido atención a la salud mental durante su vida, cuatro (5%) reportaron haber asistido a atención psicológica o psiquiátrica durante los seis meses previos, dos participantes se encontraban en tratamiento psicológico durante el diagnóstico y dos reportaron estar medicados sin requerimientos de atención especiales.

### ***Factores de riesgo para el suicidio***

Se presentan los resultados obtenidos en la entrevista a docentes y en el cuestionario CIP-DERS de acuerdo con factores de riesgo contextuales e individuales. Además, se anexan dos apartados sobre las principales emociones identificadas en los participantes y las dificultades asociadas con la pandemia, ambas recuperadas durante la entrevista.

#### **Factores contextuales y sociales.**

Ante la exploración de pertenencia a grupos vulnerables los docentes aludieron a categorías como pobreza, violencia, abandono, padres ausentes, familiares con adicciones y dificultades de aprendizaje.

La mayor frecuencia de respuestas se centró en las dificultades de aprendizaje, mencionando problemas de lenguaje, lectura y escritura no adquirida, olvido de contenido y

retraso de aprendizajes. Estos últimos dos se mostraron como los más relevantes o mayormente nombrados.

En segundo lugar, se identificaron categorías de abandono y ausencia de padres. En el primer caso se aprecia ausencia de constancia familiar, aludiendo a infantes que cambian de contexto familiar constantemente, viven por tiempos con tíos, abuelos u otros familiares y los van "rolando", así como alumnos que se quedan completamente solos en casa. En ello, los docentes identificaron algunos alumnos que han perdido a sus padres en accidentes o por violencia.

Posterior a ello, los docentes refirieron situaciones de violencia, dentro de las cuales se identifica abuso físico y psicológico, principalmente por parte de los padres o familiares a cargo de los infantes, con mayor frecuencia en golpes y gritos. Seguida de amenazas y violencia mayor como "ponerles un rebozo en la parte de su pechito subirlos a la azotea y decirles que los va a aventar".

Respecto a pobreza, categoría que alude únicamente a datos importantes sobre la carencia o ausencia de elementos esenciales para la subsistencia, se identificaron casos en la escuela pública con frases como "su situación económica es la pobreza extrema" y "también su situación económica es, igual muy pobre, pobreza".

De igual forma, el docente de la escuela pública identificó como factor de riesgo la cercanía a familiares con consumo de drogas, sin profundizar en el tema.

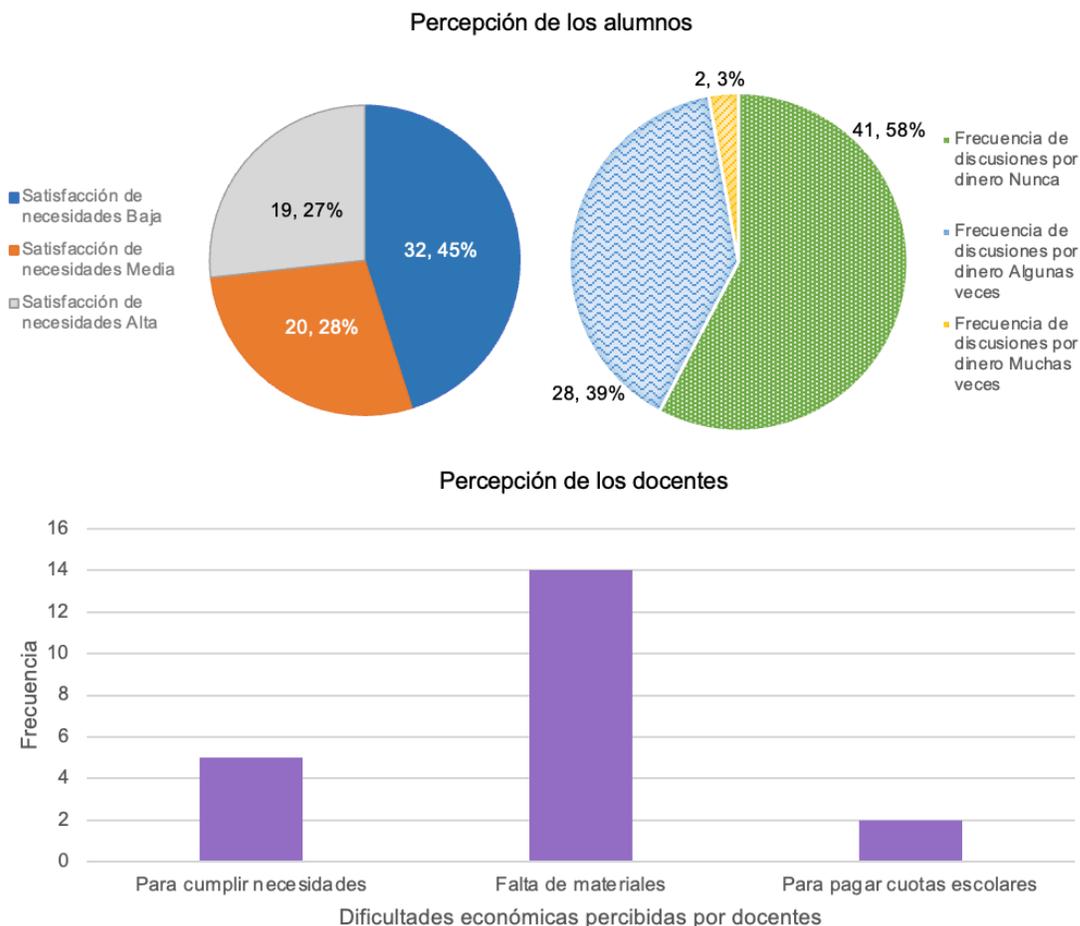
Ante la pregunta ¿Le han reportado o ha detectado dificultades económicas en las familias de los alumnos? los docentes distinguieron principalmente alumnos con falta de materiales, principalmente aquellos tecnológicos o de conexión a internet. Seguido de la necesidad de que los participantes dejen o pausen sus estudios para apoyar al ingreso familiar y algunas complicaciones para pagar las cuotas escolares.

En esta misma dimensión se obtuvo información del cuestionario CIP-DERS que muestra una percepción de capacidad de satisfacer necesidades media de 39.89, misma que

se encuentra en la línea entre satisfacción baja y media de necesidades. En ello, la figura 8 denota una distribución del 45% de los alumnos con satisfacción de necesidades baja, 28% satisfacción media y 27% satisfacción baja. Con percepción de discusiones por dinero de 58% nunca, 39% algunas veces y 3% muchas veces.

**Figura 8**

*Dificultades económicas percibidas por docentes y alumnos*



*Nota.* En las cifras separados por una coma el primer número corresponde a la frecuencia y el segundo al porcentaje.

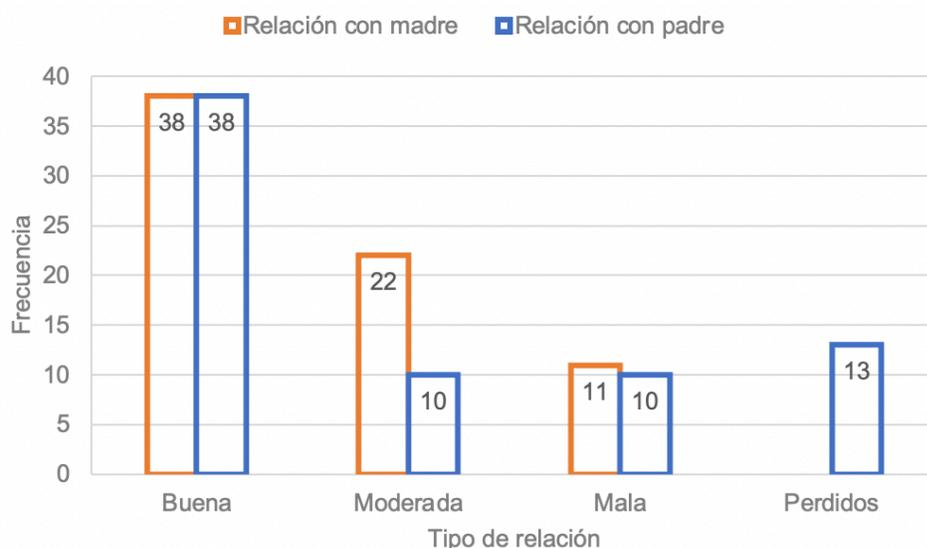
En lo correspondiente a la dimensión de relaciones familiares desestructuradas, se convienen varios casos con poco o nulo acompañamiento para el infante en el desarrollo de sus responsabilidades. Incluso, la actuación del infante como responsable de la toma de

decisiones escolares y/o cuidado de hermanos o primos. Así mismo, el docente reportó cambios constantes en la dinámica familiar de los alumnos a través de frases como "algunos otros que los traen, digo yo, rolando, hoy te vas con la tía, hoy te vas con la otra tía y así" y "sus papás se habían separado muere la abuelita, este, regresan los papás". Del mismo modo, se reconocieron vínculos violentos con padres, especialmente se mencionó violencia física y psicológica, con sobre exigencias y tratos diferenciados entre hermanos. Igualmente, relaciones donde los niños faltan al respeto a padres o abuelos.

En esta misma dimensión, el cuestionario CIP-DERS permitió mirar la percepción de la relación de los alumnos con su madre y padre. Ello, considerando percepción de afecto, comunicación y supervisión o apoyo. En la relación con la madre el 53% de los participantes perciben una buena relación, mismo porcentaje que con el padre. El 31% percibe una relación moderada con la madre y el 15.5% una relación mala. Mientras que con el padre el 14% percibe una relación moderada y el 14% mala, con un 18% de participantes que no cuentan con una figura paterna. Mismo que se puede mirar de forma gráfica en la figura 9.

**Figura 9**

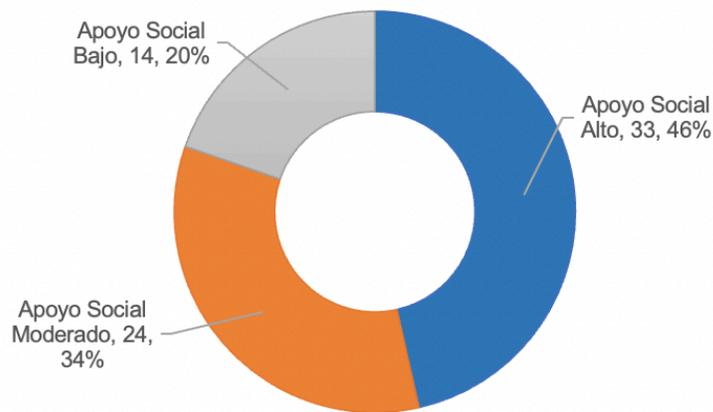
*Percepción del alumno sobre su relación con madre y padre*



Posterior a ello, se exploró el factor de apoyo familiar, con una media de 21.25, D.E. 6.03, se identifica al 47% de los participantes con percepción de apoyo alto, 34% con percepción de apoyo moderado y 18% con percepción mala. Mismo que se vislumbra en la figura 10.

### Figura 10

*Percepción de apoyo social en los participantes*



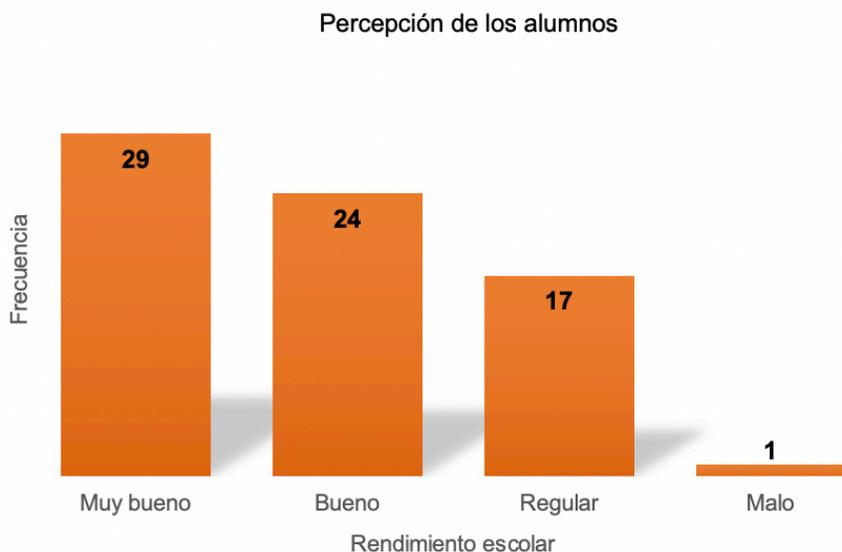
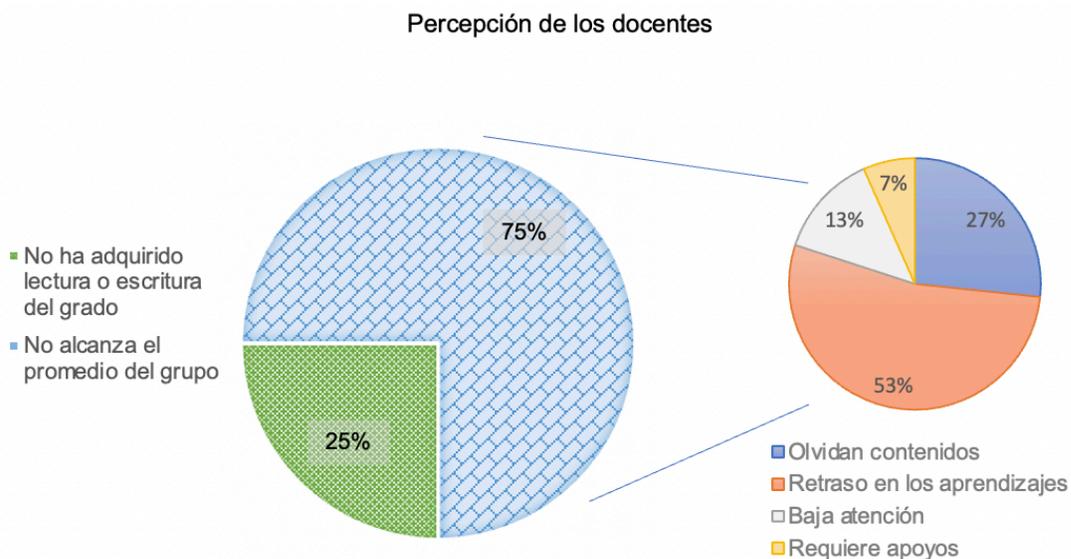
*Nota.* En las cifras separados por una coma el primer número corresponde a la frecuencia y el segundo al porcentaje.

En la entrevista esta dimensión se relaciona con la pregunta ¿Considera que los alumnos reciben apoyo de sus padres en las actividades escolares? dentro de la cual se precisó mayor frecuencia en la categoría no dan apoyo escolar, al mencionar que los alumnos hacen solos las actividades o que, a pesar de solicitar apoyo de los padres de familia, no se realiza lo solicitado por el docente, algunas dificultades para apoyarlos son por tener nivel escolar más bajo que el que el alumno cursa. Por otro lado, esta misma dimensión, dilucidó la realización de actividades en casa que no favorecen al alumno, pues no permiten que se concentre en clase, tales como: ruido de televisiones, música a alto volumen o la solicitud de cuidado de otros miembros de la familia.

En cuanto al rendimiento escolar, los docentes mencionaron con mayor frecuencia situaciones en las que los alumnos no están nivelados con el grupo por retraso de aprendizajes, olvido de contenidos, baja atención o la necesidad de apoyos extras. En esa misma línea, se mencionaron algunos casos donde existen problemas de lenguaje o retraso en lectura y escritura. Los alumnos perciben este rendimiento mayormente muy bueno, con 41%, seguido de, bueno con el 34%, regular el 24% y malo el 1%. Observable en la figura 11.

**Figura 11**

*Rendimiento escolar percibido por docentes y alumnos*



Sobre el involucramiento afectivo en la entrevista se identificaron conductas como "llegan como más tristes o están muy callados y sentados, y no quieren salir al receso ni nada de eso" o "en la escuela tiende a, como que, siempre estar queriendo llamar la atención o sea gritar, jugar, pegarles a sus compañeros " que denotan acciones conductuales, pero no expresión directa de emociones.

Esta misma dimensión explora la experiencia del docente en la comunicación con la población. Específicamente, se apuntó a comunicación disfuncional, unilateral, donde el docente solicita acciones o da sugerencias a los alumnos y padres, pero no hay seguimiento o no se realiza lo solicitado. Además de eso, se reconoció poca correspondencia entre lo que el alumno expresa y lo que los familiares expresan en situaciones donde el alumno les reporta a sus padres que hace ciertas actividades, aunque no las realiza; en la expresión de necesitar tener ciertas calificaciones y que no corresponda a lo reportado por el padre o; en la queja de los padres sobre el seguimiento del alumno, descubriendo que el alumno borra los mensajes de seguimiento que se le envían. Finalmente, con menor frecuencia, pero presente, se encontró la dificultad del alumno para expresarse y compartir sus ideas o sentimientos. A parte de la comunicación dificultada por la virtualidad.

En tanto a las dificultades para relacionarse, se exhibieron principalmente dificultades para comunicarse con el docente y con sus pares. Sobre las dificultades para relacionarse con el docente se vislumbraron alumnos "groseros" al comunicarse con expresiones como "¿Para qué me lo enseñas?", "Ni me va a servir" o, a través de la necesidad del docente o el resto de los alumnos de solicitar respeto en frases como "te voy a pedir que me hables...que me pidas las cosas por favor", "A mí me gusta mucho que digan lo que piensan y lo que sienten y eso está muy bien, pero hay maneras de decirlo" o "Oye, no le hables así a la Miss". Ello, aunado a dificultades para comunicarse a causa de alumnos tímidos quienes "no quiere hablar, no quiere expresarse" o presentan "una actitud muy pasiva y muy reservado".

Referente a la pregunta ¿Cree que sus alumnos tengan dificultad para resolver problemas de la vida diaria? se rememoró el caso de un alumno quien ante la frustración por no lograr algo levantaba y azotaba los brazos en la mesa, apagaba la cámara y el micrófono, gritaba, incluso espantaba a los demás. Regresaba ya que se había tranquilizado. Fuera de ello se hizo mención que “mientras sean problemas...menores” o “entre ellos” si los resuelven.

Por último, en los factores contextuales y sociales la pregunta ¿Considera que las relaciones entre pares son agresivas o violentas? ¿Por qué?, que explora diversas manifestaciones de violencia se distinguieron faltas de respeto verbales a familiares y docentes, juntamente con no respetar turnos entre pares. Del mismo modo se mostró violencia física y verbal al golpear a sus compañeros y al ser agresivos verbalmente con sus compañeros.

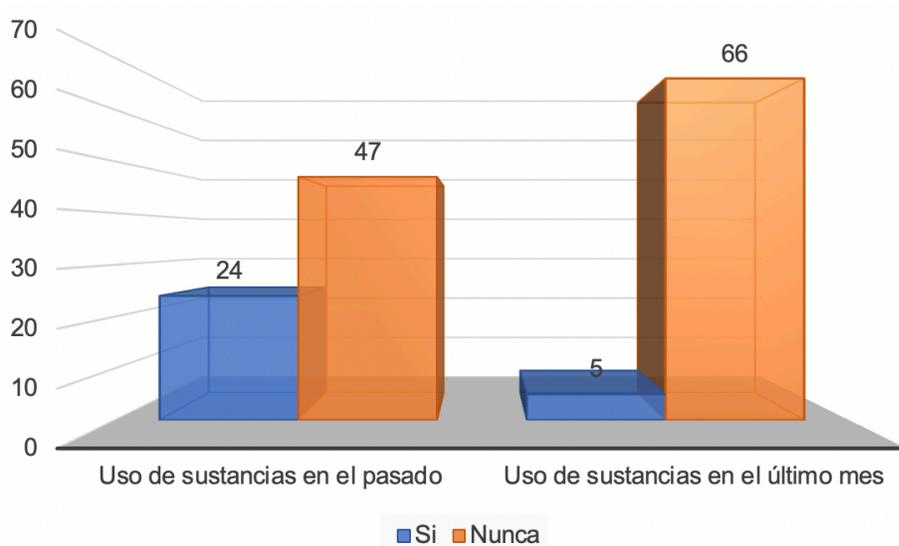
### **Factores individuales.**

La primera dimensión de factores individuales se encuentra asociada a la pregunta ¿Cree o ha tenido reporte de que sus alumnos vivan agresiones o abusos de algún tipo?, se reconoció principalmente el abuso físico, golpes por errores y el abuso psicológico cuando el infante no hace alguna actividad o no logra lo que el adulto espera se conocen acciones como "le dice: no pues no puedes y no te voy a mandar a la escuela, ni presencial, porque atrasas a la maestra" o “decirles que los va a aventar”, entre otros.

En la dimensión de consumo de sustancias, no se identificó en el reporte de los docentes consumo de sustancias por los alumnos, simplemente familiares con consumo. Por su parte, los alumnos reportaron en un 34% haber consumido algún tipo de sustancias en el pasado y en un 7% haber tenido consumo dentro del mes previo a la aplicación del cuestionario, apreciable en la figura 12. Mencionan como principales sustancias alcohol, inhalables, tabaco y crack, con edad de consumo entre los 7 y 11 años.

**Figura 12**

*Consumo de sustancias reportado por los participantes*



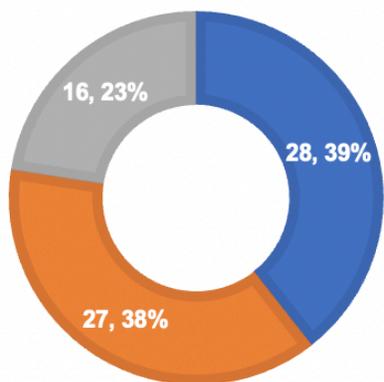
Respecto a la percepción del docente sobre alumnos con agresión en sus relaciones, se mencionaron alumnos principalmente “groseros” o “a la defensiva” con contestaciones que incluso los llevan al rechazo del grupo, además de infantes que golpean a otros.

Sobre el factor de impulsividad, los docentes principalmente identificaron impulsividad al comunicarse, interrumpiendo a otros y contestando de forma poco amable, seguido de infantes que terminan rápido, incompleto y sin orden. Así como, el alumno que azota y golpea cosas ante la frustración. El cuestionario CIP-DERS permite identificar una media de impulsividad de 7.83, D.E. 3.038, con una distribución palpable en la figura 13, donde el 29% de los estudiantes presentan impulsividad alta, 38% moderada y 23% baja.

### Figura 13

*Impulsividad de la muestra distribuida por tipo*

■ Impulsividad Alta   ■ Impulsividad Moderada   ■ Impulsividad Baja



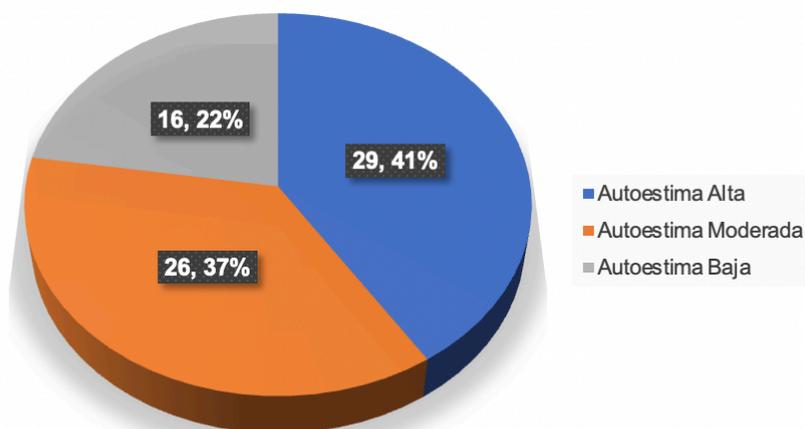
*Nota.* En las cifras, separadas por una coma, el primer número corresponde a la frecuencia y el segundo al porcentaje.

En el área de desesperanza, los docentes reconocieron desilusión ante el encierro y ante no poder regresar a clases presenciales. Además de, no esperar que sus condiciones de vida mejoren, se reportó "no aspiran a salir adelante, ellos como, no pues ya nada más voy a estudiar la primaria y ya. Y eso a ver no a ver si la termino".

De igual manera, respecto al factor de riesgo baja autoestima se encontraron algunos alumnos con una búsqueda de aprobación externa por parte de padres, compañeros o a través de las calificaciones. En esta misma dimensión el cuestionario muestra al 23% de los alumnos con autoestima baja, el 37% con autoestima moderada y el 41% con autoestima alta, observable en la figura 14 subsecuente.

**Figura 14**

*Autoestima de la muestra distribuida por nivel*



*Nota.* En las cifras, separadas por una coma, el primer número corresponde a la frecuencia y el segundo al porcentaje.

En los factores individuales el cuestionario CIP-DERS otorgó información acerca de la sintomatología depresiva, encontrando que no existe ningún alumno sin sintomatología depresiva, con 39% con sintomatología elevada, 32% con moderada y 28% con baja. Así mismo, se reconoce una ideación suicida del 11.3%, 10 individuos con intentos suicidas previos, cuatro con un intento grave. Y cinco con ideación suicida al momento de la realización del primer cuestionario.

Por su parte, la entrevista arrojó información importante respecto a las emociones que el docente percibe que principalmente se presentan en el alumno y las consecuencias que la pandemia acarrea a los estudiantes.

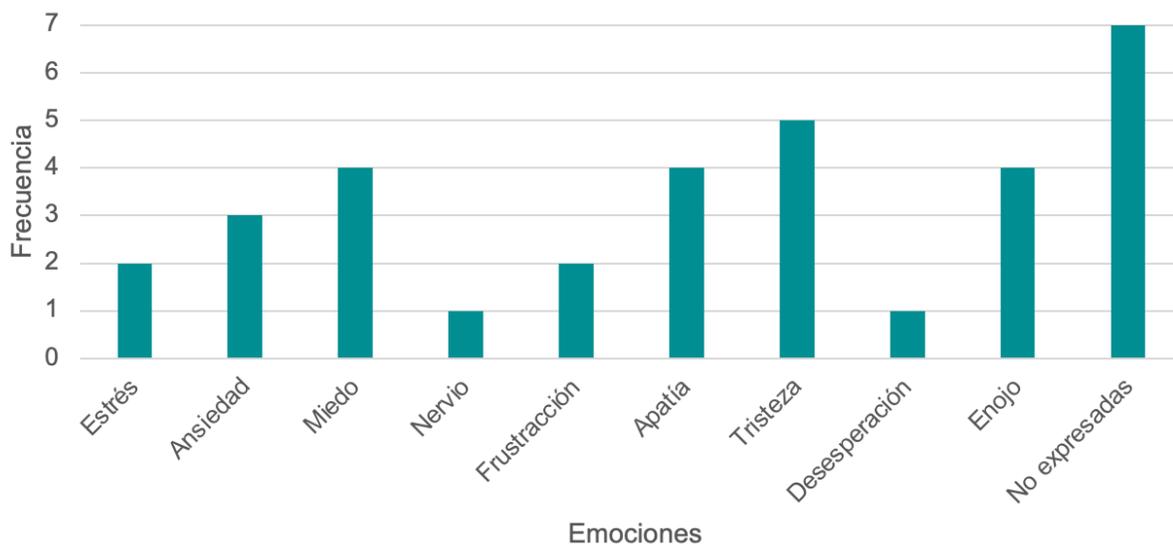
### **Emociones**

Desde el punto de vista de los docentes las emociones que mayormente se han presentado en los infantes son estrés, ansiedad, miedo, tristeza, enojo, desesperación, nerviosismo, frustración, apatía y algunas que solamente se expresan conductualmente.

La frecuencia más alta radica en las emociones no expresadas y las que simplemente se identifican en conductas disruptivas, seguido de la tristeza por la dinámica familiar y fallecimientos de cercanos. Continuando con el miedo por la pandemia, ante participar en el grupo y por la violencia que hay en casa. Enojo al ser agresivo con los demás, apatía ante las actividades escolares y ansiedad por la enseñanza virtual, estrés por el distanciamiento social y desesperación por no poderse comunicar con la misma facilidad que al estar presencialmente. Todas ellas ejemplificadas en frecuencia en la figura 15 subsecuente.

**Figura 15**

*Principales emociones en los alumnos reportadas por docentes*



La media general para regulación emocional, obtenida por medio del ERICA, es de 57.4, lo que ubica al 27% de la muestra en una regulación baja, al 42% en regulación media y al 31% en regulación alta. Con un desempeño por categoría de Control emocional con 25% bajo, 51% medio y 24% alto; Autoconsciencia emocional 24% baja, 49% media y 27% alta; Respuesta situacional 32% baja, 42% media y 25% alta. Medias de 23.93, 17.14 y 16.07 respectivamente.

### ***Dificultades asociadas a la pandemia***

En las entrevistas también se pudieron distinguir dificultades asociadas con la pandemia, las principales mencionadas son las dificultades en casa por la dinámica familiar, por falta de espacios dedicados a que el infante tome sus clases y por falta de cuidado, los dejan solos o se quedan con familiares. En frecuencia posterior a las dificultades en casa se encuentran aquellas emociones asociadas a la pandemia: apatía, ansiedad, estrés, miedo, nerviosismo, frustración, desesperación y enojo. Subsecuentemente se presentaron dificultades tecnológicas por el uso de artefactos y la carencia de internet. Y dificultades como comunicarse de forma libre. Aun así, se identificaron logros en el desarrollo de habilidades tecnológicas y la mejora de sus aprendizajes en la espera de turnos al hablar.

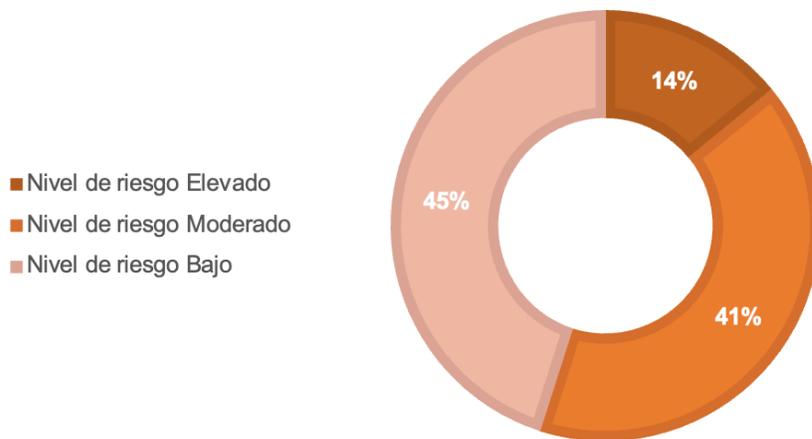
Por último, se consideraron como consecuencias de la pandemia el aumento de inasistencias, faltas de tareas o trabajos; seguido de la entrega de trabajos incompletos, no prender la cámara en las clases o interacciones virtuales; evitar realizar actividades académicas a través de mentiras; dificultades en su aprendizaje, la necesidad de comunicarse buscando al docente fuera de la clase; y, con menor frecuencia, pero presentes, bajas en el rendimiento, la necesidad de trabajar para apoyar económicamente a su familia, dolor de cabeza o estrés y finalmente bajas aspiraciones de vida.

### ***Nivel de riesgo de la conducta suicida***

Con todo ello, el cuestionario CIP-DERS permitió generar un nivel de riesgo de la conducta suicida. Se encontró a 10 participantes con riesgo elevado de la conducta suicida, 29 en riesgo moderado y 32 en riesgo bajo, observable en la figura 16.

## Figura 16

### *Nivel de riesgo de la conducta suicida*



Esto revela que el 55% de la muestra inicial revisada a través del instrumento está en riesgo moderado y alto de presentar conductas suicidas, 10 participantes (14.1%) presentan intentos de suicidio, cinco de ellos están en contexto escolar público, cuatro en privado y uno en contexto escolar diferente. De ese 14%, dos individuos mencionan que querían morir, tres que querían seguir viviendo y cinco no dan propósito del intento. Aunado a ello, tres participantes mencionan haber realizado un único intento y uno más reporta dos intentos. Las edades de los intentos van de los 6 a los 10 años. Solamente uno de ellos reporta métodos empleados “Con un cuchillo y ahorcándome”. En cuanto a la letalidad percibida: un individuo reporta estar seguro de que moriría, uno no sabía si moriría o viviría y uno más reporta saber que no moriría. Dos de los casos tuvieron atención hospitalaria, tres de tipo emocional profesional, cuatro mencionan no haber recibido ningún tipo de apoyo o ayuda y seis de ellos presenta apoyo de familiares y amigos, uno como única atención. Dentro de las razones mencionan: “Por las palabras de todos”, “Porque me dolía” y “Para saber cómo se sentía”.

Por su parte, cinco alumnos reportaron ideación suicida al momento de la aplicación. Tres de ellos con ideación clara y uno mencionando “A veces”. En dos casos se compartieron las razones: “Porque no me hacen caso” y “Problemas padre e hija”.

Todo esto da una visión inicial de la muestra y da razón de la importancia de la implementación de un taller que impacte en los factores de riesgo de la conducta suicida, buscando con ello disminuir dicha conducta, especialmente la ideación.

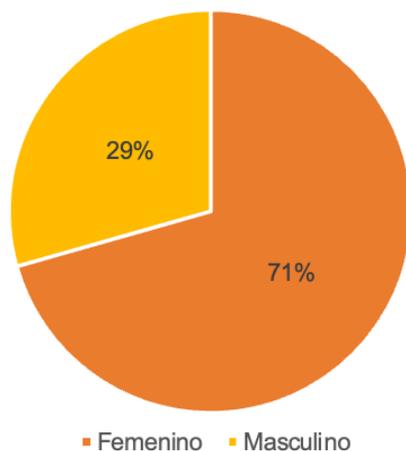
De acuerdo con lo comentado inicialmente y con la finalidad de tener un comparativo, se procede a dar razón de los resultados de 17 participantes quienes completaron la primera medición, las dos mediciones de seguimiento y al menos el 85% de la intervención. Se reportará la información dividida de acuerdo con el diseño de la intervención.

### **Fase I. Diagnóstico**

En la figura 17 se aprecia que el 71% de los 17 participantes que completaron mediciones e intervención pertenecen al sexo femenino y el 29% al masculino con una media de edad de 9.88, D.E. 0.857, para ambos sexos.

**Figura 17**

*Distribución de la muestra por sexo*



En la tabla 13 subsecuente se puede observar la distribución de las edades con el 47% de los estudiantes en los 10 años, el 23.5% en los 9 años, mismo porcentaje que se repite para

los 11 años, se identifica un participante con 8 años al momento de la primera medición, no obstante, se consideró como participante pues durante las primeras dos semanas de intervención cumplió los 9 años (criterio de inclusión).

**Tabla 13**

*Distribución de la muestra por edad*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	8	1	5.9	5.9	5.9
	9	4	23.5	23.5	29.4
	10	8	47.1	47.1	76.5
	11	4	23.5	23.5	100
	Total	17	100	100	

*Nota.* Los participantes de 8 años cumplieron la edad criterio en un máximo de tres semanas desde la primera fase.

La tabla 14 muestra mayor presencia de participantes de escuelas públicas con un 65% y 35% en escuela privada. El 65% de ellos se encontraban en el quinto grado de primaria mientras que el 24% cursaba sexto y únicamente el 12% cursaba cuarto grado de educación primaria.

**Tabla 14**

*Distribución de la muestra por tipo de escuela y grado escolar*

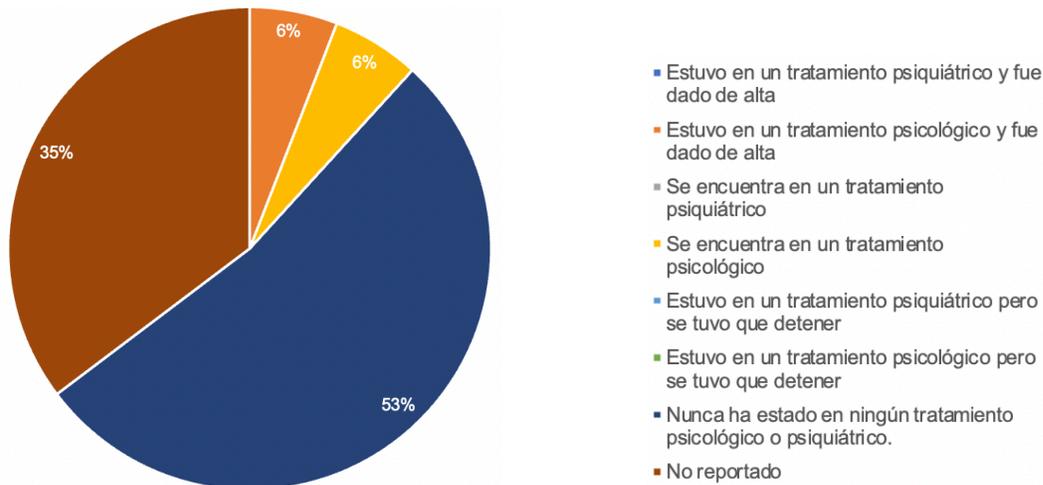
		Frecuencia	Porcentaje
Tipo de Escuela	Privada	6	35.3
	Pública	11	64.7
	Total	17	100.0
Grado escolar	Cuarto	2	11.8
	Quinto	11	64.7
	Sexto	4	23.5
	Total	17	100.0

Respecto a la salud mental de los participantes, apreciable en la figura 18, dos reportan tratamiento psicológico o psiquiátrico, uno con tratamiento psicológico en curso. Nueve nunca han estado en ningún tratamiento psicológico o psiquiátrico y seis no reportaron datos al

respecto. Por lo cual únicamente el 12% de la muestra reporta contacto con profesionales de la salud mental.

**Figura 18**

*Atención de la muestra en la salud mental*



### **Factores de riesgo para el suicidio**

#### **Factores contextuales y sociales.**

En relación con las dificultades económicas, en la tabla 15 se identifica que los participantes en promedio satisfacen el 83% de las necesidades esenciales y el 68% de las necesidades no esenciales. En general satisfacen el 75% de las necesidades.

**Tabla 15**

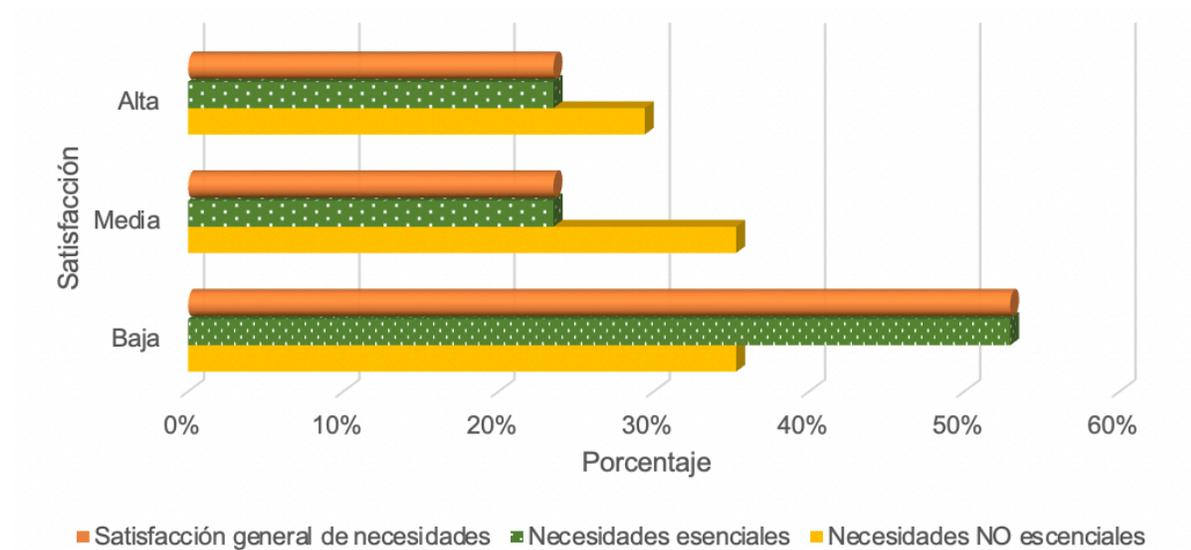
*Medias de satisfacción de necesidades económicas*

		Esenciales	No esenciales	Capacidad de satisfacer necesidades	Frecuencia discusiones por dinero
N	Válido	17	17	17	17
	Perdidos	0	0	0	0
Media		20	19	39	1.53
Desv. Desviación		3.937	4.886	7.961	0.624

Con ello, la figura 19 señala que el 53% presentó una satisfacción de necesidades baja, 24% media y 24% alta. Con percepción de discusiones por dinero de 1.53 con D.E. de .624 lo que indica que el 53% de ellos consideraron nunca haber discusiones por dinero en casa, el 41% algunas veces y el 6% muchas veces, lo cual es tangible en la figura 20 subsecuente.

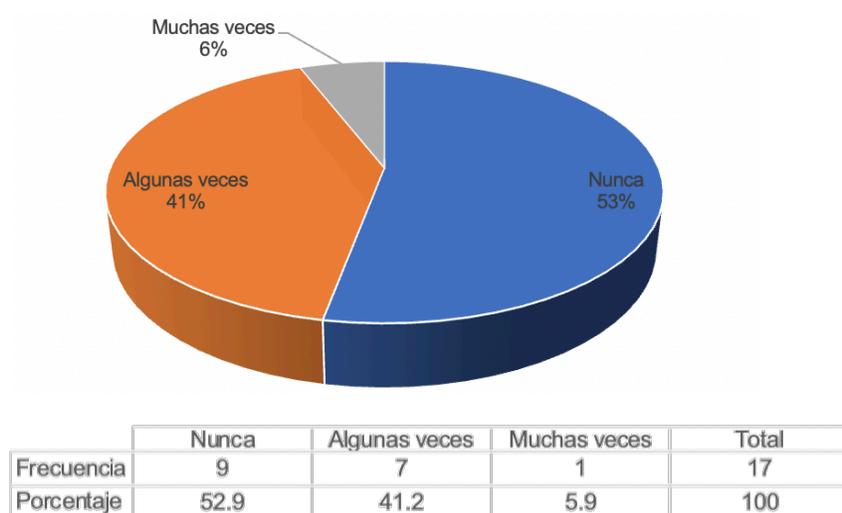
**Figura 19**

*Porcentaje de participantes que completan necesidades por intervalo bajo, medio y alto*



**Figura 20**

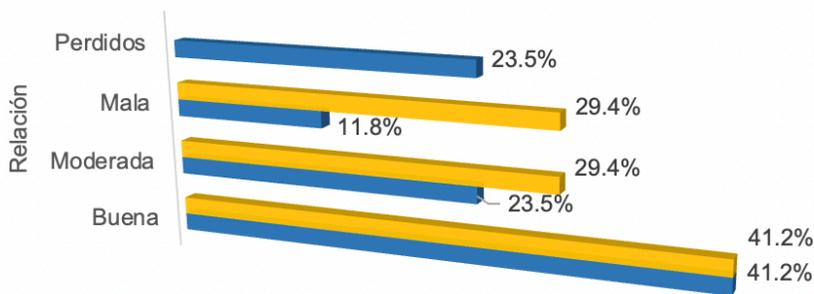
*Frecuencia de discusiones por dinero*



Por otro lado, respecto a lo que los alumnos perciben en la relación con sus padres, los participantes presentan una media de relación con madre de 47 con D.E. de 9.6 y de relación con padre de 44.15 con D.E. 10.7 lo cual exhibe de manera inicial una mejor relación con la madre que con el padre. Se analizó la relación de madre de los 17 participantes y de padre de 13 participantes, puesto que cuatro reportaron no contar con un padre presente en la dinámica familiar. En ello, la figura 21 presenta al 41% de los participantes con una relación buena con su madre, lo cual implica percepción positiva de afectividad, comunicación y supervisión o apoyo por parte de su figura materna. El 29% presentó una relación moderada y el 29% una relación con baja afectividad, comunicación y supervisión o apoyo.

**Figura 21**

*Percepción de relación con padres*



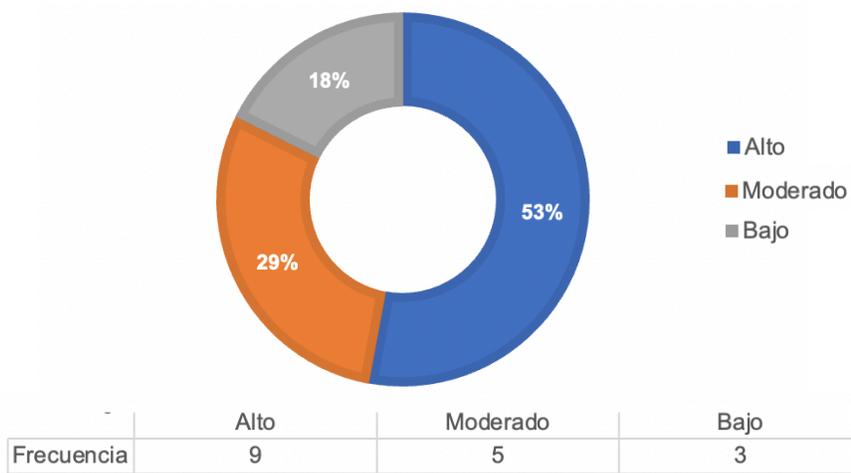
	Buena	Moderada	Mala	Perdidos
■ Relación con madre	7	5	5	
■ Relación con padre	7	4	2	4

Con respecto al padre, el 41% advirtió una relación positiva de afectividad, comunicación y supervisión o apoyo por parte de su figura paterna, el 24% una relación moderada y el 12% una relación con baja afectividad, comunicación y supervisión o apoyo.

De igual forma, se exploró la percepción de apoyo social de los participantes con una media de 21.41 con D.E. de 5.79, dentro de los cuales se ubica al 53% de los participantes con percepción alta de apoyo social, 29% moderada y 18% baja, perceptible en la figura 22.

**Figura 22**

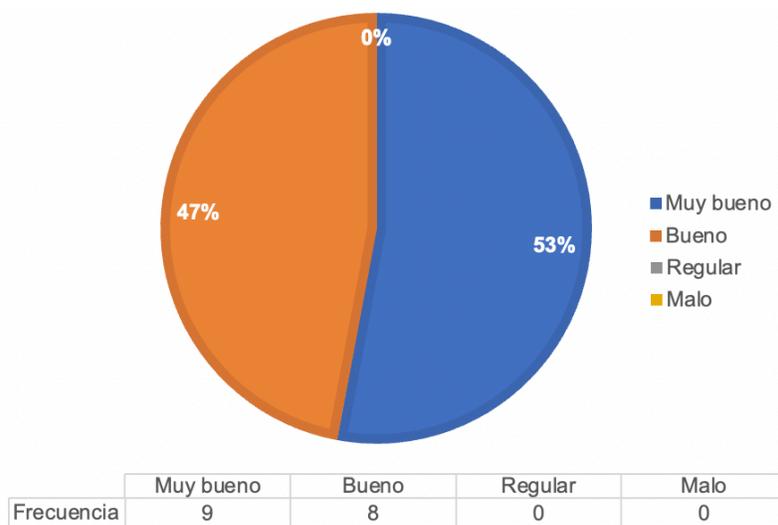
*Percepción de apoyo social*



En cuanto a la percepción de rendimiento escolar, graficado en la figura 23, el 53% de los participantes consideraron tener un rendimiento muy bueno, el 47% un rendimiento bueno y ninguno se identifica con rendimiento escolar regular o malo. Lo que indica una media de 1.47 con D.E. de .514.

**Figura 23**

*Porcentaje y frecuencia de percepción de rendimiento escolar*

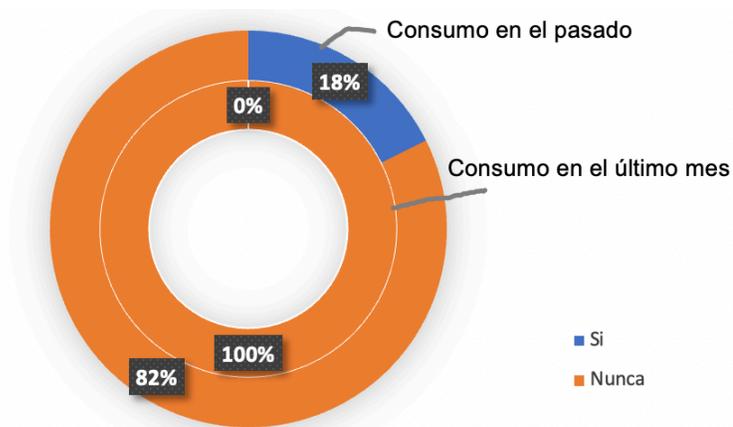


### Factores individuales.

Respecto al consumo de sustancias, 14 individuos (82%) reportaron que nunca habían consumido tabaco, alcohol o alguna otra sustancia. Dos de ellos reportaron haber consumido alcohol en el pasado, con diferencia en las ocasiones en que consumieron pues, uno reporta una vez y el segundo dos a cuatro veces, ambos sin especificar edad de consumo. Uno más reportó haber consumido en una ocasión tabaco, alcohol, marihuana y otras sustancias sin especificar edad de consumo. Ninguno de ellos reportó tener consumo en el último mes, todo ello se observa en la figura 24 ulterior.

**Figura 24**

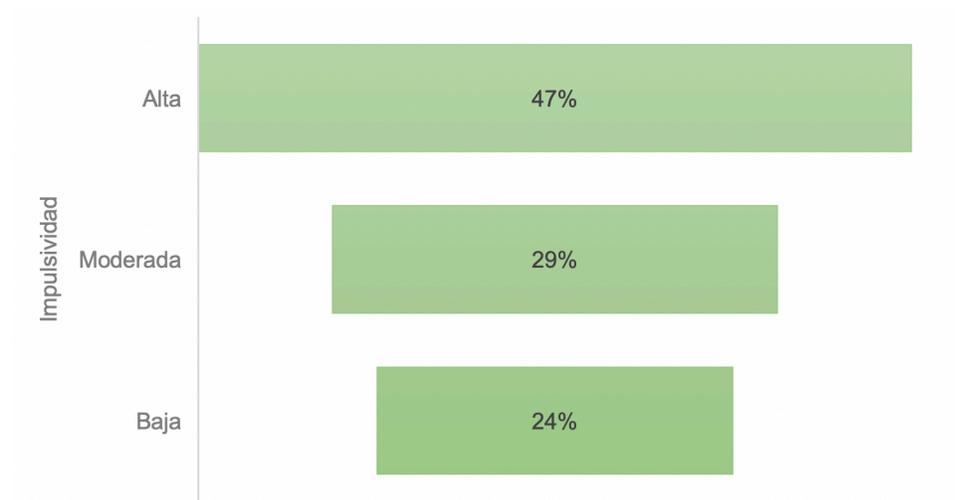
*Porcentajes de consumo en el pasado y en el último mes*



De la misma manera se analizó lo reportado en impulsividad distinguiendo que los participantes presentan una media de 7.35 con D.E. de 1.967. Se puede observar en la figura 25 y en la tabla 16, al 47% de los participantes con alta impulsividad, el 29% con impulsividad moderada y el 24% con impulsividad baja.

**Figura 25**

*Porcentaje de distribución de impulsividad por tipo*



**Tabla 16**

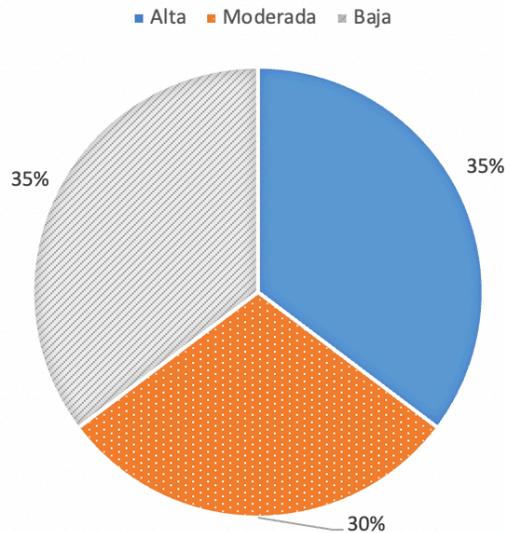
*Frecuencia, medias y desviación estándar de impulsividad y autoestima*

		Frecuencia	Porcentaje	Media	D.E.
Impulsividad	Alta	8	47%		
	Moderada	5	29%	7.35	1.967
	Baja	4	24%		
	Total	17	100.0		
Autoestima	Alta	6	35.3		
	Moderada	5	29.4	31	5.16
	Baja	6	35.3		
	Total	17	100.0		

En la tabla 16 anterior se precisa también el área de autoestima, la cual presentó una media de 31 con D.E. de 5.16. Al separarlo por intervalos de autoestima media, alta o baja se identifica la disgregación muy equilibrada con 35.3% para autoestima alta y baja aunado a 29.4% en autoestima moderada, visible en la figura 26.

**Figura 26**

*Porcentaje de autoestima por tipo*



El último factor de riesgo individual analizado es la sintomatología depresiva, se les preguntó a los estudiantes sobre diversos síntomas físicos, cognitivos y comportamentales relacionados con depresión en las últimas dos semanas. Dentro de lo cual se reporta una media en sintomatología depresiva de 19.59 con una D.E. de 13.44. localizando al 18% de los participantes con sintomatología depresiva baja, al 47% con sintomatología moderada y al 35% con una sintomatología depresiva elevada, dos de ellos con índices muy altos. Todo ello observable en la tabla 17 y figura 27 subsecuentes.

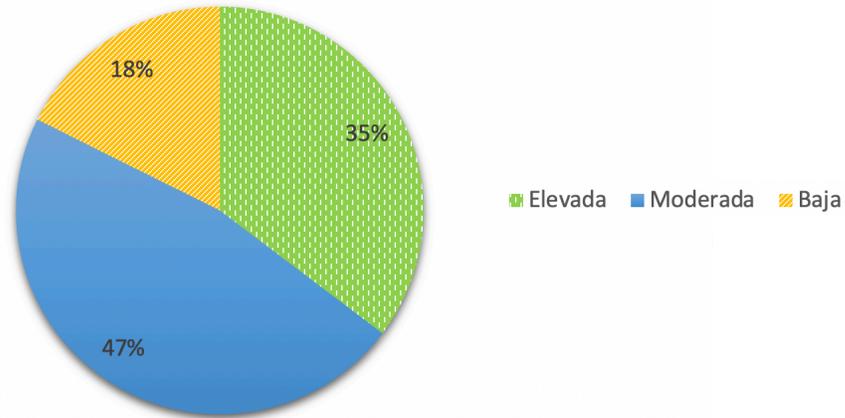
**Tabla 17**

*Sintomatología depresiva presentada en las últimas dos semanas*

		Frecuencia	Porcentaje	Media	D.E.
Sintomatología depresiva	Elevada	6	35.3	19.59	13.44
	Moderada	8	47.1		
	Baja	3	17.6		
	Total	17	100.0		

**Figura 27**

*Porcentaje de individuos con sintomatología depresiva*



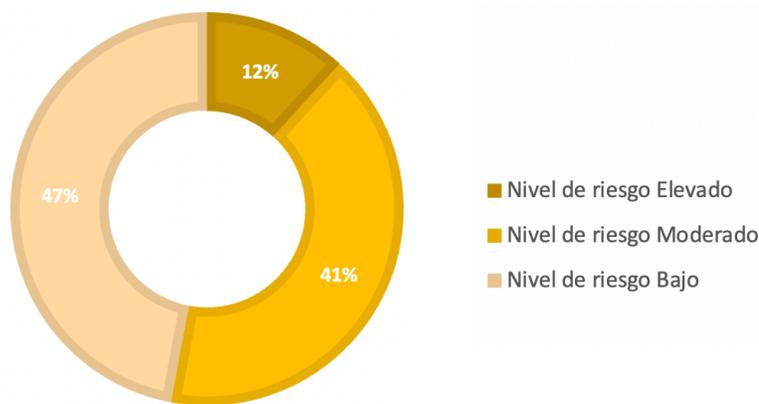
Con todo lo anterior, se obtuvo el nivel de riesgo de conducta suicida existente en los participantes.

***Nivel de riesgo de la conducta suicida***

Dicho riesgo presentó una media de 66.06 con D.E. de 16.2. Lo que implica que ocho participantes (47%) cuentan con un nivel de riesgo bajo, siete participantes (41%) con un riesgo moderado y dos (12%) con un riesgo elevado. Distribución palpable en la figura 28.

**Figura 28**

*Nivel de riesgo de la conducta suicida en la primera medición*



Este nivel de riesgo se puede separar en los factores de riesgo y los intentos e ideación suicida. La tabla 18 ubica que el 12% tuvo factores de riesgo altos, el 82% moderados y el 6%

bajos. Un individuo reportó intento suicida entre los 9 y 10 años mencionando que recibió apoyo profesional y de su red de apoyo, familia y amigos, no menciona la letalidad percibida y reconoce dentro de las razones “Por las palabras de todos” y “Por las palabras que me dicen”. No reporta deseos de quitarse la vida en el momento de la aplicación del cuestionario.

En cuanto a la ideación suicida se advierte una prevalencia de 11.8%. El 53% no presenta ideación suicida, el 35% presenta ideación suicida baja con uno o dos indicadores, el 6% (un participante) presenta ideación suicida moderada con un número de indicadores en la línea entre moderada y elevada y el 6% presenta ideación suicida elevada, mismo que corresponde al participante con intento previo.

**Tabla 18**

*Nivel de riesgo, factores, intento e ideación suicida en primera medición*

		Frecuencia	Porcentaje	Media	D.E.
Nivel de riesgo	Elevado	2	11.8	66.06	16.2
	Moderado	7	41.2		
	Bajo	8	47.1		
	Total	17	100.0		
Factores de riesgo	Altos	2	11.8	63.76	12.245
	Moderados	14	82.4		
	Bajos	1	5.9		
	Total	17	100.0		
Intento suicida	Si	1	5.9	N/A <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>
	No	16	94.1		
	Total	17	100.0		
Ideación suicida	Elevada	1	5.9	2.12	4.581
	Moderada	1	5.9		
	Baja	6	35.3		
	No presenta	9	52.9		
	Total	17	100.0		

<sup>a</sup> Solamente se considera presencia o ausencia del intento, por lo que no hay datos de media o D.E.

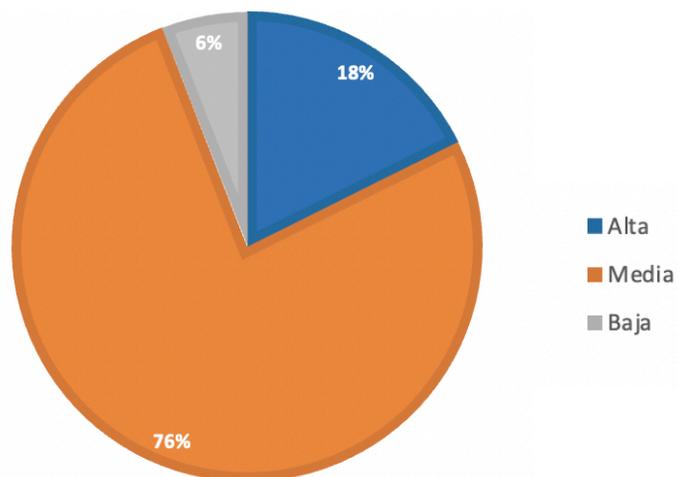
### **Regulación emocional**

Por su parte, el índice ERICA determina para los 17 participantes una media de regulación emocional general del 57.94 con D.E. de 6.524. Lo que ubica al 77% de los

participantes en regulación media, 18% en alta y 6% en baja, palpable en la figura 29 y tabla 19 siguientes.

**Figura 29**

*Niveles de regulación emocional de los participantes*



**Tabla 19**

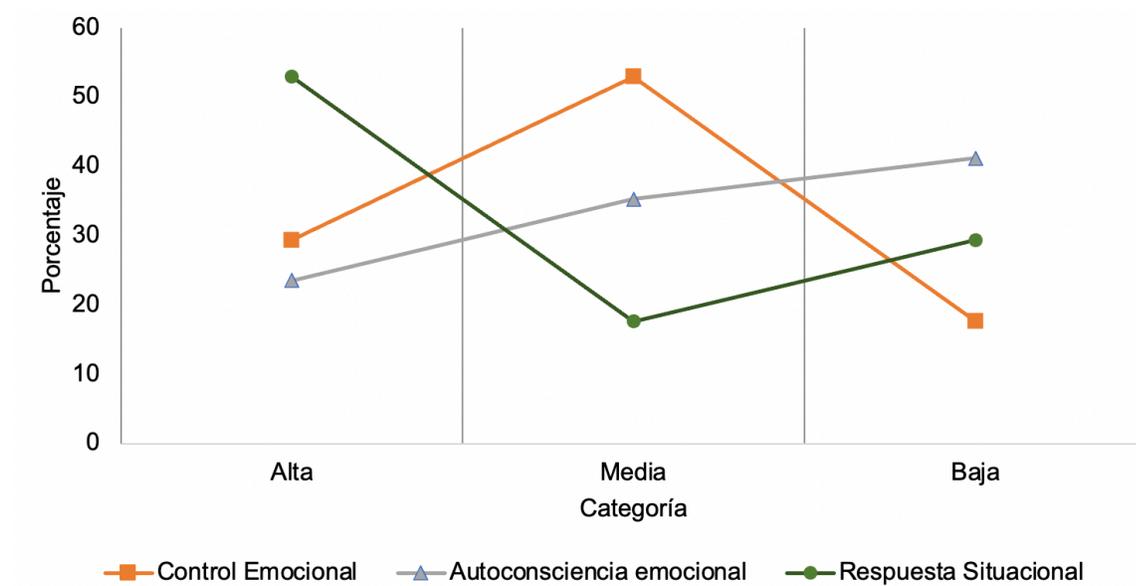
*Distribución por niveles del índice de regulación emocional y subescalas*

		Frecuencia	Porcentaje	Media	D.E.
Regulación emocional	Alta	3	17.6	57.94	6.524
	Media	13	76.5		
	Baja	1	5.9		
	Total	17	100.0		
SubI. Control Emocional	Alta	5	29.4	25.18	6.356
	Media	9	52.9		
	Baja	3	17.6		
	Total	17	100.0		
SubII. Autoconsciencia Emocional	Alta	4	23.5	16.59	3.429
	Media	6	35.3		
	Baja	7	41.2		
	Total	17	100.0		
SubIII. Respuesta Situacional	Alta	9	52.9	16.18	4.667
	Media	3	17.6		
	Baja	5	29.4		
	Total	17	100.0		

En esta última tabla, 19, además se exhibe la distribución de regulación en cada subescala con mayor frecuencia de nivel alto en la subescala de respuesta situacional, mayor frecuencia de nivel medio en control emocional y mayor frecuencia de nivel bajo en autoconsciencia emocional. Mismo vislumbrado de forma gráfica en la figura 30.

**Figura 30**

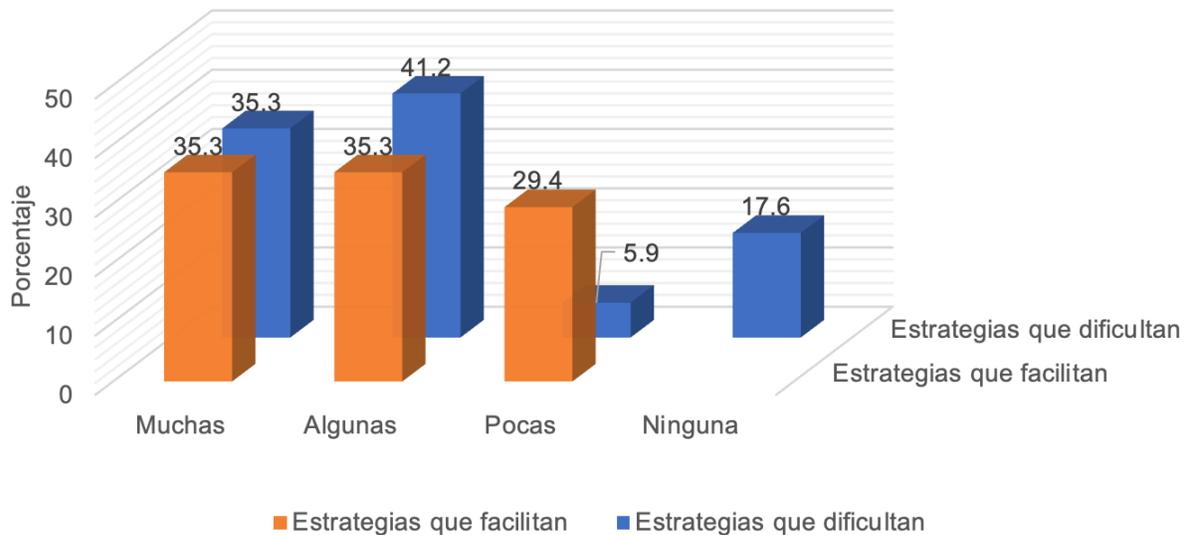
*Porcentaje de participantes por nivel en cada subescala de regulación emocional*



Aunado a ello, la escala EREn precisa que los participantes presentan una media de estrategias que facilitan la regulación emocional de 36.53 con D.E. de 12.85 y una media de estrategias que dificultan la regulación emocional de 5.94 con D.E. de 4.854. Así, el 70% utilizan algunas o muchas estrategias favorables para la regulación emocional y el 76% utilizan algunas o muchas estrategias desfavorables. En este último punto se contó con tres individuos (18%) que no utilizan ninguna estrategia que les dificulta la regulación emocional. La representación gráfica de ello se encuentra en la figura 31 siguiente.

**Figura 31**

*Porcentaje de individuos que utilizan estrategias que facilitan o dificultan la regulación emocional*



Posterior a esta medición se llevó a cabo la intervención.

## **Fase II. Implementación del taller**

La tabla 20 muestra que durante la fase de intervención se tuvo un promedio general de asistencia 97% con 10 individuos que asistieron a la totalidad de las sesiones, tres individuos que asistieron entre el 90 y 99% de las sesiones y cuatro individuos que asistieron a entre 85 % y 89% de las sesiones.

De manera específica las sesiones 1 a 5 se mantuvieron con el 99% de la asistencia y las sesiones 6 a 8 tuvieron una disminución promedio de 20% con recuperación para las sesiones 9 a 11.

Por otro lado, esa misma tabla exhibe que el 76.5% de los participantes entregaron todas las actividades, 11.8 entregaron entre el 90 y el 99% de las actividades y 11.8% menos del 90%. En promedio entregaron el 96% de las actividades.

**Tabla 20**

*Asistencia y entrega de actividades durante la intervención*

		Frecuencia	Porcentaje
Asistencia	100%.	10	58.8
	Entre 90 y 99%	3	17.6
	Menos de 90%	4	23.5
	Total	17	100
Entrega de Actividades	100%.	13	76.5
	Entre 90 y 99%	2	11.8
	Menos de 90%	2	11.8
	Total	17	100
Taller Completado	100%.	9	52.9
	Entre 90 y 99%	4	23.5
	Entre 85 y 89%	4	23.5
	Total	17	100

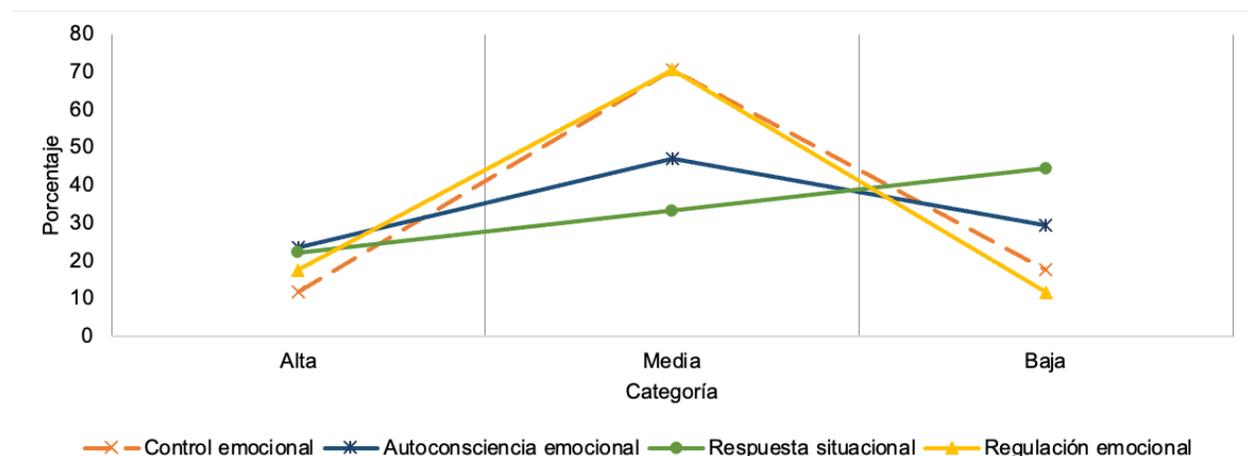
**Fase III. Seguimientos**

***Regulación emocional***

Con respecto a la regulación emocional, el primer seguimiento, segunda medición, identifica una media de regulación de 55.29 con D.E. de 11.52. Se percibe en la figura 32 que la frecuencia más alta de control emocional es en el nivel medio, en autoconsciencia nivel medio y en respuesta situacional bajo.

**Figura 32**

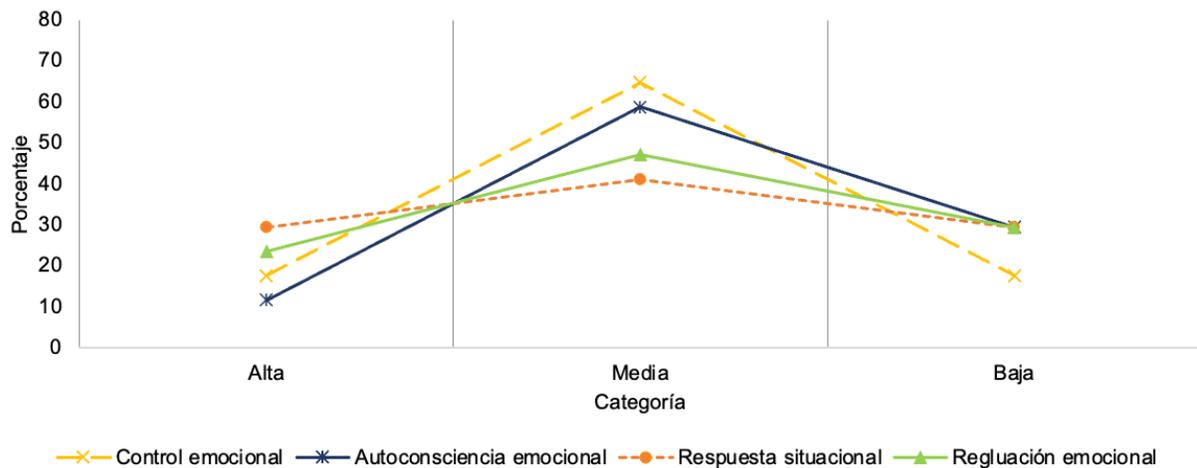
*Porcentaje de participantes por nivel en cada subescala de regulación emocional en la segunda medición*



El segundo seguimiento, tercera medición, con una D.E. de 12.41 y media de 55.18 presenta, en la figura 33, subescalas con un mayor porcentaje en los niveles medios.

### Figura 33

*Porcentaje de participantes por nivel en cada subescala de regulación emocional en la tercera medición*

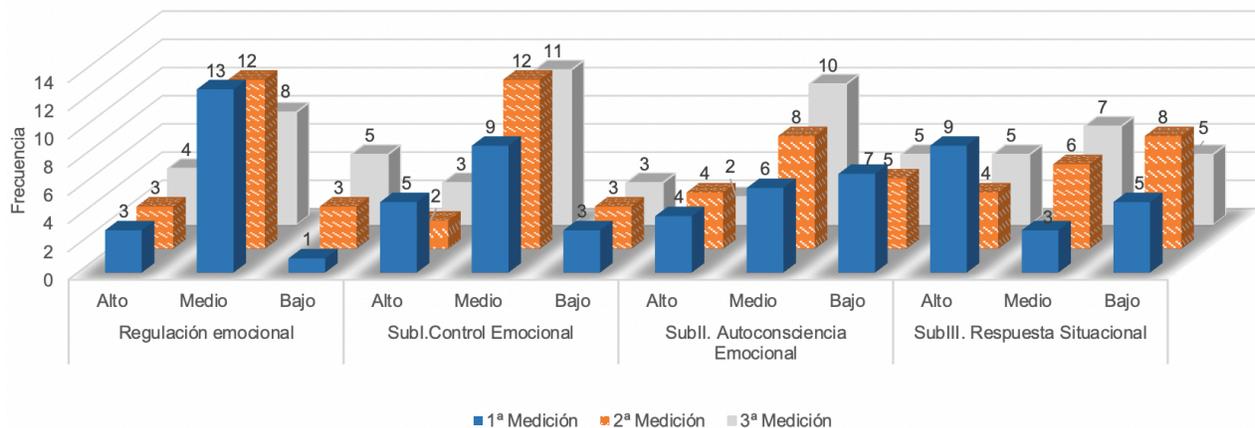


Al comparar la frecuencia de participantes por cada nivel de regulación emocional se nota para la segunda medición que en la regulación emocional general únicamente un individuo pasó de regulación media a baja, en el control emocional disminuyó la frecuencia de control emocional de nivel alto y aumentó el medio, en la autoconsciencia emocional disminuyó la frecuencia de autoconsciencia baja y aumentó la media, y en la respuesta situacional disminuyó la frecuencia de respuesta situacional alta y aumentó la media y la baja.

Así, para la tercera medición se vislumbró un aumento en la frecuencia de regulación emocional general baja y alta, no obstante, un incremento de los niveles medios de las subescalas de regulación. Lo que implica la disminución de dos individuos en autoconsciencia emocional alta, acrecentamiento de la frecuencia media, además, de un ligero ascenso en la frecuencia de respuesta situacional. Todo enteramente apreciable en la figura 34 y tabla 21 continuas.

**Figura 34**

*Comparativo de frecuencia de participantes por nivel y subescala del índice de regulación emocional en las tres mediciones*



**Tabla 21**

*Resultados obtenidos en regulación emocional en tres mediciones*

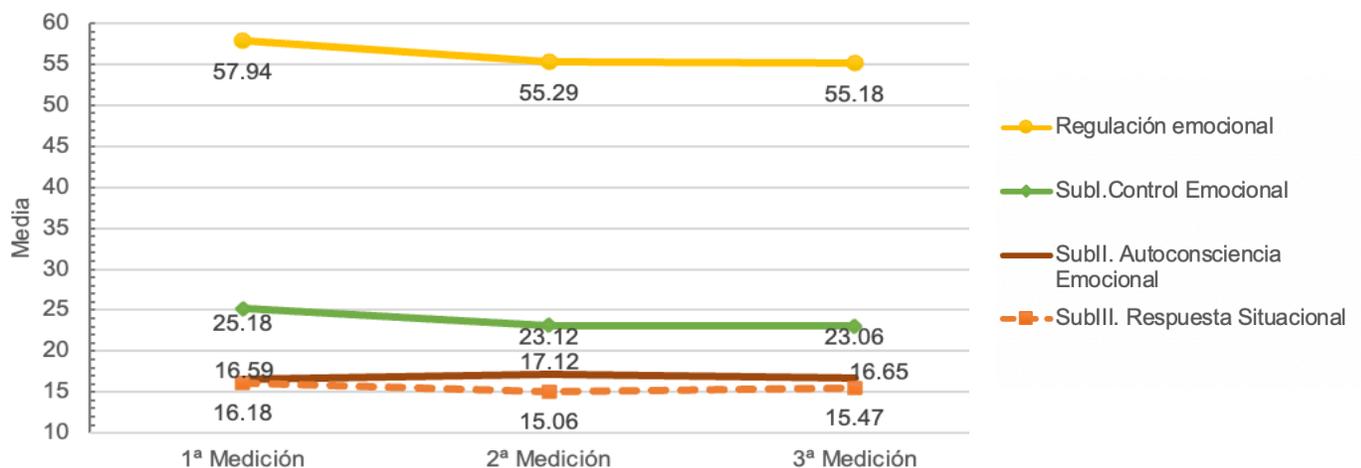
		1ª Medición		2ª Medición		3ª Medición		1ª Medición		2ª Medición		3ª Medición	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.
Regulación emocional	Alta	3	17.6	3	17.6	4	23.5						
	Media	13	76.5	12	70.6	8	47.1	57.94	6.524	55.29	11.52	55.18	12.411
	Baja	1	5.9	2	11.8	5	29.4						
	Total	17	100.0	17	100.0	17	100.0						
Subl. Control Emocional	Alta	5	29.4	2	11.8	3	17.6						
	Media	9	52.9	12	70.6	11	64.7	25.18	6.356	23.12	5.797	23.06	6.896
	Baja	3	17.6	3	17.6	3	17.6						
	Total	17	100.0	17	100.0	17	100.0						
Subl. Autoconsciencia Emocional	Alta	4	23.5	4	23.5	2	11.8						
	Media	6	35.3	8	47.1	10	58.8	16.59	3.429	17.12	4.872	16.65	4.821
	Baja	7	41.2	5	29.4	5	29.4						
	Total	17	100.0	17	100.0	17	100.0						
Subl. Respuesta Situacional	Alta	9	52.9	4	22.2	5	29.4						
	Media	3	17.6	6	33.3	7	41.2	16.18	4.667	15.06	4.802	15.47	4.692
	Baja	5	29.4	8	44.4	5	29.4						
	Total	17	100.0	18	100.0	17	100.0						

		1ª Medición		2ª Medición		3ª Medición		1ª Medición		2ª Medición		3ª Medición	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.
Estrategias que facilitan	Muchas	6	35.3	9	52.9	6	35.3						
	Algunas	6	35.3	5	29.4	5	29.4						
	Pocas	5	29.4	3	17.6	5	29.4	36.53	12.856	41.12	13.252	34.35	18.861
	Ninguna				0.0	1	5.9						
	Total	17	100.0	17	100.0	17	100.0						
Estrategias que dificultan	Muchas	6	35.3	7	41.2	7	41.2						
	Algunas	7	41.2	5	29.4	6	35.3						
	Pocas	1	5.9	1	5.9	1	5.9	5.94	4.854	6.76	5.437	5.76	5.618
	Ninguna	3	17.6	4	23.5	3	17.6						
	Total	17	100.0	17	100.0	17	100.0						

Del mismo modo, al paralelar medias, en la figura 35, se distingue un comportamiento de disminución de la regulación emocional general e incremento en la subescala de autoconsciencia emocional en la segunda medición. En tanto que, la tercera medición presenta medias cercanas a los índices de segunda medición en regulación emocional general con un ligero decremento de la autoconsciencia emocional, regresando casi a la medición inicial, y decrementos de entre 0.1 y 0.06 en respuesta situacional y regulación general. Aunados a un ligero aumento en la respuesta situacional.

**Figura 35**

*Comparativo de medias del índice de regulación emocional en las tres mediciones*

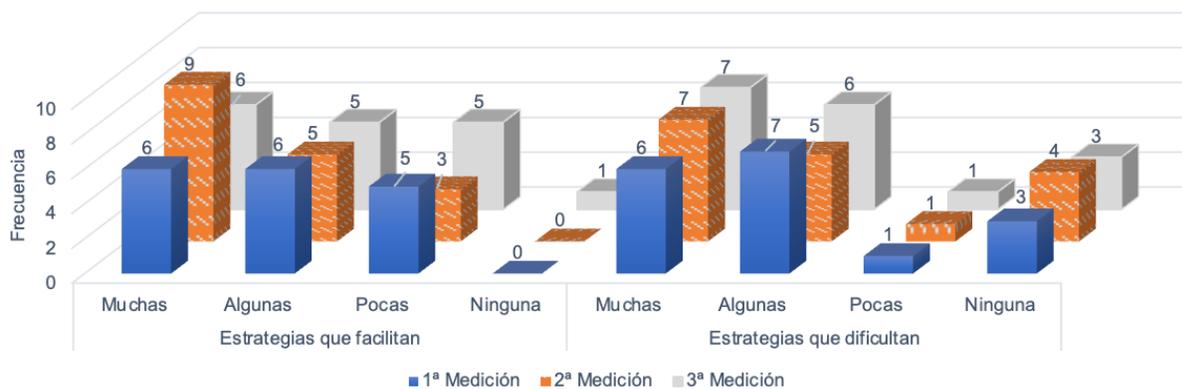


Paralelamente, se revisó el uso de estrategias que facilitan o dificultan la regulación emocional antes y después del taller. Los datos se pueden apreciar en la tabla 21 anterior y en las figuras 36 y 37, e indican, para la segunda medición, un aumento de 5 puntos en la media de las estrategias que facilitan la regulación emocional y un ligero crecimiento de .82 en las estrategias que dificultan.

Mientras para la tercera medición grafican disminución de las estrategias facilitadoras, con incluso un participante que reporta ninguna estrategia, y una disminución de estrategias que dificultan la regulación emocional, regresando casi al nivel inicial.

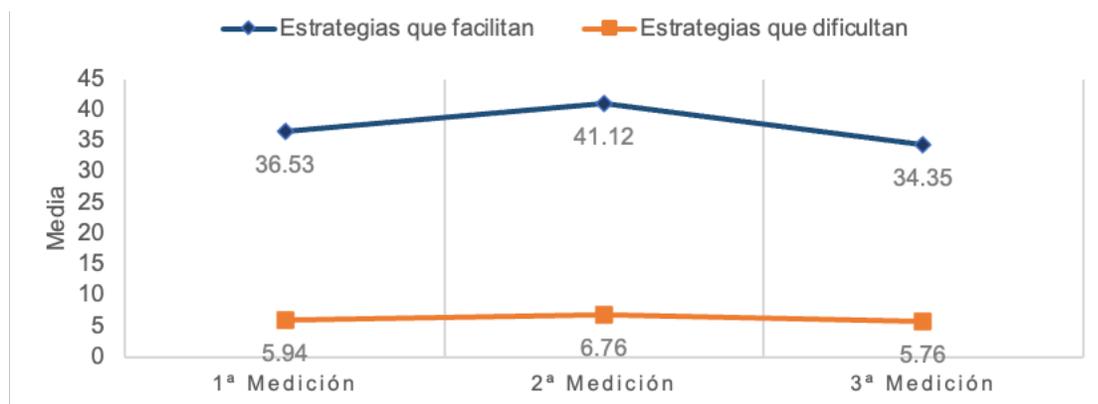
**Figura 36**

*Comparativo de frecuencia de participantes en estrategias facilitadoras y no de la regulación emocional en las tres mediciones*



**Figura 37**

*Comparativo de medias de estrategias facilitadoras y no en las tres mediciones*



Estas diferencias entre medias fueron analizadas a través del análisis de Xr de Friedman para revisar su significancia estadística advirtiéndose, en la tabla 22, la ausencia de resultados con significancia menor a .05 tanto en el índice de regulación emocional como en el uso de estrategias.

**Tabla 22**

*Prueba Xr de Friedman para medias de regulación emocional en tres mediciones*

	Regulación emocional	Subl.Control Emocional	Subl. Autoconsciencia Emocional	Subl. Respuesta Situacional	Estrategias que facilitan	Estrategias que dificultan
N	17	17	17	17	17	17
Chi-cuadrado	0.848	0.5	2	3.796	3.254	2.381
gl	2	2	2	2	2	2
Sig.asintótica (bilateral)	0.654	0.779	0.368	0.15	0.197	0.304

### **Conducta suicida**

Referente a la ideación suicida, en la segunda medición se mantuvo la prevalencia de ideación suicida de 11.8%, pero no fue compuesto por los mismos individuos que inicialmente constituyeron dicho porcentaje.

Uno de los participantes, el participante 44, responde al reportado en la primera medición, no obstante, el participante 43, quien inicialmente presentó ideación suicida y un intento previo, disminuye su ideación hasta el rango de baja, por lo que ya no se considera en este porcentaje. Así, al rango de ideación suicida elevada se integra el participante 20, quien en la primera medición presentó ideación suicida muy baja, con únicamente dos indicadores, y en la segunda medición presentó un nivel de ideación suicida elevado con 19 indicadores.

La tabla 23 nos muestra esta distribución, además de dilucidar que para la tercera medición se mantiene la misma prevalencia de ideación suicida, con los mismos individuos que conforman este porcentaje en la segunda medición.

**Tabla 23**

*Nivel de riesgo, factores, intento e ideación suicida en las tres mediciones*

		1ª Medición		2ª Medición		3ª Medición		1ª Medición		2ª Medición		3ª Medición	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.
Nivel de riesgo	Elevado	2	11.8	2	11.8	2	11.8	66.06	16.2	64.88	19.306	66.06	23.933
	Moderado	7	41.2	5	29.4	3	17.6						
	Bajo	8	47.1	10	58.8	12	70.6						
	Total	17	100.0	17	100.0	17	100.0						
Factores de riesgo	Altos	2	11.8	4	23.5	3	17.6	63.76	12.245	61.06	3.12	62.06	16.437
	Moderados	14	82.4	8	47.1	11	64.7						
	Bajos	1	5.9	5	29.4	3	17.6						
	Total	17	100.0	17	100.0	17	100.0						
Intento suicida	Si	1	5.9	1	5.9	3	15.8	N/A*	N/A*	N/A*	N/A*	N/A*	N/A*
	No	16	94.1	16	94.1	16	84.2						
	Total	17	100.0	17	100.0	19	100.0						
Ideación suicida	Elevada	1	5.9	2	11.8	2	11.8	2.12	4.581	3.12	5.521	2.94	6.369
	Moderada	1	5.9	0	0.0	0	0.0						
	Baja	6	35.3	7	41.2	4	23.5						
	No presenta	9	52.9	8	47.1	11	64.7						
	Total	17	100.0	17	100.0	17	100.0						

Aunado a ello, en la segunda medición se presenta el caso de intento de suicidio que ya se había reportado en la primera medición con más información acerca del propósito, medio y letalidad. Menciona querer dejar de vivir, cortándose “porque me lastimaron” con una percepción de letalidad posible, no sabía si moriría o no. Y se anexa un caso más de intento, que corresponde a un individuo de riesgo elevado e ideación suicida en la primera medición, quien alude haber intentado suicidarse a la edad actual, cortándose dado que “tenía muchos problemas en mi casa” y “porque mi familia no me presta atención”. Acto realizado con la intención de morirse, con percepción de letalidad posible, no sabía si moriría o no. Recibió acompañamiento únicamente de su red de apoyo e informa no tener ideación suicida actual “porque mis mejores amigas me han dicho que no lo haga”, sin embargo, aún presenta un índice de ideación suicida elevado.

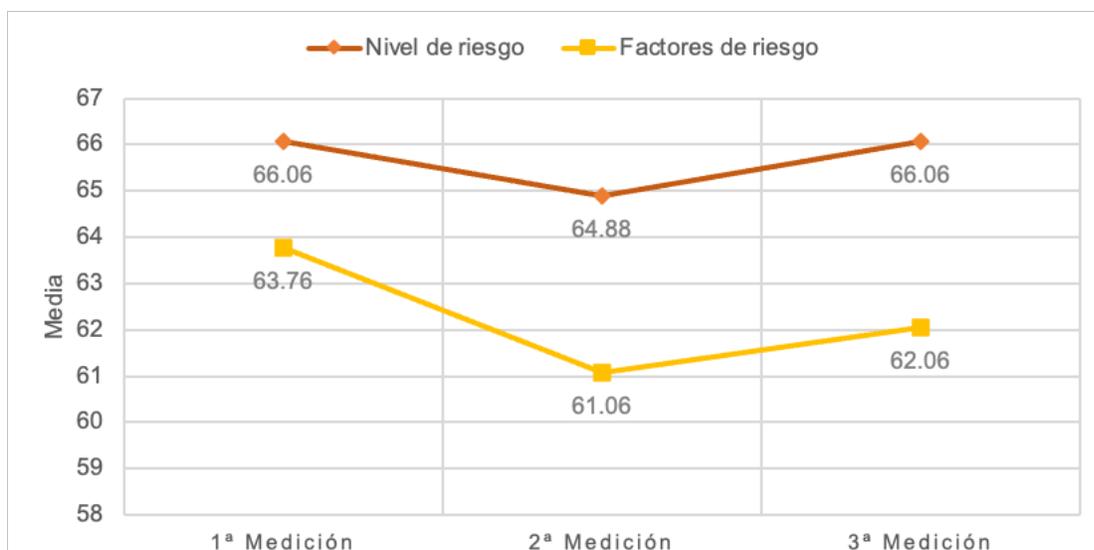
Para la tercera medición se reportó un intento suicida nuevo, con intención de dejar de vivir, sin dar detalles sobre edad, razones ni apoyo posterior. Únicamente indica que percibía una letalidad imposible, sabía que no moriría.

Ahora bien, la tabla 23, anterior, y sobre todo la figura 38 subsecuente permiten apreciar en la segunda medición un aumento del porcentaje de participantes que presentaron un nivel de riesgo bajo y disminución de aquellos con riesgo moderado, lo que reduce las medias de nivel de riesgo en 1.18 puntos y de factores de riesgo en 2.7 puntos.

Para la tercera medición, estas medias de factores y niveles de riesgo aumentan. En el caso de la media de nivel de riesgo regresa a la misma puntuación que inicialmente, con un aumento en los participantes con nivel de riesgo bajo y disminución de aquellos con riesgo moderado.

### Figura 38

*Comparación de medias de factores y nivel de riesgo en tres las mediciones*



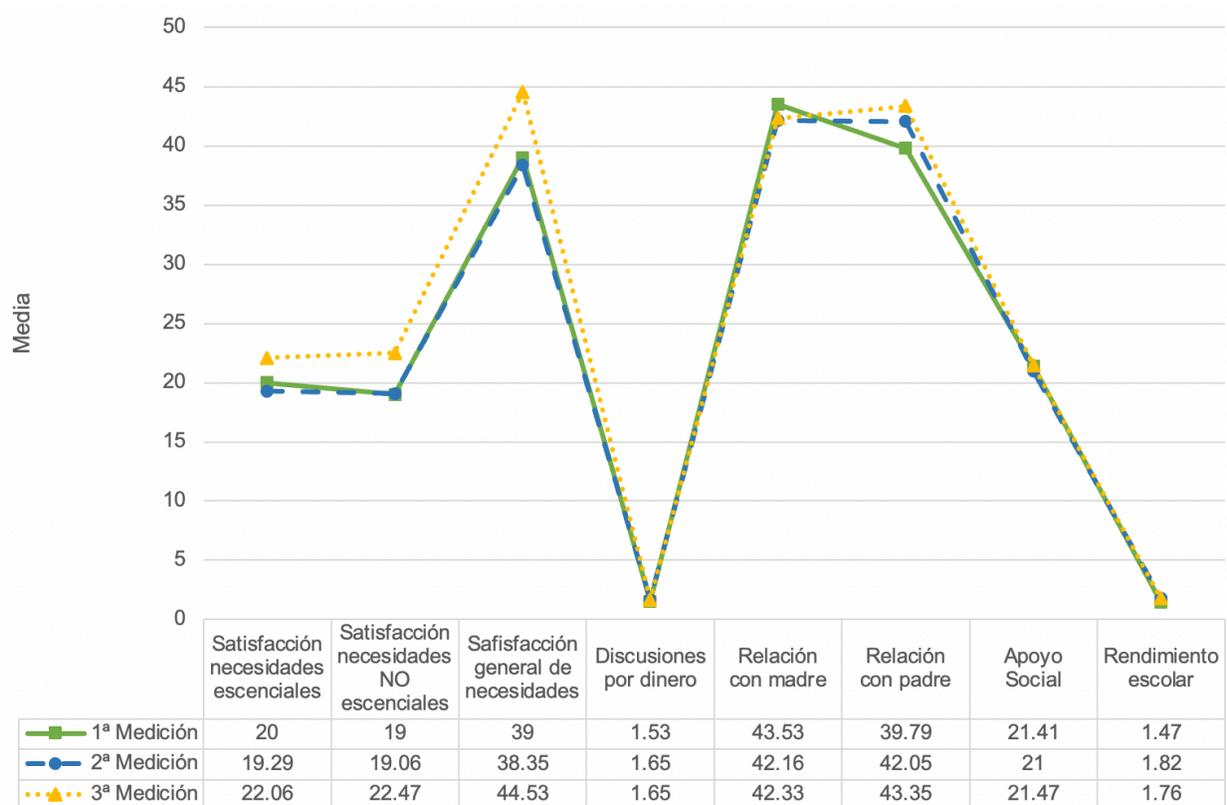
Al explorar los factores de riesgo que propiciaron este comportamiento de las medias, en la segunda medición se precisó que los factores contextuales y sociales permanecieron en medias cercanas a las iniciales. Se observa, en la figura 39, que algunas condiciones

empeoraron ligeramente como la satisfacción de necesidades, las discusiones por dinero, la relación con la madre y el apoyo social. No obstante, mejoró la relación percibida con el padre y la percepción de rendimiento escolar.

En lo que respecta a los factores contextuales y sociales de la tercera medición se determinan aumentos en la satisfacción de necesidades, mejoría en la relación con el padre y ligero incremento en la relación con madre y apoyo social. Sin embargo, disminuyó la percepción de rendimiento escolar.

**Figura 39**

*Comparativo de factores contextuales antes y después de la intervención*

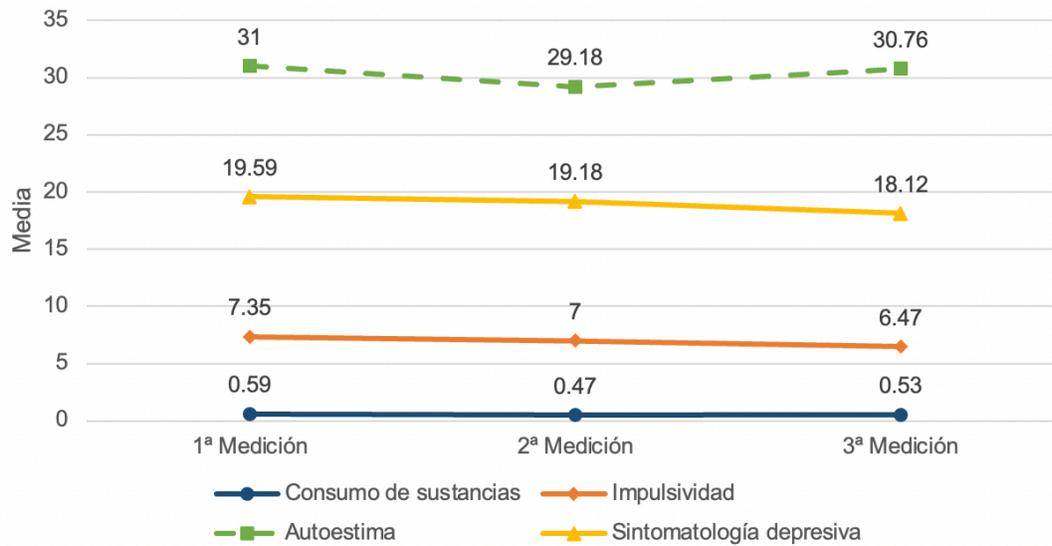


Con respecto a los factores individuales la segunda medición exhibe, en la figura 40, una ligera disminución del consumo de sustancias, impulsividad y sintomatología depresiva, con incremento de la autoestima.

Mientras para la tercera medición las modificaciones en los factores individuales muestran un retorno cercano al de primera medición en consumo de sustancias y autoestima, la impulsividad y sintomatología depresiva mantuvieron su tendencia a la baja.

**Figura 40**

*Comparativo de factores individuales antes y después de la intervención*



Así, es relevante tener un análisis no solo de todos los participantes que completaron la intervención y las mediciones, sino también especificar el comportamiento en las variables en aquellos individuos que presentaron ideación suicida inicial dentro de este grupo.

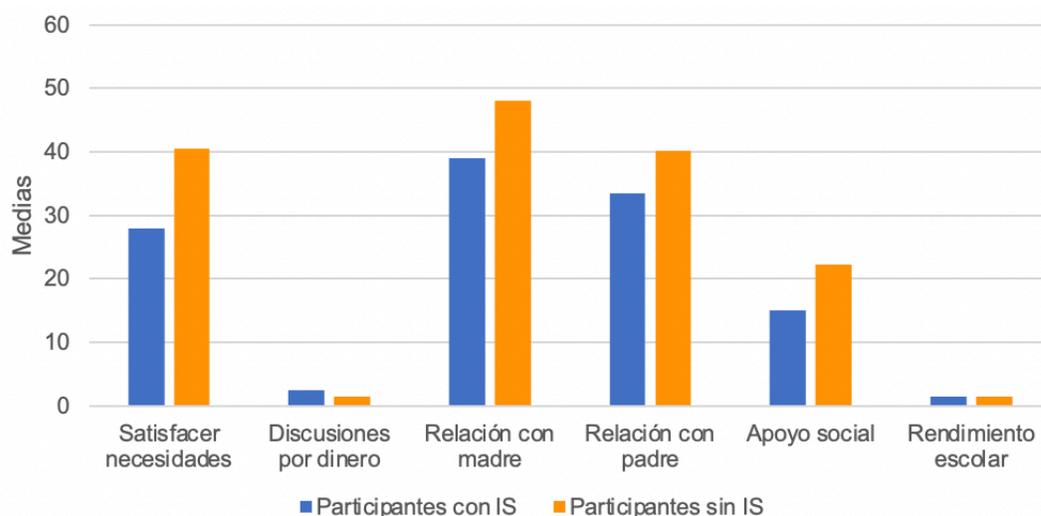
### **Participantes con ideación suicida**

En lo que respecta a los dos individuos que presentaron ideación suicida moderada o elevada, completaron las mediciones y la intervención se observa, en la figura 41 y tabla 24, una menor capacidad de satisfacer necesidades esenciales y no esenciales con una media de 14 en ambas, a comparación de 20 y 19 con el resto del grupo, 10 puntos por debajo de la capacidad de satisfacer necesidades en general. Encontrándose entre los tres participantes con menores capacidades para satisfacer necesidades en la muestra.

Estos individuos además reportaron una mayor frecuencia percibida de discusiones por dinero, considerando que en su contexto se discute por dinero algunas veces y muchas veces. Relevante que ambos pertenecen al contexto escolar público.

**Figura 41**

*Comparativo de factores contextuales y sociales en los individuos con y sin ideación suicida*



**Tabla 24**

*Factores contextuales en los individuos con ideación suicida*

		Frecuencia	Porcentaje	Media	D.E.
Satisfacción de necesidades esenciales	Baja	2	100.0		
	Total	2	100.0	14	2.828
Satisfacción de necesidades NO esenciales	Baja	2	100.0		
	Total	2	100.0	14	0
Satisfacción de necesidades	Baja	2	100.0		
	Total	2	100.0	28	2.828
Frecuencia de discusiones por dinero	Algunas veces	1	50.0		
	Muchas veces	1	50.0	2.5	0.707
	Total	2	100		
Relación con madre	Moderada	1	50.0		
	Mala	1	50.0	39	2.828
	Total	2	100.0		
Reacción con padre	Moderada	1	50.0		
	Mala	1	50.0	33.5	7.7782
	Total	2	100.0		
Apoyo Social	Moderada	1	50.0		
	Bajo	1	50.0	15	5.657
	Total	2	100.0		

		Frecuencia	Porcentaje	Media	D.E.
Rendimiento escolar	Bueno	1	50.0	1.5	0.707
	Muy bueno	1	50.0		
	Total	2	100.0		

Así mismo, la tabla 24 anterior muestra en la relación con los padres que existe una media de relación menor para ambas figuras, revela una relación mala y moderada en ambos casos, siendo el individuo con intento suicida previo quien percibe una relación moderada.

Respecto al apoyo social, presentan un apoyo social seis puntos por debajo de lo analizado en la muestra total, el participante con intento previo percibe un apoyo social moderado mientras que el otro participante percibe un apoyo social bajo.

Finalmente, en la percepción de rendimiento escolar se muestra una media cercana a lo reportado por el resto de la muestra, considerándose bueno y muy bueno. El individuo con mayor ideación es aquel que reporta percibirse como muy bueno.

Entre los factores individuales, los participantes que presentaron ideación suicida son aquellos que revelan las dos frecuencias más altas de consumo de sustancias en el último mes. De la misma forma, en la tabla 25 se puede dilucidar que manifiestan impulsividad alta, autoestima alta y sintomatología depresiva alta, siendo estos dos individuos los que exponen mayor sintomatología depresiva en la muestra.

### **Tabla 25**

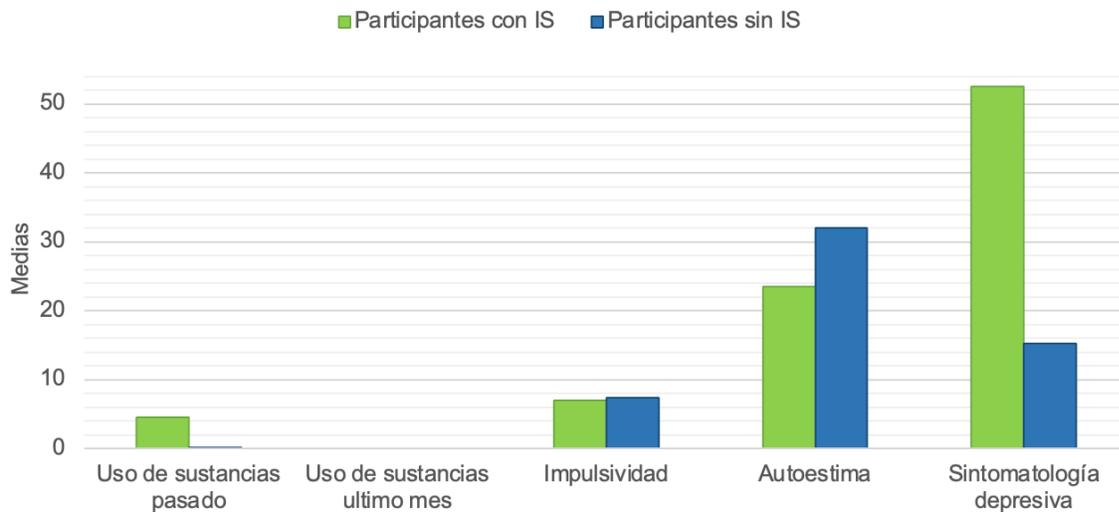
#### *Factores individuales de riesgo en los individuos con ideación suicida*

		Frecuencia	Porcentaje	Media	D.E.
Impulsividad	Alta	2	100.0	7	2.828
	Total	2	100.0		
Autoestima	Alta	2	100.0	23.5	2.12
	Total	2	100.0		
Sintomatología depresiva	Elevada	2	100.0	52.5	10.607
	Total	2	100.0		

Al hacer una comparación con los resultados de los individuos que no presentaron ideación suicida la figura 42 exhibe que, aunque estos participantes revelaron impulsividad alta es ligeramente menor que la manifestada en los participantes sin ideación suicida. La autoestima, aunque se encuentre en el rango alto, es menor que la media de los participantes sin ideación suicida y la sintomatología depresiva es visiblemente mayor que la de los individuos sin ideación suicida.

### Figura 42

*Comparativo de factores individuales de los participantes con y sin ideación suicida*



En la regulación emocional se identificó una media general para los individuos que presentaron ideación suicida cercana a la de la muestra total y a la media de los que no manifestaron ideación suicida. Se exhibe un control situacional con una media más alta que la de la muestra que no revela ideación suicida, con índices de autoconsciencia emocional y respuesta situacional menores. Utilizan mayores estrategias que dificultan que aquellas que facilitan la regulación emocional. Mismo que se puede vislumbrar en la tabla 26 y figura 43 próximas.

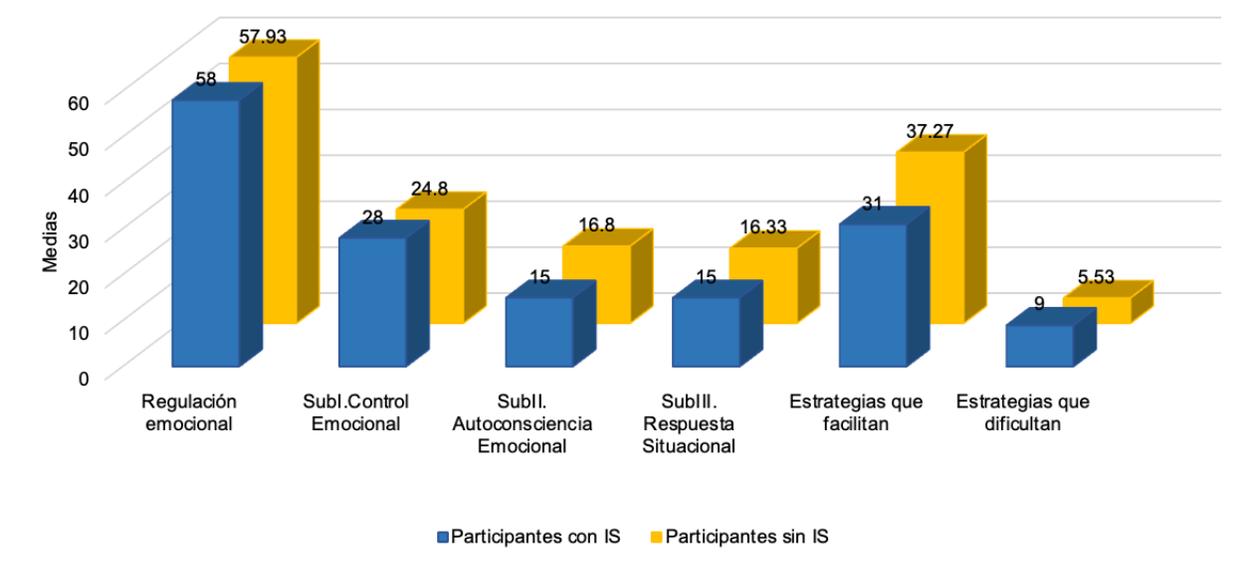
**Tabla 26**

*Índices de regulación emocional, subescalas y tipo de estrategias de los participantes con ideación suicida*

		Frecuencia	Porcentaje	Media	D.E.
Regulación emocional	Media	2	100.0	58	0
	Total	2	100.0		
SubI. Control Emocional	Alta	1	50.0	28	8.485
	Media	1	50.0		
	Total	2	100.0		
SubII. Autoconsciencia Emocional	Media	1	50.0	15	2.828
	Baja	1	50.0		
	Total	2	100.0		
SubIII. Respuesta Situacional	Alta	1	50.0	15	5.657
	Baja	1	50.0		
	Total	2	100.0		
Estrategias que facilitan	Media	1	50.0	31	8.485
	Baja	1	50.0		
	Total	2	100.0		
Estrategias que dificultan	Alta	2	100.0	9	4.243
	Total	2	100.0		

**Figura 43**

*Comparativo de índices de regulación emocional de participantes con y sin ideación suicida*



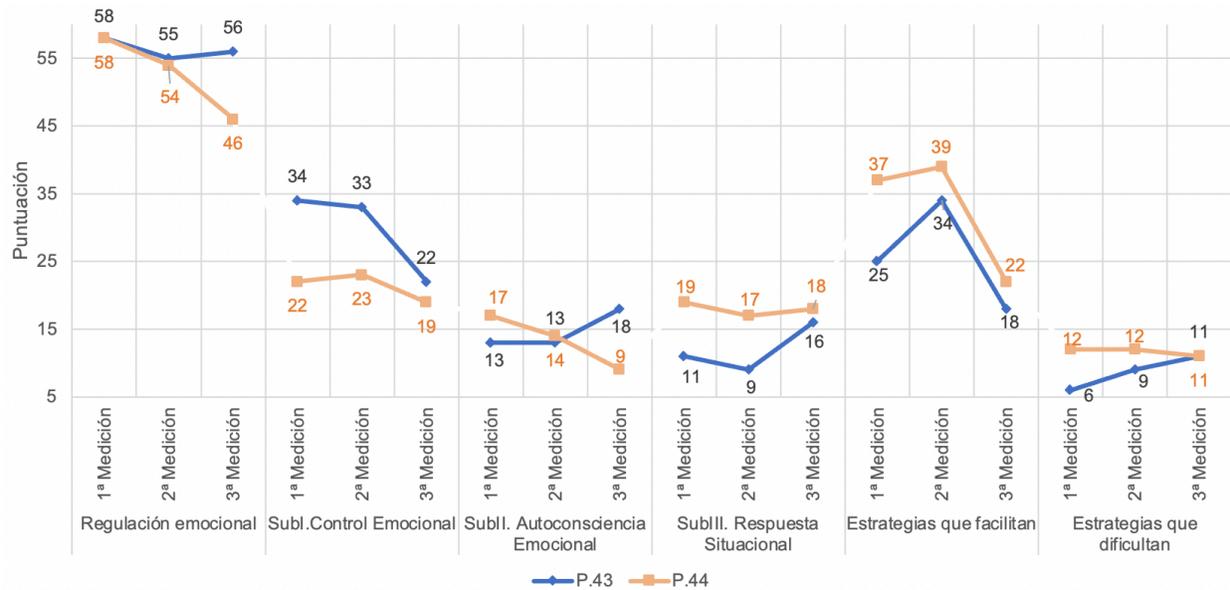
Durante la intervención estos participantes asistieron a la totalidad de las sesiones y entregaron la totalidad de las actividades.

### Seguimientos

Al realizar la segunda medición se observa, en la figura 44, que los índices de regulación emocional permanecieron cercanos a lo inicial, aunque en su mayoría disminuyeron en uno o dos puntos. El control emocional para el participante 43 aumenta en un punto. En ambos casos las estrategias que facilitan la regulación emocional aumentaron, mayormente para el participante 44 en nueve puntos y para el 43 en dos, las estrategias que dificultan la regulación se mantuvieron en el participante 43 y aumentaron 3 puntos en el 44.

**Figura 44**

*Comparativo de puntuaciones regulación emocional y estrategias en individuos con ideación suicida*



Seis semanas posteriores, en la tercera medición, el participante 43 mantuvo los índices de regulación general en regulación media, el control emocional que había permanecido estable bajo hasta 22 puntos, de alta a media. En cuanto a la autoconsciencia emocional se mantuvo al alza, la respuesta situacional que había disminuido un poco sube mientras que las

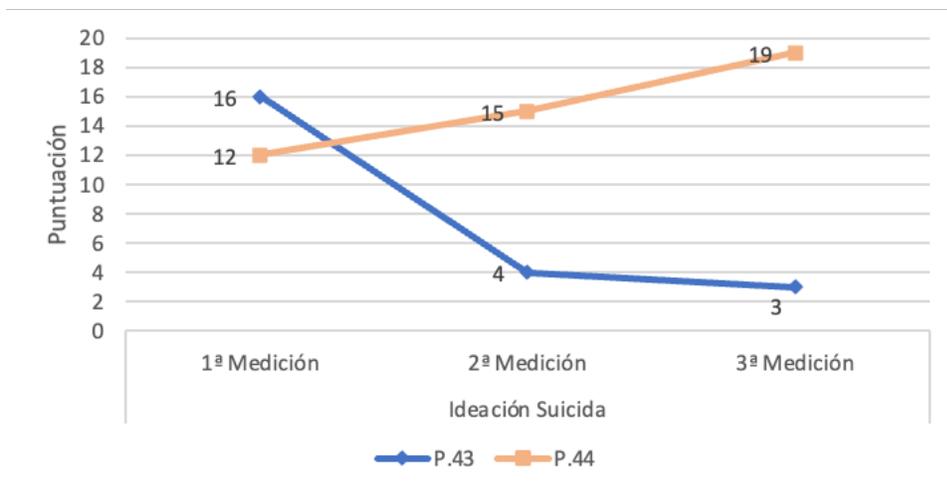
estrategias de regulación emocional que habían demostrado un aumento disminuyen siete puntos por debajo de la medición inicial. Las estrategias que dificultan suben un poco de 9 a 11, dentro del rango alto desde el inicio.

Por su parte el participante 44, en la misma figura 44, muestra una reducción continua en su puntuación de regulación emocional hacia regulación baja para la tercera medición, respecto al control emocional que había tenido un ligero incremento disminuye hasta 19, manteniéndose en un nivel medio. La autoconsciencia emocional desciende de 17 inicial a 9, al igual que las estrategias que dificultan quienes se mantienen en el rango alto. Por su parte, las estrategias que facilitan la regulación emocional disminuyeron por debajo de la medición inicial, igual que en el participante 43, pasaron de medias a pocas entre la segunda y tercera medición.

En relación con la ideación suicida, en la figura 45 se aprecia que para la segunda medición el participante 43 disminuyó su ideación en 12 puntos, a la vez que el participante 44 aumenta su puntaje de ideación en 3 puntos. En la tercera medición hay un mantenimiento de la ideación en el participante 43 y un ascenso sostenido en la puntuación de ideación del participante 44.

### Figura 45

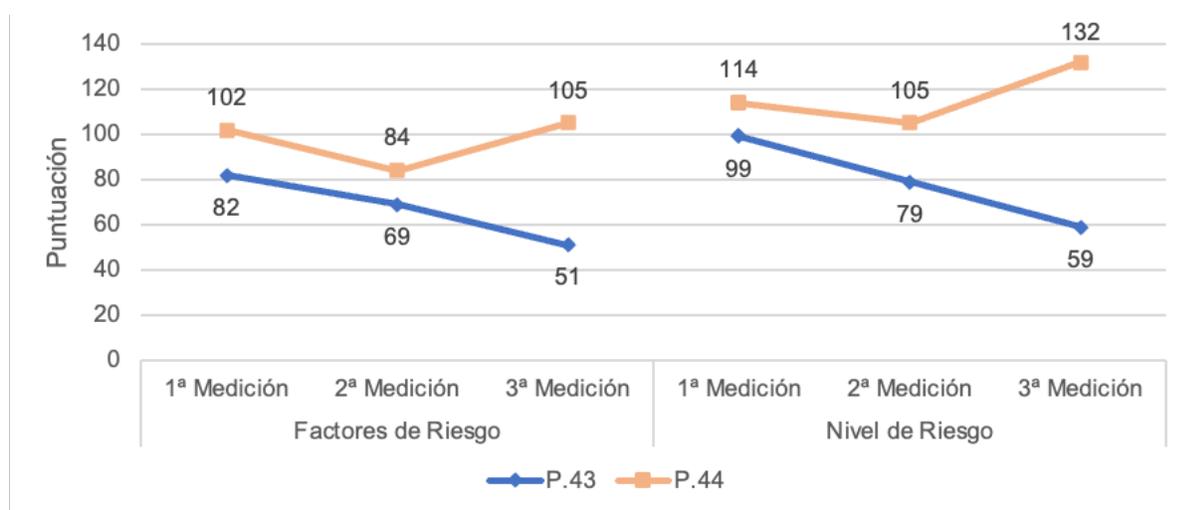
*Comparativo de ideación suicida de participantes con ideación suicida en las tres mediciones*



Al hacer el análisis del nivel de riesgo y los factores de riesgo de estos individuos se contempla en la figura 46 que ambos participantes disminuyeron su nivel de riesgo en la segunda medición, Hacia la tercera medición solo el participante 43 mantuvo la disminución del nivel y factores de riesgo de la conducta suicida y el participante 44 regresó a niveles altos de riesgo de la conducta suicida, incluso por encima de la medición inicial.

**Figura 46**

*Comparativo factores y nivel de riesgo de los participantes con ideación suicida en las tres mediciones*

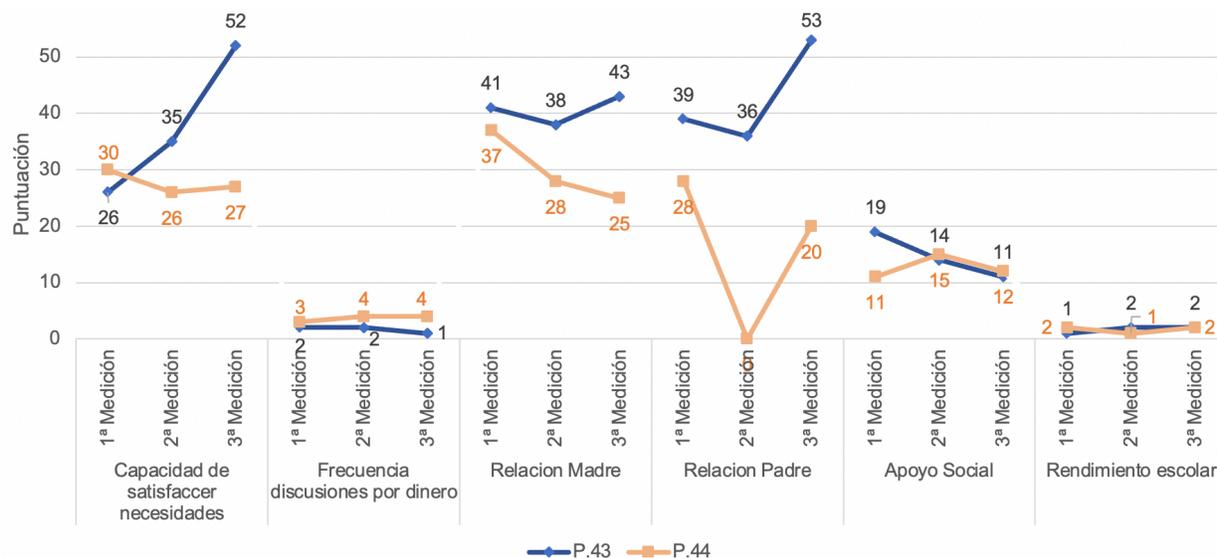


Si se evalúan de cerca los factores contemplados en el nivel de riesgo en la figura 47, respecto a factores contextuales y sociales, en la segunda medición se nota para el participante 43 un aumento en la percepción de satisfacción de necesidades, mantenimiento de la frecuencia de discusiones por dinero y una disminución de su percepción de apoyo social. La relación con la madre y el padre disminuyeron en ambos casos, es importante notar que en el caso del participante 44, el padre deja de figurar en el reporte de dinámica familiar por lo tanto la relación cambia a cero. Para este participante hubo una disminución en la percepción de satisfacción de necesidades, incrementa la frecuencia de discusiones por dinero y la percepción de apoyo social.

Hacia la tercera medición la percepción de satisfacción de necesidades aumentó para el participante 43 y para el 44 se mantiene igual, la frecuencia de discusiones por dinero se mantiene. Respecto a la relación con padre se reporta en el participante 43 una mejora de la relación para ambos padres, por su parte en el participante 44 se observa una disminución de la relación con ambos padres. En este último caso, se identificó que la figura del padre regresa a la dinámica familiar con menor relación percibida que la inicial. Por su parte, el participante 44 disminuye su percepción de apoyo social y el participante 43 la mantiene en disminución. Finalmente, ambos mantuvieron una percepción de rendimiento escolar de regular a malo en las tres mediciones.

**Figura 47**

*Comparativo de factores de riesgo contextuales en las tres mediciones de los participantes con ideación suicida*



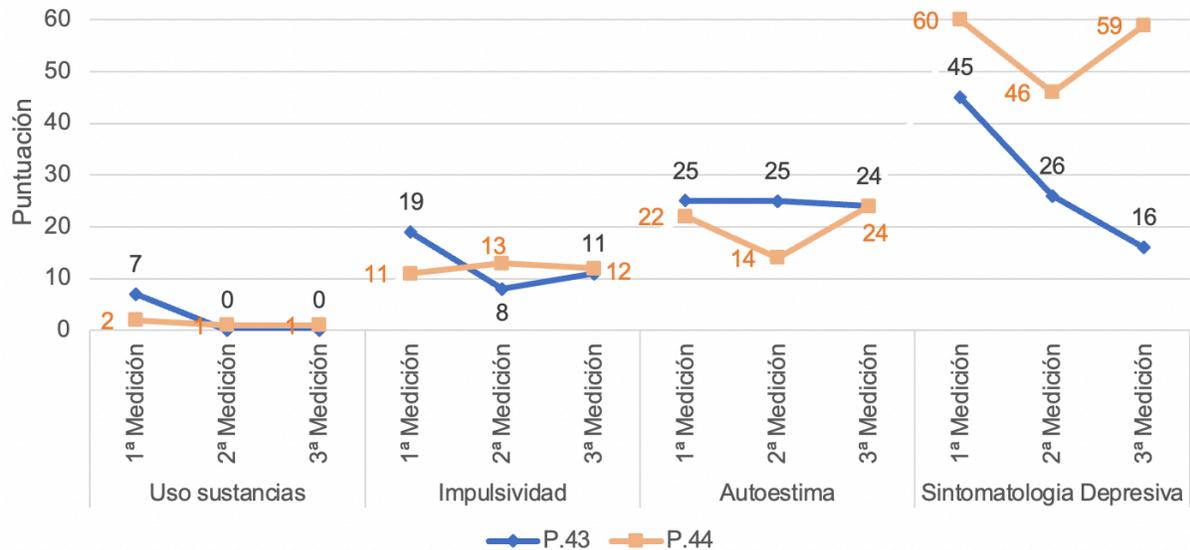
En la figura 48 de los factores individuales, el participante 43 disminuye para la segunda medición un 58% de la impulsividad y un 23% de la sintomatología. La autoestima inicial se mantiene y, en la tercera medición, la impulsividad aumenta tres puntos y la sintomatología depresiva logra mantenerse a la baja.

Para el participante 44, la segunda medición, muestra un ligero aumento, 18%, de la impulsividad, ascenso del 36% de la autoestima y disminución del 42% de la sintomatología depresiva. Hacia la tercera medición se revela mantenimiento de la impulsividad, la mejora en la autoestima decayó y la sintomatología depresiva regresó a niveles cercanos a la inicial.

Para ambos el rendimiento escolar se mantiene de regular a malo y el uso de sustancias permanece en 0 y 1.

### Figura 48

*Comparativo de factores de riesgo individuales en las tres mediciones de los participantes con ideación suicida*



## Discusión y conclusiones

Los resultados permiten ver una realidad que no se limita a lo estadístico, posibilitan vislumbrar casos de conducta suicida en nuestras comunidades y reconocer la presencia de factores de riesgo en niñas y niños.

Relevante en ello, el nivel de riesgo que presenta la muestra total, los 71 participantes, con un nivel de riesgo moderado y elevado para la conducta suicida del 55%. Este dato es cercano a lo reportado para adolescentes en Colombia por Cañón-Buitrago y Carmona-Parra (2018) con el 50.3%, pero es mayor al riesgo del 17% reportado por Hernández-Cervantes (2007) en individuos de 11 a 16 años de México. Aunque no se identificaron investigaciones que presenten porcentajes de riesgo entre los 9 y 11 años, la variabilidad e incremento respecto a lo conocido se puede explicar dadas las condiciones de riesgo que la pandemia por COVID-19 introduce (Santillán-Torres-Torija, 2020), no obstante, es alarmante puesto que se espera el aumento del riesgo con la edad (Hermosillo-de-la-Torre et al., 2021) lo que conduciría al incremento de estos porcentajes para esta muestra.

Así, aunque los factores de riesgo expuestos en los resultados son correspondientes con los factores de riesgo en la infancia y en la población mundial, algunos resaltan por su presencia en altos porcentajes: el consumo de estupefacientes y la sintomatología depresiva. En el primero se reconoce un consumo de estupefacientes a lo largo de la vida en un 34% de la muestra que, aunque es menor a lo encontrado en poblaciones de adolescentes con entre 43 y 55% (González-Forteza et al., 2015; Hermosillo-de-la-Torre et al., 2021) y no existe un dato contrastable al respecto para población mexicana de entre 9 y 11 años, ya expone al menos a 24 individuos que han consumido alcohol o drogas entre los 6 y 11 años, 5 de ellos con consumo en el último mes. En relación con eso, se reportan las mismas sustancias de primer consumo que en el estudio llevado a cabo por González-Forteza y colegas (2015) y por Hermosillo de la Torre y colaboradores (2021) en adolescentes con edad de inicio de consumo más temprana a los 7 años, lo que corresponde con lo encontrado en la presente muestra de

inicio entre los 6 y 7 años. En este respecto, la presente investigación no explora acerca de los medios y razones de consumo, sin embargo, podría ser enriquecedor conocerlos para generar estrategias preventivas en torno a ello.

En el segundo, se advierte que el 71% de la muestra presenta datos de sintomatología depresiva, lo que es más alto a lo reportado por la UNICEF (2021) para el mundo, 56.3% entre los 10 y 14 años, y puede tener relación con los efectos emocionales del encierro y la poca expresión emocional. En tal caso, la entrevista reveló emociones correspondientes con lo encontrado por Muñoz-Navarro, Malonda y colaboradores (2021), Cano-Vindel, et al. (2021), la UNICEF (2021) y la CDHCM (2020) durante la pandemia: apatía, ansiedad, estrés, miedo, frustración, desesperación y enojo. Además, esta muestra presenta un reporte continuo por parte del docente de conductas externalizadas como agresión, impulsividad y poca expresión emocional del enojo lo que es correspondiente a las estrategias de enfrentamiento desreguladas de la emoción encontradas por Gross (2007) y a las señales de alarma de la conducta suicida en la infancia expuestas por Joffe y Offord (1983) y Lima-Ojeda (2015).

Encima de estos factores de riesgo se identifica una prevalencia del 11.3% en la ideación suicida y 14% de intentos de suicidio, cantidades que corresponden a las mundiales, entre 10% y 35% para ideación y entre 5% y 15% para intentos de suicidio (Cañón-Buitrago y Carmona-Parra, 2018). En ideación suicida la presente muestra se encuentra por debajo del 12% identificado por Valdez-Santiago, Villalobos y colaboradores (2021) para individuos mexicanos de entre 12 a 14, y por encima en los intentos de suicidio, 11.6%, reconocidos por los autores para la misma población entre 2006 y 2018. En este último punto, comparando lo obtenido en esta muestra con datos del 2020, en Aguascalientes, los intentos de suicidio reportados son 2.8% mayores que los encontrados en adolescentes por Hermsillo-de-la-Torre y colaboradores (2021) durante el confinamiento por COVID-19.

Los métodos de intento suicida se determinan correspondientes con lo mencionado por García-Ramírez (2006) y Hermsillo-de-la-Torre y colaboradores (2021), con razones acordes

a lo encontrado respecto a conflictos interpersonales (Cañón-Buitrago y Carmona-Parra, 2018; WHO, 2021a).

De esta forma, se destaca la baja atención en salud mental, pues únicamente 19% reporta algún tipo de atención en salud mental, aunque la muestra presenta conductas internalizadas y externalizadas relevantes para el tratamiento individual. En ello, se repite lo ya mencionado por autoridades (OMS, 2013; Secretaría de Salud, 2022) e investigadores (Borges et al., 2010; Caraveo-Anduaga et al., 2002; Urbina-Fuentes, 2015) al respecto, por lo cual, es importante mencionar a las familias y los docentes como un factor significativo en la eliminación de medios para la realización del acto suicida, pero sobre todo como factor protector, pues se ha identificado que si la persona siente unión y apoyo en su familia, sentido de pertenencia y solidaridad es menos probable que tenga indicadores de ideación suicida (Bravo-Andrade et al., 2016).

Ahora bien, respecto a la muerte experimental, durante las mediciones e intervención se presentó una pérdida del 61% de la muestra inicial, en este sentido, Jegannathan y colaboradores (2014) reportaron una intervención universal para la prevención del suicidio en contexto escolar en un país de medio ingreso, como lo es México, y reportaron una pérdida del 30% de sus participantes iniciales; Hetrick (2014) desarrolla una intervención selectiva virtual en una población de ingreso alto y reporta la pérdida del 39% de la muestra; en 2017 Celdrán-Baños y Ferrándiz-García reportan 25% de muerte experimental en un taller de regulación emocional; y, en México, Hernández-Cervantes (2007) reporta una pérdida del 34% de los asistentes en un estudio con individuos de 11 a 16 años de la región centro lo cual, podría decirse, es consistente con lo observado en la presente intervención. Además, la intervención aquí reportada se realizó en el ciclo escolar 2021-2022 y se vio afectada por la pandemia por COVID-19, el reporte originario de apatía y dificultades para la conexión y entrega de actividades; complicaciones con la integración de la intervención en el horario escolar, lo que llevó a ajustar los tiempos realizando el taller al terminar el horario curricular o a designar un

día escolar para el taller y actividades de recuperación virtuales; y la participación de los padres de familia, que se había reportado baja y no permitió contar con los consentimientos informados para la participación de grupos intactos, lo cual evitó la posibilidad de grupos control y de contar con un mayor número de asistentes.

Otros factores influyentes en el mantenimiento o pérdida de los participantes iniciales radican en las dificultades económicas, la distribución por sexo, el contexto y el rendimiento escolares. Con respecto a las dificultades económicas se notó una diferencia de satisfacción de necesidades esenciales y no esenciales para los grupos que completaron y no el taller, lo cual puede dar luz de las razones por las cuales no lo completaron, ya que presentan una menor capacidad de satisfacer necesidades, por tanto, menores posibilidades de conectarse vía remota en las fechas y momentos establecidos para el taller. Discernimiento que es reforzado por lo comentado en la entrevista con docentes sobre las dificultades de conectarse a clase por complicación en la tenencia de artefactos tecnológicos o carencia de internet.

Respecto al sexo, en la primera medición se contaba con una participación prácticamente igual de individuos del sexo masculino y femenino con 51% y 49% respectivamente. Empero, para los individuos que completaron las tres mediciones disminuyó el porcentaje masculino a 39%, mientras que el femenino aumentó un 61%, para presentar un aumento posterior del 65% en los participantes femeninos que completaron mediciones y taller, con una disminución al 35% en los participantes masculinos. Esto hace considerar que la estructura del taller o incluso el modelamiento de actividades desarrollada por una facilitadora permite motivar y mantener mayormente a los participantes femeninos que a los masculinos. Del mismo modo, se pudiera discurrir en las características sobre mayor búsqueda de ayuda en el caso del sexo femenino (OPS, 2016) o en factores culturales y su relación con el trabajo emocional, permitiendo al sexo femenino un mayor contacto con sus emociones (Barroso-Martínez, 2019).

En cuanto al contexto escolar, de los 71 participantes que se encontraban distribuidos en tres contextos, el contexto público y el privado fueron los únicos que se mantuvieron, con una mayor presencia de individuos de contexto público. En ello, se analiza que inicialmente existía una participación cercana a la igualdad en contextos privados o públicos, sin embargo, para la muestra final los participantes de escolaridad pública se mantuvieron con mayor constancia al completar mediciones y/o taller, representando alrededor del 60% de la muestra evaluada finalmente. Se podría inferir que los estudiantes y tutores de escuelas públicas al tener menor acceso a este tipo de recursos les son más novedosos y despiertan más su interés que los de escuelas privadas, así, encuentran mayor valor a una intervención gratuita y que se acerca a la comunidad pues, a mención de las autoridades académicas, “no es común que vengan a ofrecernos talleres”.

Adicionalmente, se identificó que se mantuvieron los participantes que se perciben mejor en rendimiento escolar y los que menor consumo de sustancias reportan. Lo que habla de participantes que ya cuentan con algunos factores protectores para la conducta suicida (Bohórquez- Marín, 2009; Polaino-Lorente y De las Heras, 1990; UNICEF, 2021).

Con respecto a la regulación emocional se observa que del total de individuos que iniciaron permanecieron aquellos que presentaban regulación media y alta, pues de los individuos que al inicio se identificaron con regulación emocional baja solamente tres completaron las tres mediciones y uno finalizó la intervención. Por tanto, los individuos con menor regulación tuvieron dificultades para mantenerse constantes en la asistencia y relacionarse con otros, lo que es congruente con lo planteado por Linehan (1993), Marín-Tejeda y colaboradores (2012) y Neumann y colaboradores (2011). Esto puede mejorarse al estar en la presencialidad y tener grupos intactos dentro de los espacios y horarios escolares pues se lograría mantener la asistencia después de la primera medición, corroborar el entendimiento y utilización de las técnicas de regulación emocional, y dar mayor seguimiento a las actividades para casa, por ende, favorecería la adherencia a la intervención. Esto tiene

base en el análisis de los individuos que completaron las mediciones y completaron o no la intervención, pues el individuo con baja regulación que completó el taller reporta desde el inicio de las sesiones la aplicación de las técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva con crecimiento en la conciencia emocional, mientras los participantes con baja regulación que no completaron el taller no informan ejercicios de conciencia emocional ni técnicas de modificación de la respuesta emocional, además, su participación era poco correspondiente o mermada por el espacio donde se encontraban, con interrupciones por parte de familiares.

En este sentido, de los 71 participantes que realizaron la primera medición el 79% inicia el taller de regulación emocional, teniendo así contacto con la intervención, y 7 de cada 10 se mantuvieron en este. En ello, se observó una baja de asistencia entre la sesión 6 y 7, que en el caso de los que completaron la intervención se recupera, pero para el resto se mantiene disminuido. Al analizar las sesiones se identifica que durante la sesión 5 se retoman las vivencias de las semanas previas para demostrar los elementos funcionales de la emoción, lo que requiere de conciencia de los elementos cognitivos, fisiológicos y conductuales de la emoción. Por lo que se sugiere revisar la estructura de la sesión y considerar, en caso de que la conciencia emocional no este alcanzada, extender las sesiones para consolidar dicha consciencia antes de pasar a estrategias de regulación emocional centradas en el antecedente (Gross, 2014a; Mennin y Fresco, 2014), además de, valorar la consciencia emocional como el estadio previo para la regulación emocional pues permite el reconocimiento de las emociones propias y posteriormente de los demás para dar respuestas consecuentes con metas (Ríos-Bermúdez y Reyes-Vallejo, 2014).

Del mismo modo, al realizar el comparativo de primera y segunda mediciones de los 17 participantes que completaron la aplicación de instrumentos e intervención se observa incremento de la autoconsciencia emocional y disminución en el control emocional y la respuesta situacional. Lo que lleva a considerar que el taller tuvo un impacto positivo en la

consciencia de las emociones, sin embargo, no logró impactar en la respuesta que se da ante estas emociones. De acuerdo con la teoría de Gross y Thompson (2007), esto denota que lograron la base de la regulación emocional, pero se requiere una mayor cantidad de sesiones para aumentarlo, mantenerlo y lograr impactar en el control emocional o las respuestas situacionales. Misma reflexión en la que se encontraron Mohamed y colaboradores (2017) al realizar un taller de habilidades emocionales en adolescentes sin grandes cambios en las mediciones posteriores entre grupo control y experimental.

En consecuencia, si se considera que las duraciones de talleres emocionales en contexto escolar van de 4 a 32 sesiones de entre 30 y 180 minutos, que la terapia cognitivo-conductual trabaja un aproximado de 12 sesiones por objetivo y que la regulación emocional requiere de un proceso cognitivo y de autogestión que puede requerir mayor tiempo dependiendo de la población (Suárez-Colorado, 2020) el tiempo designado a cada objetivo del taller deberá ser ajustado de acuerdo con el aprendizaje emocional previo, la modalidad y la población objetivo.

Respecto a las actividades para casa, los participantes que iniciaron la intervención completaron un promedio de 55% las actividades enviadas a casa mientras los 17 que completaron mediciones e intervención realizaron el 96% de las actividades, en este respecto, los participantes que no completaron la intervención desde el inicio tuvieron una respuesta baja en la realización de actividades, en promedio 4 de cada 10 las completaban y se perdían un 5.7% de respuestas de actividades de casa entre sesiones, lo que nos lleva a considerar la forma de entrega de actividades, los reforzadores, la comprensión de las técnicas y el seguimiento de las actividades de casa.

Sobre esto, Gross y Thompson (2007) mencionan la importancia del reforzamiento extrínseco e intrínseco al realizar las técnicas de regulación, durante las sesiones virtuales sincrónicas se administró un reforzador extrínseco, sin embargo, en el contexto del individuo, cuando sucedía la conducta, no era posible realizarlo y la intervención no contó con integración

de docentes y padres de familia que permitiera realizar dicho reforzamiento. Por ende, llevó a que los participantes no realizaran las actividades fuera de las sesiones y no presentaran cambios en las variables que se pudieran mantener en el tiempo.

Desde otra perspectiva, cabe la posibilidad de que los participantes al reconocer sus emociones trajeran a la memoria situaciones desagradables o aumentaran su sensibilidad emocional a situaciones actuales, lo cual fungió como factor de vulnerabilidad (Linehan, 1993), que por tanto trajo a la experiencia una mayor cantidad de situaciones en las que debían preguntarse cómo actuar y quisieran evitar.

En ello, es importante mencionar que durante el taller se identificó, de manera inicial, una gran dificultad para reconocer la emoción con sus elementos físicos, cognitivos y comportamentales, sobre todo aquellos cognitivos, sin embargo, los 17 participantes que se mantuvieron en la intervención reportaron mayor claridad de los elementos emocionales y mayor utilización de técnicas de regulación emocional en casa, sobre todo aquellas centradas en la respuesta. En este respecto se pudo observar de forma general un crecimiento en los niveles medios de las subescalas de regulación emocional y sobre todo un aumento de las estrategias que facilitan la regulación emocional. Lo que indicaría, al ser un taller dedicado a la generación de estrategias, que se logró impactar en las estrategias prácticas relacionadas con la regulación emocional. Prácticas que de acuerdo con Gross (2014) tienen que ver con la selección, modificación de la situación y el despliegue atención, pero aún no en el cambio cognitivo o la modulación de la respuesta.

Finalmente, en este punto hay que considerar una probable falta de consistencia en las técnicas, pues se presentaron dificultades al modelar y utilizar las técnicas a distancia. En la mayoría de las ocasiones no se podía observar o controlar por completo la correcta aplicación de estas y, en muchos casos, después de un tiempo en la sesión se tendía a apagar la cámara por lo que no se podía observar el seguimiento de pasos de los participantes. Además, se considera valorar si el conocimiento de nuevas estrategias disminuye o demerita la percepción

de las estrategias que ya se llevan a cabo y, por lo tanto, la autovaloración de la regulación emocional esté afectada.

Por consiguiente, es relevante discurrir en el instrumento utilizado para la medición de la regulación emocional pues existe cierta dificultad para encontrar instrumentos de autoinforme para esta variable y, aunque el autoinforme puede ser una opción adecuada para procesos y estrategias que no son observables, también puede representar un sesgo en algunos individuos que no están conscientes de las estrategias emocionales o los procesos que generan en la regulación de la respuesta emocional (Eisenberg y Morris, 2003). Aunado a ello, la mayoría de las evaluaciones de la regulación emocional no están ajustadas a países de bajo ingreso o minorías étnicas y la regulación tiene un factor sociocultural que lo hace dependiente de la misma (Raver, 2004). En ello, vale la pena extrapolar autoinformes para poblaciones mexicanas como el DERS (Marín-Tejeda et al., 2012) y trasladarlos a poblaciones infantiles. Además, se abre la posibilidad de generar un instrumento de medición de la regulación emocional para población mexicana desde la visión de Gross y Thompson, que permita medir adecuadamente estas habilidades no solo desde la autopercepción sino desde la observación externa.

En lo que respecta a la conducta suicida de los 17 participantes que completaron taller e intervención, la prevalencia de 11.8 de ideación suicida es menor a lo encontrado por Pfeffer y colaboradores (1988) aunados a Miranda y colaboradores (2009) y mayor que lo encontrado por Viñas-Poch y colaboradores (2000). Se encuentra dentro del rango de prevalencia en adultos en México (Medina-Mora et al., 1992) y es igualmente correspondiente a lo encontrado por González-Forteza, García y colaboradores (1998) aunado a Jiménez-Tapia y González-Forteza (2003) respecto a las medias globales de adolescentes y adultos, dentro del rango esperado de entre 10 y 35% (Cañón-Buitrago, 2018). En cuanto a los intentos de suicidio, reportados en 14% de prevalencia, se presentaron datos mayores a los encontrados por Pfeffer

y colaboradores (1988) aunado a Viñas-Poch y colaboradores (2000), cercanos al 13% reportado por Piedrahita y colaboradores (2012).

En esta línea, los hallazgos encontrados sobre los participantes con ideación suicida corresponden a lo encontrado por Jiménez-Tapia y González-Forteza (2003) y Vázquez-Vega y colaboradores (2015) quienes indican que los participantes con depresión y/o ideación suicida tienen más conflictos con padre/madre, reportan mayores discusiones por dinero, menor autoestima, son impulsivos y usan respuestas de afrontamiento agresivas.

Respecto a los factores de riesgo de la conducta suicida, es notable que todos los participantes que completaron la intervención presentan al menos dos índices de sintomatología depresiva, ello se muestra acorde a lo reportado por la UNICEF (2021) sobre la alta presencia de depresión en el mundo. Así mismo, todos los participantes presentan factores de riesgo para la conducta suicida, la mayoría en nivel moderado, con factores correspondientes a los ya expresados por organismos internacionales (OPS, 2022; UNICEF, 2021): desorganización familiar, impulsividad, exposición a la violencia, depresión, abandono y dificultades de aprendizaje.

En ello se destaca que, a pesar de presentar estos síntomas, la atención en salud mental de los 17 participantes que completaron la intervención es menor a la del total de la muestra inicial, únicamente se identifica que el 7% de los participantes con mediciones completas han tenido contacto y tratamiento en salud mental, uno de ellos con tratamiento en curso y ligado a una condición médica convulsiva, lo cual coincide nuevamente con lo reportado por la OPS (2014) y la UNICEF (2021) sobre la falta de atención en esta línea.

Al comparar estos datos iniciales de riesgo de la conducta suicida con los datos posteriores a la intervención se distingue un incremento de participantes de riesgo bajo y disminución de aquellos moderados, empero, no existe un gran cambio en las medias pues los participantes que presentan nivel de riesgo alto aumentaron sus puntuaciones de riesgo, lo que no permite vislumbrar disparidad significativa a nivel de promedios. En ese marco, el cambio en

los niveles de riesgo y la modificación de las medias tiene relación con la disminución de factores individuales como la impulsividad y la sintomatología depresiva. Factores que de acuerdo con la literatura (Andrés et al., 2017; Capella y Mendoza, 2011; Pérez-Díaz y Guerra-Morales, 2014) han presentado mejoras posteriores a intervenciones sobre regulación emocional.

Estos cambios en los factores de depresión e impulsividad se mantuvieron para el segundo seguimiento, pero para el resto de los factores de riesgo, y por tanto para los niveles de riesgo, no se mantuvieron los cambios seis semanas posteriores a la intervención lo que vuelve a hacer inferir que la intervención requiere de mayor tiempo. Asimismo, se puede considerar que la presencia de mayores estrategias facilitadoras de la regulación emocional tuvo impacto y actuó positivamente con factores sintomatología depresiva e impulsividad, información que es correspondiente a lo encontrado por Abdollahi y Talib (2015), Fernández-Berrocal y colaboradores (2001,2004, 2008) Góngora y Casullo (2009), Montoya y colaboradores (2015) y Veytia y colaboradores (2016)

En lo que respecta específicamente al análisis de los dos individuos con ideación suicida se repara que evidenciaron menor capacidad de satisfacer necesidades, menor apoyo social y relación con padres, mayor percepción de discusiones por dinero y mayor consumo de drogas y alcohol, datos correspondientes a lo reportado por González-Forteza y colaboradores (2003) y Vázquez-Vega y colegas (2015).

Es interesante que no perciben diferencias en el rendimiento escolar respecto a los que no muestran ideación suicida, diferente a lo esperado de acuerdo con Polaino-Lorente y De las Heras (1990). Sin embargo, esta discrepancia puede tener que ver únicamente con el factor de percepción, pues los docentes reportaron dentro de sus principales factores de riesgo las dificultades académicas y no se hizo una comparación con algún instrumento de rendimiento o desempeño académico.

En los factores individuales era de esperarse que los dos participantes con ideación suicida presentaran impulsividad y sintomatología depresiva alta, pero podría considerarse, de acuerdo con la literatura (Ceballos-Ospino et al., 2015; Del Barrio et al., 1994), que la autoestima fuera baja. No obstante, se encuentran dentro del rango alto de autoestima parecido a lo encontrado por Jiménez-Tapia y colaboradores (2007) quienes no encuentran una relación significativa entre autoestima e ideación suicida.

En cuanto a la regulación emocional estos dos individuos con ideación suicida presentan una media mayor en control emocional, menor autoconsciencia emocional y menor respuesta situacional respecto a sus pares sin ideación, aunque muestran una regulación emocional general cercana a la media del total de la muestra. Dato último no coincidente con lo reportado por Capella y Mendoza (2011) y Pérez-Díaz y Guerra-Morales (2014) respecto a la regulación emocional general en participantes con ideación suicida.

Estos dos participantes son individuos con control emocional alto y medio, autoconsciencia emocional baja y media y respuesta situacional variable de alta a baja, en ello, ocupan muchas estrategias que dificultan la regulación emocional y pocas o algunas que facilitan la regulación lo que es coincidente con la literatura en cuanto a estrategias de regulación obstaculizadoras de la consciencia emocional como la rumiación, preocupación, distracción, monitoreo de estímulos, supresión y evitación que resultan problemáticas para el logro de metas (Reyes-Ortega y Tena-Suck, 2016).

Si se analiza de cerca a los participantes que presentaron ideación suicida, el participante 43 logra aumentar sus estrategias de facilitación de la regulación emocional y sus factores individuales de riesgo se disminuyen claramente, presenta una mejoría en la percepción de satisfacción de necesidades y relación con padre. Sin embargo, el apoyo social se mantuvo disminuido lo que invita a explorar más sobre las redes de apoyo del participante y la influencia de estas en su conducta, considerando que las relaciones sociales y familiares son

un factor protector para la conducta suicida (Hermosillo-de-la-Torre et al., 2020; Jiménez-Quenguan et al., 2014; Joffe y Offord, 1983).

Para el participante 44 la sintomatología depresiva, autoestima, uso de sustancias y percepción de apoyo social mejoró para la segunda aplicación, lo que se refuerza con el reporte de no conducta en contra de su vida por lo que le dicen sus amigas, esto es coincidente con la literatura (Caycedo et al., 2005; González-Forteza, 1996; Hermosillo-de-la-Torre et al., 2020). Fuera de ello, todos los factores contextuales desfavorecieron la posibilidad de disminuir la ideación suicida y de mantener hacia la tercera medición la disminución del riesgo de suicidio. En este último punto, factores como la disminución de la sintomatología depresiva no se lograron mantener lo que favoreció a que los factores y nivel de riesgo se incrementaran nuevamente y a que la ideación suicida se mantuviera. Ello, corresponde a lo encontrado por Viñas-Poch y colaboradores (2000) quienes identifican que a mayor depresión mayor mantenimiento de ideación suicida en el tiempo.

En ambos participantes para la segunda medición se disminuyó el nivel de riesgo de la conducta suicida, mejoró la sintomatología depresiva y los factores de riesgo individuales para la conducta. Ello corresponde a lo reportado por Pérez-Díaz y Guerra-Morales (2014) respecto a la regulación emocional y su implicación en la salud mental con resultados congruentes con Vázquez-Vega y colaboradores (2015) respecto al tipo de técnicas utilizadas y la reducción del riesgo de suicidio, depresión e impulsividad.

En fin, el presente pudo determinar que existen al menos tres factores de riesgo para conducta suicida en la muestra, lo que prueba la hipótesis de nuestro primer objetivo específico.

Respecto a la prevalencia de ideación suicida los datos encontrados se encuentran entre el 10 y el 15% correspondientes a lo esperado en la hipótesis del segundo objetivo específico.

El tercer objetivo específico habla de la implementación de un taller que aumente los índices de regulación emocional en individuos de 9 a 11 años. Se comprueba hipótesis nula, en la cual el desarrollo del taller de regulación emocional no modificó los índices de regulación emocional de los individuos pues no se presentaron cambios significativos en las medias generales de regulación emocional.

En lo que respecta a las estrategias de regulación emocional, se comprueba la hipótesis sobre el taller de regulación emocional generador de estrategias que facilitan la regulación emocional, logrando aumentar las estrategias facilitadoras en toda la muestra.

El último objetivo específico plantea la permanencia de los cambios después de seis semanas, hipótesis que se comprueba como nula pues los cambios no lograron mantenerse seis semanas después de la implementación del taller.

Respecto a las limitaciones, la realización del taller por medios virtuales sesgó a la muestra y permitió que únicamente aquellos con las posibilidades tecnológicas y habilidades de regulación se beneficiaran. Este sesgo es una brecha en nuestro país que en el último año ha presentado más visibilidad, reconoce que el 60% de la población en edad escolar carece de computadora y el 47% de acceso a internet (Casanova-Cardiel, 2020).

De igual modo, la apatía ante la virtualidad y que los padres no permitieran espacios de confianza, libres para que los participantes se expresaran afectó la participación por lo cual se considera como un factor que pudo haber disminuido su efectividad y la información proporcionada por medio de los autoinformes.

Aunado a ello, la pandemia por COVID-19 modificó las posibilidades de acceder a grupos presenciales, aumentó los factores de riesgo en la población y durante la intervención también modificó las dinámicas de clases virtuales y presenciales. Aunque el taller se llevó a cabo en la virtualidad, algunos participantes regresaron a contextos escolares mitad virtuales y mitad presenciales en las últimas semanas del taller o entre el primer y segundo seguimiento. Lo que es una variable por considerar para la valoración del segundo seguimiento.

Esto, aunado a la pérdida de sujetos a lo largo del programa y la imposibilidad de contar con un grupo control impide que los resultados puedan compararse o generalizarse, por lo que deben de tomarse con reservas a razón que responden únicamente a la muestra estudiada.

Por consiguiente, se sugiere llevar a cabo el taller en condiciones de presencialidad y de preferencia con grupos intactos, que permita no solo tener grupos cautivos sino realizar comparaciones con grupos control. Es importante tener en mente que cada uno de los objetivos planteados para la regulación emocional debe desarrollarse por una mayor cantidad de tiempo, estableciendo un lapso de 10 a 16 sesiones por objetivo de acuerdo con la revisión previa de conocimientos sobre las propias emociones y los demás. Pudiendo iniciar desde edades más tempranas en la comprensión de las emociones para, de acuerdo con el desarrollo del niño, avanzar a abstracciones sobre las propias emociones, las acciones para regularlas y las respuestas relacionadas con situaciones cotidianas.

Igualmente, se deben considerar acciones como las de Petrova y colaboradores (2015) o aquellas de Jordan y Troth (2004) quienes realizaron programas de prevención del suicidio con modelado por pares donde se identificó que la participación de los estudiantes como guías aumenta la efectividad de los programas.

Así, se recomienda realizar acciones universales en conjunto con un programa selectivo, pues en este caso hubiera permitido acompañar de cerca a aquellos individuos que presentan ideación suicida y donde el taller no alcanza a mejorar las condiciones individuales. En ello, la UNICEF (2021) reporta que las intervenciones que se basaban en un único aspecto eran parcialmente efectivas, lo que refuerza la necesidad de trabajar no solo con los individuos de forma grupal sino a la par dar atención selectiva y establecer estrategias para padres, maestros y guardianes.

En cuanto a las contribuciones, esta intervención suma en el conocimiento sobre la interacción de la regulación emocional y la ideación suicida en niños de 9 a 11 años. Además, permite reconocer que las intervenciones virtuales a esta edad deben realizarse con mucho

control de factores externos, con un establecimiento más amplio de relaciones con el facilitador y los pares y con la posibilidad de extender sesiones o acercarse directamente al participante cuando sea necesario para dar retroalimentación y seguimiento. No sin considerar el apoyo de padres y maestros que permitan mantener las acciones tomadas en el taller dentro de casa y en las interacciones escolares.

Por otro lado, la intervención suma en el diseño de talleres de regulación emocional con técnicas cognitivo-conductuales con probada eficacia para poblaciones de adolescentes y adultos aunado a considerar la prevención del suicidio desde contextos escolares y con acciones protectoras universales que provean de herramientas antes de que se presente el problema.

Así mismo, los resultados nos permiten conocer los factores de riesgo presentes entre los 9 y 11 años y algunas de las implicaciones emocionales y conductuales que la pandemia por COVID-19 trajo consigo y que suman al riesgo de la conducta suicida.

En el futuro es necesario continuar la investigación sobre los factores de riesgo y protectores de la ideación suicida antes de la adolescencia pues estos datos permitirán generar programas preventivos universales que mejoren los índices de suicidio en el país, además de, vislumbrar el suicidio en edades más tempranas.

En ese marco, es necesario seguir sumando al desarrollo y mejoramiento de programas de salud mental que favorezcan el trabajo interinstitucional, la detección temprana y la mejora de las condiciones de vida de los mexicanos. Por ello, el trabajo vinculatorio con escuelas y padres de familia es imprescindible.

En tal sentido, los programas de regulación emocional en contextos escolares no sólo permiten el mejoramiento de las condiciones de salud mental sino un mejor aprovechamiento académico. Por lo cual, se considera relevante seguir edificando en la creación e investigación de programas escolares emocionales que favorezcan el desarrollo de la regulación emocional, empezando por la conciencia de las emociones, en los primeros años escolares. Buscando así,

una aplicación sistemática, secuencial y universal de la educación emocional en las escuelas mexicanas.

En conclusión, esta muestra dilucida que los niños entre 9 y 11 años presentan más de tres factores de riesgo, algunos de ellos con porcentajes altos que en muchos casos se agravaron por el confinamiento. Por lo que uno de cada dos niños tiene un riesgo moderado a alto de desarrollar o presentar conducta suicida.

Ello expone la necesidad de observar a esta población con mayor atención para poder generar estrategias preventivas, eficaces y universales que desarrollen factores protectores y presten especial atención para aquellos individuos que presentan ya una ideación e incluso intentos previos. Pues, aunque parece que no es una población tan vulnerable, en esta pequeña muestra ya se identifican casos con intentos suicidas, lo que aumenta su riesgo futuro.

Así, se determina que la intervención tuvo una influencia directa en los factores y nivel de riesgo de la conducta suicida, pues ambos disminuyeron posteriores a la intervención y tendieron a regresar, en el caso del nivel de riesgo al mismo valor inicial. Dentro de estos factores se reconoce influencia en autoestima, disminución sostenida de impulsividad y de la sintomatología depresiva.

Todo lo anterior, indicaría que se cumple la hipótesis sobre el taller de regulación emocional en contexto escolar virtual disminuye los factores de riesgo de ideación suicida en niños de 9 a 11 años, aunque no la prevalencia. Pues, a pesar de que no se presentó un cambio en la prevalencia, si se presentó una diferencia de medias entre las mediciones de la variable ideación suicida, antes y después de la intervención, con mayor disminución inmediatamente después de la intervención. Lo que podría indicar que si se mantiene una intervención por una mayor cantidad de tiempo, que aborde a mayor profundidad las estrategias regulatorias y con apoyo interdisciplinario para individuos con ideación suicida elevada se fortalecerían los resultados.

En este último punto, es imprescindible reconocer que se planteó una intervención en contexto de un factor protector, por lo cual es natural no observar una correlación directa entre la ideación suicida y la regulación emocional, pero, sí hay una relación entre el uso de estrategias facilitadoras de la regulación emocional y la disminución de factores de riesgo individuales lo cual se comprueba con lo antes mencionado.

## Referencias

- Ábalos, E. N. (2017). *Regulación emocional, dificultad en la regulación emocional e ideación suicida en excombatientes de las Malvinas en cotejo con un grupo control* [Tesis de licenciatura, Universidad Siglo XXI].  
<https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/handle/ues21/13838>
- Abdollahi, A., Carlbring, P., Khanbani, M., y Ghahfarokhi, S. A. (2016). Emotional intelligence moderates perceived stress and suicidal ideation among depressed adolescent inpatients. *Personality and Individual Differences, 102*, 223–228.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.07.015>
- Abdollahi, A., y Talib, M. A. (2015). Emotional intelligence as a mediator between rumination and suicidal ideation among depressed inpatients: The moderating role of suicidal history. *Psychiatry Research, 228*(3), 591–597. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.046>
- Adrian, M., Zeman, J., y Veits, G. (2011). Methodological implications of the affect revolution: A 35-year review of emotion regulation assessment in children. *Journal of Experimental Child Psychology, 110*(2), 171–197. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2011.03.009>
- Agulló-Morera, M. J., Filella-Guiu, G., Soldevila-Benet, A., y Ribes-Castells, R. (2011). Evaluación de la educación emocional en el ciclo medio de educación primaria. *Revista de Educación, 354*, 765–783. [http://www.revistaeducacion.educacion.es/re354/re354\\_31.pdf](http://www.revistaeducacion.educacion.es/re354/re354_31.pdf)
- Alvarado-Rodríguez, M. E. (2014). *Ideación suicida y regulación emocional en adolescentes de Instituciones educativas estatales de Trujillo* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. [https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/23963/Alvarado Rodríguez %2CMaría.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/23963/Alvarado%20Rodríguez%20María.pdf?sequence=6&isAllowed=y)
- Ambrona, T., López-Pérez, B., y Márquez-González, M. (2012). Eficacia de un programa de educación emocional breve para incrementar la competencia emocional de niños de educación primaria. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía, 23*(1), 39–49.  
<https://doi.org/10.5944/reop.vol.23.num.1.2012.11392>

- Andrés, M. L. (2014). *Efecto mediador de las estrategias cognitivas de regulación emocional en la relación entre los rasgos de personalidad y la ansiedad, depresión y felicidad en niños de 9 a 12 años* [Tesis doctoral, Universidad Nacional de Mar de la Plata].  
<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/538>
- Andrés, M. L., Canet-Juric, L., Castañeiras, C., y Richaud de Minzi, M. C. (2015). Relaciones de la regulación emocional y la personalidad con la ansiedad y depresión en niños. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 99–115.  
<https://doi.org/10.12804/apl34.1.2016.07>
- Andrés, M. L., Castañeiras, C., y Richaud de Minzi, M. C. (2014). Relaciones entre la personalidad y el bienestar emocional en niños. El rol de la regulación emocional. *Cuadernos de Neuropsicología*, 8(2), 217–226. <https://doi.org/10.7714/cnps/8.2.205>
- Andrés, M. L., Stelzer, F., Vernucci, S., Canet-Juric, L., Galli, J. I., y Navarro-Guzmán, J. I. (2017). Regulación emocional y habilidades académicas: relación en niños de 9 a 11 años de edad. *Suma Psicológica*, 24(2), 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2017.07.001>
- Andrés, M. L., Vernucci, S., García-Coni, A. G. C., Richard's, M. M., Amazzini, M. L., y Paradiso, R. (2020). Regulación emocional y memoria de trabajo en el desempeño académico. *Ciencias Psicológicas*, 14(2), 1–14. <https://doi.org/10.22235/CP.V14I2.2284>
- Antón-San-Martín, J. M., Sánchez-Guerrero, E., Pérez-Costilla, L., Labajos-Manzanares, M. T., De-Diego-Otero, Y., Benítez-Parejo, N., Comino-Ballesteros, R., Perea-Milla, E., Ramos-Medina, V., y López-Calvo, A. (2013). Risk and protective factors in suicide. A case-control study using the psychological autopsy. *Anales de Psicología*, 29(3), 810–815.  
<https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.175701>
- Araya-Chacón, D., y Calderón-Rojas, M. (2017). Habilidades para la vida para la prevención de la conducta suicida en niños: Descripción de una experiencia grupal. *Revista Cúpula*, 31(2), 52–59. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v31n2/art04.pdf>
- Arenas-Monreal, L., Hidalgo-Solórzano, E., Chong-Escudero, X., Durán-De la Cruz, J. A.,

- González-Cruz, N. L., Pérez-Matus, S., y Valdez-Santiago, R. (2022). Suicidal behaviour in adolescents: Educational interventions in Mexico. *Health and Social Care in the Community*, 20(2), 998–1005. <https://doi.org/10.1111/hsc.13277>
- Asamblea Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM*. Asamblea Médica Mundial. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Bados-López, A. (2008). *La intervención psicológica: características y modelos*. Universidad de Barcelona. [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS características y modelos.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20características%20y%20modelos.pdf)
- Barba-Roldán, N. (2015). *Propuesta de intervención para trabajar la Educación Emocional en educación infantil* [Tesis de maestría, Universidad Internacional de La Rioja]. [https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/3224/BARBA ROLDÁN%2C NEUS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/3224/BARBA%20ROLDÁN%20NEUS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Barrera-Cobos, M., y Sarmiento-Osma, M. (1995). Ideación suicida en niños con cáncer. *Avances en enfermería*, 13(1), 54–62. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16461>
- Barroso-Martínez, A. A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 51–66. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352019000100004>
- Beautrais, A. L., Collings, S. C. D., Ehrhardt, P., y Henare, K. (2005). *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors , and points of effective intervention*. Ministry of Health. <http://www.moh.govt.nz>
- Beck, J. (2006). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización* (1a ed.). Editorial Gedisa.
- Benjet, C. (2015). Salud mental de niños y adolescentes. En M. E. Medina-Mora, E. J. Sarti-Gutiérrez, y T. Real-Quintanar (Eds.), *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*.

- Documento de postura* (1a ed., pp. 91–100). Academia Nacional de Medicina.
- Berenzon-Gorn, S., Saavedra-Solano, N., Medina-Mora, M. E., Aparicio-Basauri, V., y Galván-Reyes, J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(4), 252–258.  
<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n4/252-258>
- Bhatia, R. (2020). Effects of the COVID-19 pandemic on child and adolescent mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 568–570.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000651>
- Bisquerra-Alzina, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21(1), 7–43. <https://revistas.um.es/rie/article/view/99071>
- Bisquerra-Alzina, R. (2009). *Psicopedagogía de las Emociones*. Editorial Síntesis.
- Boddy, Janet, Neumann, T., Jennings, S., Morrow, V., Alderson, P., Rees, R., y Gibson, W. (2010). Research with children. En *The Research Ethics Guide Book*. Economic and Social Research Council. <http://www.ethicsguidebook.ac.uk/index.html>
- Boggiano, J. P., y Gagliessi, P. (2021). *Terapia Dialéctico Conductual. Introducción al Tratamiento de Consultantes con Desregulación Emocional* (1a ed.). Tres Olas Ediciones.  
<https://tresolasediciones.com/tienda/libros/terapia-dialectico-conductual-dbt/terapia-dialectico-conductual/>
- Bohórquez- Marín, O. D. (2009). El suicidio en la población adolescente escolar desde la perspectiva de la educación y la pedagogía. *Revista Poiésis*, 18, 1–9.  
<http://funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/145>
- Borges, G., García, J. Á., y Borsani, L. (2015). Suicidio. En M. E. Medina-Mora, E. J. Sarti-Gutiérrez, y T. Real-Quintanar (Eds.), *La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura* (1a ed., pp. 313–324). Academia Nacional de Medicina.  
[https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27\\_ANM\\_DEPRESION.pdf](https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf)
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., y Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas

- en México. *Salud Pública de México*, 52(4), 292–304.  
<https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6979>
- Bravo-Andrade, H. R., López-Peñaloza, J., De la Roca-Chiapas, J. M., y Rodríguez-Morrill, E. I. (2016). Relaciones intrafamiliares y riesgo suicida en adolescentes. *Uaricha, Revista de Psicología*, 13(31), 45–55. <http://www.revistauaricha.umich.mx/index.php/urp/article/view/8>
- Brown, K. W., Ryan, R. M., y Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211–237.  
<https://doi.org/10.1080/10478400701598298>
- Brown, M. Z. (2006). Linehan's theory of suicidal behavior: Theory, research and Dialectical Behavior Theory. En T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research and therapy*. (pp. 91–117). American Psychological Association.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/11377-005>
- Caballo, V. E. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo XXI Editores.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2010, julio 5). Ley DOF 05-07-2010. *Ley Federal de Protección de datos personales en posesión de los particulares*.  
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>
- Cañón-Buitrago, S. C., y Carmona-Parra, J. A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 20, 387–395.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322018000400014](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014)
- Capella, C., y Mendoza, M. (2011). Regulación emocional en niños y adolescentes: Artículo de revisión. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la infancia y adolescencia*, 22(2), 155–168. <http://www.sopnia.com/boletines/Revista SOPNIA 2011-2.pdf#page=34>
- Caraveo-Anduaga, J. J. (2007). Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes. *Salud Mental*, 30(1), 48–55.  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2007/sam071g.pdf>

- Caraveo-Anduaga, J. J., Colmenares-Bermúdez, E., y Martínez-Vélez, N. A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44(6), 492–498. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342002000600001>
- Casado, C., y Colomo, R. (2006). Un breve recorrido por la concepción de las emociones en la filosofía occidental. *A parte rei. Revista de Filosofía*, 47, 1–6.  
<http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/casado47.pdf>
- Casanova-Cardiel, H. (2020). Educación y pandemia: el futuro que vendrá. *Consejo Mexicano de Ciencias Sociales*, 1, 19–40. <https://www.comecso.com/las-ciencias-sociales-y-el-coronavirus/educacion-y-pandemia-el-futuro-que-vendra>
- Caycedo, C., Gutiérrez, C., Ascencio, V., y Delgado, Á. P. (2005). Regulación emocional y solución de problemas en niños de 5 a 6 años. *Suma Psicológica*, 12(2), 157–173.  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi2005.64>
- Ceballos-Ospino, G. A., y Suárez-Colorado, Y. (2012). Características de inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de Psicología. *Revista CES Psicología*, 5(2), 88–100. <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539471008.pdf>
- Ceballos-Ospino, G. A., Suárez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés, J., Gamarra-Vega, L. M., González, K. E., y Sotelo-Manjarres, A. P. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*, 12(1), 15.  
<https://doi.org/10.21676/2389783x.1394>
- Celdrán-Baños, J., y Ferrándiz García, C. (2017). Reconocimiento de emociones en niños de Educación Primaria: Eficacia de un programa educativo para reconocer emociones. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(3), 1321–1342.  
<https://doi.org/10.25115/ejrep.v10i28.1536>
- Center for Emotional Intelligence. (2020, noviembre 25). *Social Emotional Learning RULER*. Yale Center for Emotional Intelligence. <https://www.ycei.org/ruler-research-projects>

- Centers for Disease Control and Prevention. (2019, septiembre 3). *Suicide risk and protective factors*. Violence prevention.Suicide.  
<https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/riskprotectivefactors.html>
- Cervantes-Morales, W. (2014). *Taller de estrategias de regulación emocional en un grupo de adolescentes con factores de riesgo: Estudio piloto* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México].  
<http://132.248.9.195/ptd2014/octubre/0723031/0723031.pdf>
- Cha, C., y Nock, M. (2009). Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(4), 422–430.  
<https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181984f44>
- Chang, N. A., Jager-Hyman, J., Brown, G. K., Cunningham, A., y Stanley, B. (2016). Treating the suicidal patient. En R. C. O'Connor y J. Pirkis (Eds.), *The International Handbook of Suicide Prevention* (pp. 416–430). Wiley Publishing. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb05804.x>
- Chávez-Hernández, A. M., Correa-Romero, F. E., Klein-Caballero, A. L., Macías-García, L.-F., Cardoso-Espindola, K. V., y Acosta-Rojas, I. B. (2017). Sintomatología depresiva, ideación suicida y auto-concepto en una muestra de niños mexicanos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(3), 501. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4733>
- Chávez-Rodríguez, N. L., Fuentes-López, E. A., Zapata-Bonilla, D. L., Mendoza-Sierra, N. E., y Mancheno-Paredes, L. P. (2018). Trilogía del pensamiento suicida en adolescentes. *Revista Dilemas Contemporaneos: Educación, Política y Valores*, 6(32), 1–20.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27157931>
- Chorpita, B. F. (2002). The tripartite model and dimensions of anxiety and depression: An examination of structure in a large school sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(2), 177–190. <https://doi.org/10.1023/A:1014709417132>
- Chorpita, B. F., y Daleiden, E. L. (2002). Tripartite dimensions of emotion in a child clinical

- sample: Measurement strategies and implications for clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1150–1160. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.5.1150>
- Cifuentes-Faura, J. (2020). Consecuencias en los niños del cierre de escuelas por COVID-19: El papel del gobierno, profesores y padres. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 9(3), 1–12. <https://doi.org/10.15366/riejs2020.9.3>
- Cole, P. M., Martin, S. E., y Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75(2), 317–333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x>
- Collaborative for Academic Social and Emotional Learning. (2013). *Effective Social and Emotional Learning Programs (Preschool)*. CASEL. <https://static1.squarespace.com/static/513f79f9e4b05ce7b70e9673/t/526a220de4b00a92c90436ba/1382687245993/2013-casel-guide.pdf>
- Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México. (2020). *Infancias encerradas: Consulta a niñas, niños y adolescentes. Reporte Nacional*. Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México. <https://cdhcm.org.mx/infancias-encerradas/>
- Comisión Nacional para la protección de sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. (2003). *Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*. National Institutes of health. [https://www.etsu.edu/irb/Belmont Report in Spanish.pdf](https://www.etsu.edu/irb/Belmont%20Report%20in%20Spanish.pdf)
- Comité Nacional De Bioética. (1947). *Código de Nuremberg: Normas éticas sobre experimentación en seres humanos*. Comisión Nacional de Bioética. [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL.\\_Cod\\_Nuremberg.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf)
- Company, R., Oberst, U., y Sánchez, F. (2012). Regulación emocional interpersonal de las emociones de ira y tristeza. *Boletín de Psicología*, 104, 7–36.

<https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N104-1.pdf>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2022). *Las experiencias de las comunidades educativas en el contexto de la pandemia por COVID-19 y la estrategia Aprende en casa en México*. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. <https://educacionbasica.sep.gob.mx/las-experiencias-de-las-comunidades-educativas-en-el-contexto-de-la-pandemia-por-covid-19-y-la-estrategia-aprende-en-casa-en-mexico/>

Córdova-Osnaya, M., Rosales-Pérez, J. C., y Montufa-Muñoz, E. (2015). Ideación suicida en estudiantes de educación media superior: descripción con base en la aproximación dialectico conductual. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(1), 79–100. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=113260128&lang=es&site=ehost-live>

Cortés-Saavedra, L. X., Cuellar-Braussin, Y. I., González-Sánchez, P. A., y Gualteros-Poveda, D. M. (2015). *Diseño y validación de un programa de autorregulación emocional para la prevención de ideación suicida en infancia y adolescencia* [Tesis de licenciatura, Universidad Piloto de Colombia]. <http://polux.unipiloto.edu.co:8080/00002943.pdf>

Dávalos-Escamilla, M. de los Á., Flores-Herrera, L. M., y Jiménez-Flores, J. (2017). Intervención en habilidades socioemocionales en preescolar. En L. M. Flores-Herrera y J. Jiménez-Flores (Eds.), *Funcionamiento familiar y escolar* (pp. 161–181). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

De La Cruz-Rodríguez, L. N., y Zúñiga-Herrera, T. (2017). *Ideación suicida y regulación emocional en adolescentes del municipio de Soledad, Atlántico* [Tesis de licenciatura, Universidad de la Costa]. <https://repositorio.cuc.edu.co/bitstream/handle/11323/163/1143453477-1143158415.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

De la Cruz, M. V, y Mazaira, M. C. (1992). *DSA: Programa de Desarrollo Socio-Afectivo*. TEA

- Ediciones. <http://web.teaediciones.com/dsa-programa-de-desarrollo-socio-afectivo.aspx>
- De la Vega-Rodríguez, I., y Sánchez-Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10(1), 45–56.  
<https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>
- Department for Children Schools and Families. (2008). *Social and Emotional Aspects of Learning (SEAL) Curriculum resource introductory booklet*. Department for Children, Schools and Families. [https://dera.ioe.ac.uk/10800/7/SEAL+intro+booklet\\_Redacted.pdf](https://dera.ioe.ac.uk/10800/7/SEAL+intro+booklet_Redacted.pdf)
- Diario Oficial de la Federación de México. (2014, abril 30). *Programa regional de desarrollo del centro 2014-2018*.  
[https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5343106&fecha=30/04/2014#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343106&fecha=30/04/2014#gsc.tab=0)
- Domínguez-García, E., y Fernández-Berrocal, P. (2018). The association between emotional intelligence and suicidal behavior: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 9, 12.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02380>
- Domínguez-Rodríguez, P. (2004). Intervención educativa para el desarrollo de la inteligencia emocional. *Faisca: Revista de altas capacidades*, 11, 47–66.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2476406>
- Durkheim, É. (1987). *El suicidio*. Tativillus.  
<https://circulosemiotico.files.wordpress.com/2018/08/durkheim-c3a9mile-el-suicidio.pdf>
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., y Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405–432.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Editorial Telediario. (2020, diciembre 14). Niño de 8 años se quita la vida mientras su familia estaba en misa a la Virgen de Guadalupe. *Telediario México*.  
<https://www.telediario.mx/local/nino-8-anos-quita-vida-familia-misa-virgen-guadalupe>
- Eguiluz-Romo, L. de L., y Ayala-Mira, M. (2014). Relación entre ideación suicida, depresión y

- funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 22(2), 72–80.  
<https://www.redalyc.org/pdf/1339/133938134009.pdf>
- Eguiluz-Romo, L. de L., y Mera, J. (2014). Medición del riesgo suicida, bienestar psicológico y estructura familiar en estudiantes de primer ingreso a las carreras de la salud. *Revista de Investigación en Psicología*, 17(1), 43–53. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v17i1.8971>
- Eguiluz-Romo, L. de L., Plasencia-Vilchis, M. L., y Santillán-Torres-Torija, C. (2017). Estrategias para trabajar con jóvenes que presentan ideas suicidas. *Integración Académica en Psicología*, 5(13), 95–106. <https://integracion-academica.org/anteriores/22-volumen-5-numero-13-2017/156-estrategias-para-trabajar-con-jovenes-que-presentan-ideas-suicidas>
- Ehrenreich-May, J., y Bilek, E. L. (2012). The development of a transdiagnostic, cognitive behavioral group intervention for childhood anxiety disorders and co-occurring depression symptoms. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 41–55.  
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.02.003>
- Eisenberg, N., y Morris, A. S. (2003). Children's emotion-related regulation. *Advances in Child Development and Behavior*, 30, 189–229. [https://doi.org/10.1016/S0065-2407\(02\)80042-8](https://doi.org/10.1016/S0065-2407(02)80042-8)
- Eisenberg, N., y Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child Development*, 75(2), 334–339. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00674.x>
- Ekman, P. (1970). Universal facial expressions of emotion. *California Mental Health*, 8(4), 151–158. <https://www.paulekman.com/wp-content/uploads/2013/07/Universal-Facial-Expressions-of-Emotions1.pdf>
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist*, 48(4), 376–379.  
<https://doi.org/10.1037//0003-066x.48.4.384>
- Ekman, P., Friesen, W. V., O'Sullivan, M., Chan, A., Diacoyanni-Tarlatzis, I., Heider, K., Krause, R., LeCompte, W. A., Pitcairn, T., Ricci-Bitti, P. E., Scherer, K., Tomita, M., y Tzavaras, A. (1987). Universals and cultural differences in the judgments of facial expressions of

emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(4), 712–717.

<https://doi.org/10.1037//0022-3514.53.4.712>

Ellis, A., y Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional-Emotiva* (4a ed., Vol. 2). Desclée de Brouwer.

Ellis, T. E. (2006). The study of Cognition and Suicide: Beginnings and developmental milestones. En T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research and therapy*. (pp. 13–28). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11377-001>

Enríquez-Anchondo, H. A. (2011). *Inteligencia emocional plena : Hacia un programa de regulación emocional basado en la conciencia* [Tesis doctoral, Universidad de Málaga]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=37687>

Extremera-Pacheco, N., y Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula. *Revista de Educación*, 332, 97–116. <http://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:6b5bc679-e550-47d9-804e-e86b8f4b4603/re3320611443-pdf.pdf>

Extremera-Pacheco, N., y Fernández-Berrocal, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: Evidencias empíricas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 6(2), 2–17. <http://redie.uabc.mx/vol6no2/contenido-extremera.html>

Extremera-Pacheco, N., y Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional intelligence as predictor of mental, social, and physical health in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 45–51. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16673622/>

Federación Nacional de Colegios Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México. (2018). *Código de ética de las y los Psicólogos Mexicanos* (J. A. Zacarías Sánchez (ed.); 1a ed.). Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México, A.C.

Fekkes, M., van de Sande, M. C. E., Gravesteyn, C., Pannebakker, F. D., Buijs, G. J., Diekstra, R., y Kocken, P. L. (2016). Effects of the Dutch Skills for Life program on the health

- behavior, bullying, and suicidal ideation of secondary school students. *Health Education*, 116(1), 2–15. <https://doi.org/10.1108/HE-05-2014-0068>
- Fernández-Abascal, E. G., García-Rodríguez, B., Jiménez-Sánchez, M. del P., Martín-Díaz, M. D., y Domínguez-Sánchez, F. J. (2010). *Psicología de la emoción*. Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Fernández-Berrocal, P. (2008). La educación emocional y social en España. En *Educación Emocional y Social. Análisis Internacional*. (pp. 159–196). Fundación Botín. [https://www.fundacionbotin.org/89dguuytdfr276ed\\_uploads/EDUCACION/ANALISIS INTERNACIONAL/2008/Espaa2008.pdf](https://www.fundacionbotin.org/89dguuytdfr276ed_uploads/EDUCACION/ANALISIS INTERNACIONAL/2008/Espaa2008.pdf)
- Fernández-Berrocal, P., y Extremera-Pacheco, N. (2001). La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. *Revista Iberoamericana de Educación*, 10, 4–11. [http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/PDF8habilidad\\_esencial\\_en\\_la\\_escuela.pdf](http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/PDF8habilidad_esencial_en_la_escuela.pdf)
- Fernández-Berrocal, P., y Ruiz-Aranda, D. (2008). La Inteligencia emocional en la educación. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6(2), 421–436. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2855713&orden=183964&info=link%5Cnhttp://www.mecd.gob.es/dctm/revista-de-educacion/articulosre332/re3320611443.pdf?documentId=0901e72b81256ae3>
- Fernández-Martínez, A. M., y Montero-García, I. (2016). Aportes para la educación de la Inteligencia emocional desde la educación infantil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 53–66. <https://doi.org/10.11600/1692715x.1412120415>
- Figueredo-Acosta, H. (2021). Intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(3), 1–13. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572020000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572020000300006)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *Estado mundial de la infancia 2022: En mi mente* (Vol. 2). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

- [https://www.unicef.org/media/114641/file/SOWC 2021 Full Report Spanish.pdf](https://www.unicef.org/media/114641/file/SOWC_2021_Full_Report_Spanish.pdf)
- Forbes México. (2020, septiembre 9). *Pandemia incrementaría hasta 20% el suicidio en México, estiman analistas*. <https://www.forbes.com.mx/mundo-pandemia-incrementaria-20-suicidio-en-mexico-analistas/>
- Formación integral y convivencia escolar. (2021). *Cuadernillo de actividades de Aprendizaje Socioemocional para estudiantes*. División de Educación General.  
<http://convivenciaescolar.mineduc.cl/wp-content/uploads/2021/02/Cuadernillo-actividades-Web.pdf>
- Frijda, N. H., y Zeelenberg, M. (2001). Appraisal: What is the dependent? En K. R. Scherer, A. Schorr, y T. Johnstone (Eds.), *Appraisal Processes in Emotion: Theory, Methods, Research*. (pp. 141–155). Oxford University Press.  
[https://www.researchgate.net/publication/202304268\\_Appraisal\\_What\\_is\\_the\\_dependent](https://www.researchgate.net/publication/202304268_Appraisal_What_is_the_dependent)
- Fundación Botín. (2020, noviembre 25). *Educación emocional y social*. Educación.  
<https://www.fundacionbotin.org/post-plataforma/educacion-emocional-y-social.html>
- García-Hernández, P. (2017). *Regulación emocional en la infancia, una revisión* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México].  
<http://132.248.9.195/ptd2018/agosto/0779181/Index.html>
- García-Lara, G. A., Ocaña-Zúñiga, J., Cruz-Pérez, O., Hernández-Solís, S., y Pérez-Jiménez, C. E. (2020). Propiedades psicométricas de instrumentos de evaluación de aspectos psicosociales en adolescentes en México. *Revista CES Psicología*, 13(1), 70–88.  
<https://doi.org/10.21615/CESP.13.1.5>
- García-Lara, G. A., Ocaña-Zúñiga, J., Cruz-Pérez, O., Hernández-Solís, S., Pérez-Jiménez, C. E., y Cabrera- Méndez, M. C. (2018). Variables predictoras de la ideación suicida y sintomatología depresiva en adolescentes de Chiapas, México. *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(4), 1089–1096. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.14492016>
- García-Padilla, A. K. (2018, septiembre 10). Día mundial para la prevención del suicidio: En

- México 5 de cada 100,000 habitantes mueren por esta causa. *El Economista*.  
<https://www.economista.com.mx/politica/Dia-Mundial-para-la-Prevencion-del-Suicidio-En-Mexico-5-de-cada-100000-habitantes-mueren-por-esta-causa-20180910-0022.html>
- García-Peña, J. J., y Villota-Araujo, D. F. (2019). Un camino a la reparación psicológica de los niños con ideaciones suicidas. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 58(21), 223–241. <https://doi.org/10.35575/rvucn.n58a12>
- García-Ramírez, N. (2006). *Ideación e Intento Suicida en estudiantes y su relación con el consumo de drogas* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México].  
[http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina\\_contenidos/tesis/tesis\\_nayeli.pdf](http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_nayeli.pdf)
- García-Rembao, L. C., Valenzuela-Santoyo, M. E., y Miranda-Esquer, J. F. (2012). Inteligencia emocional en niños de sexto grado de contextos urbano, urbano marginado, rural e indígena. *Revista Electrónica de Investigación Educativa Sonorense*, 12, 7–25.  
[https://rediesonorense.files.wordpress.com/2012/09/redies-12\\_1\\_grlc.pdf](https://rediesonorense.files.wordpress.com/2012/09/redies-12_1_grlc.pdf)
- García-Silberman, S., Domínguez, M. J., Jiménez-Tapia, A., Gutiérrez, A. R., Solís, J., Infante, R., y Luna, A. (2000). Información y educación, base para la prevención. *Salud Mental*, 23(3), 29–37. <http://repositorio.inprf.gob.mx/handle/123456789/5780>
- García, I. (2018, diciembre 12). El nuevo plan educativo de AMLO en 20 puntos. *Reporte Índigo*. <https://www.reporteindigo.com/reporte/el-nuevo-plan-educativo-de-amlo-en-20-puntos/>
- Gerhard, S. (2002). Methodological considerations in the psychophysiological study of emotion. En R. J. Davidson, H. H. Goldsmith, y K. Scherer (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 225–255). Oxford University Press. [https://www.researchgate.net/profile/Gerhard-Stemmler/publication/262106141\\_Methodological\\_considerations\\_in\\_the\\_psychophysiological\\_study\\_of\\_emotion/links/5a0d545f0f7e9b9e33aa0411/Methodological-considerations-in-the-psychophysiological-study-of-emotion](https://www.researchgate.net/profile/Gerhard-Stemmler/publication/262106141_Methodological_considerations_in_the_psychophysiological_study_of_emotion/links/5a0d545f0f7e9b9e33aa0411/Methodological-considerations-in-the-psychophysiological-study-of-emotion).
- Gobierno de la República. (2019, julio 12). DOF 12-07-2019. *Plan Nacional de Desarrollo 2019-*

2024.

[https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019#gsc.tab=0)

Gobierno de México. (2020, septiembre 6). *México fortalece acciones para prevenir suicidio*.

Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/prensa/158-mexico-fortalece-acciones-para-prevenir-suicidio?idiom=es>

Gómez-García, L., Agudelo-Botero, M., Arenas-Monreal, L., Rojas-Russell, M., y Valdez-

Santiago, R. (2021). Health care providers' perceptions of the barriers to suicide prevention in Mexico. *Injury Prevention*, 2, 58–59. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2021-safety.180>

Gómez-García, L., Arenas-Monreal, L., Valdez-Santiago, R., Rojas-Russell, M., Astudillo-

García, C. I., y Agudelo-Botero, M. (2022). Barriers to care of suicidal behavior in Mexico city: Health personnel experiences at the first level of care. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 40(1). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e346540>

Gómez-Pérez, O. I., y Calleja-Bello, N. (2016). Regulación emocional: Definición, red

nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(1), 96–117. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70434>

Gómez-Pérez, O. I., y Calleja-Bello, N. (2017). Regulación emocional. Escalas de medición en

español [Revisión psicométrica]. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(2), 92–183. <https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/1214>

Gómez, E. (2007). Terapia Dialéctica Conductual. *Revista de Neuropsiquiatría*, 70, 63–69.

<https://doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v70i1-4.1614>

Góngora, V. C., y Casullo, M. M. (2009). Factores protectores de la salud mental: Un estudio

comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2), 183–205.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18011827002>

González-Forteza, C. (1996). *Factores protectores y de riesgo para depresión e intentos de*

*suicidio en adolescentes* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México].

[https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB\\_UNAM/TES01000241485](https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000241485)

González-Forteza, C., Arana-Quezadas, D. S., y Jiménez-Tapia, A. (2008). Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: Vinculación autogestiva con los servicios de salud mental. *Salud Mental*, 31(1), 23–27.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252008000100004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000100004)

González-Forteza, C., Berenzon-Gorn, S., y Jiménez-Tapia, A. (1999). Al borde de la muerte: Problemática suicida en adolescentes. *Salud Mental*, 22, 145–153.

[http://www.revistasaludmental.com.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/796](http://www.revistasaludmental.com.mx/index.php/salud_mental/article/view/796)

González-Forteza, C., Berenzon-Gorn, S., Tello-Granados, A. M., Facio-Florez, D., y Medina-Mora, M. E. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública de México*, 40(5), 430–437. <https://doi.org/10.1590/s0036-36341998000500007>

González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M. E., y Sánchez, M. A. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 21(3), 1–9.

<http://repositorio.inprf.gob.mx/bitstream/handle/123456789/5715/sm210301.pdf?sequence=1>

González-Forteza, C., y Jiménez-Tapia, A. (2015). Develar la problemática suicida: un compromiso para su prevención. En T. Morfín-López y A. M. Ibarra-López (Eds.), *Fenómeno Suicida: Un acercamiento transdisciplinar* (pp. 9–28). Manual Moderno. [https://www.researchgate.net/publication/269107473\\_What\\_is\\_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civilwars\\_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625](https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civilwars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625)

González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, A., y Wagner-Echeagaray, F. (2014). *Cuestionario de Indicadores Psicosociales para Depresión y Riesgo Suicida CIP-DERS* (Patent Núm. 03-

2014-100813422700-01).

González-Forteza, C., Juárez-López, C. E., Montejo-León, L. de los Á., Oseguera-Díaz, G., Wagner-Echeagaray, F., y Jiménez Tapia, A. (2015). Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. *Acta Universitaria*, 25, 29–34.

<https://doi.org/10.15174/au.2015.862>

González-Forteza, C., Ramos-Lira, L., Caballero-Gutierrez, M. Á., y Wagner-Echeagaray, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524–532. <https://www.psicothema.com/pdf/1102.pdf>

Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M., y Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386–405.

<https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF>

Gravesteyn, C., Diekstra, R., Sklad, M., y de Winter, M. (2011). The effects of a Dutch school-based Social and Emotional Learning programme (SEL) on suicidality in adolescents. *International Journal of Mental Health Promotion*, 13(4), 4–16.

<https://doi.org/10.1080/14623730.2011.9715664>

Gross, J. J. (2007). *Handbook of emotion regulation* (1a ed.). Guilford Press.

Gross, J. J. (2014a). Emotion Regulation: Conceptual and empirical foundations. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (2a ed., pp. 3–20). Guilford Press.

Gross, J. J. (2014b). *Handbook of emotion regulation* (2a ed.). The Guilford Press.

Gross, J. J., y Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (1a ed., pp. 3–24). Guilford Press.

Grupo de Investigación en Orientación Psicopedagógica. (2020, noviembre 25). *Grup de Recerca en Orientació Psicopedagògica*. Investigaciones.

<http://www.ub.edu/grop/es/presentacion-grop/>

- Guizar, C. J. (2019, marzo 28). El suicidio en México. *Periódico Milenio*.  
<https://www.milenio.com/opinion/carlos-guizar/columna-carlos-guizar/el-suicidio-en-mexico>
- Gutiérrez-García, A. G., Contreras, C. M., y Orozco-Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental*, 29(5), 66–74.  
<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v29n5/0185-3325-sm-29-05-66.pdf>
- Gvion, Y., y Apter, A. (2016). Evidence-based prevention and treatment of suicidal behavior in children and adolescents. En R. C. O'Connor y J. Pirikis (Eds.), *The International Handbook of Suicide Prevention* (2a ed., pp. 302–322). Wiley-Blackwell.  
<https://doi.org/10.1002/9781118903223>
- Hadlaczky, G., Wasserman, D., Hoven, C. W., Mandell, D. J., y Wasserman, C. (2016). Suicide prevention strategies: Case studies from across the globe. En R. C. O'Connor y J. Pirikis (Eds.), *The International Handbook of Suicide Prevention* (2a ed., pp. 556–568). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118903223.ch32>
- Hermosillo-de-la-Torre, A. E., Arteaga-de-Luna, S. M., Acevedo-Rojas, D. L., Juárez-Loya, A., Jiménez-Tapia, A., Pedroza-Cabrera, F. J., González-Forteza, C., Cano, M., y Wagner-Echeagaray, F. (2021). Psychosocial correlates of suicidal behavior among adolescents under confinement due to the COVID-19 pandemic in Aguascalientes, Mexico: A cross-sectional population survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 1–17. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094977>
- Hermosillo-de-la-Torre, A. E., González-Forteza, C., Rivera-Heredia, M. E., Méndez-Sánchez, C., González-Betanzos, F., Palacios-Salas, P., Jiménez-Tapia, A., y Wagner-Echeagaray, F. (2020). Understanding suicidal behavior and its prevention among youth and young adults in Mexico. *Preventive Medicine*, 138, 1–6.  
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106177>
- Hernández-Cervantes, Q. (2007). *Estrategia de Intervención para adolescentes en Riesgo Suicida* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México].

<https://repositorio.unam.mx/contenidos/estrategia-de-intervencion-para-adolescentes-en-riesgo-suicida->

[82478?c=pQ8wXB&d=false&q=estrategia\\_.de\\_.intervención\\_.quetzalcoatl&i=1&v=0&t=search\\_0&as=0](https://repositorio.unam.mx/contenidos/estrategia-de-intervencion-para-adolescentes-en-riesgo-suicida-82478?c=pQ8wXB&d=false&q=estrategia_.de_.intervención_.quetzalcoatl&i=1&v=0&t=search_0&as=0)

Hernández-Cervantes, Q., y Gómez-Maqueo, E. L. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 45–52.

[https://www.researchgate.net/publication/287848452\\_Assessment\\_of\\_suicidal\\_risk\\_and\\_a](https://www.researchgate.net/publication/287848452_Assessment_of_suicidal_risk_and_associated_stress_in_Mexican_adolescent_students)  
[ssociated\\_stress\\_in\\_Mexican\\_adolescent\\_students](https://www.researchgate.net/publication/287848452_Assessment_of_suicidal_risk_and_associated_stress_in_Mexican_adolescent_students)

Hernández-Ramírez, M., y Pintos-Aguilar, A. (2012). *Manual de habilidades para la vida*.

Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.

[http://www.habilidadesparaadolescentes.com/archivos/2012\\_Manual\\_HpV\\_EMS\\_UACM.p](http://www.habilidadesparaadolescentes.com/archivos/2012_Manual_HpV_EMS_UACM.pdf)  
[df](http://www.habilidadesparaadolescentes.com/archivos/2012_Manual_HpV_EMS_UACM.pdf)

Hervás, G., y Moral, G. (2017). *Regulación Emocional aplicada al campo clínico*. Formación

Continuada a Distancia. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/1368-2018-05-11-FOCAD>

[FINAL COMPLETO.pdf](https://www.ucm.es/data/cont/docs/1368-2018-05-11-FOCAD)

Humphrey, N., Lendrum, A., y Wigelsworth, M. (2010). Social and Emotional Aspects of

Learning (SEAL): National evaluation. *Educational Psychology*, 1(26), 213–238.

[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_d](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/197925/DFE-RB049.pdf)  
[ata/file/197925/DFE-RB049.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/197925/DFE-RB049.pdf)

Ibáñez-Tarín, C., y Manzanera-Escartí, R. (2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil

aplicación en atención primaria. *Semergen*, 38(6), 377–387.

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.07.019>

Ibarra-López, A. M., Sánchez-Loyo, L. M., Sainz-Márquez, A., y Echeveste-García de Alba, B.

G. (2015). Prevención y atención a los comportamientos suicidas: Programas y estrategias de prevención del suicidio y su evaluación. En T. Morfín-López y A. M. Ibarra-López (Eds.),

*Fenómeno Suicida: Un acercamiento transdisciplinar* (pp. 29–45). Manual Moderno.  
[https://www.researchgate.net/publication/269107473\\_What\\_is\\_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civilwars\\_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625](https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civilwars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625)

Ibarrola, B. (2017). *La educación emocional Sentir y pensar en la escuela*. Ediciones SM.  
[https://issuu.com/sm\\_argentina/docs/laeducaci\\_\\_nemocionalsentir\\_y\\_pensa](https://issuu.com/sm_argentina/docs/laeducaci__nemocionalsentir_y_pensa)

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2007). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2005*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.  
<https://www.inegi.org.mx/app/publicaciones/default.html?p=2015>

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2008). *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2006*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. <https://www.inegi.org.mx/app/publicaciones/default.html?p=2015>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2008). *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2007*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.  
<https://www.inegi.org.mx/app/publicaciones/default.html?p=2015>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2009). *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2008*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.  
<https://www.inegi.org.mx/app/publicaciones/default.html?p=2015>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2009*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.  
<https://www.inegi.org.mx/app/publicaciones/default.html?p=2015>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2012). *Estadísticas de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2010*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.  
<https://www.inegi.org.mx/app/publicaciones/default.html?p=2015>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2011*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.  
<https://www.inegi.org.mx/app/publicaciones/default.html?p=2015>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Estadísticas a propósito de Día mundial para la prevención del suicidio 2012*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2016/suicidio2016\\_0.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2016/suicidio2016_0.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Estadísticas a propósito de Día mundial para la prevención del suicidio 2013*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Estadísticas a propósito de Día mundial para la prevención del suicidio 2014*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2016/suicidio2016\\_0.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2016/suicidio2016_0.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Estadísticas a propósito de Día mundial para la prevención del suicidio 2015*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.  
[http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdf)  
<http://www.cinu.mx/eventos/observancia/dia-mundial-para-la-prevencion-1/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019_Nal.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020, septiembre 14). *Datos abiertos de México: Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas, 1950-2050. Población a mitad de año*. <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050/resource/cbd36ba7-2a16-4220-9dfc-58ca66b2cb6d>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Estadísticas a propósito del Día mundial para la Prevención Del Suicidio: Datos nacionales*. En *Comunicado de prensa Núm.*

- 520/21. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022a, marzo 3). *Defunciones por suicidio por entidad federativa y grupos de edad según sexo, 2010 a 2020*.  
[https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?px=Mental\\_06&bd=Salud#variables](https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?px=Mental_06&bd=Salud#variables)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022b, marzo 3). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido*.  
<https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2019). *Simplemente quería desaparecer. Aproximaciones a la conducta suicida de adolescentes en México* (R. Valdez-Santiago y L. Arenas-Monreal (eds.)). Instituto Nacional de Salud Pública. <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/5034-conducta-suicida.html>
- Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación. (2019a). *La educación obligatoria en México: Informe 2019*. <https://www.inee.edu.mx/wp-content/uploads/2019/04/P11245.pdf>
- Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación. (2019b). *La educación obligatoria en México: Informe 2019*. Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación.  
[https://www.inee.edu.mx/medios/informe2019/stage\\_01/cap\\_020405.html](https://www.inee.edu.mx/medios/informe2019/stage_01/cap_020405.html)
- Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación. (2020, septiembre 28). *Bases de datos INEE 2019*. INEE. <https://historico.mejoredu.gob.mx/bases-de-datos-inee-2019/>
- International Association for Suicide Prevention. (2020, agosto). From the President. *News Bulletin*. [https://www.iasp.info/pdf/newsletters/2020\\_newsletter\\_august.pdf](https://www.iasp.info/pdf/newsletters/2020_newsletter_august.pdf)
- lob, E., Steptoe, A., y Fancourt, D. (2020). Abuse , self-harm and suicidal ideation in the UK during the COVID-19 pandemic. *The British Journal of Psychiatry*, 217, 543–546.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.2020.130>
- Jacobson, C. M., Marrocco, F., Kleinman, M., y Gould, M. S. (2011). Restrictive emotionality,

- depressive symptoms, and suicidal thoughts and behaviors among high school students. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(6), 656–665. <https://doi.org/10.1007/s10964-010-9573-y>
- Jiménez-Franco, V., y Valle-Gómez-Tangle, R. (2016). Factores de salud asociados al desempeño escolar: Seguimiento de una generación del bachillerato en la UNAM. *Congresos CLABES*. <https://revistas.utp.ac.pa/index.php/clabes/article/view/902>
- Jiménez-Morales, M. I., y López-Zafra, E. (2009). Inteligencia emocional y rendimiento escolar: Estado actual de la cuestión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 69–79. <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/rpsi/article/view/556/392>
- Jiménez-Quenguan, M., Hidalgo-Bravo-Jesús, Camargo-Santacruz, C., y Dulce-Rosero, B. (2014). Intento de suicidio en la población pediátrica, una alarmante realidad. *Revista Ciencias de la Salud*, 12(1), 59–92. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56229795006>
- Jiménez-Tapia, A., y González-Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, 26(6), 35–46. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=17191>
- Joffe, R. T., y Offord, D. R. (1983). Suicidal behaviour in childhood. *Canadian Journal of Psychiatry*, 28(1), 57–63. <https://doi.org/10.1177/070674378302800113>
- John, A., Pirkis, J., Gunnell, D., Appleby, L., y Morrissey, J. (2020). Trends in suicide during the COVID-19 pandemic: Prevention must be prioritised while we wait for a clearer picture. *BMJ*, 371(m4352), 1–2. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4352>
- Jordan, P. J., y Troth, A. C. (2004). Managing emotions during team problem solving : Emotional Intelligence and conflict resolution. *Human Performance*, 17(2), 195–218. [http://dx.doi.org/10.1207/s15327043hup1702\\_4](http://dx.doi.org/10.1207/s15327043hup1702_4)
- Kim-San, L., Wong, C. H., McIntyre, R. S., Wang, J., Zhang, Z., Tran, B. X., Tan, W., Ho, C. S., y Ho, R. C. (2019). Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate

- self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: A meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 2–26. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224581>
- Klonsky, E. D., May, A. M., y Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307–330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Kong, L., Sareen, J., y Katz, L. Y. (2016). School-based suicide prevention programs. En R. C. O'Connor y J. Pirkis (Eds.), *The International Handbook of Suicide Prevention* (2a ed., pp. 725–742). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118903223>
- Korinfeld, D. (2017). Situaciones de suicidio en la escuela. Acompañamiento y corresponsabilidad. *Voces de la Educación*, 2(2), 209–219. <https://www.revista.vocesdelaeducacion.com.mx/index.php/voces/article/view/79>
- Lima-Ojeda, M. C. (2015). Reflexiones sobre el suicidio infantil. En T. Morfín-López y A. M. Ibarra-López (Eds.), *Fenómeno Suicida: Un acercamiento transdisciplinar* (pp. 47–54). Manual Moderno. [https://www.researchgate.net/publication/269107473\\_What\\_is\\_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civilwars\\_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625](https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civilwars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625)
- Linehan, M. M. (1981). A social-behavioral analysis of suicide and parasuicide: Implications for clinical assessment and treatment. En J. F. Clarkin y H. I. Glazer (Eds.), *Depression: Behavioral and Directive Intervention Strategies* (pp. 229–294). Garland Press.
- Linehan, M. M. (1986). Suicidal people: One population or two? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487(1), 16–33. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1986.tb27882.x>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.

- Linehan, M. M., Bohus, M., y Lynch, T. R. (2007). Dialectical Behavior Therapy for pervasive emotion dysregulation. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (1a ed., pp. 581–605). Guilford Press.
- Linehan, M. M., y Nielsen, S. L. (1981). Assessment of suicide ideation and parasuicide: Hopelessness and social desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(5), 773–775. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.49.5.773>
- Linehan, M. M., y Shearin, E. N. (1988). Lethal stress: A social-behavioral model of suicidal behavior. En S. Fisher y J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health*. (pp. 265–285). John Wiley & Sons Ltd.  
<https://ezproxy.lib.uwm.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1988-98352-014&site=ehost-live>
- López-Benítez, P. B. (2014). *Elaboración y evaluación de un taller de regulación emocional en niños de edad escolar* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México].  
<http://132.248.9.195/ptd2014/febrero/0708292/Index.html>
- López, S. (2015). *Diseño, desarrollo e implementación de un programa de educación afectiva y social en educación primaria* [Tesis doctoral, Universidad de Alicante].  
[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50386/1/tesis\\_lopez\\_diaz-villabella.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50386/1/tesis_lopez_diaz-villabella.pdf)
- MacDermott, S. T., Gullone, E., Allen, J. S., King, N. J., y Tonge, B. (2010). The Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA): A psychometric investigation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(3), 301–314.  
<https://doi.org/10.1007/s10862-009-9154-0>
- Madrazo, C. (2015). La educación emocional y social en México. En *Educación Emocional y Social. Análisis Internacional*. (pp. 109–150). Fundación Botín.  
<https://fundacionbotin.org/programas/educacion/investigacion-publicaciones/educacion-emocional-social/# analisis2015>
- Mahoney, J. L., Weissberg, R. P., Greenberg, M. T., Dusenbury, L., Jagers, R. J., Niemi, K.,

- Schlinger, M., Schlund, J., Shriver, T. P., VanAusdal, K., y Yoder, N. (2021). Systemic Social and Emotional Learning: Promoting educational success for all Preschool to High School students. *American Psychologist*, 76(7), 1128–1142.  
<https://doi.org/10.1037/amp0000701>
- Mamani-Benito, O. J., Brousett-Minaya, M. A., Ccori-Zúñiga, D. N., y Villasante-Idme, K. S. (2018). La inteligencia emocional como factor protector en adolescentes con ideación suicida. *Duazary*, 15(1), 39. <https://doi.org/10.21676/2389783x.2142>
- Marín-Tejeda, M., Robles-García, R., González-Forteza, C., y Andrade-Palos, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35(6), 521–526.  
<http://repositorio.inprf.gob.mx/bitstream/handle/123456789/6107/sm3506521.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martínez-Cervantes, M. A. (2016). *Estudio de la regulación emocional en niños y adolescentes de 9 a 16 años con TDAH en un hospital psiquiátrico infantil en la Ciudad de México* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México].  
<http://132.248.9.195/ptd2016/febrero/0741415/0741415.pdf>
- Martínez-Lanz, P., Saltijeral-Méndez, M., y Terroba-Garza, G. (1985). Intento de suicidio en los niños: un fenómeno psicosocial. *Salud mental*, 8(2), 23–28.  
[http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/228](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/228)
- McLean, J., Maxwell, M., Platt, S., Harris, F. M., y Jepson, R. (2008). Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: a literature review. En *Health and Community Care*. Scottish Government Social Research. <http://hdl.handle.net/1893/2206>
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society from the standpoint of a social behaviorist*. Chicago University Press. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-50777-3>
- Medina-Gual, L., Chao-Rebolledo, C., Garduño-Teliz, E., González-Videgaray, M., Baptista-Lucio, M. del P., Montes-Pacheco, L. del C., Medina-Velázquez, L., Rivera-Navarro, M. Á.,

- Covarrubias-Santiago, C. A., Sánchez-Rojas, L. D., Ojeda-Nú, J. A., Jiménez-Williams, A. G., y Acosta-García, H. M. (2021). *Educación en contingencia durante la COVID-19 en México*. Fundación Santa María. [https://www.fundacion-sm.org.mx/sites/default/files/Educacion\\_contingencia\\_2021.pdf](https://www.fundacion-sm.org.mx/sites/default/files/Educacion_contingencia_2021.pdf)
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara-Muñoz, C., Benjet, C., Blanco-Jaimes, J., Fleiz-Bautista, C., Villatoro-Velázquez, J., Rojas-Guiot, E., Zambrano-Ruiz, J., Casanova Rodas, L., y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1–16. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam034a.pdf>
- Medina-Mora, M. E., Rascón, M. L., Tapia, R. E., Mariño, M. del C., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, J., y Gómez, M. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un estudio nacional. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 3(7), 48–55. <http://repositorio.inprf.gob.mx/handle/123456789/6488>
- Medina-Mora, M. E., Real-Quintanar, T., y Amador, N. (2015). Enfermedad mental en México. En M. E. Medina-Mora, E. J. Sarti-Gutiérrez, y T. Real-Quintanar (Eds.), *La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura* (1a ed., pp. 15–28). Academia Nacional de Medicina. [https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CANivANM150/L27\\_ANM\\_DEPRESION.pdf](https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CANivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf)
- Melamed, A. F. (2016). Las teorías de las emociones y su relación con la cognición: Un análisis desde la filosofía de la mente. *Cuadernos FHyCS-UN*, 49, 13–38. <https://www.redalyc.org/pdf/185/18551075001.pdf>
- Méndez, C. (2019, enero 19). Niño de 13 años se quita la vida en la recámara de su casa. *Excelsior*. <https://www.excelsior.com.mx/nacional/nino-de-13-anos-se-quita-la-vida-en-la-recamara-de-su-casa/1291368>
- Mennin, D. S., y Fresco, D. M. (2014). Emotion Regulation Therapy. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (2a ed., pp. 469–490). The Guilford Press.

- Ministerio de Educación. (2009a). Actividades de apoyo emocional con estudiantes, madres y padres de familia. En *Guía de recursos pedagógicos para el apoyo socioemocional frente a situaciones de desastre* (1a ed., pp. 37–120). Ministerio de Educación.  
<https://www.eird.org/cd/herramientas-recursos-educacion-gestion-riesgo/pdf/spa/doc17787/doc17787-c1.pdf>
- Ministerio de Educación. (2009b). *Guía de recursos pedagógicos para el apoyo socioemocional frente a situaciones de desastre* (1a ed.). Ministerio de Educación.  
[http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12799/4522/Guía de recursos pedagógicos para el apoyo socioemocional frente a situaciones de desastre. La experiencia de Ica Fuerte como el Huarango Iqueño.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12799/4522/Guía%20de%20recursos%20pedagógicos%20para%20el%20apoyo%20socioemocional%20frente%20a%20situaciones%20de%20desastre.%20La%20experiencia%20de%20Ica%20Fuerte%20como%20el%20Huarango%20Iqueño.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Miranda de la Torre, I., Cubillas-Rodríguez, M. J., Román-Pérez, R., y Abril-Valdez, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: Factores psicológicos asociados. *Salud Mental*, 32(6), 495–502. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58212267007.pdf>
- Miranda de la Torre, I., Laborín-Álvarez, J. F., Chávez-Hernández, A. M., Sandoval-Godoy, S. A., y Torres-Soto, N. Y. (2016). *Propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, México*. 26(662), 273–282.  
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2203>
- Mohamed, N. A., Latief, S. A. A., Madbouly, N. M., y Rashid, E. A. M. A. (2017). The effect of Emotional Intelligence enhancement Program on suicidal ideations among attempted suicide adolescents. *IMPACT: International Journal of Research in Applied, Natural and Social Sciences*, 5(11), 111–120.  
[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3090971](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3090971)
- Mondragón-Barrios, L., Borges, G., y Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: Estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24(6), 4–15.  
<http://repositorio.inprf.gob.mx/handle/123456789/5812>
- Montañez-Raz, R. (2019, noviembre 11). Niño se quita la vida porque no lo dejaron salir a jugar

- Diario de Yucatán. *Diario de Yucatán*.

<https://www.yucatan.com.mx/mexico/2019/11/11/nino-se-quita-la-vida-porque-no-lo-dejaron-salir-jugar-149426.html>

Montealegre-Rojas, V. J. (2019). *Algoritmo general dirigido a la Regulación emocional para el tratamiento y la prevención de problemas interiorizados en población infantil* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México].

<http://132.248.9.195/ptd2019/marzo/0786138/Index.html>

Montoya-Castilla, I., Jiménez, T., Ordóñez, A., y González, R. (2015). Inteligencia emocional y depresión en la infancia. *Proceedings of Iberoamerican Congress of Health Psychology*, 7, 16–23. <https://www.aepc.es/WEBSALUD/PROCEEDING/3.pdf>

Morfín-López, T., y Ibarra-López, A. M. (2015). *Fenómeno suicida: Un acercamiento transdisciplinar*. Manual Moderno.

[https://www.researchgate.net/publication/269107473\\_What\\_is\\_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civilwars\\_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625](https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civilwars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625)

Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia : Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 9–18.

[https://www.revistapcna.com/sites/default/files/mosquera\\_2016\\_revision\\_critica\\_conducta\\_suicida.pdf](https://www.revistapcna.com/sites/default/files/mosquera_2016_revision_critica_conducta_suicida.pdf)

Multimedios digital. (2020, noviembre 1). Niño se quita la vida porque sus padres le quitaron su tablet. *Multimedios Televisión*. <https://www.multimedios.com/television/nino-se-quita-la-vida-porque-sus-padres-le-quitaron-su-tablet>

Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Schmitz, F., Cabello-González, R., y Fernández-Berrocal, P. (2021). Emotional disorders during the COVID-19 outbreak in Spain: The role of sociodemographic factors and cognitive emotion regulation strategies. *Health Education &*

*Behavior*, 48, 1–12. <https://doi.org/10.1177/10901981211014101>

Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Schmitz, F., Cabello, R., y Fernández-Berrocal, P. (2020).

Emotional distress during the COVID-19 outbreak in Spain. *medRxiv*, 2020.05.30, 1–37.

<https://doi.org/10.1101/2020.05.30.20117457>

Muñoz-Navarro, R., Malonda, E., Llorca-Mestre, A., Cano-Vindel, A., y Fernández-Berrocal, P.

(2021). Worry about COVID-19 contagion and general anxiety: Moderation and mediation effects of cognitive emotion regulation. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 311–318.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.004>

Muñoz de Morales, M., y Bisquerra-Alzina, R. (2014). Diseño de un plan de educación

emocional en Guipúzcoa: Diseño y aplicación del programa de formación de formadores. /

*Congrés Internacional d'Educació Emocional i X Jornades d'Educació Emocional*, 623–

634. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/58752>

Najera-Najera, C. D. (2011). *Estrategias de Auto-regulación en niños de 9 a 12 años para las*

*emociones de enojo, tristeza, miedo y alegría* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional

Autónoma de México]. <http://132.248.9.195/ptb2011/agosto/0671838/Index.html>

Neacsiu, A. D., Bohus, M., y Linehan, M. M. (2014). Dialectical Behavior Therapy: An

intervention for emotion dysregulation. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion*

*Regulation* (2a ed., pp. 491–507). The Guilford Press.

Neumann, A., Van Lier, P. A. C., Frijns, T., Meeus, W., y Koot, H. M. (2011). Emotional

dynamics in the development of early adolescent psychopathology: A one-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(5), 657–669.

<https://doi.org/10.1007/s10802-011-9509-3>

O'Connor, R. C., Wetherall, K., Cleare, S., McClelland, H., Melson, A. J., Niedzwiedz, C. L.,

O'Carroll, R. E., O'Connor, D. B., Platt, S., Scowcroft, E., Watson, B., Zortea, T., Ferguson,

E., y Robb, K. A. (2020). Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic:

longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing study. *The*

*British Journal of Psychiatry*, 1–8. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.212>

Organización de las Naciones Unidas. (2018). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Organización de las Naciones Unidas.

[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf)

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2015). *Educación 2030: Hacia una educación inclusiva y equitativa de calidad y un aprendizaje a lo largo de la vida para todos*. En *Declaración de Incheon y marco de acción ODS 4-Educación 2030*.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

[https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000245656\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000245656_spa)

Organización Mundial de la Salud. (1948, abril 7). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Gobernanza. <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Prevención del suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66802/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.3\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66802/WHO_MNH_MBD_00.3_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Prevención del suicidio: Recurso para consejeros*.

Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.

[http://www.who.int/mental\\_health/media/counsellors\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf)  
[https://www.who.int/mental\\_health/media/counsellors\\_spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Guía de Intervención mhGAP*. Organización Mundial de la Salud. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*.

Organización Mundial de la Salud.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2015). *De los riesgos para la salud*. En *Doceavo Informe*

*sobre la salud en el mundo 2005*. Organización Mundial de la Salud.

<https://www.who.int/whr/2002/en/Chapter2S.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2019a, septiembre 2). *Suicidio*. Centro de Prensa.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud. (2019b, septiembre 9). *Cada 40 segundos se suicida una persona*. Comunicados de prensa. <https://www.who.int/es/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>

Organización Mundial de la Salud. (2020, septiembre 28). *Salud mental del adolescente*. Centro de Prensa. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas: Informe regional*. Organización Panamericana de la Salud.

[http://www.paho.org/pan/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=253&Itemid=224](http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=253&Itemid=224).

Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Preparar a la región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10017>

Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Prevención de la conducta suicida*.

Organización Panamericana de la Salud.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud. (2020, septiembre 10). *Pandemia por COVID-19 exacerba los factores de riesgo de suicidio*. News. <https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2020-pandemia-por-covid-19-exacerba-factores-riesgo-suicidio>

Organización Panamericana de la Salud. (2022, junio 10). *Suicide Prevention*. Topics.

<https://www.paho.org/en/topics/suicide-prevention>

Oriol, C. (2020, noviembre 8). Los expertos alertan: las tentativas de suicidio se disparan con la

pandemia. *La Vanguardia*.

<https://www.lavanguardia.com/vivo/psicologia/20201108/49260473202/pandemia-aumento-suicidios.html>

Palacios-Delgado, J. R., y Andrade-Palos, P. (2007). Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes. *Revista de educación y desarrollo*, 7, 5–16.

Páramo-Castillo, D., y Chávez-Hernández, A. M. (2007). Maltrato y suicidio infantil en el Estado de Guanajuato. *Salud Mental*, 30(3), 59–67. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v30n3/0185-3325-sm-30-03-59.pdf>

Pascual-Jimeno, A., y Conejero-López, S. (2019). Regulación emocional y afrontamiento: Aproximación conceptual y estrategias. *Revista Mexicana de Psicología*, 36(1), 74–83. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243058940007%0ACómo>

Pellitteri, J., y Smith, B. (2007). Building academic success on Social and Emotional Learning: What does the research say? *Reading & Writing Quarterly*, 23(2), 197–202. <https://doi.org/10.1080/10573560600992837>

Pérez-Amezcuca, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E. E., De Castro, F., Leyva-López, A., y Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública de México*, 52(4), 324–333. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342010000400008>

Pérez-Díaz, Y., y Guerra-Morales, V. M. (2014). La regulación emocional y su implicación en la salud del adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(3), 368–375. <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v86n3/ped11314.pdf>

Pérez-Escoda, N., y Alegre, A. (2012). La Inteligencia y la seguridad emocional: el caso de la adaptación de los preadolescentes en la escuela. *Revista Iberoamericana de Educación*, 60(1), 3. <https://doi.org/10.35362/rie6011332>

Pérez-Escoda, N., y Filella-Guiu, G. (2019). Educación emocional para el desarrollo de competencias emocionales en niños y adolescentes. *Praxis & Saber*, 10(24), 23–44.

<https://doi.org/10.19053/22160159.v10.n25.2019.8941>

- Perinat, A. (2003). *Psicología del Desarrollo: Un enfoque sistémico* (1a ed.). Editorial UOC.
- Petrova, M., Wyman, P. A., Schmeelk-Cone, K., y Pisani, A. R. (2015). Positive-themed suicide prevention messages delivered by adolescent peer leaders: Proximal impact on classmates' coping attitudes and perceptions of adult support. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 45*(6), 651–663. <https://doi.org/10.1111/sltb.12156>
- Pfeffer, C. R., Conte, H. R., Plutchik, R., y Jerrett, I. (1979). Suicidal behavior in latency-age children: An empirical study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 18*(4), 679–692. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)62215-9](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)62215-9)
- Pfeffer, C. R., Jiang, H., y Kakuma, T. (2000). Child-adolescent suicidal potential index (CASPI): A screen for risk for early onset suicidal behavior. *Psychological Assessment, 12*(3), 304–318. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.12.3.304>
- Pfeffer, C. R., Lipkins, R., Plutchik, R., y Mizruchi, M. (1988). Normal children at risk for suicidal behavior: A two-year follow-up study. *The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*(1), 34–41. <https://doi.org/10.1097/00004583-198801000-00006>
- Piedrahita S, L. E., Paz, K. M., y Romero, A. M. (2012). Intervention strategy for the prevention of suicide in adolescents: The school as context. *Hacia la Promoción de la Salud, 17*(2), 136–148. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772012000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772012000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- Pimentel-Bolaños, H. E. (2013). *Características psicométricas y confiabilidad del Índice de regulación emocional de niños y adolescentes "ERICA" y Regulación emocional en niños de 9 A 11 años con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad de un hospital psiquiátrico de la Ciudad* [Tesis de especialidad, Universidad Autónoma de México]. <http://132.248.9.195/ptd2013/agosto/0699277/0699277.pdf>
- Pisani, A. R., Wyman, P. A., Petrova, M., Schmeelk-Cone, K., Goldston, D. B., Xia, Y., y Gould, M. S. (2013). Emotion regulation difficulties, youth-adult relationships, and suicide attempts

- among High School students in underserved communities. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(6), 807–820. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9884-2>
- Polaino-Lorente, A., y De las Heras, F. J. (1990). En torno al fracaso escolar como hipótesis justificatoria- explicativa del suicidio infantil. *Revista Complutense de Educación*, 1(2), 223–239. <http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/RCED9090230223A/18214>
- Pruessner, L., Barnow, S., Holt, D. V., Joormann, J., y Schulze, K. (2020). Supplemental material for a cognitive control framework for understanding Emotion Regulation flexibility. *Emotion*, 20(1), 21–29. <https://doi.org/10.1037/emo0000658>
- Quintanilla-Montoya, R., Sánchez-Loyo, L. M., y Pérez-Lua, I. A. (2015). Conceptos de muerte y suicidio en una muestra de menores mexicanos de 5 a 14 años de edad. *Acta Universitaria*, 25, 24–28. <https://doi.org/10.15174/au.2015.887>
- Quiroz-Alba, M. (2018). *Propuesta de Taller de Regulación emocional para pacientes con trastorno límite de la personalidad* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. <http://132.248.9.195/ptd2019/febrero/0785645/Index.html>
- Ramírez-Ortíz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., y Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4), 1–8. <https://doi.org/https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Ramos-Luqueño, A. K. (2019). *Intervención Cognitivo Conductual a diadas con problemas de regulación emocional* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. <http://132.248.9.195/ptd2019/marzo/0787194/Index.html>
- Raver, C. C. (2004). Placing emotional self-regulation in sociocultural and socioeconomic contexts. *Child Development*, 75(2), 346–353. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00676.x>
- Redacción. (2019, septiembre 12). Niño de 8 años se quita la vida por que le quitaron el celular. *Al Día Noticias*. <https://aldianoticias.mx/2019/09/12/nino-de-8-anos-se-quita-la-vida-por->

que-le-quitaron-el-celular/

Redacción. (2020a, mayo 20). Niño se quita la vida para no hacer la tarea. *Unión Puebla*.

<https://www.unionpuebla.mx/articulo/2020/05/20/gente/nino-se-quita-la-vida-para-no-hacer-la-tarea>

Redacción. (2020b, noviembre 13). Niño de 13 años se quita la vida luego de que su madre le castigó el celular. *Heraldo de México*.

<https://heraldodemexico.com.mx/nacional/2020/11/13/nino-de-13-anos-se-quita-la-vida-luego-de-que-su-madre-le-castigo-el-celular-225131.html>

Redacción. (2021, septiembre 6). En marcha, Programa Nacional para la Prevención del Suicidio. *El Proceso*. <https://www.proceso.com.mx/nacional/2021/9/6/en-marcha-programa-nacional-para-la-prevencion-del-suicidio-271427.html>

Rendón-Arango, M. I. (2007). Regulación emocional y competencia social en la infancia.

*Diversitas*, 3(2), 349–363. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2007.0002.13>

Reyes-Ortega, M. A., y Tena-Suck, E. A. (2016). *Regulación emocional en la práctica clínica*.

*Una guía para terapeutas*. (1a ed.). Manual Moderno.

Ribero-Marulanda, S., y Vargas-Gutiérrez, R. M. (2013). Análisis bibliométrico sobre el concepto de regulación emocional desde la aproximación cognitivo-conductual: una mirada desde las fuentes y los autores más representativos. *Psicología Desde El Caribe*, 30(3), 495–525. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21329176004.pdf>

Ribes-Iñesta, E. (2008). Educación Básica, desarrollo psicológico y planeación de competencias. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(2), 193–207.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243016308001>

Ríos-Bermúdez, M., y Reyes-Vallejo, O. (2014). Desarrollo emocional y personal. En V. Muñoz-Tinoco, I. López-Verdugo, B. Morgado-Camacho, M. Román-Rodríguez, P. Ridao-Ramírez, X. C. Rojas-Narcos, y R. Vallejo-Orellana (Eds.), *Manual de psicología del desarrollo aplicada a la educación* (pp. 145–166). Pirámide.

- Ritchie, H., Roser, M., y Ortiz-Ospina, E. (2020, octubre 25). *Suicide*. Our World in Data.  
<https://ourworldindata.org/suicide#citation>
- Rivera-Heredia, M. E., y Andrade-Palos, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 23–40. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80280203.pdf>
- Robinson, M. D., Watkins, E. R., y Harmon-Jones, E. (2013). *Handbook of Cognition and Emotion*. The Guilford Press.
- Robles-Sánchez, J. I., Acinas-Acinas, M. P., y Pérez-Iñigo-Gancedo, J. L. (2013). *Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida*. Editorial Síntesis.
- Rosales-Pérez, J. C., Córdova-Osnaya, M., y Cortés-Granados, R. (2015). Confiabilidad y validez de la Escala de Ideación Suicida de Roberts. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 7(2), 31–41. <https://doi.org/10.5460/jbhsi.v7.2.44302>
- Rothbart, M. K., Sheese, B. E., Rueda, M. R., y Posner, M. I. (2011). Developing mechanisms of self-regulation in early life. *Emotion Review*, 3(2), 207–213.  
<https://doi.org/10.1177/1754073910387943>
- Royo-Moya, J., y Fernández-Echeverría, N. (2012). Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia. *Pediatría Integral*, 17(9), 755–759. <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2012-12/depresion-y-suicidio-en-la-infancia-y-adolescencia/>
- Rubenstein, J. L., Heeren, T., Housman, D., Rubin, C., y Stechler, G. (1989). Suicidal behavior in “normal” adolescents: Risk and protective factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 59–72. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1989.tb01635.x>
- Ruesta-Espinoza, A. C. (2020). *Revisión teórica de la regulación emocional* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo].  
<http://tesis.usat.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12423/3133>
- Ruiz-Aranda, D., Fernández-Berrocal, P., Cabello-González, R., y Salguero-Noguera, J. M. (2008). Educando la inteligencia emocional en el aula: el proyecto INTEMO. *Revista de*

*Investigación Psicoeducativa*, 6(2), 240–251.

<https://emotional.intelligence.uma.es/documentos/2-Ruiz-Aranda2008.pdf>

Ruiz-Fernández, M. Á., Díaz-García, M. I., y Villalobos-Crespo, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual. En *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée de Brouwer. <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-técnicas-de-intervención-cognitiva-conductuales.pdf>

Russell, J. A. (1992). Breve comentario sobre el estudio de los conceptos de emoción. *Revista de Psicología Social*, 7(2), 259–263. <https://doi.org/10.1080/02134748.1992.10821665>

Sabatier, C., Restrepo-Cervantes, D., Moreno-Torres, M., Hoyos De los Rios, O. L., y Palacio-Sañudo, J. (2017). Regulación emocional en niños y adolescentes: conceptos, procesos e influencias. *Psicología Desde El Caribe*, 34(1), 75–90.

<https://doi.org/10.14482/psdc.34.1.9778>

Salguero-Noguera, J. M., y Iruarrizaga-Díez, I. (2006). Relaciones entre inteligencia emocional percibida y emocionalidad negativa: ansiedad, ira y tristeza/depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12(2–3), 207–221.

[https://emotional.intelligence.uma.es/documentos/pdf52emocionabilidad\\_negativa.pdf](https://emotional.intelligence.uma.es/documentos/pdf52emocionabilidad_negativa.pdf)

Salguero-Noguera, J. M., Ruiz-Aranda, D., Palomera-Marín, R., Fernández-Berrocal, P., Extremera-Pacheco, N., y Cabello-González, R. (2013). *Programa INTEMO: Guía para mejorar la inteligencia emocional de los adolescentes*. Pirámide.

<https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=UesyUBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=programa+intemo&ots=qJ4HgMTLkM&sig=tlbJXdSVJZr4rI3ESvmLubzrZAZQ#v=onepage&q=programa+intemo&f=false>

Sánchez-Loyo, L. M., Camacho-Gutiérrez, E., Vega-Michel, C., y Delfino-Castellanos, M. H. (2015). Factores biológicos, psicológicos y sociales asociados a las conductas suicidas.

En *Fenómeno Suicida: Un acercamiento transdisciplinar* (pp. 55–68). Manual Moderno.

[https://www.researchgate.net/publication/269107473\\_What\\_is\\_governance/link/548173090](https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090)

cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civil  
wars\_12December2010.pdf%0Ahttps://think-  
asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625

Sánchez-Teruel, D., y Robles-Bello, M. A. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del Psicólogo*, 35(2), 181–192. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2438.pdf>

Sánchez, J. C., Villareal, M. E., y Musitu, G. (2013). Ideación suicida. En G. Musitu-Ochoa (Ed.), *Adolescencia y familia: nuevos retos en el siglo XXI* (pp. 273–290). Trillas. <https://www.uv.es/lisis/sosa/cap13/adolescencia-familia-13.pdf>

Santillán-Torres-Torija, C. (2020). El impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en México. En J. Cadena-Roa (Ed.), *Las Ciencias Sociales y el Coronavirus* (1a ed., pp. 185–196). Universidad Nacional Autónoma de México; Consejo Mexicano de Ciencias Sociales, A.C. <https://www.comecso.com/las-ciencias-sociales-y-el-coronavirus/impacto-psicologico-pandemia-mexico>

Santillán-Torres-Torija, C., y Conchado-Vargas, Á. (2019). *Centro de apoyo y orientación para estudiantes, CAOPE* (1a ed.). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. <https://fenix.iztacala.unam.mx/wp-content/uploads/2020/01/LIBRO-CAOPE.pdf>

Save the Children. (2020). *Mi cuaderno de ejercicios de aprendizaje socioemocional*. Save the Children. [https://resourcecentre.savethechildren.net/node/17890/pdf/2.\\_mi\\_cuaderno\\_de\\_ejercicios\\_de\\_aprendizaje\\_socioemocional\\_12\\_anos\\_paginas.pdf](https://resourcecentre.savethechildren.net/node/17890/pdf/2._mi_cuaderno_de_ejercicios_de_aprendizaje_socioemocional_12_anos_paginas.pdf)

Secretaría de Educación Pública. (2017). *Modelo Educativo. Salud en tu escuela*. Secretaría de Educación Pública. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/283757/SALUD\\_DIG.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/283757/SALUD_DIG.pdf)

Secretaría de Educación Pública. (2020). *Cuidar de otros es cuidar de sí mismo*. Secretaría de

- Educación Pública. <https://www.tamaulipas.gob.mx/educacion/wp-content/uploads/sites/3/2020/07/fichero-herramientass.pdf>
- Secretaría de Salud. (2019). *Salud y Bienestar: Estrategia Nacional para Prevención de Adicciones*. Secretaría de Salud.  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/513314/SALUD\\_Y\\_BIENESTAR\\_3.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/513314/SALUD_Y_BIENESTAR_3.pdf)
- Secretaría de Salud. (2020, septiembre 10). *Conferencia de prensa #COVID19: 10 de septiembre de 2020*. [Video] Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=grJ1KbEspsU>
- Secretaría de Salud. (2022). *Programa de acción específico de Salud mental y adicciones 2020-2024*. Secretaría de Salud.  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/720846/PAE\\_CONASAMA\\_28\\_04\\_22.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/720846/PAE_CONASAMA_28_04_22.pdf)
- Senado de la República. (2015, abril 7). *Gaceta LXII. Gaceta del Senado*.  
[https://www.senado.gob.mx/64/gaceta\\_del\\_senado/documento/53797](https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/53797)
- Senado de la República. (2019, julio 17). *Gaceta LXIV. Gaceta del Senado*.  
[https://www.senado.gob.mx/64/gaceta\\_comision\\_permanente/documento/97387](https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_comision_permanente/documento/97387)
- Senado de la República. (2020, julio 30). *Senado aprueba reforma para prevenir suicidio*. Coordinación de Comunicación Social.  
<http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/48746-senado-aprueba-reforma-para-prevenir-suicidio.html>
- Shields, A., y Cicchetti, D. (1997). Emotion regulation among school-age children: The development and validation of a new criterion Q-sort scale. *Developmental psychology*, 33(6), 906–916. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.33.6.906>
- Silk, J. S., Steinberg, L., y Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*, 74(6), 1869–1880. <https://doi.org/10.1046/j.1467-8624.2003.00643.x>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del Psicólogo* (4a ed.). Trillas.
- Soldevila, A., Filella, G., Ribes, R., y Agulló, M. J. (2007). Una propuesta de contenidos para

- desarrollar la conciencia y la regulación emocional en la educación primaria. *Cultura y Educación*, 19(1), 47–59. <https://doi.org/10.1174/113564007780191278>
- Staats, A. W. (1975). *Social Behaviorism*. The Dorsey Press.
- Staats, A. W. (1979). El conductismo social: Un fundamento de la modificación del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 11(1), 9–46.  
[https://www.researchgate.net/profile/Arthur-Staats/publication/323003408\\_El\\_Conductismo\\_Social\\_Un\\_Fundamento\\_de\\_la\\_Modificacion\\_del\\_Comportamiento/links/5a7bb5f6458515c95de4bc7a/El-Conductismo-Social-Un-Fundamento-de-la-Modificacion-del-Comportamiento.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Arthur-Staats/publication/323003408_El_Conductismo_Social_Un_Fundamento_de_la_Modificacion_del_Comportamiento/links/5a7bb5f6458515c95de4bc7a/El-Conductismo-Social-Un-Fundamento-de-la-Modificacion-del-Comportamiento.pdf)
- Stone, D., Holland, K., Bartholow, B., Crosby, A., Davis, S., y Wilkins, N. (2017). *Preventing suicide: A technical package of policies, programs and practices*. National Center for Injury Prevention and Control Division of violence prevention.  
<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicideTechnicalPackage-es.pdf>
- Suárez-Colorado, Y. (2012). La Inteligencia Emocional como factor protector ante el suicidio en adolescentes. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 182–200.  
<https://revistadepsicologiagepu.es.tl/La-Inteligencia-Emocional-como-Factor-Protector-ante-el-Suicidio-en-Adolescentes.htm>
- Suárez-Colorado, Y. (2020). El suicidio en adolescentes: Un análisis desde las desventajas sociales- económicas y las estrategias de regulación emocional. *Generación de contenidos impresos. Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia*, 5, 26.  
<https://doi.org/10.16925/gclc.09>
- Subsecretaría de Educación Media Superior. (2014). *Programa Construye T 2014-2018*. Secretaría de Educación Pública. <http://www.construyet.org.mx/resources/DocumentoConstruyeT.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Service Administration. (2020). *Treatment for suicidal ideation, self-harm, and suicide attempts among youth*. Substance Abuse and Mental

- Health Service Administration. <http://store.samhsa.gov>
- Suri, G., Sheppes, G., y Gross, J. J. (2013). Emotion Regulation and Cognition. En M. D. Robinson, E. R. Watkins, y E. Harmon-Jones (Eds.), *Handbook Of Cognition and Emotion* (1a ed., pp. 196–211). The Guilford Press.
- Thompson, R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3(4), 269–307. <https://doi.org/10.1007/BF01319934>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 25–52. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>
- Thompson, R. A. (2011). Emotion and emotion regulation: Two sides of the developing coin. *Emotion Review*, 3(1), 53–61. <https://doi.org/10.1177/1754073910380969>
- Thompson, R. A., Lewis, M. D., y Calkins, S. D. (2008). Reassessing emotion regulation. *Child Development Perspectives*, 2(3), 124–131. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2008.00054.x>
- Thompson, R. A., Virmani, E. A., Waters, S. F., Raikes, H. A., y Meyer, S. (2013). The development of emotion self-regulation: The whole and the sum of the parts. En K. Barret (Ed.), *Handbook of Self-Regulatory Processes in Development: New Directions and International Perspectives* (pp. 5–26). Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9780203080719-11>
- Toribio, L. (2020, septiembre 9). Presentará Ssa programa nacional para prevención del suicidio. *Excelsior*. <https://www.excelsior.com.mx/nacional/presentara-ssa-programa-nacional-para-prevencion-del-suicidio/1404804>
- Torres, B. (2020, diciembre 15). Niño de ocho años se quita la vida porque no lo llevaron a la iglesia. *Cultura Colectiva News*. <https://news.culturacolectiva.com/mexico/nino-ocho-anos-suicida-porque-no-llevaron-iglesia/>
- Trueba-Atienza, C. (2009). La teoría aristotélica de las emociones. *Signos filosóficos*, 11(22),

147–170. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34316032007>

Urbina-Fuentes, M. (2015). Determinantes sociales de la salud y de la salud mental. En M. E. Medina-Mora, E. J. Sarti-Gutiérrez, y T. Real-Quintanar (Eds.), *La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura* (1a ed., pp. 59–79). Academia Nacional de Medicina.

[https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27\\_ANM\\_DEPRESION.pdf](https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf)

Val, A., y Míguez, M. C. (2021). The prevention of suicidal behavior in adolescents in the school: A systematic review. *Terapia Psicológica*, 39(1), 145–162.

<https://doi.org/10.4067/S0718-48082021000100145>

Valadez-Figueroa, I., Chávez-Hernández, A. M., Vargas-Valadez, V., Hernández-Cervantes, Q., y Ochoa-Orendain, M. D. C. (2019). Tentativa suicida y uso del tiempo libre en adolescentes escolarizados mexicanos. *Terapia Psicológica*, 37(1), 5–14.

<https://doi.org/10.4067/S0718-48082019000100005>

Valadez-Figueroa, I., Chávez-Hernández, A. M., Vargas-Valadez, V., y Ochoa-Orendain, M.-C. (2019). Componentes cognoscitivos, comportamentales y afectivos de la ideación suicida y su relación con situaciones cotidianas de la vida familiar en adolescentes mexicanos. *Acta Universitaria*, 29, 1–17. <https://doi.org/10.15174/au.2019.2489>

Valadez, I., Amezcua, R., González, N., Montes, R., y Vargas, V. (2011). Maltrato entre iguales e intento suicida en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2(9), 783–796.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77321592020>

Valdez-Santiago, R., Hidalgo-Solórzano, E., Mojarro-Iñiguez, M., Ávila-Burgos, L., Gómez-Hernández, H., y Martínez-González, Á. (2017). Attempted suicide among adolescents in Mexico: Prevalence and associated factors at the national level. *Injury Prevention*, 24(4), 256–261. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2016-042197>

Valdez-Santiago, R., Marín-Mendoza, E., Gómez-García, L., Godínez-Alejandre, J., y Híjar, M.

- (2019). Respuesta del sector salud a la conducta suicida de adolescentes en cinco estados de México: entre el desbordamiento y la precariedad. En R. Valdez-Santiago y L. Arenas-Monreal (Eds.), *Simplemente quería desaparecer* (pp. 15–50). Instituto Nacional de Salud Pública. <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/5034-conducta-suicida.html>
- Valdez-Santiago, R., Marín-Mendoza, E., y Torres-Falcón, M. (2021). Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. *Salud Pública de México*, 63(4), 554–564. <https://doi.org/10.21149/12310>
- Valdez-Santiago, R., Villalobos, A., Arenas-Monreal, L., González-Forteza, C., Hermosillo-de-la-Torre, A. E., Benjet, C., y Wagner-Echeagaray, F. (2021). Comparative analysis of lifetime suicide attempts among mexican adolescents, over the past 12 years. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 5419. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105419>
- Valenzuela-Santoyo, A. del C., y Portillo-Peñuelas, S. A. (2018). Inteligencia Emocional y su relación con el rendimiento académico. *Revista Electrónica Educare*, 22(3), 1–15. <https://doi.org/10.15359/ree.22-3.11>
- Vargas-Alvarado, E., y Davis, J. H. (1964). Suicidio en niños. *Acta Médica Costarricense*, 7(1), 3–9. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=17191>
- Vargas-Gutiérrez, R. M., y Muñoz-Martínez, A. M. (2013). La regulación emocional: Precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual. *Psicología USP*, 24(2), 225–240. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000200003>
- Vargas-Peña, K., Villoria-Torres, Y. A., y López-Guerra, V. M. (2018). Factores protectores de la conducta prosocial en adolescentes: Un análisis de ruta. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(2), 563–589. [www.revistas.unam.mx/index.php/rep](http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep)
- Vargas, J. (2020, diciembre 11). Menor de 11 años se quita la vida en su vivienda de Escobedo. *El Horizonte*. <https://www.elhorizonte.mx/local/menor-11-anos-se-quita-vida-su>

vivienda-escobedo/v-2974873

Vargas, M. (2021, octubre). Prevención del suicidio: Por pandemia crece muerte juvenil en México. *Corriente Alterna*. <https://corrientealterna.unam.mx/derechos-humanos/prevencion-del-suicidio-infantil-juvenil-en-mexico-pandemia/>

Vázquez-Vega, D., Piña-Pozas, M., González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, A., y Mondragón-Barrios, L. (2015). La investigación sobre suicidio en México en el periodo 1980-2014: análisis y perspectivas. *Acta Universitaria*, 25(55), 62–69.  
<https://doi.org/10.15174/au.2015.855>

Vázquez, A. (2015). Manejo psicoterapéutico de la depresión y otros trastornos psiquiátricos. En M. E. Medina-Mora, E. J. Sarti-Gutiérrez, y T. Real-Quintanar (Eds.), *La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura* (1a ed., pp. 195–207). Academia Nacional de Medicina.  
[https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CANivANM150/L27\\_ANM\\_DEPRESION.pdf](https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CANivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf)

Vega-Vázquez, M., Rivera-Heredia, M. E., Sánchez-Loyo, L. M., y González-Betanzos, F. (2022). Prevención de conductas suicidas en niños: una propuesta de intervención. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 11(23), 32–59.  
<https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v11i23.18060>

Vijayakumar, L., y Phillips, M. (2016). Suicide prevention in low and middle-income countries. En R. C. O'Connor y J. Pirikis (Eds.), *The International Handbook of Suicide Prevention* (2a ed., pp. 506–523). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118903223>

Villalobos-Galvis, F. H. (2007). Aplicación del Modelo procesual del estrés a la conducta suicida. *Universidad Y Salud*, 1(8), 126–141.  
<https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/253>

Villanueva-Barbarán, R., y Valenciano-Canet, G. (2012). El papel de la maestra en la promoción de dos competencias de la inteligencia emocional de niñas y niños de quinto grado. *Revista Electrónica Educare*, 16(3), 49–75. <https://doi.org/10.15359/ree.16-3.3>

- Viñas-Poch, F., y Domènech-Llaberia, E. (1999). Variables predictoras de la ideación suicida en la población escolar infantil. *Infanto: Revista de neuropsiquiatría da infancia e adolescencia*, 7(1), 5–17.  
[https://www.researchgate.net/publication/269599059\\_Variables\\_predictoras\\_de\\_la\\_ideacion\\_suicida\\_en\\_la\\_poblacion\\_escolar\\_infantil](https://www.researchgate.net/publication/269599059_Variables_predictoras_de_la_ideacion_suicida_en_la_poblacion_escolar_infantil)
- Viñas-Poch, F., Jane-Ballabriga, M. C., y Domènech-Llaberia, E. (2000). Evaluación de la severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años. *Psicothema*, 12(4), 594–598. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=377>
- Vivas, M., Gallego, D., y González, B. (2007). *Educación de las emociones* (2a ed.). Producciones Editoriales C.A. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1bpw69v.11>
- Wadsworth, M. E., y Berger, L. E. (2006). Adolescents coping with poverty-related family stress: Prospective predictors of coping and psychological symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(1), 57–70. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-9022-5>
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide a global imperative*. World Health Organization.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779\\_eng.pdf;jsessionid=B07775B219DEF0A5161174F5FAFE3710?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=B07775B219DEF0A5161174F5FAFE3710?sequence=1)
- World Health Organization. (2020, julio). *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)*. Mental health. [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/en/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/)
- World Health Organization. (2021a). *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*. Organización Mundial de Salud.  
<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350957/retrieve>
- World Health Organization. (2021b). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve>
- Xantomila, G. (2020, marzo 11). Cada mes se registran 52 suicidios infantiles en México: INEGI. *El Sol de México*. <https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/sociedad/inegi-cada->

mes-se-registran-52-suicidios-infantiles-bullying-cifras-en-mexico-josefina-vazquez-mota-pan-4959128.html

Yépez-García, N. de J. (2012). *Estrategias cognitivo conductuales para la regulación emocional*. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.

Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., y Sheri, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(2), 155–168.

<https://doi.org/10.1097/00004703-200604000-00014>

Zinoni, M. J. (2018). *Autorregulación emocional y uso de estrategias de aprendizaje en alumnos del último año del nivel medio de la Ciudad de Paraná* [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica Argentina]. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/11498>

ANEXO A

**Guía de entrevista**

Nombre del entrevistador:  
 Fecha:  
 Nombre del docente:  
 Materia o materias impartidas:  
 Horas frente a grupo:  
 No. De alumnos:  
 Grado o grados a los que imparte clases:  
 Escuela:  
 Turno:

Notas:

<i>Temas</i>	<i>Preguntas Guía</i>	
	¿Cómo ha vivido las clases en línea durante esta pandemia?	
	¿Cómo cree que sus alumnos han vivido este periodo de confinamiento?	
Pertenencia a grupos vulnerables. Problemas financieros.	Me podría contar sobre sus alumnos. De acuerdo con su percepción y lo que sus alumnos le han reportado ¿pertenecen a una población de fácil acceso? ¿Cuentan con todos los servicios (agua, luz, teléfono, pavimentación) en sus casas? ¿Ha tenido reporte acerca de dificultades para asistir a clases en modalidad presencial o virtual? ¿Conoce cuáles les son los principales trabajos de las familias de los alumnos? ¿Le han reportado o ha detectado dificultades económicas en las familias de los alumnos los últimos meses?	
Relaciones familiares desestructuradas o negativas	¿Le han reportado o comentado sobre cómo son las relaciones de los alumnos con sus padres? ¿Le han reportado alguna particularidad en estas relaciones? ¿Ha detectado o le han reportado modificaciones en las relaciones familiares durante esta pandemia? ¿Cómo se han modificado? ¿Qué diferencias existen?	
Dificultades para relacionarse	¿Tiene reporte de la convivencia de los alumnos en casa? ¿Existe algún alumno o alumna en particular que le llame la atención o preocupe por la forma en que expresa que se relaciona en casa?	
Bajo apoyo familiar. Problemas financieros.	De acuerdo a sus observaciones o reportes de los alumnos, ¿considera que los alumnos reciben apoyo de sus padres en las actividades escolares (tareas, comprar material)? ¿Los padres de sus alumnos asisten regularmente a juntas o citas? ¿Percibe o tiene conocimiento de algún otro tipo de apoyo de los padres de familia en general para con sus hijos? ¿Qué tipos de apoyo percibe?	
	De acuerdo con reportes de los alumnos u observaciones personales ¿Cuáles considera que son las dificultades que enfrentan los alumnos y sus familias? Económicas, sociales, comunicacionales.	
Involucramiento afectivo y comunicación disfuncional	¿Los alumnos reportan o platican sobre sus dificultades económicas en el aula? ¿Los alumnos reportan o platican sobre sus dificultades de relacionarse con sus familiares en el aula? ¿Percibe que los alumnos comunican estas u otras situaciones familiares en el aula? ¿Por qué? ¿Cómo comunican los alumnos estas situaciones que viven?	
	¿En su experiencia los alumnos se comunican correctamente (con facilidad, fluidez y claridad) ¿Entre ellos o con otros? ¿Por qué?	

<i>Temas</i>	<i>Preguntas Guía</i>	
	¿Existe algún caso que llame su atención, que no se comunice con los demás o tenga dificultad para ello?	
	¿Considera que sus alumnos comunican sus sentimientos y/o emociones? ¿Cómo? ¿Qué sentimientos o emociones expresan mayormente?	
	¿Identifica algún alumno o alumna que tenga mayores dificultades para comunicar sus sentimientos o emociones?	
Abuso físico, sexual o psicológico	¿Cree o ha tenido reporte de que sus alumnos vivan agresiones o abusos físicos, psicológicos o sexuales en casa o fuera de la escuela? ¿Existe algún alumno o alumna en particular que llame su atención?	
Dificultades para relacionarse	De acuerdo con sus observaciones ¿Cómo son las relaciones (respetan sus opiniones, se integran entre todos, son un grupo que se apoya, se molestan constantemente, se burlan, casi no hablan entre ellos) de los alumnos entre ellos? ¿Qué particularidades identifica en estas relaciones?	
	¿Ha tenido reporte o ha podido observar si estas relaciones se han modificado en esta virtualidad? ¿Qué diferencias identifica?	
Diversas manifestaciones de violencia. Agresividad.	¿Considera que las relaciones entre pares son agresivas o violentas? ¿Por qué?	
	¿Existe algún alumno o alumna en particular que le llame la atención o preocupe por la forma en que se relaciona con sus compañeros?	
Dificultad para resolver problemas	¿Cree que sus alumnos tengan facilidad para resolver los problemas de la vida diaria? ¿Por qué?	
	¿Existe algún estudiante que en particular tenga dificultades para resolver sus problemas? ¿Me podría contar más sobre él o ella?	
Consumo de sustancias	¿Conoce o considera que sus alumnos abusan o alguna vez han abusado de alcohol, drogas o alguna otra sustancia?	
	¿Existe algún alumno en particular que le preocupe?	
Impulsividad	¿Considera o ha tenido reporte que los alumnos y alumnas actúen sin pensar? ¿Siempre ha sido así o se ha modificado en esta pandemia?	
	¿Existe algún caso en particular que actúe de esta forma?	
Desesperanza	¿Tiene reporte o conocimiento sobre las esperanzas o visiones del futuro de los alumnos durante la pandemia? ¿Qué reportan los alumnos? ¿Anteriormente era igual?	
	¿Tiene conocimiento sobre algún alumno en particular que haya perdido estas esperanzas?	
Dificultades para relacionarse	¿Cómo son las relaciones de los alumnos con sus profesores? ¿Qué particularidades identifica en estas relaciones?	
	¿Se han modificado en esta virtualidad? ¿Cómo eran antes?	
Bajo reconocimiento o rendimiento escolar	¿Cómo ha visto el desempeño de los alumnos durante esta pandemia? ¿Existe algún elemento que le llame la atención en el desempeño del grupo?	
	Respecto al desempeño ¿Existen casos particulares que le llamen la atención o preocupen?	
	En su experiencia ¿Los alumnos se sienten reconocidos académicamente? ¿Por qué?	

## ANEXO B

### **Consentimiento informado: Cuestionarios (VIRTUAL)**

La salud emocional es un factor importante para cuidar la salud mental de todos los individuos. Hoy conocemos que protegerla y desarrollarla desde la infancia es crucial para el crecimiento positivo de nuestros niños y niñas.

Por lo que la presente evaluación es conducida por la Psic. Lilián Pamela Garduño Ramírez con supervisión del Dr. Ulises Delgado Sánchez y el comité revisor de la Dra. Deni Stincer Gómez y el Dr. Juan Jiménez de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y la Universidad Autónoma de México. Tiene como objetivo **conocer tanto el estado de salud emocional como las estrategias de regulación emocional que utilizan los niños y niñas de 9 a 11 años.**

Ello, a través de 3 cuestionarios que recolectan datos sociodemográficos, conductas emocionales recientes y acciones relacionadas con las conductas, incluidas aquellas de riesgo para la salud.

El procedimiento iniciará con la recolección de datos del participante y el envío de un enlace de Meet para dar paso a una sesión sincrónica donde nos reuniremos en grupos para la aplicación de los cuestionarios. El tiempo aproximado es de 1 a 1 ½ horas. Este mismo procedimiento se repetirá 12 y 18 semanas después de la aplicación de los primeros cuestionarios con la finalidad de conocer cambios y/o estabilidad de las respuestas.

La participación es estrictamente **voluntaria** y la información que se recoja será **confidencial**. Por lo que no será utilizada para ningún propósito fuera del antes propuesto. Las respuestas serán codificadas usando un folio de identificación, por tanto, permanecerán **anónimas** para propósitos del análisis de la información.

Al final de la aplicación de los instrumentos y en caso de que su hijo(a) requiera atención especializada, se dará información para acudir a atención específica. La información se entregará en sobre cerrado y rotulado al profesional que lo atenderá.

Si existiese alguna duda sobre el proyecto, puede hacerlas en cualquier momento durante su participación. De la misma forma, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso perjudique en ninguna forma a usted o su hijo(a).

Agradecemos su participación y solicitamos, en caso de haber comprendido lo explicado y de estar de acuerdo en que su hijo(a) participe, firme el presente documento. Confirmando con ello que participa de forma voluntaria, sin ser sometido a ningún tipo de presión ni compensación económica por ello.

---

Nombre del padre o tutor

---

Nombre del testigo

---

Firma del padre o tutor

---

Firma del testigo

---

Psic. Lilián Pamela Garduño Ramírez

---

Nombre y firma de investigador testigo

## ANEXO C

### **Consentimiento informado (VIRTUAL) TALLER TENGO EL PODER**

La salud emocional es un factor importante para cuidar la salud mental de todos los individuos. Hoy conocemos que protegerla y desarrollarla desde la infancia es crucial para el crecimiento positivo de nuestros niñas y niños.

Por lo que la presente investigación conducida por la Psic. Lilián Pamela Garduño Ramírez con supervisión del Dr. Ulises Delgado Sánchez y el comité revisor de la Dra. Deni Stincer Gómez y el Dr. Juan Jiménez de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y la Universidad Autónoma de México. Tiene como objetivo **facilitar que los niñas y niños de 9 a 11 años utilicen estrategias que les permitan regular sus emociones.**

Ello, a través de 11 sesiones grupales, sin costo, con una duración de 90 minutos una vez por semana en un horario de ----- hrs. Se enviará un enlace para conectarse a una clase de Classroom dentro de las cuales habrá actividades sincrónicas vía Meet y asincrónicas que se asignarán cada semana.

Para ello es importante que conozca y esté de acuerdo con los siguientes lineamientos:

- Es necesario que para mayor beneficio del grupo y del participante, su hijo(a) o tutorado(a) asista a todas las sesiones. Si no puede asistir a alguna, por favor de avisar con anticipación al **teléfono 5550675709**.
- Los datos personales, así como todos aquellos que provengan de las sesiones de grupo serán de carácter **confidencial**. Los nombres de los participantes, así como cualquier otra información que pueda identificarlo(a) no será publicada de ninguna forma. Por lo que toda información recabada quedará a resguardo de la Psic. Lilián Pamela Garduño Ramírez y permanecerá **anónima** para propósitos de la investigación.
- La participación es estrictamente **voluntaria**, por lo que, durante el proceso grupal, el niño se puede rehusar a contestar cualquier pregunta o negarse a participar en dinámicas, incluso dejar el grupo sin afectar o repercutir de ningún modo en el desarrollo de su vida académica o disciplinar. En cualquier caso, es importante comunicar a la psicóloga cualquier incomodidad.
- Para lograr todos los beneficios del taller se solicita, dentro de lo posible, que el participante se encuentre en un espacio donde se pueda sentir **tranquilo y sin distracciones** (personas u objetos). Un espacio que pueda tener él con su grupo de trabajo y que cuente con las

herramientas físicas, informáticas y de conectividad necesarias para cumplir con la sesión de 90 minutos con las menores interrupciones posibles.

- En caso de que por fuerzas ajenas al participante y los medios perdiera conexión es importante comunicarse con la psicóloga al teléfono 5550675709 para poder generar un plan de acción oportuno.

Si existiese alguna duda sobre el proyecto, puede hacerlas en cualquier momento durante su participación.

Agradecemos su participación y solicitamos, en caso de haber comprendido lo explicado y de estar de acuerdo en que su hijo(a) participe en el taller, firme el presente documento. Confirmando con ello que participa de forma voluntaria, sin ser sometido a ningún tipo de presión ni compensación económica por ello.

---

Nombre del padre o tutor

---

Nombre del testigo

---

Firma del padre o tutor

---

Firma del testigo

---

Psic. Lilián Pamela Garduño Ramírez

---

Nombre y firma de investigador testigo

## ANEXO D

### **Asentimiento informado: Cuestionarios (VIRTUAL)**

Cuidar de nuestras emociones es muy importante para cuidar de nuestra salud. Muchos de los problemas de salud mental se pueden desarrollar desde la infancia.

Por lo que la presente investigación conducida por la Psic. Lilián Pamela Garduño Ramírez con supervisión del Dr. Ulises Delgado Sánchez y el comité revisor de la Dra. Deni Stincer Gómez y el Dr. Juan Jiménez de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y la Universidad Autónoma de México. Tiene como objetivo **conocer tanto el estado de salud emocional como las estrategias de regulación emocional que utilizan los niñas y niños de 9 a 11 años.**

Te invitamos a participar, una vez que tu padre, madre o tutor acudió a una reunión donde le explicamos el proyecto y aceptó que **tú participes** en el estudio. Por lo anterior, en esta sesión aplicaremos unos cuestionarios que recolectan datos sociodemográficos, conductas emocionales recientes y acciones relacionadas con las conductas, incluidas aquellas de riesgo para la salud.

El tiempo aproximado es de 1 a 1 ½ horas. Y se realizará en dos ocasiones, el día de hoy y en 12 semanas con la finalidad de conocer si te sientes igual o algo ha cambiado.

Tu participación es estrictamente **voluntaria** y la información que se recoja será **confidencial**. Por lo que no será utilizada nada que no sea esta investigación. Tus respuestas serán codificadas usando un folio de identificación, por tanto, permanecerán **anónimas** para propósitos de la investigación.

Si tienes alguna duda, puedes hacerlas en cualquier momento durante tu participación. De la misma forma, puedes retirarte de la investigación en cualquier momento sin que eso te perjudique a ti o a tu padre, madre o tutor.

Agradecemos mucho tu participación y solicitamos, en caso de haber entendido lo explicado y de estar de acuerdo, que firmes el presente documento. Confirmando con ello que

participas de forma voluntaria, sin ser sometido a ningún tipo de presión ni compensación económica por ello.

---

Nombre del participante

---

Fecha de Nacimiento

---

Firma del participante

---

Psic. Lilián Pamela Garduño Ramírez

---

Nombre y firma de investigador testigo

## ANEXO E

### **Asentimiento informado (VIRTUAL)**

#### **TALLER TENGO EL PODER**

Cuidar de nuestras emociones es muy importante para cuidar de nuestra salud. Muchos de los problemas de salud mental se pueden desarrollar desde la infancia.

Por lo que la presente investigación conducida por la Psic. Lilián Pamela Garduño Ramírez con supervisión del Dr. Ulises Delgado Sánchez y el comité revisor de la Dra. Deni Stincer Gómez y el Dr. Juan Jiménez de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y la Universidad Autónoma de México. Tiene como objetivo **facilitar que los niñas y niños de 9 a 11 años utilicen estrategias que les permitan regular sus emociones.**

Te invitamos a participar, una vez que tu padre, madre o tutor acudió a una reunión donde le explicamos el taller y acepto que **tú participes**. El taller consta de 11 sesiones grupales, sin costo, con una duración de 90 minutos una vez por semana en un horario de -----  
-- hrs.

Para ello es importante que conozcas que:

- Trabajaremos como equipo en el desarrollo de los poderes, nos apoyaremos y practicaremos cada uno de los poderes dentro y fuera del taller.
- Los datos personales, cosas que compartamos son **confidenciales**. Por lo que toda información recabada quedará a resguardo de la Psic. Lilián Pamela Garduño Ramírez y permanecerá **anónima** para propósitos de la investigación.
- Tu participación es **voluntaria**, por lo que, durante el proceso grupal, puedes no contestar cualquier pregunta, se te invitara a ello y puedes compartir siempre que te sientas cómodo.
- Puedes dejar el grupo en cualquier momento sin afectar o repercutir de ningún modo en el desarrollo de tu vida académica o disciplinar. En cualquier caso, es importante comunicar a la psicóloga cualquier incomodidad.

Igualmente, en el desarrollo del taller debemos estar de acuerdo con asumir los siguientes compromisos:

- Me comprometo a hacer lo posible por tener un espacio sin interrupciones (personas, objetos o equipo de conexión) para desarrollar mi poder.
- Me comprometo a estar a tiempo y atento en el taller.
- Me comprometo a realizar las misiones semanales.
- Me comprometo a hacer lo posible por NO faltar.

- Me comprometo a respetar a mis compañeros.
- Me comprometo a permitir apoyarnos entre todos.
- Me comprometo a no contar o repetir lo que otros dicen fuera de este espacio.

En caso de que por fuerzas ajenas a ti o a los medios perdieras conexión es importante comunicarse con la psicóloga al **teléfono 5550675709** para poder generar un plan de acción oportuno.

Si existiese alguna duda sobre el proyecto, puedes hacerlas en cualquier momento durante tu participación.

Agradecemos tu participación y solicitamos, en caso de haber comprendido lo explicado y de estar de acuerdo en participar en el taller, firmes el presente documento. Confirmando con ello que participas de forma voluntaria, sin ser sometido a ningún tipo de presión ni compensación económica por ello.

---

Nombre del participante

---

Fecha de Nacimiento

---

Firma del participante

---

Psic. Lilián Pamela Garduño Ramírez

---

Nombre y firma de investigador testigo

APÉNDICE F

**Taller Tengo el poder**  
*Plan de sesiones*

**Contenidos:** Conocimiento del alumno.

**Tiempo de cada sesión:** 90 min.

**Modalidad Virtual:** Sincrónica y asincrónica.

	<b>Actividad inicio</b>	<b>Desarrollo</b>	<b>Cierre</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Recursos</b>	<b>Actividades Asincrónicas</b>
<p><b>Sesión 1: Listos para adquirir poderes</b></p> <p>Tema: Conocimiento de los participantes.</p> <p>Objetivo: Establecer un espacio de confianza y conocimiento entre el alumno y el desarrollador de la intervención.</p>	<p>Juego de vikingos. "Vikingo llama a vikingo"</p>	<p>Presentación del investigador con apoyo de diapositivas divertidas. Cada uno se presentará diciendo dos verdades y una mentira.</p>	<p>Cuestionario de conocimiento del participante. Foto de cara o personaje que los represente a tomar durante la sesión.</p>	<p>Rapport.</p>	<p>Meet, música de vikingos, vídeo del juego de vikingos, presentación PPT, votación verdades y mentira, cuestionario forms.</p>	
<i>Tiempo (min)</i>	10	25	2			
<p>Tema: Reglas del Juego</p> <p>Objetivo: Explicar el desarrollo y reglas de las sesiones.</p>	<p>Pregunta ¿Qué haremos en estas sesiones?</p>	<p>Lluvia de ideas de los participantes. Explicación de programa y dinámica a desarrollar. Nube: que te gustaría aprender o que esperas. Compromiso de cada uno de los participantes.</p>	<p>Respiración profunda para finalizar la sesión. Asignación de la misión.</p>	<p>Respiración profunda.</p>	<p>Meet, presentación con reglas y nube virtual. Superhéroes, lista de compromisos, presentación, infografía, formato de autorregistro.</p>	<p>Misión 1: Autorregistro de respiración profunda.</p>
<i>Tiempo(min)</i>	3	20	20			

**Contenidos:**Entender mis emociones.

**Tiempo de cada sesión:** 90 min.

**Modalidad Virtual:** Sincrónica y asincrónica.

<b>Sesión 2: Destruyamos a Nébula</b>	Actividades de inicio. ¿Cómo me siento? y revisión de misiones.	Desencadenante de la emoción alegría, atención de respuestas físicas, cognitivas y conductuales. Atribuir nombre.	Respiración Profunda.	Economía de fichas, exposición, atención plena, autorregistro, respiración profunda.	Meet, pizarrón virtual, autorregistro, nube de palabras, video de risa.	
Tema: Consciencia de las emociones /Componentes / Pongámosle nombre						
Objetivo: Enlistar pensamientos, comportamientos y respuestas fisiológicas ante desencadenantes emocionales de la alegría, ejemplificar con color y poder nombre.						
<i>Tiempo(min)</i>	35	16	3			
Tema: Consciencia de las emociones /Componentes / Pongámosle nombre.	Desencadenante de la emoción miedo.	Atención de respuestas físicas, cognitivas y conductuales. Atribuir nombre.	Respiración Profunda. Asignación de Misión.	Exposición, atención plena, autorregistro, respiración profunda.	Meet, pizarrón virtual, autorregistro, nube de palabras, sonido de miedo.	Misión 2: Autorregistro de respiración profunda y de Identificación de emociones.
Objetivo: Enlistar pensamientos, comportamientos y respuestas fisiológicas ante desencadenantes emocionales del miedo, ejemplificar con color y poder nombre.						
<i>Tiempo(min)</i>	3	15	18			

**Contenidos:**Entender mis emociones.

**Tiempo de cada sesión:** 90 min.

**Modalidad Virtual:** Sincrónica y asincrónica.

Sesión 3: Destruyamos a Nébula II	Actividades de inicio. ¿Cómo me siento? y revisión de misiones.	Desencadenante de la emoción desagradado, atención de respuestas físicas, cognitivas y conductuales. Atribuir nombre.	Respiración Profunda.	Economía de fichas, imaginación guiada, atención plena, autorregistro, respiración profunda	Meet, pizarrón virtual, autorregistro, nube de palabras.	
Tema: Consciencia de las emociones /Componentes / Pongámosle nombre  Objetivo: Enlistar pensamientos, comportamientos y respuestas fisiológicas ante desencadenantes emocionales del desagrado, ejemplificar con color y poder nombre.						
<i>Tiempo (min)</i>	35	16	3			
Tema: Consciencia de las emociones /Componentes / Pongámosle nombre  Objetivo: Enlistar pensamientos, comportamientos y respuestas fisiológicas ante desencadenantes emocionales de tristeza, ejemplificar con color y poder nombre.	Desencadenante de la emoción tristeza.	Atención de respuestas físicas, cognitivas y conductuales. Atribuir nombre.	Respiración Muscular Progresiva. Asignación de misión	Exposición, atención plena, autorregistro, Respiración profunda	Meet, pizarrón virtual, autorregistro, nube de palabras, video de tristeza.	Misión 3: Autorregistro de respiración profunda y de Identificación de emociones.
<i>Tiempo(min)</i>	3	13	20			

**Contenidos:**Entender mis emociones.

**Tiempo de cada sesión:** 90 min.

**Modalidad Virtual:** Sincrónica y asincrónica.

<b>Sesión 4: Destruyamos a Nébula III</b>	Actividades de inicio. ¿Cómo me siento? y revisión de misiones.	Desencadenante de la emoción sorpresa, atención de respuestas físicas, cognitivas y conductuales. Atribuir color y nombre	Respiración Profunda.	Economía de fichas, exposición, atención plena, autorregistro, respiración profunda.	Meet, sonido, autorregistro, nube de palabras.	
Tema: Consciencia de las emociones /Componentes / Pongámosle nombre						
Objetivo: Enlistar pensamientos, comportamientos y respuestas fisiológicas ante desencadenantes emocionales de sorpresa, ejemplificar con color y poder nombre.						
<i>Tiempo(min)</i>	35	14	3			
Tema: Consciencia de las emociones /Componentes / Pongámosle nombre	Desencadenante y reconocimiento del enojo.	Atención de respuestas físicas, cognitivas y conductuales. Atribuir color y nombre	Respiración Muscular Progresiva. Asignación de Misión.	Imaginación guiada, atención plena, autorregistro, respiración profunda	Meet, pizarrón virtual, autorregistro, nube de palabras.	Misión 4: Autorregistro de Respiración profunda y de Identificación de emociones.
Objetivo: Enlistar pensamientos, comportamientos y respuestas fisiológicas ante desencadenantes emocionales de enojo, ejemplificar con color y poder nombre.						
<i>Tiempo(min)</i>	3	8	24			

**Contenidos:**Entender mis emociones/Influjo en mis emociones. **Tiempo de cada sesión:** 90 min. **Modalidad Virtual:** Sincrónica y asincrónica.

	<b>Actividad inicio</b>	<b>Desarrollo</b>	<b>Cierre</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Recursos</b>	<b>Actividades Asincrónicas</b>
<b>Sesión 5: Usando mis poderes para atacar a Nébula</b>	Actividades de inicio.	Identificar triada de las emociones.	Escritura de componentes de la emoción.	Economía de fichas. Modelo ABC.	Meet, Destrucción de Nébula en cómic, superhéroes y triángulos de acción.	
Tema Componentes de las emociones  Objetivo: Demostrar las emociones como elementos tripartitas de base adaptativa, funcional y evolutiva.	¿Cómo me siento? y revisión de misiones.	Enfocarse en función de cada poder de acuerdo con los desencadenantes.				
<i>Tiempo (min)</i>	35	7	2			
Tema: Funciones de las emociones  Objetivo: Escribir las funciones de las emociones de alegría, miedo, tristeza, enojo, sorpresa y desagrado. Dirigir la atención a funciones adaptativas.	Identificar función	Lista de funciones por cada emoción.	Respiración profunda y asignación de misión.	Autorregistro, modelamiento, Respiración profunda.	Meet, pizarra compartida, cuadro de registro, vídeo guía.	Misión 5: Autorregistro de respiración muscular progresiva y de Identificación de emociones.
<i>Tiempo(min)</i>	5	30	6			
<b>Sesión 6: Nébula Omnipresente</b>	Actividades de inicio.	Observación de comportamientos en relación con las 6 emociones.	Respiración muscular progresiva y asignación de la misión.	Economía de fichas, observación, registro, modelamiento, Respiración Muscular Progresiva	Vídeo emociones, cuadro de registro observacional	Misión 6: Autorregistro de respiración muscular progresiva, observación de emociones y de Identificación de emociones.
Tema: ¿Cómo identifico las emociones en otros? / ¿Son iguales en mí y en los demás?  Objetivo: Observar elementos comportamentales verbales y no verbales en pares y personas cercanas. Enlistar rasgos comportamentales observables de las emociones.	¿Cómo me siento? y revisión de misiones.	Enlistar acciones observadas y relacionar.				
<i>Tiempo(min)</i>	35	33	22			

**Contenidos:** Influyo en mis emociones.

**Tiempo de cada sesión:** 90 min.

**Modalidad Virtual:** Sincrónica y asincrónica.

<b>Sesión 7: Poderes al ataque</b>	Actividades de inicio. ¿Cómo me siento? y revisión de misiones. Los 4 superhéroes.	Identificar posibilidades de modificación.	Cuadro de poderes situación - emoción - cambio.	Economía de fichas, observación, video emociones, imaginación guiada, autorregistro.	Meet, video de emociones, autorregistro, registro, imágenes de poderes.	
Tema Modificación de la situación  Objetivo: Simular modificación de situaciones para que el impacto emocional se modifique.						
<i>Tiempo (min)</i>	37	30	10			
Tema: Acercamiento gradual  Objetivo: Utilizar estrategias de imaginación guiada para aproximarnos a situaciones desagradables emocionalmente y tolerarlas.	Identificar situaciones de uso de poderes.	Imaginación guiada para aproximarnos a situación e identificar momento de uso de respiración y cambio.	Asignación de Misión.	Imaginación guiada, respiración profunda.	Meet, autorregistro.	Misión 7: Cuadro de poderes. Autorregistro de técnicas de regulación utilizadas.
<i>Tiempo(min)</i>	2	7	4			
<b>Sesión 8: El poder de Arvioida</b>	Actividades de inicio. ¿Cómo me siento? y revisión de misiones.	Poner atención ante la emoción desencadenada y los pensamientos en ella. Modificar pensamientos para modificar emoción.	Completar autorregistro de poder y asignación de misión	Economía de fichas, exposición, atención plena, reestructuración cognitiva, autorregistro	Meet, sonido, video, cuadro de registro de poderes	Misión 8: Cuadro de Poderes. Autorregistro de técnicas de regulación utilizadas.
Tema: Reestructuración cognitiva  Objetivo: Ejecutar procesos de reestructuración cognitiva para cambiar los pensamientos ante la emoción presente.						
<i>Tiempo(min)</i>	35	35	17			

**Contenidos:** Influyo en mis emociones.

**Tiempo de cada sesión:** 90 min.

**Modalidad Virtual:** Sincrónica y asincrónica.

	<b>Actividad inicio</b>	<b>Desarrollo</b>	<b>Cierre</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Recursos</b>	<b>Actividades Asincrónicas</b>
<b>Sesión 9: Poder Katsella</b>	Actividades de inicio. ¿Cómo me siento? y revisión de misiones.	Emplear distracción ante emociones desagradables y concentración a aquellas agradables.	Completar autorregistro de poder, respiración profunda y asignación de misión.	Economía de fichas, atención plena, distracción, concentración, autorregistro, modelamiento, respiración profunda.	Meet, cuadro de poderes, sonido y video de emociones, registro.	Misión 9: Cuadro de Poderes. Autorregistro de técnicas de regulación utilizadas.
Tema Corrección atencional  Objetivo: Emplear la distracción y concentración para modificar el despliegue de atención ante una situación.						
<i>Tiempo (min)</i>	35	45	7			
<b>Sesión 10: Tenemos el poder</b>	Actividades de inicio. ¿Cómo me siento? y revisión de misiones.	Identificar frases, palabras o momentos que son agradables al individuo. Escribirlos.	Integrar pensamientos en situación. Utilización de cuadro de poderes.	Economía de fichas, evocación de afectos positivos, atención plena, autorregistro, modelamiento.	Meet. Cuadro Etta y cuadro de poderes	
Tema: Generación de afectos positivos  Objetivo: Ejercitar la evocación de momentos agradables mediante imaginación guiada						
<i>Tiempo(min)</i>	35	10	10			
Tema: ¿Qué puede fallar?  Objetivo: Identificar y actuar circunstancias en las que podría fallar la regulación.	Identificación de situaciones de uso.	Hacer ejemplos de uso con el grupo .	Asignación de misión.	Autorregistro, modelamiento.	Meet, cuadro de súper poderes	Misión 10: Cuadro de Poderes. Autorregistro de técnicas de regulación utilizadas.
<i>Tiempo(min)</i>	2	30	3			

**Contenidos:** Me reconozco.

**Tiempo de cada sesión:** 90 min.

**Modalidad Virtual:** Sincrónica y asincrónica.

	<b>Actividad inicio</b>	<b>Desarrollo</b>	<b>Cierre</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Recursos</b>	<b>Actividades Asincrónicas</b>
<b>Sesión 11: Tengo los poderes en mi</b>	Actividades de inicio. ¿Cómo me siento? y revisión de misiones.	Construir y ejemplificar situaciones de uso de estrategias.	Cuestionario de cierre. Retroalimentación.	Economía de fichas, role playing, retroalimentación.	Zoom, cuestionario.	
Tema Repaso de estrategias  Objetivo: Construir situaciones y establecer pasos que permitan actuar ante estas situaciones regulando la emoción.						
<i>Tiempo (min)</i>	35	35	10			



Cuernavaca Mor., a 26 de noviembre de 2022  
ASUNTO: Votos Aprobatorios

DRA. MARICARMEN ABARCA ORTIZ,  
COORDINADORA ACADÉMICA  
DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA.  
P R E S E N T E

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: **“La regulación emocional como factor protector de la ideación suicida: Una intervención en la escuela.”** Trabajo que presenta la C. **LILIÁN PAMELA GARDUÑO RAMÍREZ** quien cursó la MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

ATENTAMENTE

VOTOS APROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
Dr. Ulises Delgado Sánchez	x		
Dra. Deni Stincer Gómez	x		
Dr. Juan Jiménez Flores	x		
Mtro. José Alberto Jiménez Tapia	x 		
Dra. Elizabeth Aveleyra Ojeda	x		

\*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

### Sello electrónico

**ULISES DELGADO SANCHEZ | Fecha:2022-11-29 12:13:39 | Firmante**

jbWQpWxOiXV1aEp8Ci4QDLyoeQAUjlyfwmw1rQjs2BHvse9f19VxUU44qrLIRcZh1abR6csaLrcGjYBBLrSEO77++LjpM6dxXVs/HxA/NsoZS6sF6erOOIZCbbyh7hZ/VMrKJFFr2OKh3IIIEBJ8YgCDB+kKpuv934q9TeJefjYmBty+OPI CZI2hq2C+VsCV7GkwyCPDiff/wKj8pPNsStCfVovfVqz1NulWurRU9QniYxvCmRgT5e23Nj0KjheRvSmb0RwW0NVFe4KYFPLpaDtPqmvG66s7DosV97IDnLKz8jsYlKpZeVGO5MqW5bMK9MZ1es5tLZ3EFC9ukZQ==

**DENI STINCER GOMEZ | Fecha:2022-11-29 17:44:13 | Firmante**

a/4twcc2j/wWy2sA+vp1crHjvBNantG0lZuxBB8F7mBh2hHryT/txMcv7i+4WBq11NwWTJHJOE+2CQUHHk0A7yt9388Zu6oBgmHf/rjrPILcnHkN6hWZiFMIDQzAHrxhQvzupmtQT5nX7B9xvP6sge1v0XpX5gW6lmtV6ZP6wOK3Xg64yqNdN3jzkXhb1+9lrt1vrB8DqDQBgmxfVqSmEXn4YdkK8Qxyd8JXgSmnz7dF50p+NwbZJHbiVCuAyCmdqG2MEtJixByW77wquHcuVu0hOhausoEqKZQtnVw8n6DFUuZR8rbHb5eKnEIWxSWFPTCa5XlqfD9+xN+FA==

**JUAN JIMÉNEZ FLORES | Fecha:2022-11-30 21:09:38 | Firmante**

Y4WNqIjOVzBOmo461LrWleSaar6NXHJ5aZRxcRA/3/VnF1X7TTRz60BazlwNVYeik8GbGRcknwoqthfvYa1qz1PXCJfUHBP6GZCXq6jt7Z/FbbhPLnLqN/DOGo48uhqPJz9Mr7BkM11UP5FADdhY83uDWtr7XRgp93fOQeEaQ116nHZCcwWnMoUkoUAY3lpOQJdj6y7pxM3f+U0YubTetD8osZTGrE/OP6454Mz4x1VMFkZuNU5t18DQXWI3t3Cv8+oRNxhE18F96NHLN1dJrZanXCkN9NxlV02uudgDGbi7K3Q/8G51AhMuobqPTGwwZMZVINKSPXe8KwJrmaxA==

**ELIZABETH AVELEYRA OJEDA | Fecha:2022-11-30 22:47:36 | Firmante**

X959f2GH7n+XhMyQBSIoxnVbCZQUIH/bLZFIgNloy9uFZKDrjYgsIRiQI32R7nVcR/WwKQb4KbgSsVNXJSTWwa32k7Jlh6Vy+ZN1gbj65iJ57ExJpJrokXH3GD7oNPr+nVNY8Wx0gwJnKkyOED5RAcuLXRD9Kovqla+x5gk5QHxUQ2f5PTiMn9orKGbxHT0O6Zxj0YpD0BhK7gROfLPUQd4Qu4xmsl2Xe0Vz80d4UeTcf7aDn8CrDyC6u2GzuRPD4P6FSape3PWtGBiTCQ7D+v15vrZUOz38xnKDSN9nF/vrmqu4cFhXd8pEXADRt28LeBXOlcp7m6vN0Ws1YSg==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



wnd902LFG

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/cqQXXX7gbOaMaDPiZaWACbnepq6aWSyX>

