

RETOS EN LA INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES PUERTORRIQUEÑOS/AS QUE MANIFIESTAN COMPORTAMIENTO SUICIDA*

CHALLENGES IN THE INTERVENTION OF PUERTO RICAN ADOLESCENTS THAT SHOW SUICIDAL BEHAVIOR

Recibido: 28 de Julio del 2015 | Aceptado: 01 de Septiembre del 2015

Yovanska **Duarte** Vélez¹, Paloma **Torres** Dávila¹, Samariz **Laboy** Hernández¹
(UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO RECINTO DE RÍO PIEDRAS, San Juan, Puerto Rico)

RESUMEN

Presentamos un estudio de caso de una adolescente puertorriqueña con comportamiento suicida. Esta comenzó una Terapia Socio Cognitivo-Conductual para el Comportamiento Suicida (TSCC-CS) de tipo ambulatorio luego de una hospitalización por intento suicida. La TSCC-CS incorpora una perspectiva ecológica y de desarrollo a la terapia cognitivo-conductual. Inicialmente mostró baja autoestima y severos síntomas depresivos y de ansiedad. Al finalizar el tratamiento, manifestó un cambio significativo en su sintomatología clínica y evidenció una mejoría en sus destrezas de manejo. No presentó ideas suicidas durante meses previos, ni durante el seguimiento. El análisis de este caso permitió realizar cambios en el protocolo de tratamiento, particularmente en las sesiones de familia y de comunicación con el fin de aumentar la viabilidad del tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Adolescentes, comportamiento suicida, tratamiento.

ABSTRACT

This article is a case study of a Puerto Rican adolescent with suicidal behavior. The adolescent began a Socio-Cognitive Behavioral Therapy for Suicidal Behavior (SCBT), an ambulatory treatment, after being hospitalized for a suicide attempt. The SCBT incorporates an ecological and developmental perspective to CBT. The client initially presented low self-esteem, and significant depressive and anxiety symptoms. At the end of treatment, the adolescent revealed a significant change in symptoms, and a better use of her coping skills. No suicidal ideation was presented during previous months, neither during follow up. Case analysis allowed treatment protocol modifications, particularly family sessions and communication skills, thus contributing to its further feasibility.

KEY WORDS: Adolescents, suicidal behavior, treatment.

* Este proyecto fue subvencionado por la propuesta 1-YIG-xxxx-00047-1208-0609 de la American Foundation for Suicide Prevention otorgada a Yovanska Duarte-Velez. El contenido es exclusivamente responsabilidad de las autoras y no necesariamente representa el punto de vista oficial de la American Foundation for Suicide Prevention. Las investigadoras agradecen al Centro de Salud Mental de la Comunidad de Bayamón, adscrito a ASSMCA, por su colaboración durante el proceso de esta investigación. De igual forma, agradecen a todos los/as asistentes de investigación del Proyecto InVita que colaboraron en el manejo de los datos.

1. Afiliadas la Universidad de Puerto Rico Recinto de Río Piedras, San Juan, Puerto Rico. E-mail: ymduarte@ipsi.uprrp.edu

Para el año 2010-11, alrededor de 1,875 adolescentes (13-17 años) fueron atendidos en Sala de Emergencias del Hospital Regional de Bayamón en Puerto Rico. Un 22% de estos (405 adolescentes) fueron por intento suicida (Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, Centro de Salud Mental de la Comunidad-Bayamón, 2012). Los intentos suicidas son más frecuentes en las adolescentes mujeres, mientras que una mayor cantidad de varones se quitan la vida anualmente. Desde la perspectiva del desarrollo se plantea que durante la etapa de la adolescencia los/as adolescentes enfrentan importantes cambios biológicos y psicosociales y se encuentran en búsqueda de una mayor autonomía. Ante este nuevo reto pueden estar expuestos/as a mayores factores de riesgo asociados al comportamiento suicida tales como uso de alcohol y drogas, conducta sexual riesgosa, la presión de pares y conflictos con las figuras de autoridad en el hogar, entre otros (King et al., 2001; Russell & Joyner, 2001).

En los Estados Unidos, los/as jóvenes latinos/as están en mayor riesgo de ideación e intentos suicidas al ser comparados con otros grupos étnicos (Canino & Roberts, 2001; CDC, 2014; Duarté-Vélez & Bernal, 2007). Sin embargo, los/as adolescentes latinos/as que viven en Puerto Rico reportan significativamente mayor cantidad de intentos que los/as latinos que viven en los Estados Unidos (CDC, 2013). El 19.8% de las adolescentes latinas en Puerto Rico en el 2013 confirmaron haber considerado seriamente el suicidio, un aumento significativo (15.5%) desde el 2011. Mientras, casi un 8% de los adolescentes varones consideraron el suicidio, sin representar un cambio significativo desde el 2005 (CDC, 2013).

Cabe destacar que los/as latinos/as representan un 16% (50.5 millones de personas) de la población en EE.UU. sin contar con los casi 4 millones que viven en Puerto Rico. Los/as latinos/as en EE.UU.

representan la minoría étnica de más rápido crecimiento y de mayor tamaño en comparación con las demás poblaciones raciales/étnicas minoritarias (Ennis, Ríos-Vargas, & Albert, 2011). De éstos, se estima que 4.6 millones son de procedencia puertorriqueña, el segundo grupo hispano más grande (Ennis, Ríos-Vargas, & Albert, 2011).

En las últimas décadas se ha observado un incremento en las investigaciones relacionadas al comportamiento suicida en adolescentes de la población mayoritaria dentro de los Estados Unidos. No obstante, la atención no ha sido igual en los grupos considerados minorías. En la literatura se encuentran pocas investigaciones enfocadas específicamente en grupos latinos (Canino & Roberts, 2001; Duarté-Vélez & Bernal, 2007; Hovey & King, 1997; Ungemack & Guarnaccia, 1998; Zayas, Lester, Cabassa, & Fortuna, 2005). En términos de la investigación clínica orientada al desarrollo de tratamientos para el manejo de la conducta suicida, se han informado resultados positivos en factores relacionados (ejemplo, reducción de hospitalizaciones, depresión), pero hasta el momento muy pocos han mostrado beneficios significativos en la reducción del comportamiento suicida (Daniel & Goldston, 2009; Macgowan, 2004; Miller, Rathus, & Linehan, 2007a, 2007b).

En dos ensayos clínicos se evaluaron nuevos protocolos de tratamiento ambulatorio contra tratamiento usual mejorado. Uno de los estudio reportó logros significativos en la reducción de intentos suicidas utilizando un protocolo de terapia cognitiva conductual (TCC) para adolescentes reclutados de una unidad psiquiátrica con abuso de sustancias y comportamiento suicida (intento reciente o ideación suicida severa) (Spirito, Esposito-Smythers, Wolff, & Uhl, 2011). En este estudio el tratamiento usual mejorado consistió en el tratamiento usual provisto por proveedores de salud mental de la comunidad más una evaluación diagnóstica

provista por el equipo de investigación, el manejo de la medicación por un psiquiatra del estudio y accesibilidad a información sobre recursos en la comunidad. En el otro estudio reportaron una reducción significativa en ideación suicida utilizando un protocolo de terapia de familia, basado en la teoría de apego, para adolescentes con sintomatología depresiva severa e ideación suicida reclutados de las oficinas médicas y la sala de emergencias de un hospital de niños/as (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002). En este estudio el tratamiento usual mejorado consistió en concertar la cita con el proveedor de salud mental y dar seguimiento hasta su primera cita.

Es importante destacar que la investigación clínica dirigida al comportamiento suicida se encuentra en sus etapas iniciales, lo que significa que aún queda mucho por hacer (Esposito-Smythers & Goldston, 2008). Al comparar los distintos tratamientos en desarrollo se deben considerar tres aspectos fundamentales; uno, los trastornos diagnósticos a los cuales va dirigido, dos, el tipo de comportamiento suicida que se quiere reducir (por ejemplo, ideación, intento/s, o un nuevo intento) y tres, la descripción de la muestra (por ejemplo, adolescentes en centros de detención; luego de un intento suicida; sin historial de hospitalizaciones) (Duarté-Vélez & Bernal, 2008). Cuántas adaptaciones en los protocolos de tratamiento deben llevarse a cabo tomando en cuenta los aspectos previamente mencionados es una pregunta empírica que merece ser considerada con mucha atención dentro del campo de la investigación clínica.

Algunas investigaciones sugieren apoyo preliminar a la TCC para adolescentes con depresión mayor que de manera concurrente presentan un historial de ideación e intentos suicidas (Brent et al., 2009; March et al., 2007). En un análisis secundario de un ensayo clínico para adolescentes puertorriqueños/as con depresión se exploró el impacto de la TCC en reducir

pensamientos suicidas (Rosselló, Duarté-Vélez, Bernal, & Zualaga, 2011). Los resultados demostraron que aquellos/as con ideación suicida severa en la entrevista inicial tuvieron una disminución significativa en la puntuación promedio en la evaluación pos tratamiento. Estos hallazgos son similares a los encontrados en el Estudio del Tratamiento para Adolescentes con Depresión (TADS) realizado en Estados Unidos (March et al., 2007)

Un aspecto fundamental a considerar en el desarrollo de tratamientos para adolescentes latinos/as es la familia (Kuhlberg, Peña, & Zayas, 2010; Zayas & Pilat, 2008). La familia latina se distingue por la centralidad de sus valores y la estrecha relación entre sus miembros, inclusive con la familia extendida. Uno de los valores más importantes en la relación entre las figuras de autoridad y los/as adolescentes es el respeto (Zayas & Pilat, 2008). Sin embargo, en la etapa de la adolescencia a menudo se comienza a cuestionar el valor del respeto debido al creciente reto a la autoridad por parte los/as adolescentes. Una de las razones es la búsqueda de mayor autonomía, tarea fundamental dentro de la etapa de la adolescencia. La ideología hegemónica del heterosexismo y el machismo dentro de la cultura latina hace que el proceso de búsqueda de autonomía para las adolescentes (Kuhlberg et al., 2010; Zayas & Pilat, 2008) y para los/as adolescentes con una orientación no-heterosexual sea más difícil y conflictivo (Duarté-Vélez, Bernal, & Bonilla, 2010). Los factores familiares que se han relacionado con la ideación suicida en muestras de adolescentes puertorriqueños/as son la crítica negativa en el hogar hacia el/la adolescente, la pobre comunicación entre padres/madres e hijos/as, los conflictos familiares y pobres destrezas de manejo, particularmente con las adolescentes (Duarté-Vélez, 2007; Duarté-Vélez, Lorenzo-Luaces, L., & Roselló, 2012; Rosselló, Duarté-Vélez, Gema-Zuluaga, & Bernal, 2008).

Hasta el momento ningún tratamiento ha sido dirigido específicamente al comportamiento suicida en adolescentes latinos/as (Duarté-Vélez & Bernal, 2008; Goldston et al., 2008). La investigación propuesta procura cubrir varias brechas en el campo de la investigación clínica dirigida a esta población. No se conocen tratamientos que incluyan aspectos culturales y de desarrollo, y mucho menos con la población latina y la puertorriqueña (Daniel & Goldston, 2009; Duarté-Vélez & Bernal, 2008; Esposito-Smythers & Goldston, 2008; Goldston et al., 2008; Weisz & Hawley, 2002). Tampoco existen protocolos dirigidos a trabajar directamente la crisis suicida independiente del diagnóstico del o de la adolescente. En esta investigación se utilizó la mejor evidencia disponible para desarrollar un protocolo de tratamiento ambulatorio para adolescentes puertorriqueños/as en el que se consideran los aspectos socio-culturales de la población latina y la puertorriqueña y los resultados de estudios empíricos.

El tratamiento propuesto, *Terapia Socio-Cognitivo Conductual para el Comportamiento Suicida* (TSCC-CS), incorpora una perspectiva ecológica a los elementos tradicionales de la TCC. Se optó por la TCC porque existe un protocolo de intervención culturalmente competente que ha sido implementado con éxito en jóvenes latinos/as con depresión (Duarté-Vélez & Bernal, 2012; Rosselló & Bernal, 1999; Rosselló, Bernal, & Rivera-Medina, 2008) y muestra hallazgos favorables en adolescentes con ideación suicida (Rosselló et al., 2011). Además, la TCC representa el punto de partida ideal ya que cuenta con evidencia prometedora en adolescentes con otros trastornos y comportamiento suicida (Spirito et al., 2011). Por lo tanto, se utilizó como base el manual de TCC para adolescentes latinos/as con depresión y el manual de TCC utilizado con adolescentes norteamericanos con abuso de sustancias y comportamiento suicida con logros significativos en la reducción de intentos

suicidas (Esposito-Smythers, Spirito, Hunt, Kahler, & Monti, 2011).

Modelo Teórico

El modelo socio-cognitivo de vulnerabilidad hacia el comportamiento suicida se inserta dentro de un modelo ecológico que enfatiza la influencia de la sociedad, la comunidad, y las relaciones en interacción con los pensamientos, los sentimientos y la conducta de la persona (Ayyash, 2002; Dieserud, Roysamb, Ekeberg, & Kraft, 2001; Duarté-Vélez, 2007). Desde el nacimiento y durante el crecimiento, la relación ambiente-persona incide sobre el desarrollo de unos esquemas de pensamiento y unas estrategias de afrontamiento con los cuales la persona se irá enfrentado al mundo. Factores de riesgo lejanos, tales como maltrato y severos conflictos familiares, crean factores de vulnerabilidad como pobres destrezas de manejo y estilos de pensamiento disfuncionales. Más adelante en la adolescencia estresores psicosociales en el contexto del/la adolescente activan estos factores de vulnerabilidad que a su vez activan factores de riesgo próximo, como lo son, la desesperanza, el afecto negativo y un aumento en síntomas psicopatológicos. El análisis de los factores de riesgo lejanos y próximos en los distintos niveles dentro del modelo ecológico (sociedad, comunidad, relaciones y persona) permite entender el origen, la relación y el mantenimiento de síntomas clínicos y la conducta suicida.

MÉTODO

Este estudio de caso es el segundo de una serie de estudios de casos sistemáticos (n=11) que forma parte de la fase dos de una investigación mayor (Duarté-Vélez, Torres Dávila, & Laboy Hernández, 2014; Duarté-Vélez, Torres Dávila, Spirito, Polanco, & Bernal, *under review*). A continuación una breve descripción de la investigación matriz. Esta investigación tuvo como objetivo desarrollar un protocolo de tratamiento ambulatorio para adolescentes

latinos/as con comportamiento suicida. La misma se dividió en dos fases: (1) desarrollo de un manual de tratamiento socio-cognitivo conductual y (2) llevar a cabo un ensayo abierto para refinar el manual progresivamente y determinar su viabilidad. Esta investigación fue auspiciada por la *American Foundation for Suicide Prevention* [1YIGxxxx-00047, Duarté-Vélez, PI] y por el Instituto de Investigación Psicológica (IPsi) de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras (UPR-RP). El protocolo de esta investigación fue aprobado por el Comité de Sujetos Humanos de la UPR-RP (CIPSHI #0809-092).

La primera fase inició con la adaptación del *Manual de Tratamiento para la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) para la Depresión* (Adaptación para Adolescentes Puertorriqueño/as)(<http://ipsi.wildapricot.org/Default.aspx?pagelid=969212>). Para adaptarlo a las necesidades de la población bajo estudio, se integraron aspectos considerados relevantes en estudios empíricos y la literatura científica hacia el comportamiento suicida. Se incorporó y enfatizó una mirada ecológica que considerara la importancia de aspectos sociales y de familia para entender el comportamiento suicida (Ayyash, 2002; Goldston et al., 2008; Kidd et al., 2006; Kuhlberg et al., 2010; Shagle & Barber, 1995). También se incluyó una perspectiva de género y desarrollo para entender cómo la formación de identidad en la etapa de la adolescencia influye en la crisis suicida y el manejo de conflictos (Pinhas, Weaver, Bryden, Ghabbour, & Toner, 2002; Yunger, Carver, & Perry, 2004; Zayas & Pilat, 2008). Se adaptaron e incorporaron sesiones y módulos (ejemplo, sesión de análisis en cadena, sesiones de sustancias, y módulo de regulación emocional) del manual de TCC dirigido a la reducción del comportamiento suicida y uso de sustancias en adolescentes norteamericanos (Esposito-Smythers et al., 2011). Al finalizar este proceso de adaptación inicial, expertos/as en el área

revisaron el mismo y se incorporó su retroalimentación. El resultado fue la primera versión del manual de tratamiento.

La segunda fase consistió en implementar el tratamiento para explorar su viabilidad y continuar el desarrollo del protocolo basado en la retroalimentación de la experiencia clínica y de los/as participantes. El estudio de caso que se discute a continuación fue parte de esta segunda fase. Para poder participar los/as adolescentes tenían que cumplir con los siguientes criterios de inclusión: ser un/a adolescente de 13-17 años, haber sido admitido/a en la Sala de Emergencias de la Clínica de Salud Mental de la Comunidad de Bayamón por comportamiento suicida, dado de alta y referido para tratamiento ambulatorio, y por último tener un/a cuidador/a dispuesto/a a participar. Los criterios de exclusión fueron tener un cociente intelectual de 70 o menos, presentar alguna condición médica severa o situación social (como estar detenido en un centro de delincuencia juvenil) que imposibilitara la adherencia al tratamiento, recibir psicoterapia (sin incluir tratamiento psiquiátrico), tener una orden de un tribunal de recibir tratamiento psicológico de manera compulsoria, cumplir con los criterios diagnósticos para Trastorno Pervasivo del Desarrollo, Psicosis o Abuso de Sustancias, haber sido víctima de un abuso sexual no reportado o manejado, y por último, presentar algún impedimento visual o auditivo. Una de las asistentes de investigación y una manejadora de casos identificaban posibles participantes que habían sido admitidos/as a la Unidad Psiquiátrica Hospitalaria de Adolescentes del Hospital Regional de Bayamón (UPHA) por comportamiento suicida. Se les brindaba una orientación al/a la adolescente y su familia antes del alta y si mostraban interés, se coordinaba una reunión para discutir la investigación y obtener su consentimiento informado.

Instrumentos

Las medidas de cernimiento incluían una entrevista clínica estructurada a los/as cuidadores/as para profundizar en el historial de salud del/ de la adolescente y la familia, el *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC-IV) una entrevista estructurada all/a la adolescente para evaluar historial psiquiátrico (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan, & Schwab-Stone, 2000), la Lista de Eventos de Vida (LEV) ($X= 4.84$, $DT= 3.40$) para auscultar eventos negativos (Johnson & McCutcheon, 1980), el *Global Assessment Scale for Children* (CGAS) para apreciar el nivel de funcionamiento del/de la adolescente desde la perspectiva de la evaluadora y la terapeuta (Shaffer et al., 1983), y el *Columbia Suicide Severity Rating Scale* (CSSRS) para evaluar su comportamiento suicida (Posner et al., 2007). El *Suicide Ideation Questionnaire Junior* (SIQ-JR) ($X= 12.55$, $DT= 15.83$) se utilizó para evaluar severidad en pensamientos de muerte e ideación suicida (Reynolds, 1988); el *Children's Depression Inventory* (CDI) ($X= 10.26$, $DT= 7.75$) para la sintomatología depresiva (Kovacs, 1992; Reynolds, 1988); el *Hopelessness Scale for Children* (CDA) ($X= 2.00$, $DT= 2.82$) para el nivel de desesperanza (Kazdin, Rodgers, & Colbus, 1986); la Escala de Auto-Concepto Piers-Harris segunda edición (PH2) para medir cómo los/as adolescentes se veían a sí mismas/os ($X=42.84$, $DT=10.24$) (Piers & Herzberg, 2002); y el *Family Assessment Measure* versión corta (Brief FAM) ($X= 16.88$, $DT= 6.73$) para medir el nivel de disfunción familiar (Skinner, Steinhauer, & Santa Barbara, 1995). Los promedios de los instrumentos e indicadores de desviación estándar fueron tomados de una muestra de comunidad en adolescentes puertorriqueñas (Duarté-Vélez, 2007). Se utilizaron también medidas de proceso que incluían las notas de progreso de la terapeuta, evaluación de satisfacción de cada módulo y del tratamiento en general, y medidas de alianza terapéutica.

Procedimiento

El protocolo de tratamiento TSCC constó de tres fases y estuvo enfocado en el desarrollo de destrezas saludables de manejo. La fase uno compuesta por las sesiones principales, *Módulo de Crisis*, fue fija y en el momento en que se llevó a cabo este tratamiento constaba de cinco sesiones, una familiar, tres individuales y una para los/as cuidadores/as. En términos generales, el contenido principal incluía: entender la crisis suicida, el análisis en cadena, la toma de decisiones, destrezas de crianza y destrezas de manejo de crisis en la familia. La fase dos era flexible y consistía de los siguientes módulos de destrezas de manejo: *Pensamientos*, *Regulando Mis Emociones*, *Interacciones Sociales*, *Actividades*, y *Abuso de Sustancias*. El plan de tratamiento estaba diseñado para ajustarse a las necesidades de cada adolescente y decidir su curso de manera colaborativa. Se incluyó también un módulo de trauma en caso de resultar necesario. La fase tres estaba compuesta por las sesiones de cierre, una individual y una de familia. Las sesiones de familia y las de cuidadores/as primarios/as también eran flexibles, es decir, de acuerdo a las necesidades que presentaban. Se consideraba que los/as participantes recibieron un tratamiento adecuado si completaban las sesiones principales (fase 1), al menos un módulo de destrezas de manejo (fase 2) y las sesiones de cierre (fase 3). La duración de la fase activa del tratamiento podía durar desde un mínimo de tres meses hasta seis meses aproximadamente, si se programan citas semanalmente y se completan todos los módulos del protocolo. Una vez terminada la fase activa se recomendaban citas de seguimiento bisemanal, o mensual, según la necesidad de la familia.

Participante: Paula

“Yo pensé que si tantos problemas yo le daba a mi mamá era mejor no estar...”. Paula es una joven de 15 años estudiante de escuela superior con historial de un

fracaso escolar. Su madre y padre se divorciaron cuando era muy pequeña. Al comienzo del tratamiento vivía en la casa de su abuela materna con su tío, madre, hermana mayor y hermano menor, éste último por parte de madre. Su madre es estudiante de enfermería y empleada a tiempo parcial. Tanto su madre como su hermano menor padecen enfermedades crónicas de salud. Su padre estaba diagnosticado con depresión y se encontraba desempleado. Paula tiene más hermanos por parte de padre a quienes no ve con frecuencia.

Paula comenzó el tratamiento luego de haber estado hospitalizada una semana en la Unidad Psiquiátrica Hospitalaria de Adolescentes debido a un segundo intento suicida por ingesta de medicamentos. La joven tuvo un intento previo, varios meses antes, por ingesta y requirió atención médica en una Sala de Emergencias Médicas y posteriormente en una Psiquiátrica. La impresión diagnóstica que se estableció en consenso entre tres evaluadoras a base de los instrumentos de evaluación, el DISC-IV, y la entrevista clínica (diagnóstico diferencial) fue Eje I: Trastorno Depresivo Mayor recurrente, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Estrés Posttraumático; Eje II: Sin diagnóstico; Eje III: Asma; Eje IV: Conflictos con su novio, su madre y su padre; pobre desempeño académico; acoso escolar; problemas de vivienda y dificultades económicas; y Eje V: 41 (reflejando una interferencia moderada en casi todas las áreas sociales, particularmente rechazar ir a la escuela, ataques frecuentes de ansiedad y aislamiento frecuente dentro del hogar). Los instrumentos de auto-informe en la evaluación inicial evidenciaron que Paula se enfrentaba a una diversidad de estresores, presentaba una sintomatología depresiva severa, niveles altos de desesperanza y un pobre auto-concepto. Al momento de la evaluación, luego de una semana de haber sido dada de alta de la hospitalización, el nivel de ideación suicida era bajo, dentro de la categoría normal (Ver Tabla 1).

Conceptualización Clínica

A *nivel social* se observa la influencia de las costumbres y creencias que repercuten en la visión de mundo y filosofía de vida de las personas. En el caso de Paula el estilo de crianza de las cuidadoras (madre y abuela) estaba enmarcado dentro de una hegemonía patriarcal que sustentaba la creencia de que la joven debía alejarse de sus amistades varones porque tenía novio y debía cuidar su reputación. Desde la perspectiva de género se puede entender esta creencia como el resultado de formar parte de una sociedad patriarcal en la que se espera el sometimiento de la mujer al hombre y se aceptan comportamientos diferenciados en las relaciones de pareja a base del género. Esta visión contrastaba con la de Paula, que representa una generación distinta con una nueva manera de relacionarse entre sus pares del sexo opuesto. A *nivel de la comunidad* se reconoce el impacto de las experiencias en los lugares y grupos de interés cercanos que influyen en la conducta de las personas tales como la escuela, el vecindario y las colectividades religiosas, entre otros. En este nivel se identificó la experiencia de acoso escolar que vivió Paula. Esta experiencia puso al descubierto las creencias que comparten muchas personas sobre lo que significa ser paciente de salud mental en la cultura puertorriqueña. Paula era molestada por “loca”. La joven vivió una experiencia traumática en la escuela por un golpe que recibió de una compañera. Debido a la estresante situación escolar Paula no quiso regresar a la escuela luego de su hospitalización. Por otro lado, el pertenecer a una comunidad religiosa fue un apoyo para Paula en muchas instancias. En el *nivel de las relaciones*, dentro de la cultura latina se conceptúa el sistema familiar como el más significativo para el/la adolescente, seguido por sus pares y amistades más cercanas, así como todas aquellas personas con las que interactúa con frecuencia o que tienen un valor especial para él/ella. En el instrumento de auto-informe sobre

relaciones familiares Paula reportó un nivel alto de buen funcionamiento familiar (Ver Tabla 1). Sin embargo, al inicio del tratamiento se informó la falta de confianza de parte de su madre como uno de los estresores que ella relacionó con su crisis suicida. La relación con su novio era una de dominación y manipulación que pronto se conceptualizó como no saludable. De igual forma, el distanciamiento de su padre era una fuente de constante dolor y frustración para la joven.

Tratamiento y Seguimiento del Caso

La fase activa del tratamiento duró 7 meses. Se trabajaron los siguientes tres módulos: 1) Manejando la Crisis Suicida, 2) Regulando Mis Emociones y 3) Pensamientos. El módulo de Comunicación Familiar se planificó, pero sólo participaron en una sesión al final del tratamiento. El total de sesiones fueron 17 (tres familiares y 14 individuales). En la fase de seguimiento se completaron seis sesiones alrededor de una vez al mes.

Módulo de Crisis

En el primer módulo se exploraron los eventos que precipitaron el intento suicida desde la perspectiva de Paula, de los miembros de su familia (mamá, hermana mayor, abuela materna) y de su novio. De manera general se puede decir que su última crisis fue desencadenada por la relación conflictiva con su novio, las diferencias con su madre respecto a sus amistades varones y la relación distante con su padre. Los problemas en estas relaciones significativas le provocaban mucha angustia y frustración. Como consecuencia comenzó a presentar síntomas de tristeza, desesperanza, coraje, ideación suicida y sentimientos de culpa. Luego de esta última crisis la joven decidió dejar de asistir a la escuela y optar por un acomodo para culminar el año escolar. Ella había sido víctima de acoso escolar por su condición de salud mental. “Me dicen loca, me dicen bipolar, me dicen esquizofrénica,

me dicen charra, me dicen cuanta cosa encuentran...”, en referencia a los comentarios de acoso en la escuela. Además, estaba confrontando problemas para mantener la concentración en el salón de clases. De este modo el escenario escolar también se convirtió en un fuerte estresor para Paula y su desempeño académico se vio seriamente afectado. De manera más específica la joven atribuyó la última crisis principalmente a los problemas con su novio con quien llevaba un año de relación. Se trataba de un joven mayor que ella, a quien describió como muy celoso y controlador. El joven logró tener de aliadas a las cuidadoras de Paula para controlar su conducta. Ella relataba que tanto su novio como sus cuidadoras la hacían sentir culpable de los conflictos en su relación de pareja. Consecuentemente, ella pensaba que era responsable, se sentía triste y eso se reflejaba en su conducta. Ante este panorama, Paula comenzó a obedecer las peticiones de su novio y sus cuidadoras para “evitar problemas”. Dos decisiones que estuvieron relacionados con “evitar problemas” fue alejarse de algunas de sus amistades y retirarse de un club escolar por los celos de su novio.

En este módulo también se exploraron las metas que Paula quería alcanzar durante el tratamiento. Mencionó que sus metas eran estar más segura de sí misma, estabilizar sus emociones y confiar más en ella. Era evidente que dudaba de su capacidad para resolver los problemas que la angustiaban. Una parte fundamental dentro de este módulo es desarrollar un plan personal de emergencias o crisis que sirva de guía en lo que el/la adolescente puede alcanzar mayor dominio de diferentes destrezas que lo/a puedan ayudar a manejar sus problemas. El plan de Paula incluyó actividades que podía realizar y frases que podía expresarse para mejorar su estado de ánimo. Las actividades agradables que identificó fueron hablar y salir con amistades, tocar el piano y escuchar música. En cuanto a las frases que la podían calmar mencionó

“trata de explicar las cosas, cómo fue que pararon”, “yo valgo mucho” y “tengo derecho a explicar”. Desde el inicio del tratamiento se comenzó a fortalecer a Paula para que saliera del estado de desesperanza en que se encontraba y se sintiera capaz de recuperarse.

Al final del módulo de crisis estaba estipulado en el protocolo inicial una sesión familiar para trabajar con el manejo de las crisis a nivel familiar. Paula compartió con su familia lo que ella entendía había contribuido más a su crisis, particularmente la relación no saludable con el novio que su familia apoyaba. La madre y abuela materna de Paula comenzaron a discutir sobre relaciones no saludables que ella sostenía con otros jóvenes, opinando que eran conductas promiscuas y descontroladas. La sesión de familia se convirtió en un espacio de argumentaciones de unas contra otras, con continuas interrupciones, voces alteradas y falta de escucha. La terapeuta, validando tanto las necesidades de Paula como la autoridad de las cuidadoras, señaló que la etapa de la adolescencia consistía en explorar gustos y conocer otras personas de manera saludable, por lo que se trabajaría este asunto con mayor profundidad durante el proceso de terapia. Se entendió que tanto Paula como su familia carecían de destrezas básicas de comunicación necesarias para trabajar la crisis en familia. Este evento provocó la reevaluación del orden de las sesiones y puntualizó la importancia de trabajar destrezas de comunicación temprano en el tratamiento y de manera separada (adolescente aparte de los/as cuidadores/as), proveyendo una oportunidad para que cada parte pueda reflexionar y practicar estilos de comunicación asertiva previo al encuentro. Este evento también subrayó la necesidad que tienen los cuidadores/as de expresar sus quejas y tensiones en la crianza de manera separada.

Módulo de Emociones

Paula entendía que una de sus prioridades era aprender a mantener control sobre sus emociones. En este módulo se identificaron las señales que su cuerpo envía en respuesta a síntomas o eventos que pudieran precipitar una crisis. Conocer estas señales le permitiría actuar para prevenir futuras crisis. Se le enseñó a adquirir control de sus sensaciones y emociones mediante técnicas de respiración profunda, regulación muscular progresiva y visualización. La joven pudo comprobar el poder que tiene sobre su cuerpo y su capacidad para disminuir sus niveles de tensión. Paula decidió integrar algunos de estos ejercicios a su rutina diaria.

No obstante, la mejoría que se había observado en su estado de ánimo se vio interrumpida por un conflicto en su entorno familiar. En la tercera sesión de este módulo se realizó una intervención en crisis debido a que el día antes de esta cita la joven tuvo un intento suicida de baja letalidad. Paula se laceró superficialmente con un objeto punzante. Durante la crisis se dispararon pensamientos suicidas como “me quiero matar”. La joven expresó que su intención real era matarse y pensaba que lo podía lograr con el método utilizado, es decir, que se podía cortar las venas. Según la joven esa semana fue “peor que nunca”, lo que se reflejó en el Termómetro del Ánimo, particularmente el día de la crisis donde la puntuación fue de uno (el peor). El detonante fue una discusión fuerte con su mamá, que comenzó por asuntos relacionados a la ubicación escolar de la joven. Sin embargo, su mamá también trajo otros asuntos sobre sus relaciones de amistad y de pareja. Hubo un aumento en las manifestaciones de agresión que continuaron escalando hasta llegar a la agresión física. Según la joven, en medio de la discusión su madre le dijo cosas que la hirieron. Luego del relato de Paula se exploraron sus pensamientos al respecto y se encontró que estaban relacionados

principalmente con la desconfianza que percibía de su mamá (“Ella *nunca* confía en mí”, “Le cree a *to’* el mundo menos a mí”) y deseos de estar muerta (“Que me quería matar, me quería morir”). Al auscultar lo que buscaba indicó “dejar de estorbar, dejar de molestar”. Se trabajó un plan para manejar de manera inmediata las discusiones con su mamá utilizando el Método SOLUCIÓN. Se identificaron alternativas que pudieran ayudar a mejorar las interacciones madre e hija. Algunas de éstas fueron tratar de explicar sin faltar el respeto, escuchar lo que su mamá tenía que decir y hablar con su mamá después que se le haya pasado el coraje. Debido a que la joven se encontraba vulnerable y aún tenía pensamientos de muerte activos, se retomó el plan de emergencia desarrollado en el módulo de crisis a nivel individual y familiar.

Este evento ayudó a confirmar los patrones de comunicación inefectivos entre madre e hija. Aunque era evidente que urgía trabajar con la cuidadora principal destrezas de crianza y comunicación, no se habían podido concretar las citas con ella debido a que tenía su tiempo muy comprometido. Esta crisis ocurrió aproximadamente dos meses después de haber iniciado el tratamiento. Hasta ese momento sólo se habían logrado dos sesiones familiares (durante la fase de crisis) pero no se había trabajado ninguna sesión con las cuidadoras primarias según estipulaba el protocolo del tratamiento. Esta crisis, al igual que la pasada sesión de familia, sirvieron para reevaluar y recalcar cuáles deberían ser las áreas de mayor prioridad en el tratamiento. Las sesiones de destrezas para los/as cuidadores/as y las sesiones para trabajar asuntos de comunicación en familia debían ocurrir temprano en el tratamiento, máxime cuando los conflictos familiares entre cuidadores/as y adolescentes son uno de los estresores principales en la mayoría de los casos.

Módulo de Pensamientos

Anteriormente Paula había reconocido su dificultad para controlar sus pensamientos. En este módulo se trabajó directamente con su queja dado el impacto que los pensamientos tenían sobre su estado de ánimo. Se discutieron los estilos de pensamientos dañinos y se enseñaron estrategias de reestructuración cognitiva. Paula aprendió a identificar los tipos de pensamientos y reconocer el lado positivo de las experiencias. La mayoría de sus pensamientos negativos correspondían a las siguientes categorías: pensamientos en blanco/negro (no considerar puntos medios), filtro mental (enfocarse exclusivamente en lo negativo), sentimientos como hechos (creer que algo es verdad porque se piensa así) y saltar a conclusiones (establecer juicios sin contar con evidencia). Algunos ejemplos de éstos son: “No confío en *nadie*” (en relación a sus amistades) y “Que *todo* el mundo empiece a hablar de mí como *siempre*” (en cuanto a la escuela). Las destrezas aprendidas le permitieron manejar de manera saludable las situaciones difíciles que se le presentaron. La joven pudo reflexionar sobre sí misma y sobre la vida desde una perspectiva positiva. En su reflexión sobre la vida expresó “Se vive cada segundo, cada minuto y cada hora. Hay tropiezos pero esos tropiezos hay que saber sobrellevarlos para poder salir adelante”. Además pudo proyectarse al futuro y visualizarse alcanzando sus metas a corto, mediano y largo plazo.

Uno de los aspectos más difíciles para Paula fue lidiar con la indiferencia de su padre, quien apenas la procuraba ni cumplía con su responsabilidad económica con ella. Pensamientos como “No le importo, está pendiente a otras cosas” (refiriéndose a su padre) entraron dentro de lo que puede ser un pensamiento lógico ante los hechos. Bajo esta circunstancia el reto mayor fue ayudarla a ver el lado positivo dentro de las situaciones difíciles que le ha tocado vivir y a diferenciar entre lo que ella no tiene control

(ej. que su padre la llame o la procure) y lo que ella decide hacer (ej. expresarle cómo se siente).

En esta fase del desarrollo del protocolo de tratamiento se quería priorizar que el/la adolescente pudiera escoger el orden de los módulos a seguir de acuerdo a sus necesidades. Paula escogió el módulo de Pensamiento en la fase final del tratamiento, sin embargo, de acuerdo a la terapeuta fue un obstáculo no poder trabajar de una forma estructurada con los pensamientos negativos temprano en el mismo. Este es un componente fundamental para un cambio de perspectiva ante situaciones difíciles.

Módulo de Comunicación Familiar

Al comenzar este módulo ya se reflejaba una notable mejoría a nivel cognitivo, afectivo y conductual en Paula. Sin embargo, aún quedaba un área muy importante por trabajar: las interacciones y comunicación familiar. Los miembros de la familia pueden actuar como fuentes de apoyo o como fuentes de estrés en distintos momentos de la vida. De igual forma, los miembros de cada familia sostienen patrones de interacción que sustentan o exacerban los síntomas de los/as adolescentes. En el caso de Paula, hubo una gran dificultad en incorporar a la familia dentro del proceso terapéutico. La madre y jefa del hogar tenía dos trabajos para poder mantener a sus hijas, estudiaba, y no disponía de tiempo para asistir a las sesiones de familia. La madre de Paula estaba sobrecargada de responsabilidades ya que no contaba con el apoyo práctico, estructural, ni económico, del padre de la joven ya que hace muchos años no pasaba pensión alimentaria. Por esta razón Paula llegaba a terapia con su abuela materna quien estaba retirada y asistía a la cuidadora en la crianza de la joven y sus hermanos.

La primera y única sesión que se llevó a cabo tenía como objetivo comenzar a trabajar con las destrezas de comunicación y

practicar un estilo de comunicación asertiva. También se trabajarían destrezas de comunicación útiles para mejorar las interacciones madre/hija que se caracterizaban por constantes discusiones y malos entendidos. A esta sesión asistieron Paula, su abuela, mamá, hermana mayor y hermano menor. Cada uno/a tuvo la oportunidad de reflexionar sobre su estilo de comunicación y de practicar destrezas de comunicación más saludables. En esta sesión se pudo constatar cuan cargadas se sentían la abuela y la madre con las situaciones familiares y las responsabilidades de cada una. A pesar de que faltaba mucho por trabajar a nivel familiar, complicaciones familiares dificultaron la continuidad del tratamiento.

Luego de dos meses se logró pautar una cita para la evaluación final y cierre de la fase activa del tratamiento. En ese momento Paula no reportó ideación suicida. Durante ese periodo ocurrieron varios cambios significativos en la vida de la joven: mudanza de casa de su abuela, reintegración a la escuela, nueva relación de pareja, cambio de trabajo de su mamá y pleitos legales por incumplimiento de pago por pensión alimentaria de parte del papá. Al parecer Paula estaba afrontando bien estos cambios. En relación a la mudanza expresó “nos va bien”, “ya no hay tantas discusiones”. Sobre la escuela informó que hizo nuevas amistades y que la aceptación de sus compañeros/as de clase ha sido buena. En cuanto a su nueva pareja indicó que poco a poco su mamá lo ha ido aceptando.

Sin embargo, cuando se exploró con más profundidad se pudo constatar que algunos de los eventos parecían estar generando estrés y ansiedad en Paula. Reconoció que todavía le cuesta trabajo concentrarse en las clases. Además, expresó sentirse algo cargada con las tareas del hogar, que según ella, recaían más en ella que en su hermana. Algunos de los síntomas que reportó en la evaluación del cierre de

tratamiento fueron: problemas para dormir, cansancio, falta de concentración, dificultad para tomar decisiones y sentimientos de culpa. Informó que llevaba aproximadamente tres semanas y media experimentando estos síntomas. Paula explicó que sus síntomas de tristeza se debían a los problemas entre su mamá y su papá y las diferencias de ella con cada uno.

CONCLUSIÓN

Luego de seis meses (post tratamiento) de haber iniciado el tratamiento Paula reportó en sus instrumentos de auto-informe un cambio favorable y significativo en su auto-concepto y ningún pensamiento de desesperanza (Ver Tabla 1). También informó significativamente menos síntomas depresivos (a casi una desviación estándar), aunque aún se mantenía dentro de la categoría de sintomatología severa. No informó ningún cambio en su percepción del funcionamiento familiar que se mantuvo como bueno. En cuanto a su puntuación en el instrumento que mide pensamientos de muerte e ideación suicida hubo un leve aumento que no se considera significativo. Una mirada más profunda a sus contestaciones revelaron que aunque algunos pensamientos de muerte aumentaron en intensidad, no había presencia de pensamientos suicidas. Esto sugiere que a pesar de las dificultades que permanecían, Paula adquirió destrezas de manejo que le permitieron trabajar los pensamientos negativos antes de que se desarrollaran en ideas suicidas (Ver Tabla 1).

De acuerdo a las observaciones clínicas de la terapeuta, el funcionamiento general (C-GAS) de Paula aumentó considerablemente. La joven no volvió a informar pensamientos suicidas luego de la crisis reportada en el módulo de regulación emocional, aunque si tuvo otras "crisis de llanto" disparados por diferentes estresores a lo largo del tratamiento. La terapeuta la evaluó como más fortalecida y capaz de

manejar mejor sus problemas, pero todavía con ciertas dificultades para regular sus emociones. Paula atribuyó su recuperación al proceso terapéutico, a Dios y a la ayuda de sus recursos de apoyo. Para ella uno de sus mayores logros fue decidir terminar su relación de noviazgo al entenderla como una de maltrato, que a su vez le estaba ocasionando conflictos con su madre y con sus amistades. Otro logro importante fue aprobar los exámenes de grado con un buen promedio y reintegrarse a la escuela. También reportó satisfacción de estar bien activa en actividades de la iglesia. Todos estos logros reafirman haber alcanzado su meta inicial de "estar más segura de sí misma, estabilizar sus emociones y confiar más en ella".

A pesar de estos logros, debido a sus síntomas moderados de depresión, la terapeuta recomendó de manera preventiva continuar con un plan de seguimiento cada tres semanas. Esta idea fue muy bien acogida por sus cuidadoras que comenzaban a preocuparse por algunos de sus síntomas. Durante la fase de seguimiento a los nueve meses de haber comenzado el tratamiento, Paula mostró ganancias adicionales al reportar una reducción en síntomas depresivos, así como en pensamientos de muerte.

TABLA 1.

Resumen de cambios en sintomatología en pre y post-tratamiento y seguimiento a los doce meses, luego de haber comenzado el tratamiento

	Pre	Post	Seguimiento
Síntomas Depresivos	24	18	13
*Ideas Muerte/Suicidas	13	18	12
Funcionamiento	41	75	-
Desesperanza	6	0	-
Autoconcepto	36	42	-
Familia	7	10	-
Eventos Negativos	9	1	-

Nota: *Reactivos que se puntúan en algún momento, el valor menor que puede otorgarse posteriormente es de 1 "He tenido este pensamiento antes, pero no en el último mes". Este instrumento consta de 15 reactivos.

Implicaciones en la modificación del protocolo de tratamiento

Este caso representó un gran reto debido a que Paula se encontraba en una relación de pareja que obstaculizaba sus procesos de cambio. Conseguir que Paula y sus cuidadoras se percataran de esta realidad no fue tarea fácil. Cuando finalmente Paula así lo reconoció, sus cuidadoras de cierta forma continuaron promoviendo y justificando la conducta del joven. Uno de los logros más importantes fue que Paula se diera cuenta que se trataba de una relación perjudicial y que decidiera terminarla. Una relación de pareja no saludable puede tener muchas repercusiones en el bienestar y salud mental de un/a adolescente. Por esta razón es importante que tan pronto se identifique una relación de maltrato, se provea el espacio, la información y las herramientas necesarias para examinarla y apoyar al/la adolescente en la toma de decisiones.

Muchos/as cuidadores/as se sienten agobiados/as con las responsabilidades de crianza, laborales, domésticas y otras que forman parte de las rutinas de vida. Pueden venir a terapia con una actitud defensiva en respuesta a la preocupación de ser cuestionados/as o juzgados/as por la conducta de sus hijos/as. Otros/as pueden creer que a pesar de sus esfuerzos han fracasado en la crianza. Es necesario proveerles un espacio a ellos/as solos/as para que se expresen y sean escuchados/as sin el temor de ser criticados/as. Este espacio puede ser usado para validar sus sentimientos y ayudar a crear una atmósfera que propicie la integración de la familia. Si los/as cuidadores/as se sienten entendidos/as con mayor probabilidad asumirán un rol más activo en el proceso terapéutico. Otra preocupación que surge con este caso es que muchos cuidadores/as argumentan no tener el tiempo para llegar debido a sus compromisos de trabajo y ser el único sustento en el hogar. Se requiere flexibilidad en la oferta de espacios de

terapia para poder satisfacer las necesidades de una población como ésta.

Los problemas en la comunicación son un factor común en los conflictos familiares. Los patrones de comunicación negativos predisponen a las familias a discusiones constantes y malos entendidos que deterioran sus relaciones significativamente. Antes de trabajar algún asunto a nivel familiar es indispensable que tanto los/as cuidadores/as como los/as adolescentes tengan las destrezas de comunicación básicas que posibiliten la búsqueda e implementación de soluciones en beneficio de todos/as. De lo contrario, las sesiones de familia se pueden convertir en un proceso incómodo en el que los miembros comienzan a señalarse los unos a los otros y al final lo único que se logra es aumentar la tensión. El mensaje principal es que la familia comprenda que cada uno contribuye a los problemas así como a las soluciones, de manera que el bienestar familiar no depende de un sólo miembro.

Las particularidades de este caso informaron la adaptación del protocolo de tratamiento de las siguientes maneras:

1. Este caso ayudó a mejorar el área de relaciones con pares en el módulo de *Interacciones Sociales*. Se refinó la discusión relacionada a las estrategias y herramientas para que un/a joven pueda evaluar una relación que no es saludable, identificar patrones de maltrato, y tomar decisiones.
2. Crear un espacio definido para que los/as cuidadores/as puedan expresar su punto de vista y ventilar sus cargas emocionales en relación a la crianza de su hijo/a sin que este/a esté presente. Esto se añadió como objetivo en la sesión de destrezas de crianza que está ubicada en el *Módulo de Crisis*.

3. Proveer destrezas de comunicación por separado (adolescente aparte de cuidadores/as) y temprano en el tratamiento. Se incluyó una sesión para cuidadores/as y otra para el/la adolescente dentro del *Módulo de Crisis*. Además, se incorporó todo un módulo de Comunicación Familiar.
4. Se integró el tema del poder de los pensamientos a la sesión de toma de decisiones en el *Módulo de Crisis* para que la discusión de la influencia de los pensamientos se pueda generar dentro de cada módulo.

Implicaciones generales y futuras investigaciones

Esta es la primera investigación de tratamiento psicoterapéutico desarrollada específicamente para atender las necesidades de la población adolescente puertorriqueña y latina luego de una crisis suicida, tomando en cuenta su cultura, su etapa de desarrollo y evidencia empírica pertinente. El estudio piloto abierto, del cual el caso presentado es parte, representa un primer paso dentro del desarrollo de tratamientos clínicos; tener un protocolo estructurado y manualizado (Rounsaville, Carroll, & Onken, 2001). Se requieren ensayos clínicos para probar la viabilidad y eficacia de este tratamiento. El campo de intervenciones clínicas dirigidas a reducir y manejar el comportamiento suicida es un campo fértil y poco atendido dentro de la comunidad científica en general. Se necesitan más investigaciones dirigidas a evaluar el impacto de diferentes tipos de intervenciones psicoterapéuticas sobre la conducta suicida y factores relacionados para mejorar la calidad de las intervenciones y la prognosis de los/as adolescentes luego de un intento suicida.

REFERENCIAS

- Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, Centro de Salud Mental de la Comunidad- Bayamón (2012). *Datos Estadísticos 2011-2012*.
- Ayyash, H. (2002). Adolescent suicide: An ecological approach. *Psychology in the Schools, 39*(4), 459-475.
- Brent, D. A., Greenhill, L. L., Compton, S., Emslie, G., Wells, K., Walkup, J. T. (2009). The Treatment of Adolescent Suicide Attempters (TASA): Predictors of suicidal events in an open treatment trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48*(10), 987-996.
- Canino, G., & Roberts, R. E. (2001). Suicidal behavior among Latino youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31*(1), 122-131.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2014, June 13). Youth Risk Behavior Surveillance- United States, September 2012-December 2013. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Reports*. Recuperado de <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6304.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2013). *1991-2013 High School Youth Risk Behavior Survey Data: Puerto Rico 2013 and United States 2013 Results*. Recuperado de <http://apps.nccd.cdc.gov/youthonline/>
- Daniel, S. S., & Goldston, D. B. (2009). Interventions for suicidal youth: a review of the literature and developmental considerations. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 39*(3), 252-268.
- Diamond, G. S., Reis, B. F., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 41*(10), 1190-1196.
- Dieserud, G., Roysamb, E., Ekeberg, O., & Kraft, P. (2001). Toward an integrative model of suicide attempt: A cognitive psychological approach. *Suicide and*

- Life-Threatening Behavior*, 31(2), 153-168.
- Duarté-Vélez, Y. (2007). *A socio-cognitive vulnerability model for suicide ideation in Puerto Rican adolescents* (Disertación doctoral sin publicar). University of Puerto Rico, Río Piedras.
- Duarté-Vélez, Y., & Bernal, G. (2007). Suicidal behavioral among Latino and Latina adolescents: Conceptual and methodological issues. *Death Studies*, 31(5), 435-455.
- Duarté-Vélez, Y., & Bernal, G. (2008). Suicide risk in Latino and Latina adolescents. In F. Leong & M. Leach (Eds.), *Suicide among racial and ethnic groups: Theory, research and practice* (pp. 81-115). New York, NY: Routledge Taylor & Francis Group.
- Duarté-Vélez, Y., & Bernal, G. (2012). La terapia cognitiva-conductual en el tratamiento de la depresión en adolescentes en Puerto Rico: Trayectoria y retos en su aplicación. In A. Martínez-Taboas & N. Quintero (Eds.), *Prácticas psicológicas basadas en la evidencia: Una perspectiva hispana (EBPP: A Hispanic Perspective)* (pp. 61-97). Hato Rey, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Duarté-Vélez, Y., Bernal, G., & Bonilla, K. (2010). Culturally adapted Cognitive-Behavior Therapy: Integrating sexual, spiritual, and family identities in an evidence-based treatment of a depressed Latino adolescent. *Journal of Clinical Psychology - In Session*, 66, 895-906.
- Duarté-Vélez, Y., Lorenzo-Luaces, L., & Roselló, J. (2012). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, auto-concepto y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23, 1-17.
- Duarté-Vélez, Y., Torres-Dávila, P., & Laboy-Hernández, S. (2014). Estudio de caso: Terapia socio-cognitivo conductual para adolescentes luego de una crisis suicida. En Martínez-Taboas, A. & Bernal, G. (Eds.), *Estudio de casos clínicos: Contribuciones a la psicología en Puerto Rico* (97-119). Hato Rey, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Duarté-Vélez, Y., Torres-Dávila, P., Spirito, A., Polanco, N., & Bernal, G. (underreview). *Development of a treatment protocol for Puerto Rican adolescents with suicidal behaviors*.
- Ennis, S.R., Ríos-Vargas, M., & Albert, N.G. (2011). *The Hispanic Population: 2010*. (U.S. Census Bureau: 2010 Census Briefs). Recuperado del U.S. Census Bureau Website: <http://www.census.gov/prod/cen2010/briefs/c2010br-04.pdf>
- Esposito-Smythers, C., & Goldston, D. B. (2008). Challenges and opportunities in the treatment of adolescents with substance use disorder and suicidal behavior. *Substance Abuse*, 29(2), 5-17.
- Esposito-Smythers, C., Spirito, A., Hunt, J., Kahler, C., & Monti, P. (2011). Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 79(6), 728-739.
- Goldston, D. B., Molock, S. D., Whitbeck, L. B., Murakami, J. L., Zayas, L. H., & Hall, G. C. N. (2008). Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *American Psychologist*, 63(1), 14-31.
- Hovey, J. D., & King, C. A. (1997). Suicidality among acculturating Mexican Americans: Current knowledge and directions for research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(1), 92-103.
- Johnson, J. H., & McCutcheon, S. (1980). Assessing life stress in older children and adolescents: Preliminary findings with the Life Events Checklist. In I. G. Saranson & C. D. Spielberg (Eds.), *Stress and Anxiety* (Vol. 34, pp. 111-125). Washington D.C.: Hemisphere.
- Kazdin, A. E., Rodgers, A., & Colbus, D. (1986). The hopelessness scale for

- children: Psychometric characteristics and concurrent validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 241-250.
- Kidd, S., Henrich, C. C., Brookmeyer, K. A., Davidson, L., King, R. A., & Shahar, G. (2006). The social context of adolescent suicide attempts: interactive effects of parent, peer, and school social relations. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(4), 386-395.
- King, R. A., Schwab-Stone, M., Flisher, A. J., Greenwald, S., Kramer, R. A., Goodman, S. H. (2001). Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), 837-846.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI) Manual*. New York, New York: Multi-Health Systems, Inc.
- Kuhlberg, J. A., Peña, J. B., & Zayas, L. H. (2010). Familism, Parent-Adolescent Conflict, Self-Esteem, Internalizing Behaviors and Suicide Attempts Among Adolescent Latinas. *Child Psychiatry & Human Development*, 41(4), 425-440.
- Macgowan, M. J. (2004). Psychosocial treatment of youth suicide: A systematic review of the research. *Research on Social Work Practice*, 14(3), 147-162.
- March, J. S., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J. (2007). The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 64(10), 1132-1143.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007a). Suicidal Behavior in Adolescents: Who Is Most at Risk? In A. L. Miller, J. H. Rathus & M. M. Linehan (Eds.), *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents* (pp. 7-27). New York, NY: The Guilford Press.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007b). What do we know about effective treatments for suicidal adolescents? In A. L. Miller, J. H. Rathus & M. M. Linehan (Eds.), *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents* (pp. 28-37). New York, NY: The Guilford Press.
- Piers, E. V., & Herzberg, D. S. (2002). *Piers-Harris Children's Self-concept scale* (2 ed.). Los Angeles: Western Psychological Services.
- Pinhas, L., Weaver, H., Bryden, P., Ghabbour, N., & Toner, B. (2002). Gender-role conflict and suicidal behaviour in adolescent girls. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 47(5), 473-476.
- Posner, K., Brent, D., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G. (2007). *Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)*. New York, NY: Division of Metabolism and Endocrinology Products Advisory Committee Meeting Columbia University.
- Reynolds, W. (1988). *Suicidal Ideation Questionnaire: Professional Manual*. FL: Psychological Assessment Resources.
- Rosselló, J., & Bernal, G. (1999). Treatment of depression in Puerto Rican adolescents: The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 734-745.
- Rosselló, J., Bernal, G., & Rivera-Medina, C. (2008). Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14(3), 234-245.
- Rosselló, J., Duarté-Vélez, Y., Bernal, G., & Zualaga, M. (2011). Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor. *Interamerican Journal of Psychology*, 45(3), 321-330.
- Rosselló, J., Duarté-Vélez, Y., Gema-Zuluaga, M., & Bernal, G. (2008). Características de adolescentes con depresión e ideación suicida en una muestra clínica. *Ciencias de la Conducta*, 23(1), 55-86.

- Rounsaville, B. J., Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2001). A stage model of behavioral therapies research: Getting started and moving on from stage I. *Clinical Psychology-Science and Practice, 8*(2), 133-142.
- Russell, S. T., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *American Journal of public Health, 91*(8), 1276-1281.
- Shaffer, D., Fisher, P. W., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH-DISC-IV): Description, differences from previous version, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(1), 28-38.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry, 40*(11), 1228-1231.
- Shagle, S. C., & Barber, B. K. (1995). A social-ecological analysis of adolescent suicidal ideation. *American Journal of Orthopsychiatry, 65*(1), 114-124.
- Skinner, H., Steinhauer, P., & Santa Barbara, J. (1995). *Family Assessment Measure version III*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.
- Spirito, A., Esposito-Smythers, C., Wolff, J., & Uhl, K. (2011). Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 20*(2), 192-204.
- Ungemack, J. A., & Guarnaccia, P. J. (1998). Suicidal ideation and suicide attempts among Mexican Americans, Puerto Ricans, and Cuban Americans. *Transcultural Psychiatry, 35*, 307-327.
- Weisz, J. R., & Hawley, K. M. (2002). Developmental factors in the treatment of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(1), 21-43.
- Yunger, J. L., Carver, P. R., & Perry, D. G. (2004). Does gender identity influence children's psychological well-being? *Developmental Psychology, 40*(4), 572-582.
- Zayas, L. H., Lester, R. J., Cabassa, L. J., & Fortuna, L. R. (2005). Why do so many Latina teens attempt suicide? A conceptual model for research. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*(2), 275-287.
- Zayas, L. H., & Pilat, A. M. (2008). Suicidal behavior in Latinas: Explanatory cultural factors and implications for intervention. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*(3), 334-342.