



Universidad del Desarrollo
Facultad de Psicología

Trabajo de grado

Representaciones internas y reducción del riesgo suicido en adolescentes con TEA

Alumna: Tali Mordoh Reisz

Docente: Claudia Ahumada

Fecha de entrega: 17 de Noviembre del 2025

I. Problema de intervención

1. Demanda Inicial

Los padres del consultante (14 años) refieren acudir a terapia ya que *“desde el colegio nos lo sugirieron por ideación suicida... de todas formas queríamos apoyo hace tiempo, pero su hermana (15 años) ha estado con una depresión y lo que creen ser un trastorno de personalidad bien inestable que no nos ha dado tiempo, para él ha sido difícil, está muy alerta a ella”*. Además, mencionan que *“desde el establecimiento educacional activaron protocolos en tribunal de familia, por lo que debemos tener apoyo”*.

El consultante en un inicio refiere no saber por qué asiste a terapia, manifestando: *“me guardo la pena y la rabia, pero no sé...no me molesta venir, es bueno hablar.”*

Por otro lado, desde el colegio manifiestan la necesidad de realizar una derivación a terapia psicológica, activar protocolos internos y hacer denuncia en OPD y tribunal de familia, dado que el adolescente ha manifestado explícitamente la intencionalidad de dejar de vivir en conversaciones con sus profesoras: *“anoche pensé varias cosas, tenía un alambre en mi pieza y tenía ganas de... usted me entiende”* y *“Yo sé que tengo harto por vivir, pero no es primera vez que tengo este sentimiento”*. Respecto a la denuncia realizada en tribunal de familia, establecen y solicitan *“el recurso de protección ya que el menor se ha referido en varias oportunidades a pensamientos suicidas y ha solicitado apoyo psicológico, sin embargo, a pesar de las reiteradas oportunidades, la madre no ha concretado la ayuda e incluso minimizado los hechos. El menor se encuentra dentro del Trastorno del Espectro Autista (TEA), y asiste a un colegio hospitalario. Esta situación ha durado más de dos años y el padre solo se ha visto presente este 2024. La madre le atribuye mayor importancia al caso de su hermana, quien se encuentra en tratamiento psiquiátrico y psicológico. A su vez, la madre ha manifestado tener antecedentes psiquiátricos propios”*. Sin embargo, desde el tribunal de familia no se acreditaron las situaciones vulneratorias que ameriten decretar medidas de protección, por lo tanto, el proceso de terapia pasa a ser fundamental para los síntomas.

2. Caracterización del objeto de intervención

Considerando la demanda inicial, como objeto de intervención se establecen las representaciones internas, buscando promover el bienestar emocional del consultante, fortalecer sus recursos personales y reducir factores de riesgo.

En este sentido, el consultante evidencia ciertas dificultades en sus representaciones internas que se relacionan con un estado emocional inestable. Estas problemáticas se hacen visibles principalmente en el ámbito escolar, donde el establecimiento educacional ha sido el primero en percibir señales de malestar y en movilizar intervenciones, a diferencia de la familia, cuya respuesta ha sido más reactiva y dependiente de las demandas externas. Respecto al colegio, el consultante ingresa el 2020, con la pandemia, al colegio hospitalario por sugerencia del psiquiatra y forma vínculos con sus profesores y psicóloga, con quienes plantea *“me gusta conversar acerca de las problemáticas que tienen mis amigos que hago en los videojuegos, ya sabes, abuso, salud mental, esas cosas...”* Sin embargo, en septiembre del 2024 tanto la psicóloga como uno de los profesores abandonaron el establecimiento sin que el consultante haya tenido la posibilidad de despedirse, acontecimiento que le afectó bastante y manifestó *“aún lo estoy digiriendo”*.

A partir de estos elementos, se comprende que el fortalecimiento de sus representaciones internas y de sus vínculos afectivos resulta fundamental. Cuando tales recursos son frágiles, emergen manifestaciones de ideación suicida, entendidas como un intento de aliviar un dolor emocional profundo e intolerable (Shneidman,1996). Por tanto, el trabajo terapéutico busca potenciar en él la

capacidad de elaborar y resignificar estas experiencias dolorosas, promoviendo recursos que protejan su integridad y disminuyan el riesgo asociado.

El consultante se encuentra en la adolescencia, etapa de alta sensibilidad emocional y vulnerabilidad frente a dificultades escolares, familiares y personales. Cursa séptimo básico en un colegio hospitalario, que le ha entregado cierta contención, aunque limitada por la inestabilidad de los vínculos con profesores y pares. Presenta obesidad, lo que incide en su autoconcepto y percepción de aceptación social. Dedicaba entre 4 y 5 horas diarias a juegos virtuales, que funcionan como espacio de disfrute y socialización, pero también refuerzan un patrón de aislamiento al no sustituir los vínculos cara a cara. A nivel académico, mantiene dificultades en lectoescritura y baja autonomía, dado que su padre tiende a resolver sus tareas.

Las características propias del TEA influyen centralmente en su funcionamiento socioemocional. La rigidez cognitiva, la baja flexibilidad y las dificultades en la expresión emocional y en la interpretación de las señales de los otros limitan su capacidad de adaptación, comunicación y percepción de apoyo. En coherencia, presenta síntomas depresivos: ideación suicida, sentimientos de inutilidad, ánimo bajo y disminución de autoestima e intereses, junto con un especial apego a la música como área de motivación.

Respecto a su percepción hacia los otros, describe representaciones ambivalentes hacia sus padres, marcadas por rabia y desconfianza, lo que refuerza un autoconcepto frágil y sentimientos de invalidación. La relación con su hermana se ha visto atravesada por experiencias traumáticas —presenciar un intento suicida y sostener vigilancia nocturna frente a sus autolesiones— que han generado un patrón de hipervigilancia, con altos niveles de ansiedad, sobrecarga emocional e impotencia. Estas experiencias, sumadas a la rigidez cognitiva y dificultad en la simbolización emocional propia del TEA, limitan sus recursos para elaborar los traumas, aumentando la probabilidad de comorbilidad con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

En conjunto, se observa un funcionamiento marcado por representaciones internas desvalorizadas del self, sentimientos de soledad y autoimagen negativa, que favorecen la sintomatología depresiva y la ideación suicida. De acuerdo al DSM-5, se hipotetiza la presencia de un episodio depresivo con comorbilidad de TEPT, en el marco de un diagnóstico de TEA, considerando además como diagnóstico diferencial un trastorno de apego o vínculo cronificado.

La familia del consultante se compone de su madre, de 40 años y su padre de 42 años, ambos con estudios de técnicos en enfermería. Además, cuenta con una hermana mayor de 16 años, quien realizó su primer intento suicida el 2022, con consumo de fármacos en presencia del consultante, acontecimiento que él manejó e informó a sus padres. Luego de eso, durante las noches se realizaban autolesiones, ante lo que el consultante manifiesta que *“lloro en la noche por mi hermana, pero de día soporto lo que pasa. Estoy alerta por si pasa algo en las noches”*. En relación a los antecedentes de salud, la madre presenta depresión y diabetes. Por otro lado, la hermana se encuentra con un diagnóstico y tratamiento por trastorno del desarrollo de la personalidad. El funcionamiento familiar del consultante se caracteriza por una orientación predominante hacia las dificultades emocionales de su hermana, lo que ha derivado en una percepción de desatención y escasa contención hacia el consultante. Esta experiencia se ve amplificada por su TEA, dado que las dificultades para interpretar matices en las conductas y emociones de los demás incrementan su sensación de desamparo y soledad. A ello se suma la ausencia de redes de apoyo extendidas, tanto familiares como amistosas, que pudieran compensar esta falta de contención. Un acontecimiento vital significativo en este contexto fue el fallecimiento en 2023 de la bisabuela materna, figura protectora y cercana, ante cuya pérdida el consultante optó por no despedirse ni asistir al funeral, reflejando la dificultad para afrontar y simbolizar experiencias de duelo, especialmente desafiante considerando su rigidez cognitiva y limitada capacidad de simbolización emocional.

En cuanto a la estructura familiar, predomina un sistema con límites difusos entre los miembros, lo que se traduce en una inversión de roles: el consultante asume responsabilidades y un nivel de poder frente a su hermana que exceden lo esperable para su etapa de desarrollo. Esta sobrecarga, sumada a la dinámica de parentalidad intensiva —donde los padres concentran tiempo, energía y recursos en la hermana mayor— puede afectar negativamente su autonomía y contribuir a la aparición de síntomas depresivos. La disponibilidad parental se ve además condicionada por jornadas laborales extensas y por turnos, generando alternancia entre atención y desatención, y limitando la capacidad de respuesta a las necesidades del consultante. La comunicación efectiva dentro del núcleo familiar es restringida, dado que las dificultades del consultante tienden a ser invisibilizadas mientras no pongan en riesgo directo su vida. Asimismo, los recursos económicos y terapéuticos se concentran en el cuidado y tratamiento de la hermana, minimizando la atención hacia el consultante y restringiendo su acceso a apoyos adecuados.

En conjunto, estas características de la dinámica y estructura familiar han dificultado que el consultante desarrolle recursos personales para gestionar su bienestar, favoreciendo la consolidación de representaciones internas desvalorizadas, sentimientos de inutilidad, aislamiento emocional y bajo autoconcepto. La interacción de sobrecarga, desatención percibida y rigidez cognitiva propia del TEA configura un entorno de vulnerabilidad que requiere intervenciones centradas en el fortalecimiento de su autonomía, regulación emocional y percepción de apoyo dentro de su sistema familiar.

En el plano social, el consultante refiere contar con dos amistades en el colegio hospitalario; sin embargo, la baja frecuencia de asistencia de sus compañeros dificulta sostener vínculos estables. A ello se suma que, debido a las características propias de su TEA, presenta dificultades en la lectura de intenciones y emociones de los otros, lo que condiciona la forma en que interpreta la disponibilidad y la calidad del apoyo recibido. Esto se traduce en una percepción reducida del soporte social, incluso en contextos donde pudieran existir intentos de cercanía. Tal como señalan Muñoz y Basco (2016), el apoyo social constituye un recurso externo fundamental para afrontar las demandas del medio; no obstante, en este caso, tanto la falta objetiva de redes como la dificultad subjetiva para reconocer el apoyo disponible incrementan la vulnerabilidad emocional del consultante. A ello se suman factores estructurales asociados a su contexto socioeconómico medio-bajo, lo cual impacta en la disponibilidad parental —condicionada por jornadas laborales extensas—, en la postergación de sus necesidades debido a la concentración de recursos en su hermana y en un acceso más limitado a instancias de apoyo externas. Tal como destacan Viguer y Serra (1996), variables como la clase social, el número de integrantes del hogar, la posición ordinal en la familia y la dinámica entre hermanos median directamente en el desarrollo, incidiendo en el tipo de educación, vecindario y oportunidades sociales. En este caso, el consultante, además de ocupar un lugar secundario frente a las demandas de su hermana, convive en un hogar monoparental con la madre, mientras que la participación del padre se restringe principalmente a contactos telefónicos. Esta combinación de factores —familiares, sociales y económicos— configura un escenario en el que la percepción de soledad y desamparo se intensifica, limitando sus recursos personales para enfrentar de manera adaptativa los desafíos propios de la adolescencia.

De esta forma, la interacción de factores individuales, familiares y sociales en donde además predomina un funcionamiento TEA, configura un escenario de vulnerabilidad, donde la fragilidad de las representaciones internas y la escasez de recursos protectores impiden un procesamiento adaptativo de las experiencias dolorosas.

A modo de hipótesis, es posible establecer que el consultante presenta síntomas depresivos y posibles manifestaciones de trastorno de estrés post traumático (TEPT), producto de una combinación de factores individuales, familiares y socioculturales. A nivel individual, los síntomas depresivos como la ideación suicida, sentimientos de inutilidad y baja autoestima pueden ser consecuencia de la sobrecarga emocional y la dificultad para expresar su propio malestar. El intento

suicida y las autolesiones de su hermana han desencadenado un estado de hipervigilancia, exacerbando su estrés y su percepción de responsabilidad. En el ámbito familiar, se observan dificultades para establecer límites y roles definidos. Esta dinámica ha generado una inversión de roles, en la que el consultante ha asumido el rol de cuidador de su hermana, dejando de lado sus propias necesidades emocionales y limitando su proceso de individuación. La minimización y la invalidación de sus emociones por parte de los padres refuerzan un bajo autoconcepto y sentimientos de aislamiento. Desde el modelo ecológico de Bronfenbrenner, la falta de conocimiento de la familia sobre recursos de apoyo, junto con sus creencias en torno a la priorización de un miembro sobre otros, ha dificultado el acceso a servicios de salud mental. Las barreras socioeconómicas y educativas, sumadas a la percepción de que los problemas emocionales del consultante son menos graves o importantes, han contribuido a un entorno desfavorable para su desarrollo emocional. En conjunto, estos factores han creado un contexto en el cual el consultante siente una gran responsabilidad por el bienestar de su hermana, pero carece de recursos y apoyo para gestionar su propio malestar emocional. Las experiencias de adversidad en la infancia como la negligencia emocional y priorización desequilibrada en el contexto de una parentalidad intensiva ha generado en él una sensación de inutilidad, aislamiento emocional y cuadro depresivo, impidiendo su desarrollo de autonomía y de una autoestima saludable, sumado a su condición TEA que genera dificultades a la base.

3. Antecedentes contextuales y teórico-conceptuales.

Trastorno del espectro autista (TEA)

El TEA es un trastorno del neurodesarrollo que puede generar dificultades significativas en el ámbito comunicativo, social y conductual. Se denomina "espectro" debido a la amplia variedad de síntomas que pueden manifestarse. Este trastorno comienza en la infancia y persiste a lo largo de toda la vida y se caracteriza por la presencia continua de deficiencia en la comunicación social, patrones de comportamiento, interés y/o actividades que son restrictivas y/o repetitivas (Saavedra et al. 2023). En cuanto al desarrollo social, las personas con TEA suelen experimentar aislamiento, carencia de vínculos afectivos con otras personas y serias dificultades para establecer relaciones. A nivel comunicativo, su expresión puede estar marcada por ausencia de comunicación, mutismo total o funcional, empleo de palabras sueltas o ecolalias. En el aspecto receptivo, tienden a ignorar el lenguaje hablado, fenómeno conocido como sordera central, y presentan una comprensión literal y rígida, lo que dificulta distinguir entre el significado literal y el intencional. Además, muestran resistencia al cambio y conductas anticipatorias en sus rutinas diarias, junto con estereotipias motoras y rituales simples. También presentan un déficit en la Teoría de la Mente (TM), lo que implica dificultades para atribuir a otros estados mentales, deseos o pensamientos (Frith, 2004).

Con el tiempo, se ha observado un incremento en el diagnóstico del trastorno del TEA en la infancia, lo que constituye un asunto de interés público debido al uso frecuente que requieren aquellos individuos de servicios de salud mental y de educación especial entre otras cosas (Roselló et al. 2022). Además, existe un interés por comprender no solo los aspectos conductuales y comunicativos del trastorno, sino también sus implicancias en el desarrollo emocional y relacional de los niños y adolescentes que lo presentan. En este sentido, resulta relevante considerar cómo las experiencias tempranas, marcadas por las dificultades en la interacción social y el establecimiento de vínculos afectivos, pueden influir en la construcción de sus representaciones internas (Hobson & Hobson, 2007).

Representaciones internas

Las representaciones internas son construcciones mentales o esquemas afectivo-cognitivos que se forman a partir de experiencias relacionales tempranas, especialmente con figuras significativas (Fonagy et al., 2002). Estas representaciones organizan la forma en que una persona se

percibe a sí misma, a los demás y al mundo, influyendo directamente en la regulación emocional, la identidad personal y las relaciones interpersonales (Stern, 1985). Estas se forman a partir del grado de sensibilidad, disponibilidad y responsividad de las figuras de apego e influyen en cómo el individuo interpreta el afecto, la seguridad, la confiabilidad en el entorno y el valor de uno mismo. En esencia, las representaciones internas, también llamadas modelos operativos internos, actúan como “mapas relacionales” que permiten anticipar las respuestas de los otros y orientar el comportamiento interpersonal (Bowlby, 1988).

Dentro de sus características destaca que; son internalizadas a partir de relaciones significativas, es decir, se originan en la infancia, especialmente a través de la interacción con figuras de apego, pero continúan evolucionando a lo largo de la vida. En segundo lugar, tienen una función organizadora; actúan como marcos de referencia para interpretar las emociones, anticipar el comportamiento ajeno y guiar las respuestas adaptativas o defensivas. Tercero, son relativamente estables, pero modificables; aunque tienden a mantenerse, pueden ser modificadas por experiencias significativas, intervenciones terapéuticas o vínculos reparadores. Y, por último, influyen en el desarrollo de la identidad, la autoestima y la regulación emocional (Bowlby, 1988).

En los adolescentes con TEA las representaciones internas se constituyen bajo condiciones características que entrega el espectro. En este sentido, las dificultades en la comunicación social, la teoría de la mente y la flexibilidad cognitiva inciden en la manera en que se construyen los modelos internos del yo y de los otros. Si bien las representaciones se originan, al igual que en otros adolescentes, en la calidad de los vínculos tempranos y en la responsividad de las figuras de apego (Fonagy et al., 2002; Bowlby, 1988), en el TEA se ven moduladas por limitaciones para decodificar señales emocionales, comprender matices relacionales y simbolizar experiencias afectivas (Hobson & Hobson, 2007). De esta forma, la construcción del self se ve afectada por los déficits en la teoría de la mente, que genera dificultades para atribuir intenciones o estados emocionales a los otros; la rigidez cognitiva, que limita la posibilidad de integrar experiencias, generando modelos internos menos flexibles; y las restricciones comunicativas, que obstaculizan los intercambios verbales y no verbales, generando interpretaciones negativas de las relaciones interpersonales, lo que favorece la formación de representaciones internas desorganizadas o desvalorizadas del self y de las figuras significativas, e incrementa la sensación de desesperanza y aislamiento (Moseley, Gregory & Smith, 2020).

Las representaciones internas pueden clasificarse en tres grandes categorías, según el contenido relacional y emocional que organizan:

1. Representaciones internas del yo (autoconcepto y autoimagen): Corresponden a las creencias que una persona tiene sobre su propio valor, competencias, vulnerabilidades y merecimiento de afecto. En adolescentes, esta representación se encuentra en una fase de reorganización crítica, influyendo directamente en su autoestima, autoeficacia emocional y social, y percepción del valor personal. Un adolescente con apego desorganizado tenderá a construir representaciones negativas del yo y de los otros, lo que afecta su regulación emocional, autoestima y capacidad de buscar apoyo.
2. Representaciones internas de la familia: Se refieren a las imágenes mentales que el adolescente tiene sobre su familia, los vínculos afectivos, el apoyo emocional percibido y la disponibilidad de cuidado. Estas representaciones pueden estar distorsionadas por experiencias de negligencia, violencia o desapego, generando expectativas negativas sobre la disponibilidad emocional de los otros, dificultades en la regulación del afecto y sentimientos de abandono o soledad y conlleva a que se tornen rígidas, defensivas y cargadas de desesperanza (Main, 1995).
3. Representaciones internas interpersonales: Implican la forma en que el individuo anticipa, interpreta y responde a las relaciones con otras personas fuera del núcleo familiar. Afectan la confianza, la reciprocidad emocional y la calidad de los vínculos sociales.

Además, según Main (1995), las representaciones del yo y de los otros se consolidan en esquemas afectivos que pueden ser: seguros al basarse en interacciones sensibles y consistentes; ambivalentes por relaciones impredecibles o incoherentes; evitativos a partir de experiencias de rechazo o indiferencia emocional y desorganizados por situaciones de negligencia o trauma relacional. Cada uno de estos estilos moldea la forma en que el adolescente regula sus emociones, busca apoyo y responde al estrés interpersonal.

Desde la perspectiva del apego, se ha observado que los adolescentes con TEA tienden a presentar patrones de apego inseguros, frecuentemente ambivalentes o desorganizados (Kozłowska et al., 2015). Esto se debe a que, aunque puedan establecer lazos afectivos con sus cuidadores, las dificultades en la expresión y lectura emocional interfieren en la construcción de representaciones internas coherentes y estables. Así, el adolescente puede percibir a los otros como inconsistentes, poco predecibles o disponibles, lo que refuerza esquemas del yo como “difícil de entender”, “inadecuado” o “no digno de apoyo” (Mazefsky & White, 2014).

El autoconcepto es una dimensión central de las representaciones internas. En la adolescencia, esta construcción atraviesa una fase de reestructuración profunda, influenciada por: la percepción del propio valor personal, la autoeficacia en el manejo de emociones y la interpretación de las respuestas afectivas del entorno social. Cuando las representaciones internas del yo son negativas, el adolescente puede desarrollar pensamientos disfuncionales como: “soy una carga”, “no valgo nada”, “los demás estarían mejor sin mí”. Estos esquemas negativos se asocian directamente con la ideación suicida (Beck, 1986; Joiner, 2005).

Para poder evaluar las representaciones internas destacan distintas técnicas e instrumentos. Dentro de ellos destacan: entrevistas clínicas semiestructuradas, ya que permiten obtener información detallada sobre la percepción del adolescente sobre sí mismo, sus relaciones familiares y su entorno social; el test de las relaciones objetales, el test de la persona bajo la lluvia (Cramer, 2011) y escalas y cuestionarios autoinformados tales como la Escala de Autoestima de Rosenberg o la Escala de Aislamiento Social de Lubben que son útiles para evaluar cómo los adolescentes perciben su propio valor y nivel de apoyo social. Estos instrumentos permiten medir aspectos relacionados con la autoestima, la percepción de pertenencia y el grado de conexión emocional con otros, lo cual está estrechamente vinculado a las representaciones internas del yo y de las relaciones familiares (Rosenberg, 1965; Lubben, 1988).

Sin embargo, si bien las representaciones internas tienen un alto grado de estabilidad, también pueden ser modificadas o reestructuradas a partir de nuevas experiencias relacionales, terapias centradas en la mentalización o en el apego, y vínculos reparadores (Fonagy et al., 2002). Reconocer esta plasticidad es clave en las intervenciones con adolescentes en riesgo, pues permite ofrecer espacios terapéuticos que favorezcan la reconstrucción de una narrativa interna más segura, coherente y esperanzadora. En adolescentes con TEA las representaciones internas tienden a configurarse como más rígidas, fragmentadas y negativas, particularmente en contextos de apego inseguro o desorganizado, lo que repercute directamente en la construcción del self y en la regulación emocional, aumentando la vulnerabilidad frente a sintomatología depresiva y riesgo suicida (Giannotti & de Falco, 2021).

Por otro lado, estudios han encontrado que representaciones internas negativas, incoherentes o desorganizadas están vinculadas con diversas formas de sufrimiento psíquico. Por ejemplo, representaciones del yo como indigno, débil o inútil se asocian a baja autoestima y depresión (Beck, 1976); expectativas negativas sobre la evaluación de los otros con ansiedad social y modelos internos cargados de desesperanza, autoimagen negativa y percepción de rechazo o abandono con riesgo suicida (Joiner, 2005; Mikulincer & Shaver, 2007).

El enfoque sistémico complementa esta mirada al entender que las representaciones internas no solo se forman a partir de interacciones diádicas, sino dentro de patrones relacionales más amplios, estructurados por las dinámicas familiares. Las creencias sobre el yo y los otros se refuerzan mediante secuencias repetidas de interacción, roles asignados, lealtades invisibles y jerarquías familiares (Minuchin, 1974; Boszormenyi-Nagy, 1986). Así, en familias donde se sobreprotege a un miembro y se invisibiliza a otro, el individuo puede desarrollar una representación de sí mismo como “no importante”. Por tanto, en el enfoque sistémico, las representaciones internas —es decir, las creencias profundas sobre uno mismo, los otros y las relaciones— no se abordan como constructos exclusivamente individuales, sino como productos y expresiones de los patrones relacionales del sistema familiar. Por ello, su transformación terapéutica ocurre no solo a través del insight personal, sino fundamentalmente mediante cambios en las interacciones, en los roles y en la comunicación dentro de la familia (Minuchin, 1974; Boszormenyi-Nagy, 1986).

Por tanto, considerando lo establecido por el modelo de apego y el sistémico, las representaciones internas son producto tanto de los vínculos afectivos tempranos como de los patrones familiares actuales, y su transformación requiere experiencias nuevas que resignifiquen el rol del individuo dentro de la red vincular (Fonagy et al., 2002).

Suicidio

Respecto a la salud mental, es importante distinguir entre ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado; la ideación suicida se entiende como aquella preocupación, acompañada de pensamientos acerca de la finalización de la propia vida, la cual se introduce sin razón. Estos varían desde pensamientos relacionados a la inutilidad hasta el deseo de morir, con o sin planificación o método. No implica necesariamente una intención de actuar, y puede ser el antecedente del intento suicida, el cual se entiende también como el principal predictor de futuros intentos y del suicidio consumado (Minsal, 2013). El intento suicida corresponde a cuando una persona lleva a cabo acciones concretas con la intención de acabar con su vida, sin embargo, no lo logra. Para esto puede recurrir a métodos como el uso de sustancias o bien acciones violentas. Por último, el suicidio es el acto de quitarse la vida de manera intencionada, por tanto, la persona logra consumir su intención de morir (Minsal, 2013). Para efectos de este trabajo, se entenderán los tres conceptos dentro del riesgo suicida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que anualmente, aproximadamente 703.000 personas mueren por suicidio, sin considerar aquellos intentos fallidos de quitarse la vida (OMS, 2021). Esta problemática mundial en el 2019 llegó a convertirse en una de las principales causas de muerte, con mayor incidencia entre las edades de 14 a 29 años (Jaramillo, Salcedo, Villavicencio, 2024). Ahondando en la ideación suicida, es posible destacar que es un fenómeno multicausal, dentro de los factores que influyen en ella se encuentra: la salud mental del individuo, presencia de síntomas depresivos en la familia, vulnerabilidad familiar, consumo de sustancias, fracaso o rechazo escolar, entre otras cosas (Soriano & Jiménez, 2022). El grupo etario al que se le debe poner mayor atención según los antecedentes estadísticos son los adolescentes, dado que se encuentran expuestos a un sin fin de estímulos psicológicos y/o eventos traumáticos que pueden gatillar cuadros como estrés, ansiedad, depresión u otras dificultades emocionales, aumentando por tanto la vulnerabilidad a la ideación suicida. Además, tiende a ocurrir que el entorno social cercano al adolescente no siempre es capaz de identificar las señales de alerta, por lo que no se logra acceder a la atención temprana para intervenir y/o prevenir (Ramírez, Salcedo & Villavicencio, 2024). A esto se agrega, según Berguido (2023) en su estudio de alerta sobre el suicidio, que existe poco conocimiento y empatía social frente a esta temática, lo que contribuye a su concepción como un tema tabú marcado por deficientes habilidades de escucha tanto por parte de familiares como de pares, generando una sensación de soledad en aquellos adolescentes y provocando sentimientos de ausencia de un sistema de apoyo. Además, el riesgo suicida en la adolescencia está profundamente relacionado con las representaciones internas negativas, tanto del yo como de las figuras significativas (Joiner, 2005).

Por otro lado, estudios han evidenciado que los adolescentes con TEA presentan un mayor riesgo de desarrollar ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado en comparación con sus pares neurotípicos (Cassidy et al., 2014; Hedley et al., 2018). Esta vulnerabilidad se relaciona con factores como la presencia de comorbilidades psiquiátricas, dificultades en la comunicación emocional, el rechazo o fracaso escolar y la percepción de desconexión social (Hirvikoski et al., 2016). En adolescentes con TEA, la rigidez cognitiva, los problemas para mentalizar y la interpretación negativa de las relaciones interpersonales pueden favorecer la formación de representaciones internas desorganizadas o desvalorizadas del self y de las figuras significativas, lo que incrementa la sensación de desesperanza y aislamiento (Moseley, Gregory & Smith, 2020). Además, el entorno familiar cumple un rol clave: investigaciones han demostrado que un estilo de apego inseguro, la invalidez emocional o la falta de contención en el hogar pueden reforzar dichas representaciones negativas, elevando el riesgo suicida (Miller et al., 2017; Maddox et al., 2020).

Para evaluar el riesgo suicida, existen diversos instrumentos, dentro de ellos se encuentra la Escala de Ideación Suicida de Roberts y la Escala Paykel de Ideación suicida, (Baños-Chaparro & Guillen, 2023). Por otro lado, para la evaluación de riesgo suicida, de acuerdo a Posner et al. (2011), García et al., (2005) y Horowitz et al., (2012), se encuentra el Cuestionario de Riesgo suicida (RSQ), el Ask Suicide Screening Questions (ASQ) y la Escala de Evaluación de la Gravedad del Suicidio de Columbia (C-SSRS). Estas permiten su aplicación en servicios de atención primaria entre otros lugares, es decir, no requieren de un experto en salud mental para su aplicación.

El modelo explicativo psicosocial de la ideación suicida (MEPIS) presenta relaciones directas e indirectas de variables contextuales y personales con la ideación suicida. Este establece que un buen funcionamiento familiar y una buena integración escolar son considerados factores protectores indirectos de la ideación suicida. En concreto, el buen funcionamiento familiar se vincula positivamente con la autoestima social y negativamente con sintomatología depresiva, al igual que los problemas en la integración escolar, dimensiones que tendrían relación directa con la ideación suicida (Sanchez-Sossa et al., 2010). Por otro lado, Shneidman (1996) señala que la intervención temprana es crucial, proponiendo que esta debe centrarse en identificar y aliviar el sufrimiento psicológico, ampliar su percepción de opciones y fortalecer las conexiones interpersonales y redes de apoyo, destacando estrategias tales como la escucha, validar el dolor y ofrecer alternativas.

Apoyo social

De acuerdo a Cobb (1976), el apoyo social, siendo la familia incluida dentro de él, cumple el rol de un amortiguador del estrés en los acontecimientos de la vida cotidiana, reduciendo el impacto del estrés en la salud física y emocional. Se entiende el apoyo social como la percepción o experiencia de que una persona es (1) amada y valorada por otros, (2) parte de una red de comunicación y compromiso mutuo y (3) aceptada y respaldada dentro de un grupo. De esta forma, las personas con redes de apoyo sólidas tienden a tener una mejor capacidad para afrontar eventos estresantes, disminuyendo las respuestas fisiológicas y psicológicas al estrés y reduciendo la probabilidad de trastornos como la depresión y ansiedad, especialmente en contextos de crisis.

La ausencia de manifestaciones físicas o verbales de cariño en el entorno familiar puede tener un impacto profundo en el desarrollo emocional de los adolescentes, especialmente aquellos en riesgo de suicidio. Según Stewart et al. (2017), el estilo parental juega un rol crucial en el desarrollo de la resiliencia emocional durante la adolescencia. Cuando los adolescentes perciben una falta de calidez, afecto o empatía en sus interacciones familiares, se refuerza la percepción de desvinculación emocional, lo que puede intensificar sentimientos de soledad y aislamiento interno. La ausencia de un entorno afectivo seguro y validante puede contribuir a que los adolescentes recurran a mecanismos disfuncionales, como la evitación, la resignación o incluso conductas auto lesivas, para lidiar con sus emociones (Van Orden et al., 2010).

De esta forma, la familia y los vínculos establecidos dentro de ella, es posible de ser entendida como un factor de protección que otorga el espacio para el desarrollo de las potencialidades de sus miembros dado que es el primer agente de socialización. Proporciona espacios para el bienestar emocional, psicológico y social de sus integrantes y por tanto se concibe como un elemento de protección frente a conductas disruptivas (Soriano & Jiménez, 2022). Por tanto, el adecuado funcionamiento familiar es fundamental, dado que la percepción de funcionalidad familiar constituye un factor protector ante la ideación, entendiéndose que a mejor funcionamiento familiar, menor riesgo de ideación suicida (Pulido, Lora & Coronel, 2022). Sin embargo, hay elementos de su funcionamiento que pueden convertirla en un factor de riesgo, tales como el rechazo, el control y la sobreprotección maternal/parental o bien de ambos, lo que se relaciona con ideación suicida. En este sentido, la ideación y los comportamientos suicidas en jóvenes se asocian a un apoyo social débil, estructuras familiares rígidas y/o autoritarias y la exposición a situaciones estresantes. Además, aquellos adolescentes que presentan mayores dificultades en las habilidades emocionales tales como comprender, regular y atender sus propias emociones también tienden a presentar mayores ideas suicidas (Soriano & Jiménez, 2022).

El funcionamiento familiar se entiende como el resultado de la interacción de factores que varían según las características de los colectivos. En este sentido, algunas características individuales pueden deteriorar el funcionamiento familiar, del mismo modo que la disfunción familiar puede afectar a los individuos y favorecer la aparición de problemas de salud mental (Nuñez et al., 2020). De acuerdo a Ramirez, Salcedo & Villavicencio (2024), los adolescentes que presentan ideación y/o intento suicida y que no reciben la atención necesaria, son aquellos que se desarrollan en un entorno familiar poco armonioso y caracterizado por conflictos.

Respecto a la familia y su funcionalidad como factor de riesgo destacan elementos tales como: historia familiar con actos suicidas, clima familiar conflictivo, estilos de crianza disfuncionales, separación parental, desempleo y/o acontecimientos estresantes de la vida, entre otras cosas (Honorato et al. 2019). Del mismo modo, Frey & Cerel (2015) agregan también dentro de los factores de riesgo la ausencia de cohesión familiar, la expresión hostil y crítica de padres hacia los hijos, falta de apoyo emocional y la composición familiar, siendo un riesgo las familias monoparentales. Por otro lado, Ramirez, Salcedo & Villavicencio, (2024) mencionan además como factores de riesgo por parte de la familia para la aparición de la ideación la carencia de afecto y la negligencia, teniendo esto gran relevancia para la predisposición.

Las características y funciones principales de las familias funcionales corresponden a las jerarquías claras y límites establecidos de manera clara, definición adecuada de roles, comunicación abierta y explícita, afectividad y cooperación entre los integrantes y capacidad de adaptación a los cambios. Por el contrario, la falta de comunicación con los padres y los conflictos familiares generan que exista poco espacio para el aprendizaje relacionada a la resolución de problemas. Además, existe una relación entre ideación suicida adolescente y antecedentes familiares de intento suicida. En aquellas familias en donde han ocurrido intentos suicidas podría presentarse aprendizaje por imitación, entregando un modelo de afrontamiento de las dificultades emocionales (Serrano & Olave, 2017). La forma en que el adolescente represente internamente las relaciones con su entorno familiar influirá en que sea más vulnerable a la ideación suicida y/o acto consumado (Serrano & Olave, 2017).

Por otro lado, para los adolescentes TEA la soledad y/o la sensación de soledad es significativamente mayor que para sus pares neurotípicos. Además, es durante la etapa de la adolescencia que tiende a aumentar la motivación social, es decir, el deseo de pertenecer al grupo, sin embargo, son adolescentes que no cuentan con las competencias sociales ni con la regulación emocional, principalmente de la ansiedad, necesaria para sostener los vínculos, lo que genera que

aumente la sensación de soledad. En este sentido, el cómo el adolescente percibe el apoyo social (de sus pares, familia, etc.) actúa como el principal factor protector directo de la experiencia de soledad, más que la mera existencia objetiva de redes (Lasgaard et al.,2010). Si bien la familia y los establecimientos educacionales pueden actuar como apoyo social, para los adolescentes TEA existen barreras que distorsionan la lectura del apoyo, dentro de estas se encuentra: dificultades en la teoría de la mente, interpretación literal, dificultades en la comunicación y ansiedad social, entre otras. Como resultados, el adolescente TEA puede subestimar la disponibilidad de apoyo o bien no reconocerlo como válido, manteniendo su vivencia de soledad y desconexión (Lasgaard et al.,2010). De esta forma, no basta con brindar apoyo, sino que es necesario hacerlo perceptible y predecible para el adolescente. Para esto es importante utilizar estrategias en donde se pueda explicitar, ritualizar y reducir ambigüedades respecto al apoyo social (Deckers et al.,2017).

Por tanto, es fundamental comprender que en adolescente TEA el apoyo social es un factor protector frente al malestar, sin embargo, su efectividad dependerá de cómo es percibido este apoyo propiamente tal, siendo fundamental destacar que aumenta el deseo de pertenencia, sin embargo, coexiste con limitaciones sociales, lo que eleva el sentimiento de soledad subjetiva (Deckers et al., 2017; Lasgaard et al., 2010).

Cuando el individuo presenta dificultades para hacer frente ante las demandas, aparecen las intervenciones terapéuticas como alternativa para contribuir al desarrollo de herramientas y promover el bienestar y salud mental. La elección de la intervención depende de características individuales del adolescente, de su situación y del contexto familiar. En especial, es esencial contar con la participación de la familia, y otros sistemas, en el proceso terapéutico. Dentro de las alternativas para hacer frente a la ideación suicida se encuentra la terapia cognitiva conductual, la terapia dialéctico-conductual, terapia familiar sistémica, terapia de aceptación y compromiso y los programas de prevención del suicidio y la terapia familiar basada en el apego (Guajardo et al. 2015). Estas resaltan la importancia de trabajar con las dinámicas familiares y de considerar el contexto relacional en el tratamiento de la ideación suicida en jóvenes (Diamond et al. 2010).

Políticas, normativas, planes y programas

Respecto a los programas en Chile orientados a la salud mental, y por tanto, pertinentes para la ideación suicida, se encuentra el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, cuyo objetivo es establecer las necesidades regulatorias para la protección de la salud mental, el respeto a los derechos de los individuos con trastornos mentales y la atención sanitaria para quienes padecen problemas o trastornos de salud mental. Además, busca aumentar el nivel de conciencia de los individuos sobre sus derechos en salud mental (MINSAL, 2017). De igual forma, es posible encontrar el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, dentro del cual se enmarca Salud responde con la línea de prevención del suicidio llamando al *4141. (MINSAL, 2022).

Por otro lado, para los establecimientos educacionales se encuentra la circular Nº 482/2018 de la superintendencia de educación, la cual establece que los reglamentos internos de los establecimientos deben contar con protocolos de prevención y abordaje de diversas situaciones complejas. En concreto, deben considerar la ejecución de acciones que fomenten la salud mental y prevención de conductas suicidas y/o autolesivas, entre otras (MINSAL, 2022). Considerando que los adolescentes pasan gran parte del tiempo de sus días en el establecimiento educacional, es esencial que entre los miembros de la comunidad educativa sepan identificar y responder de forma eficiente y adecuada a las señales de alerta y riesgo de ideación o intento suicida (Ramirez, Salcedo & Villavicencio, 2024).

También, las oficinas locales de la niñez tienen un rol de promoción, prevención y protección general. Respecto a su carácter de promoción, orientan a los niños/as y adolescente y sus familias en el ejercicio de sus derechos y fortalecen e impulsan su participación en la sociedad. En relación con la prevención, detectan oportunamente los riesgos de vulneraciones a través del sistema de alerta de la niñez, siendo el sistema de respuesta el programa de intervención familiar. Por último, en lo que respecta al área de protección general, permiten la derivación de los niños/as y adolescentes y sus familias a la oferta necesaria, la coordinación intersectorial y la realización de seguimiento y monitoreo del menor. Por otro lado, el servicio de protección a la niñez entrega protección especializada, tales como diagnóstico, prevención focalizada, restitución y reparación y fortalecimiento y revinculación familiar (Gobierno de Chile, 2024).

En cuanto a los establecimientos educacionales, la superintendencia de Educación (2018) establece que deben contar con la ejecución de acciones que fomenten la salud mental de los niños, niñas y adolescentes y prevenir conductas suicidas y autolesivas. Estas acciones deben estar vinculadas al desarrollo de habilidades protectoras tales como: resolución de problemas, disminución de factores de riesgo como la depresión y el desarrollo de habilidades protectoras. Por lo mismo, se requiere la definición de procedimientos para la derivación de casos de riesgo y el adecuado manejo ante situaciones de ideación, intento o suicidio consumado de algún miembro de la comunidad educativa.

4. Antecedentes empíricos:

En relación a los antecedentes empíricos, un estudio realizado por Kwon et al. (2020) centrado en las características del suicidio en adolescentes coreanos, dentro de cuya muestra se encontraban estudiantes con diagnósticos de trastorno mental o intentos de suicidio, da cuenta de que dentro de las señales previas al suicidio se encuentran las ausencias no justificadas al establecimiento educacional, escaso sentido de pertenencia y de relación con los pares y maestros. Además, de acuerdo con un estudio realizado por Quintero et al. (2022) en Colombia orientado hacia la prevención del suicidio en la población general de una universidad. En este participaron 74 personas y señalan que dentro de las señales de alerta de suicidio se encuentra: manifestar de formar verbal sobre la muerte en un 92,3%, planificar la muerte en un 89,2%, presentar pensamientos intrusivos sobre la muerte en un 86,2% y por último el retraimiento social con un 73,8%.

El estudio de Fonseca-Pedrero et al. (2020) evaluó la presencia de indicadores de suicidio entre 3.454 adolescentes de un rango etario de 14 a 19 años. Entre estos encontró que un 26,7% afirma que la vida no vale la pena ser vivida, el 18,7% ha experimentado deseos de muerte, el 17,8% ha pensado en quitarse la vida, el 5,9% manifiesta tener un plan de suicidio y un 3,7% confirma haber tenido intentos previos. Por otro lado, Navarro-Gómezl (2017) por medio de un estudio realizado en España con los datos del instituto nacional de estadística, establecen que las mujeres realizan un mayor número de intentos de suicidio, sin embargo, son los hombres quienes cuentan con un mayor número de muertes, dado la letalidad del método suicida que utilizan.

Por otro lado, respecto a las representaciones internas, diversas investigaciones han señalado que las representaciones internas juegan un rol clave en la comprensión del riesgo suicida en la adolescencia. Estas representaciones, construidas a partir de las experiencias tempranas con figuras significativas, pueden influir profundamente en la forma en que los adolescentes se perciben a sí mismos, a los demás y al mundo que los rodea. En particular, cuando estas representaciones son negativas, rígidas o desorganizadas, tienden a asociarse con un mayor riesgo de ideación y conducta suicida (Orbach et al., 2001).

En concreto, uno de los hallazgos más consistentes en la literatura proviene del estudio de Orbach et al. (2001), en Israel, que buscaba explorar el contenido de las representaciones internas en

adolescentes con conductas suicidas. Participaron adolescente de 14-18 años y se encontró que los adolescentes con conductas suicidas tienden a presentar representaciones internas negativas de sí mismos, marcadas por una autocrítica severa, sentimientos de desesperanza y una identidad difusa o fragmentada. Este patrón se refuerza en situaciones de conflicto familiar o rechazo, donde la validación emocional está ausente o es inconsistente.

Adam, Sheldon-Keller y West (1996), por su parte, en Estados Unidos realizaron un estudio en el que participaron 116 adolescentes y cuyo objetivo era analizar el vínculo entre apego inseguro y representaciones internas en adolescentes en riesgo, establecieron una conexión entre los estilos de apego inseguro o desorganizado en la infancia y la aparición de representaciones internas ambivalentes en la adolescencia. Estos adolescentes, al no contar con un modelo interno seguro de relación, son más vulnerables a conductas autodestructivas frente a crisis vinculares o afectivas. En la misma línea destaca la investigación realizada por Giannotti & de Falco (2021) cuyo objetivo fue explorar el estado de las representaciones internas de apego en niños con TEA sin discapacidad intelectual durante la infancia media. El estudio analizó tanto las limitaciones de los instrumentos de autoinforme, que tienden a no evidenciar diferencias significativas en apego seguro entre niños con TEA y neurotípicos, como la necesidad de utilizar métodos implícitos que permitan acceder a los modelos internos más profundos. Entre los principales hallazgos se observa que, aunque en los autoinformes los niños con TEA no difieren significativamente en niveles de apego seguro, en evaluaciones implícitas —como narrativas y entrevistas proyectivas— se evidencia menor coherencia narrativa, dificultades en la mentalización y en la integración afectiva, así como un predominio de estilos de apego inseguros. Estos resultados sugieren que en el TEA las representaciones internas tienden a ser más fragmentadas y menos organizadas, lo que puede tener consecuencias en la regulación emocional, el desarrollo del self y las relaciones interpersonales.

Desde una mirada longitudinal, Miller et al. (2014) a través de un meta análisis internacional cuyo objetivo era analizar la asociación entre apego inseguro/negligencia parental y riesgo suicida, demostraron que los adolescentes que sostenían representaciones internas familiares rígidas y negativas estaban más predispuestos a desarrollar ideación suicida, especialmente en contextos de conflicto familiar crónico. Este resultado es reforzado por el metaanálisis posterior de Miller et al. (2017), el cual evidenció que el historial de apego inseguro o experiencias de negligencia parental aumentaba significativamente el riesgo de ideación y conducta suicida.

Un aporte relevante proviene también del estudio de Knafo, Turgeman y Sadeh (2020) realizado en Israel, quienes señalan que los adolescentes con baja percepción de apoyo emocional familiar tienden a desarrollar representaciones internas de sí mismos como “invisibles”, “no merecedores de amor” o “solos frente al mundo”. Estas autoevaluaciones negativas se correlacionan directamente con la aparición de pensamientos suicidas, al reforzar la desesperanza y la desconexión emocional.

De forma complementaria, Stein et al., (2010) encontraron que las representaciones internas desorganizadas y un autoconcepto negativo no solo incrementan el malestar emocional, sino que también limitan la capacidad de los adolescentes para identificar redes de apoyo. Esta percepción de aislamiento emocional, particularmente cuando se cruza con conflictos familiares, amplifica la desesperanza y la sensación de no tener salida.

En el ámbito de las intervenciones terapéuticas, Fonagy et al. (2016) destacaron que los enfoques centrados en la mentalización y la reconstrucción de representaciones internas pueden contribuir a mejorar la regulación emocional y la percepción de apoyo relacional, reduciendo así el riesgo suicida en esta población. En esta línea, un ensayo clínico controlado en adolescentes con conductas de auto-daño que recibieron terapia basada en mentalización para adolescente) mostraron una reducción significativa de las autolesiones y mejoría en síntomas depresivos, en comparación con

el tratamiento habitual (Rossouw & Fonagy, 2012). Si bien el foco principal es individual, la terapia basada en la mentalización trabaja con la mentalización de relaciones y estados mentales de los otros, lo que implica que los adolescentes construyen nuevas representaciones internas de sí mismos en relación con su entorno interpersonal. Esto es coherente con la lógica de que no solo lo interno (“qué piensa o siente el adolescente”), sino cómo él representa las mentes de los otros (familia, pares) influye en su regulación emocional y sus comportamientos. Este ensayo respalda la lógica sistémica y mentalizadora para abordar las representaciones internas: no solo importa lo que ocurre dentro del adolescente, sino cómo esas creencias están sustentadas en patrones relacionales familiares, lo que subraya la importancia de incluir a la familia como parte activa del proceso terapéutico (Rossouw & Fonagy, 2012)

En el plano metodológico, herramientas proyectivas como el Test de Relaciones Objetales (TRO) o el Test de la Persona Bajo la Lluvia han demostrado ser instrumentos útiles para acceder y explorar las representaciones internas de adolescentes en situación de riesgo, facilitando la comprensión de su mundo emocional y la planificación de intervenciones focalizadas (Cramer, 2011).

En este sentido, diversos estudios han destacado factores asociados al riesgo suicida en adolescentes, incluyendo el apoyo social, la funcionalidad familiar y la identificación temprana de señales de alerta. Foster et al. (2020), en un estudio realizado en la Universidad Estatal de California, encontraron que el apoyo social brindado por profesores y compañeros está directamente relacionado con una disminución de las conductas suicidas en adolescentes que se autolesionan. Por su parte, Ramirez, Salcedo y Villavicencio (2024), en Bolivia, enfatizaron que las señales de alerta de riesgo suicida en adolescentes, particularmente las verbales, son más notorias que las conductuales. Sin embargo, a menudo estas señales no son atendidas adecuadamente ni por las familias ni por las escuelas, lo que resalta la importancia de priorizar la evaluación de la ideación suicida en la prevención del suicidio. En cuanto al contexto familiar, Núñez et al. (2020) en Colombia encontraron una correlación significativa entre la disfuncionalidad familiar y el riesgo de ideación suicida, siendo más prevalente en mujeres. Este hallazgo subraya que, a mayor disfuncionalidad, mayor probabilidad de ideación, destacando la relevancia de considerar la calidad de las relaciones familiares en la evaluación y manejo de la salud mental de los adolescentes. En el caso de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA), Saavedra et al. (2023) observaron una mayor prevalencia de tendencias suicidas en comparación con sus pares neurotípicos, lo que indica la necesidad de enfoques especializados para este grupo. A nivel regional, en Chile, el Plan Nacional de Salud Mental (2017-2025) reporta un preocupante aumento en las tasas de suicidio en adolescentes, especialmente en el rango de 15 a 19 años, donde la tasa pasó de 8.6 a 11.4 por cada 100.000 habitantes entre 2000 y 2008 (MINSAL, 2017). Además, según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 (ENS), el 2,2% de la población adolescente reportó haber pensado seriamente en suicidarse en los últimos 12 meses, y un 1,5% afirmó haber planificado el suicidio, siendo estas cifras más altas en mujeres (MINSAL, 2021).

Mazefsky & White (2014), en Estados Unidos, realizaron un estudio de revisión con el objetivo de analizar los conceptos y la práctica clínica en torno a la regulación emocional en adolescentes con TEA. Los autores destacan que la dificultad en la regulación emocional constituye un factor transversal y central en la psicopatología asociada al TEA, vinculada a la intensificación de síntomas ansiosos y depresivos, así como al riesgo de conductas autolesivas y suicidas. Señalan que la rigidez cognitiva, la dificultad en la mentalización y la interpretación limitada de señales sociales obstaculizan el desarrollo de estrategias adaptativas de afrontamiento. Así, concluyen que los tratamientos más prometedores son aquellos que integran intervenciones explícitas y estructuradas en regulación emocional, incorporando componentes psicoeducativos, entrenamiento en habilidades de reconocimiento y expresión emocional, y trabajo con la familia para favorecer la consistencia relacional y la contención.

Respecto a las intervenciones terapéuticas para riesgo suicida, el estudio de Oyanedel et al. (2021) realizado en Chile, cuyo objetivo era evaluar el efecto de una intervención de perspectiva

temporal en la modificación de indicadores de ideación y conducta suicida en adolescentes de entre 14 y 19 años, dio cuenta que efectivamente esta intervención grupal por medio del programa “Serenamente” es efectiva para la disminución de la ideación. Por otro lado, el estudio realizado por Rosselló (2011), en Puerto Rico, con 115 adolescentes que buscaba evaluar la respuesta a la terapia cognitivo-conductual para la depresión con un protocolo para el manejo de riesgo suicida, dio cuenta de que la mayoría de los adolescentes con depresión e ideación suicida tratados con esta terapia redujeron significativamente sus pensamientos.

Por otro lado, respecto a intervenciones terapéuticas que incorporan el apoyo social, destaca el estudio realizado por Linehan et al. (2006) en Estados Unidos, con 101 mujeres, cuyo objetivo era reducir las conductas suicidas y mejorar la regulación emocional y las habilidades interpersonales en mujeres diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad e intento suicida. Este tuvo como principales una disminución de un 23% en intentos suicidas, 77% de adherencia y una disminución en las hospitalizaciones. También, el estudio realizado por Diamond et al.(2010), en Estados Unidos con 66 adolescentes de 12 a 17 años, cuyo objetivo era evaluar la eficacia de la Attachment-Based Family Therapy (ABFT) en adolescentes con ideación suicida, comparándola con un tratamiento usualmente ofrecido en la comunidad. Esta dio cuenta de que los adolescentes del grupo ABFT informaron mejoras en la percepción del apoyo y la calidad de la relación con sus cuidadores principales, disminuciones en los conflictos familiares y mayor capacidad para resolver problemas interpersonales, reducciones significativamente mayores en la ideación suicida, evaluada mediante la escala de Beck, y reducción más rápida y significativa en los síntomas depresivos, concluyendo que fortalecer las relaciones familiares a través de un enfoque basado en el apego puede ser crucial para prevenir el suicidio en adolescentes.

Respecto al apoyo social en adolescentes con TEA, destaca el estudio realizado por Lasgaard et al. (2010) en Dinamarca, con una muestra de 76 adolescentes hombres con diagnóstico de TEA y un grupo control de 115 adolescentes sin TEA, cuyo objetivo fue analizar la relación entre soledad percibida y apoyo social. Los resultados dieron cuenta de que los adolescentes con TEA experimentaban mayores niveles de soledad y menor percepción de apoyo social, incluso cuando informaban tener amigos o estar en contextos con pares. El estudio concluye que la dificultad para interpretar y responder adecuadamente a las señales sociales incrementa la discrepancia entre apoyo social disponible y apoyo social percibido, lo que contribuye a sentimientos de aislamiento, ansiedad y síntomas depresivos. Asimismo, el estudio realizado por Deckers et al. (2017) en Países Bajos, con 109 adolescentes y adultos jóvenes entre 16 y 30 años con TEA, tuvo como objetivo evaluar la relación entre independencia, soledad y variables sociales. Los resultados evidenciaron que, aunque algunos participantes alcanzaban cierto grado de autonomía, esta no se traducía necesariamente en una reducción de la soledad. Por el contrario, se observó que la soledad estaba estrechamente asociada con bajos niveles de apoyo social percibido y con dificultades en la calidad de las relaciones interpersonales. El estudio concluye que en los jóvenes con TEA la soledad no se explica únicamente por la ausencia de redes objetivas, sino por la limitada capacidad para construir vínculos recíprocos y satisfactorios, lo que convierte al apoyo social en un factor crucial para prevenir aislamiento y malestar emocional en esta población.

Problematización inicial

Considerando lo establecido anteriormente, la conducta suicida en adolescentes con TEA y desajuste conductual representa un problema de salud pública crítico que exige una comprensión integral y la implementación de intervenciones efectivas. Estos adolescentes enfrentan una combinación de factores de riesgo a nivel individual, familiar y social que incrementan su vulnerabilidad, destacando la necesidad de abordajes terapéuticos específicos. En este sentido, se enfatiza la necesidad de trabajar en las representaciones internas, vinculadas con la mentalización, entendiendo que este enfoque puede ayudar a mejorar la comprensión de los estados mentales

ajenos y propios y las interacciones sociales, promoviendo un mejor bienestar emocional (Kohler et al., 2021).

A nivel individual, las personas con TEA suelen presentar dificultades significativas en habilidades sociales, comunicación y establecimiento de relaciones interpersonales, factores que se asocian directamente con un mayor riesgo de ideación y conductas suicidas (Saavedra et al. 2023; Smith et al. 2023). En adolescentes con desajuste conductual, estas dificultades suelen agravarse debido a la presencia de conductas disruptivas, agresivas y una marcada baja autoestima, exacerbadas por altos niveles de ansiedad y depresión (Gulsrud et al., 2018). Estos elementos configuran un cuadro emocional y psicológico complejo que intensifica los sentimientos de desesperanza, considerados detonantes clave del riesgo suicida (Musich, Aragón, 2024). Al fortalecer la comprensión de los propios estados mentales y los de los demás, es posible fomentar una mayor regulación emocional, empatía y sentido de conexión y de esta forma, generar modificaciones en la forma en que los adolescentes interpretan sus experiencias relacionales, promoviendo la construcción de una autoimagen más coherente y positiva, así como la percepción de relaciones familiares más seguras y disponibles emocionalmente (Kohler et al., 2021).

A nivel familiar, la representación que el adolescente tiene de su entorno cercano también incide directamente en su bienestar emocional. Cuando estas representaciones se basan en percepciones de rechazo, negligencia o invalidez emocional, el adolescente se siente solo frente al mundo, sin recursos internos ni externos para afrontar las dificultades. La falta de herramientas por parte de las familias para brindar apoyo emocional adecuado intensifica este escenario (Kapp, 2018). Además, el estrés derivado del cuidado y las limitaciones económicas pueden erosionar aún más el vínculo afectivo y la contención que el adolescente necesita (Rogge & Janssen, 2019).

Desde lo social y cultural, la percepción del estigma asociado tanto al TEA como al sufrimiento emocional puede reforzar representaciones internas negativas, tales como "soy un problema", "nadie puede entenderme" o "no tengo valor". Estas ideas no solo impactan en la identidad del adolescente, sino que obstaculizan la búsqueda de ayuda, consolidando un circuito de aislamiento y sufrimiento interno (Mazumder & Thompson-Hodgetts, 2019; Ramírez et al., 2024).

La combinación de estas variables a nivel individual, familiar y social genera un contexto de alta complejidad para los adolescentes con TEA y desajuste conductual, dificultando su desarrollo emocional y social. Además, las consecuencias del riesgo suicida trascienden al adolescente, afectando profundamente a las dinámicas familiares y generando un impacto significativo en las instituciones educativas y de salud. Por ello, resulta fundamental desarrollar e implementar intervenciones terapéuticas que no se limiten a la reducción de síntomas, sino que promuevan transformaciones profundas en las representaciones internas del adolescente, especialmente aquellas relacionadas con su valor personal y las figuras significativas de apego, disminuyendo el riesgo suicida y potenciando un desarrollo emocional más saludable (Fonagy & Target, 1997; Köhler et al., 2021).

Dentro de las intervenciones que se utilizan para la reducción del riesgo suicida se han intentado establecer distintos programas preventivos, sin embargo, no se han desarrollado programas psicoterapéuticos específicos y eficaces, ya que los que se realizan suelen estar en una etapa inicial, y en un gran número son adaptaciones de terapias para la depresión que no tienen resultados concluyentes (Oyanedel et al., 2021). De esta forma, a nivel teórico se evidencia la relevancia de la temática; contribuir al desarrollo de información respecto a las intervenciones terapéuticas en un grupo de riesgo particular, adolescentes TEA y desajuste conductual, para reducir el riesgo de ideación suicida a través del apoyo social familiar.

Actualmente, si bien se han desarrollado programas preventivos generales para el suicidio, aún existe una carencia de intervenciones psicoterapéuticas específicas para adolescentes con TEA y desajuste conductual. En muchos casos, las terapias aplicadas son adaptaciones de tratamientos para la depresión, sin evidencia concluyente sobre su efectividad en este grupo particular (Oyanedel et al., 2021). Por tanto, el desarrollo de estrategias clínicas que aborden las representaciones internas y promuevan la construcción de un yo más integrado y conectado con los demás representa una necesidad tanto teórica como práctica. Esta línea de trabajo puede contribuir significativamente a reducir el riesgo de ideación suicida y a fortalecer los vínculos familiares como base para el bienestar sostenido en el tiempo.

La intervención en la modificación de las representaciones internas puede ser clave para reducir el riesgo suicida en tanto promueve la construcción de un yo más integrado y conectado con los demás, proporcionando las herramientas necesarias para la gestión de emociones y comportamientos (Fonagy et al., 2015). De esta forma, se evidencia la relevancia práctica de contribuir a la toma de decisiones respecto a protocolos de actuación e intervención, tanto en la línea de prevención como de promoción ante el riesgo suicida en adolescentes con TEA y desajuste conductual. Así, se plantea la pregunta clínica: ¿De qué manera la modificación de las representaciones internas reduce el riesgo suicida en adolescentes con TEA desde un enfoque sistémico?

II. Diagnóstico de intervención

Pregunta diagnóstica: ¿Cómo son las representaciones internas de un adolescente TEA con ideación suicida?

Objetivo general: Describir las representaciones internas de un adolescente TEA con ideación suicida

Objetivos específicos:

1. Describir las representaciones internas sobre sí mismo de un adolescente con riesgo suicida.
2. Describir las representaciones internas sobre las relaciones familiares de un adolescente con riesgo suicida.
3. Describir las representaciones internas sobre las relaciones interpersonales de un adolescente con riesgo suicida.

2.2 Diseño de la estrategia de levantamiento de la información

En cuanto a las técnicas, se utilizó la videograbación de 2 sesiones de 53 y 60 minutos, correspondientes a la duración de la sesión completa con el adolescente, con el fin de transcribir y analizar lo correspondiente a indagar en las representaciones internas familiares y los tipos de apoyo para proceder con un análisis de contenido (Izcara, 2014). Las preguntas se formularon de manera abierta para favorecer una narrativa espontánea y profunda, abordando los siguientes aspectos:

1. Relación con los padres
2. Percepción de apoyo
3. Impacto de la dinámica familiar en el bienestar emocional
4. Deseo de un cambio en las relaciones familiares.

Respecto a los instrumentos, se utilizó la Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES) (Anexo 1) cuyo objetivo es evaluar los sentimientos generales que una persona tiene sobre sí misma, proporcionando una medida del nivel de autoestima global. La escala consta de 10 ítems, donde el individuo debe expresar su grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación utilizando una escala de tipo Likert que va de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). Al

promediar las respuestas, se obtiene una puntuación total que se interpreta de forma que las puntuaciones altas indican una alta autoestima y las bajas reflejan una autoestima baja, lo cual puede estar relacionado con emociones de inseguridad, vulnerabilidad y, en algunos casos, riesgo suicida. Respecto a sus propiedades psicométricas, la fiabilidad de la escala es alta, con un coeficiente alfa de Cronbach que generalmente se reporta entre 0.77 y 0.88, lo que indica que es consistente en medir lo que pretende medir. Además, ha mostrado una buena validez convergente, ya que se correlaciona de manera significativa con otras medidas de bienestar y afectividad (Rosenberg 1965).

También se usó la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) (Zimet et al., 1988) (Anexo 2), que tiene como objetivo evaluar la percepción que una persona tiene sobre el nivel de apoyo social que recibe desde diferentes fuentes significativas. La escala consta de 12 ítems organizados en tres dominios principales:

1. Apoyo familiar: Evalúa la percepción de apoyo emocional, comprensión y cercanía por parte de los miembros de la familia.
2. Apoyo de amigos: Mide la calidad de las relaciones y la disponibilidad emocional brindada por amistades significativas.
3. Apoyo de una figura significativa: Explora el respaldo recibido de una persona especial en la vida del individuo, como puede ser una pareja, un profesor, un tutor o un adulto cercano.

Cada ítem se responde en una escala Likert de 7 puntos que va desde un rango de 1= muy en desacuerdo hasta 4=muy de acuerdo, permitiendo valorar el grado de acuerdo con afirmaciones sobre la disponibilidad de apoyo en diferentes áreas. La puntuación total se obtiene sumando los puntajes de todos los ítems. Además, se pueden calcular puntuaciones independientes para cada una de las tres subescalas. Puntuaciones bajas indican una percepción débil de apoyo social, lo que puede estar relacionado con sentimientos de aislamiento, desesperanza o vulnerabilidad emocional. Puntuaciones altas reflejan una percepción sólida de apoyo social, funcionando como un factor protector frente a la sintomatología depresiva, la ideación suicida y otros indicadores de malestar psicológico. En cuanto a sus propiedades psicométricas, la MSPSS ha mostrado excelente fiabilidad interna, con coeficientes alfa de Cronbach superiores a .85 en cada subescala (Zimet et al., 1988). En Chile, fue adaptada y validada para población adolescente por Oyarzún y Iriarte (2020), quienes confirmaron su estructura tridimensional original y reportaron una fiabilidad total de .88.

En torno a las técnicas cualitativas, se utilizaron las pruebas proyectivas de La Persona Bajo la Lluvia (anexo 3), que busca conocer la percepción del evaluado sobre sí mismo, su relación con el entorno, sus mecanismos de defensa y su manejo frente a situaciones estresantes. Una vez realizado el dibujo se complementa con preguntas tales como ¿Quién es la persona que dibujaste?, ¿Qué está haciendo? y ¿Cómo se siente bajo la lluvia?, entre otras preguntas que puedan ir surgiendo según lo que se desea explorar, por ejemplo; ¿Quiénes ayudan a la persona cuando se siente así?, ¿cómo la ayudan?, entre otras (Hammer, 1958). Con las respuestas se revela información relativa a la percepción emocional, respuesta al estrés, vínculos relaciones y conflictos internos. La lluvia se interpreta como un elemento simbólico de adversidad, y la manera en que el adolescente dibuja a la persona bajo estas condiciones puede reflejar cómo percibe el apoyo emocional y su capacidad para enfrentar dificultades, incluida la relación con su familia. Además, la prueba permite analizar indicadores gráficos y proyectivos relacionados con la percepción de protección o amenaza en el entorno, lo que puede dar pistas sobre el apoyo emocional o instrumental percibido (Rodríguez-Sutil & Molina, 2012). Tiene una duración de 10 a 20 minutos, dependiendo del tiempo que tome el dibujo y las respuestas. La evaluación de este va a depender del: tamaño y ubicación del dibujo, elementos de protección presentes, posturas y expresión de la figura, detalles del dibujo y uso del espacio y líneas (trazos). Además, es importante mencionar que, respecto a su validez y confiabilidad, no cuenta con estándares universales y presenta influencia cultural, en tanto los significados pueden variar según el contexto sociocultural del evaluado (Hammer, 1958).

Cómo última técnica, se utilizó la prueba de Relaciones Objetales (TRO) (anexo 4), desarrollado por Philipson y Shorkey en la década de 1950. Es una prueba proyectiva que explora la dinámica de las relaciones interpersonales, los conflictos emocionales y las características de la personalidad. En concreto, entrega información sobre las percepciones y vínculos familiares; identificando cómo el individuo percibe las relaciones y proporcionando información sobre los tipos de apoyo recibidos según el individuo que está siendo evaluado. Además, entrega información sobre los conflictos relaciones, revelando nuevamente información vinculada a los tipos de apoyo otorgados en distintos contextos y situaciones (Blatt & Levy, 2003). En cuanto a su validez, ha sido validado en contextos clínicos y forenses, mostrando utilidad para identificar patrones de relación interpersonal y conflictos inconscientes. Aunque su validación psicométrica es limitada debido a su carácter proyectivo, estudios cualitativos han confirmado su eficacia en la exploración profunda de la personalidad. Por otro lado, su interpretación no es completamente estandarizada, lo que plantea desafíos en términos de consistencia y confiabilidad. La prueba consta de 13 láminas con imágenes en blanco y negro que presentan situaciones ambiguas, centradas en la interacción entre dos o más personas.

- Lámina 1: Explorar las percepciones sobre relaciones diádicas, cercanía o distancia emocional, y posibles conflictos o vínculos afectivos.
- Lámina 2: Aborda temas de introspección, soledad, aislamiento o procesamiento emocional interno.
- Lámina 3: Evalúa la representación de relaciones interpersonales, conflictos de comunicación o barreras emocionales.
- Lámina 4: Explora temas de añoranza, expectativas, proyecciones de futuro o desconexión del entorno inmediato.
- Lámina 5: Examina la dinámica de inclusión/exclusión, el rol del evaluado en situaciones sociales y su percepción de pertenencia.
- Lámina 6: Investiga conflictos interpersonales, dinámicas de poder y cómo el evaluado percibe la resolución de tensiones
- Lámina 7: Explora temas de trabajo, productividad, obligaciones o esfuerzos personales.
- Lámina 8: Aborda la cercanía, la intimidad emocional o posibles tensiones en relaciones cercanas.
- Lámina 9: Evalúa sentimientos de exclusión, pertenencia o cómo el evaluado se posiciona en contextos sociales amplios.
- Lámina 10: Explora intereses personales, autovaloración y posibles proyecciones relacionadas con habilidades o aspiraciones.
- Lámina 11: Examina la percepción de vínculos afectivos en contextos más amplios, como el apoyo mutuo o la independencia en las relaciones.
- Lámina 12: Evalúa la dinámica grupal, el rol del evaluado en situaciones colectivas y posibles conflictos o alianzas.
- Lámina 13: Aborda sentimientos de soledad, vacío existencial o introspección profunda.

Con cada lámina se le solicita al paciente que observe la lámina y cree una historia que responda a preguntas como: ¿Qué está sucediendo en la escena?, ¿Qué llevó a esta situación?, ¿Qué pasará después? y ¿Qué sienten o piensan los personajes?, ¿Cómo lo resolverá?, entre otras. La duración de la prueba es aproximadamente de una hora, pero varía según la rapidez con la que el paciente responda. Por último, su interpretación se basa en los contenidos manifiestos y latentes de las historias, analizando aspectos tales como: relaciones interpersonales, emociones y conflictos, roles y proyecciones y recursos de afrontamiento (López, 2007).

2.3 Análisis de los resultados del diagnóstico

En primer lugar, se presenta un análisis de los resultados de acuerdo a las técnicas y estrategias aplicadas, para luego exponerlos de manera integrada con perspectiva multinivel.

De acuerdo a la Escala de autoestima de Rosenberg, el adolescente obtuvo 12 puntos de 40, lo que lo sitúa dentro del rango bajo de autoestima a partir de tres respuestas de “totalmente en desacuerdo”, tres “en desacuerdo”, tres “de acuerdo” y una “totalmente de acuerdo”. En función de la escala de apoyo social se evidencia una baja percepción de apoyo social, obteniendo un puntaje de 40 de 84 puntos, donde los mayores puntajes está dentro del apoyo de amigo con un puntaje en esa subescala de 18 puntos.

De acuerdo al test de la Persona Bajo la lluvia, a nivel individual se identifica rasgo de inseguridad, una emocionalidad neutra y ausencia de herramientas para protegerse ante la adversidad, dando cuenta de una percepción de vulnerabilidad o falta de recursos. Por otro lado, percibe la adversidad de manera amenazante y posiblemente abrumadora. Además, no se observa la percepción de apoyo o estabilidad en el entorno.

Respecto a los resultados observados en el TRO, destacan conflictos familiares (láminas 1,6,9 y 10), una percepción de amenaza externa (láminas 3 y 7) y falta de protección y un sentimiento de abandono (láminas 8 y 10). En cuanto a los conflictos emocionales, destaca la percepción de vivencias de negligencia emocional y desigualdad de la atención recibida dentro del entorno familiar. Para hacer frente a esto, se observan mecanismos de afrontamiento de idealización (lámina 2), resignación (lámina 4) y evitación (lámina 7). En este sentido, se evidencian dificultades en el manejo de los conflictos familiares, atención emocional no satisfecha y vulneración emocional ante dinámicas de rechazo o invalidación.

Respecto a las entrevistas clínicas, se identificó una categoría general de apoyo social familiar con tres subcategorías: apoyo emocional, apoyo instrumental y apoyo informativo, como se observa en la tabla 1 a continuación:

Tabla 1

Análisis de contenido de sesiones videograbadas

Categoría	Códigos
Representaciones de sí mismo	Me quieren porque soy su hijo (e1, p9). Minimización de la expresión emocional (e1, p13). Autonomía en la realización de actividades (e1, p6). Autonomía en el manejo emocional (e2, p7) Ausencia de aspectos llamativos (e2, p7).
Representaciones familiares	La familia genera incomodidad (e2, p9). No hay cariño físico (e1, p4). No son expresivos (e1, p4). Baja disponibilidad de tiempo (e1, p1). Desequilibrio en la disponibilidad entre familiares (e1, p10). Ausencia de apoyo (e1, p2). Baja flujo comunicacional (e1, p8).

Representaciones interpersonales

Ausencia de redes (e1, p7).
Los lazos no funcionan (e2, p5)
Vínculos afectivos superficiales para no sufrir (e2, p5).

En primer lugar, en la subcategoría “Representaciones de sí mismo” se evidencia que se tienden a minimizar las emociones expresadas y la seguridad en torno al apoyo emocional pasa por elementos inamovibles como *“me quieren porque soy su hijo” (e1, p9)* y no por características particulares del consultante que lo hagan único y valioso, manifestando una *“ausencia de aspectos llamativos (e2, p7)”*.

En segundo lugar, en la subcategoría de “Representaciones familiares” se evidencia que hay una percepción de incomodidad respecto a los miembros de la familia que genera distancia, donde el adolescente manifiesta *“la familia genera incomodidad (e2, p9)”*, lo que es acompañado por la existencia de un ambiente de *“bajo flujo comunicacional (e1, p8)”* y en donde *“no hay cariño físico (e1,p9)”*

En tercer lugar, en la subcategoría de “Representaciones interpersonales”, predomina el establecimiento de *“vínculos afectivos superficiales para no sufrir (e2, p5)”* lo que va acompañado del pensamiento de que *“los lazos no funcionan (e2, p5)* y que por tanto dan cuenta de *“ausencia de redes (e1, p7)”*.

Considerando lo expuesto anteriormente, desde una mirada multinivel es posible establecer que; a nivel individual, la escala de Rosenberg el consultante presenta una baja autoestima, lo cual es consistente con patrones emocionales observados el adolescente, tales como desvalorización personal, autocrítica intensa y una visión negativa persistente del yo. En este caso, la baja autoestima se relaciona estrechamente con representaciones internas negativas del yo, reforzadas por contextos familiares y sociales poco contenedores. En cuanto a la escala de apoyo social, se evidencia un alto riesgo de aislamiento social, lo que implica una percepción limitada de apoyo emocional, tanto de la familia como de los pares. En el test de la Persona Bajo la Lluvia, se observan inseguridad, una percepción de falta de recursos internos y una emocionalidad neutral, lo que sugiere dificultades para manejar situaciones de adversidad. La amenaza externa es percibida como abrumadora, lo que aumenta su sensación de indefensión. A través del TRO, se identifican conflictos emocionales internos, como sentimientos de abandono, negligencia emocional y desigualdad en la atención recibida, lo cual refuerza la percepción de desamparo y desprotección. Frente a estas dificultades, predominan estrategias disfuncionales: idealización (lámina 2) resignación (lámina 4) y evitación (lámina 7). En síntesis, el consultante se percibe vulnerable, con limitados recursos emocionales y estrategias de afrontamiento que no le permiten enfrentar adecuadamente los estresores percibidos.

En cuanto al nivel familiar, en el TRO se observa la presencia de conflictos familiares (láminas 1, 6, 9 y 10) que incluyen dinámicas de rechazo, invalidación y desigualdad en la atención emocional. Esto sugiere una percepción de una estructura familiar que no provee apoyo emocional estable ni cohesión, generando una percepción de amenaza, desprotección y abandono (láminas 8 y 10). Durante las entrevistas clínicas, se identificaron tres subcategorías que resumen las carencias en el apoyo social familiar; en cuanto a lo emocional, existe una expresión deficiente de afecto, minimización de las emociones y una relación basada en obligaciones (por ser hijo) más que en características individuales. Esto refuerza la percepción de vínculos superficiales y genera distancia emocional. En lo instrumental, las ayudas prácticas son limitadas, intermitentes y acompañadas de quejas, lo que dificulta que sean percibidas como positivas. La autonomía del consultante parece

forzada, más que una elección personal. Por último, en lo informativo, la provisión de orientaciones o consejos no es efectiva, tiende a invalidar las experiencias emocionales y no existen dinámicas comunicativas que faciliten estos intercambios.

A nivel contextual, según el TRO (láminas 3 y 7), el consultante percibe el entorno como amenazante, lo que refuerza su sensación de inseguridad. Esta percepción también podría vincularse con una falta de red de apoyo significativa fuera del núcleo familiar, limitando los recursos disponibles para enfrentar los estresores. Las entrevistas clínicas indican que el consultante no cuenta con redes de apoyo fuera de su familia. Esto lo deja expuesto a una mayor vulnerabilidad emocional y social, dado que su entorno inmediato no ofrece herramientas adecuadas para abordar sus necesidades emocionales o prácticas. Si bien no se menciona explícitamente en los datos, las dinámicas familiares y los mecanismos de afrontamiento disfuncionales probablemente impactan en su integración en otros contextos, como el educativo o social, lo que podría reforzar su aislamiento y percepción de amenaza.

Discusión

La pregunta que guió el proceso diagnóstico correspondió a ¿Cómo son las representaciones internas de adolescentes TEA con riesgo suicida?, y los resultados obtenidos permiten evidenciar cómo las representaciones internas pueden influir en la salud mental del adolescente y la ideación suicida.

Las representaciones internas son construcciones afectivo-cognitivas originadas en las experiencias tempranas con figuras significativas. En este caso, el adolescente presenta vínculos familiares caracterizados por la inconsistencia y la desconexión emocional, lo que genera esquemas relacionales en los que se espera poco o nada de los otros. Esta configuración, descrita por Cramer (2011), favorece el aislamiento afectivo y el uso de mecanismos de afrontamiento disfuncionales como la evitación, la resignación o la idealización de figuras ausentes. Tal como lo plantea Shneidman (1996), el suicidio puede ser entendido como una respuesta desesperada frente a un entorno percibido como incapaz de responder a necesidades emocionales básicas; esta experiencia se refleja claramente en las representaciones del adolescente.

Las representaciones internas del adolescente revelan un self afectivamente empobrecido y figuras de apego inestables o negligentes, lo que repercute en su capacidad para vincularse, sostenerse emocionalmente y mentalizar. Esta configuración constituye un factor de vulnerabilidad clave en la emergencia y mantenimiento de la ideación suicida. Como señalan Fonagy y Luyten (2016), intervenir clínicamente sobre estas representaciones mediante experiencias vinculares reparadoras puede reducir significativamente el riesgo suicida.

Desde la teoría del apego, Bowlby (1988) sostiene que la ausencia de vínculos seguros en la infancia y adolescencia puede generar patrones de apego ansiosos o evitativos, que se traducen en representaciones del otro como impredecible o inaccesible, y del yo como indigno de afecto. Esto impacta directamente en la capacidad de regulación emocional y mentalización (Fonagy et al., 2002). En el adolescente evaluado, se observa una dificultad importante para construir narrativas internas que otorguen sentido a su experiencia emocional, lo cual se evidencia en pruebas proyectivas como el Test de la Persona Bajo la Lluvia (PBL) y el TRO, que reflejan desamparo, amenaza externa y una notable ausencia de recursos personales.

Desde un enfoque sistémico y ecológico (Bronfenbrenner, 1987), se entiende que el desarrollo emocional del adolescente ocurre mediante la interacción constante entre distintos niveles del entorno. En este caso, el microsistema familiar, que debería cumplir un rol protector, no ofrece una base segura ni contenedora. Esto contribuye a la formación de representaciones internas centradas

en el abandono, la inseguridad y el rechazo. Además, en familias de adolescentes con TEA, la falta de expresiones explícitas y consistentes de afecto resulta especialmente crítica, ya que estos requieren señales claras y reiteradas para reconocer disponibilidad emocional (McKenzie & Dallos, 2017).

Los vínculos familiares se perciben como distantes, normativos y escasamente empáticos. Según Miller et al. (2017), la exposición prolongada a relaciones invalidantes e inequitativas tiende a consolidar un autoconcepto empobrecido y esquemas de desconfianza. En este adolescente, dichas representaciones se reflejan tanto en los mecanismos disfuncionales de afrontamiento observados (TRO) como en la ausencia de recursos personales (PBL). En cuanto al apoyo familiar, la MSPSS y los relatos clínicos dan cuenta de vínculos basados más en la obligación que en el reconocimiento afectivo. Esto genera una vivencia subjetiva de invisibilidad emocional, lo que se vincula con la baja autoestima registrada en la Escala de Rosenberg, y refuerza una estructura interna frágil congruente con el riesgo suicida (Orbach et al., 2001; Soriano & Jiménez, 2022). Además, la disponibilidad afectiva es intermitente y poco efectiva, reforzando una percepción de dependencia forzada y soledad emocional. Esta dinámica limita la posibilidad del adolescente de construir narrativas comprensivas sobre sus vivencias, afectando su capacidad de mentalización (Fonagy & Target, 1997).

A nivel contextual, no se identifican redes de apoyo externas significativas. Esto se manifiesta en la MSPSS, y coincide con la literatura que vincula la falta de apoyo social con mayor malestar psíquico (Mazumder & Thompson-Hodgetts, 2019). A esto se agrega que en adolescentes TEA, la percepción del apoyo recibido suele estar distorsionada por la dificultad en comprender las intenciones y emociones de los otros, lo que incrementa sentimientos de soledad y aislamiento, incluso en presencia de intentos de cercanía (Lasgaard et al., 2010).

En función de lo mencionado anteriormente, un entorno familiar disfuncional, la carencia de redes de apoyo y un sistema de representaciones marcado por la indefensión, la autodevaluación y la desconfianza configuran un escenario clínico de alto riesgo. Las representaciones internalizadas operan como filtros que determinan la forma en que el adolescente interpreta el mundo, regula sus emociones y se vincula con los demás. Tal como señalan Fonagy et al. (2016), intervenir sobre estas representaciones a través de la mentalización, el apego y la reconstrucción narrativa resulta esencial para reducir el riesgo suicida y promover un desarrollo emocional más saludable.

Análisis de los objetivos

En concreto, como objetivo general se planteó: describir las representaciones internas de un adolescente con ideación suicida. De acuerdo a ello, el primer objetivo específico corresponde a describir las representaciones internas sobre sí mismo de un adolescente con riesgo suicida. Respecto a esto es posible establecer el predominio de una autoestima muy baja. Las respuestas en la escala de autoestima muestran una visión predominantemente negativa de sí mismo, con autopercepciones asociadas a la inutilidad, falta de valor personal y autocrítica intensa. Esta visión se complementa con el Test de la Persona Bajo la Lluvia, donde el adolescente se representa como desprovisto de herramientas o defensas ante la adversidad, sin protección emocional, lo que revela una percepción de vulnerabilidad profunda y una escasa sensación de agencia personal. La emocionalidad neutra y el tono general de indefensión refuerzan la idea de un yo fragmentado y poco integrado.

El segundo objetivo correspondía a describir las representaciones internas sobre las relaciones familiares de un adolescente con riesgo suicida. Sobre esto es posible establecer, apoyándonos en los resultados del TRO, representaciones familiares cargadas de conflicto, abandono y desigualdad afectiva. En varias láminas (1, 6, 8, 9 y 10), emergen temáticas asociadas a la negligencia emocional, el rechazo y la percepción de no ser tratado con equidad dentro del núcleo familiar. Se destacan mecanismos defensivos como la idealización y la resignación, lo que indica una internalización de vínculos ambivalentes y carentes de contención. Las entrevistas clínicas refuerzan estos hallazgos: las

relaciones familiares se viven como basadas en la obligación, con poco afecto genuino, escasa ayuda práctica y orientación emocional inefectiva. Todo esto se traduce en una vivencia de vínculos frágiles y poco disponibles emocionalmente.

Por último, el tercer objetivo correspondía a describir las representaciones internas sobre las relaciones interpersonales de un adolescente con riesgo suicida. Se evidencia según la Escala de Apoyo Social una baja percepción de apoyo externo, con solo 8 puntos de 30, lo que refuerza la sensación de aislamiento. En la persona bajo la lluvia y el TRO (láminas 3 y 7), se observa una percepción del entorno como amenazante y carente de contención. En las entrevistas se evidenció la falta de redes significativas fuera del entorno familiar, lo que acentúa la soledad y limita las oportunidades de externalizar el malestar o recibir ayuda efectiva. El adolescente parece interpretar el mundo interpersonal como inseguro, inestable y ajeno, lo cual refuerza la percepción de que está “solo frente al mundo”.

A modo general, los resultados globales reflejan un patrón consistente de representaciones internas negativas, tanto del sí mismo como de su entorno. Se observan sentimientos de inseguridad, desprotección, baja autoestima y ausencia de recursos emocionales, lo que configura un autoconcepto frágil y relaciones familiares e interpersonales marcadas por el abandono, la invalidación y la amenaza. Esta configuración refuerza el riesgo suicida al no percibir fuentes de contención o protección ante el malestar psíquico.

Conclusión

El objetivo general de esta investigación fue describir las representaciones internas de una adolescente con ideación suicida, a través del análisis clínico e interpretativo de diversos instrumentos psicométricos y proyectivos, así como entrevistas clínicas. En función de este propósito, se abordaron tres objetivos específicos, cuyas conclusiones se presentan a continuación.

En primer lugar, describir las representaciones internas sobre sí mismo de un adolescente con riesgo suicida. Se concluye que el adolescente presenta una representación de sí mismo marcada por una autoestima severamente deteriorada, caracterizada por una autopercepción asociada a la inutilidad, la falta de valor personal y una autocrítica intensa. Esta representación interna evidencia un yo fragmentado, con escasa integración emocional y sin recursos subjetivos para afrontar el malestar, lo que constituye un factor de alto riesgo para la ideación suicida.

En segundo lugar, describir las representaciones internas sobre las relaciones familiares de un adolescente con riesgo suicida. Se concluye la existencia de representaciones internas de las relaciones familiares marcadas por el abandono emocional, el conflicto y la inequidad afectiva. En conjunto, estos elementos configuran un modelo relacional frágil e inestable que potencia la sensación de no pertenencia y desamparo.

En tercer lugar, describir las representaciones internas sobre las relaciones interpersonales de un adolescente con riesgo suicida. Se concluye que, en el entorno extrafamiliar, predomina una percepción de aislamiento social significativo, evidenciando una ausencia de redes significativas fuera del núcleo familiar.

A modo general, es posible establecer que existe un patrón de representaciones internas con una autoimagen deteriorada, representaciones familiares disfuncionales y ambivalentes, y una experiencia del entorno interpersonal como distante e inseguro. El conjunto de estas representaciones y su interacción generan un funcionamiento en donde predominan sentimientos de indefensión, falta de valor personal y carencia de apoyo emocional, lo cual incrementa el riesgo de

ideación suicida al no contar con recursos subjetivos ni vinculares que le permitan modular el malestar emocional o desarrollar una esperanza de contención externa.

III. Propuesta de intervención

3.1 Relevancia de la intervención

De acuerdo con Bowlby (1969), las representaciones internas o modelos operativos determinan la percepción del mundo y de las relaciones de cada persona; sin embargo, destaca que estos, si bien son relativamente estables, pueden ser modificados. Esto resulta especialmente relevante en adolescentes con TEA, quienes tienden a presentar modelos internos más rígidos, con dificultades en la simbolización emocional y la flexibilidad cognitiva (Hobson & Hobson, 2007). En este marco, se plantea una intervención desde el modelo sistémico, orientada a reconfigurar dinámicas familiares disfuncionales, establecer límites claros y restaurar vínculos significativos. En adolescentes con TEA, este enfoque adquiere mayor relevancia, dado que la estructura, la claridad en los roles y la consistencia relacional son condiciones fundamentales para disminuir la percepción de caos y favorecer representaciones internas más coherentes y seguras (McKenzie & Dallos, 2017). Esto impacta directamente en la construcción de un autoconcepto menos crítico, más contenedor y ajustado, disminuyendo así el riesgo suicida (Minuchin, 1974).

A nivel social, la intervención tendrá un impacto significativo en la comunidad al abordar factores clave en la prevención del suicidio adolescente, especialmente en jóvenes con TEA, quienes enfrentan una vulnerabilidad aumentada al aislamiento social y a la soledad (Lasgaard et al., 2010; Deckers et al., 2017). Al fortalecer el rol de la familia y la comunidad como redes de apoyo primarias, se contribuye a reducir la sensación de desconexión y a mejorar la percepción de disponibilidad emocional en figuras significativas. Este proceso fomenta la reconstrucción de vínculos familiares más saludables, lo que repercute en la convivencia, la integración social y el bienestar del adolescente, favoreciendo un patrón más protector y funcional (Minuchin, 1974; Olson, 2000).

A nivel práctico, los beneficios son tangibles en dimensiones especialmente críticas para los adolescentes con TEA, como la autoestima, la regulación emocional y la integración social. Al modificar representaciones internas rígidas y fortalecer redes de apoyo, se generan bases sólidas para la reducción del riesgo suicida a largo plazo. Esto permite proyectar que los efectos positivos de la intervención se mantengan en el tiempo, reduciendo la necesidad de hospitalización o reingreso en tratamiento. En particular, al desarrollar una visión más positiva de sí mismos, reducir la autocrítica y mejorar su capacidad de afrontar adversidades, los adolescentes con TEA pueden sustituir estrategias de afrontamiento disfuncionales (ej. retraimiento o evitación) por recursos más adaptativos (Miller et al., 2014; Stein et al., 2010).

Por último, a nivel teórico, la propuesta contribuye al estudio de la influencia de las representaciones internas en la salud mental de adolescentes con riesgo suicida, incorporando además la especificidad del TEA como condición que complejiza la construcción del self y la regulación emocional (Moseley, Gregory & Smith, 2020). Este aporte resulta relevante para comprender cómo los esquemas relacionales rígidos y las dificultades en la teoría de la mente propias del espectro inciden en la percepción de apoyo, la identidad y la vulnerabilidad al riesgo suicida (Hirvikoski et al., 2016). Asimismo, se articula con teorías psicológicas como la de la mentalización, el apego y la cognición emocional, ofreciendo un marco para el diseño de intervenciones que promuevan una visión más saludable del autoconcepto y de las relaciones familiares. De esta manera, se consolida un enfoque integrador que aporta tanto a la comprensión teórica como a la prevención y tratamiento del riesgo suicida en adolescentes con TEA (Beck, 1986; Bowlby, 1988; Fonagy, 2002).

3.2 Objetivos de intervención:

Objetivo general: Promover la reestructuración de las representaciones internas del adolescente TEA con ideación suicida.

Objetivos específicos:

1. Fortalecer la percepción del autoconocimiento de un adolescente TEA con riesgo suicida.
2. Fortalecer la percepción del autoestima de un adolescente TEA con riesgo suicida.
3. Favorecer la reconstrucción de las representaciones internas de las relaciones familiares del adolescente TEA con ideación suicida.
4. Promover la percepción de apoyo y disponibilidad emocional por parte de figuras significativas de un adolescente TEA con riesgo suicida.

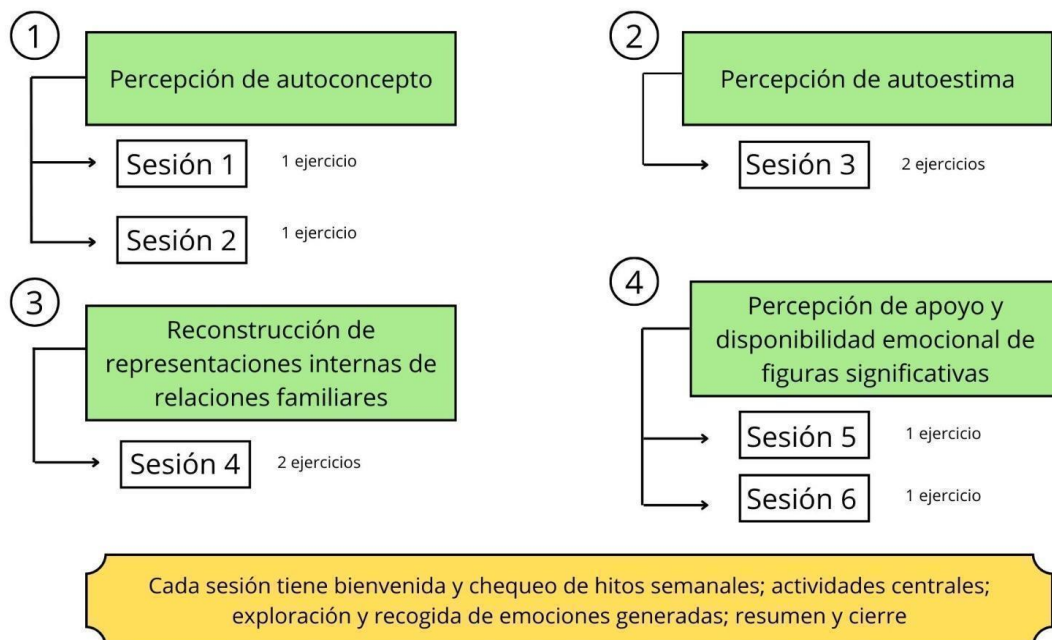
3.3 Plan de evaluación de los resultados de la intervención

<u>Objetivo</u>	<u>Sesiones</u>	<u>Indicador de logro</u>	<u>Medio de verificación</u>	<u>Criterio de logro</u>
Fortalecer la percepción del autoconcepto de un adolescente con riesgo suicida	2 sesiones	Cambios positivos en la autopercepción, autodefinición, sentido de agencia e integración del yo.	Test de la persona bajo la lluvia pre/post.	La figura post-test es más estructurada, segura, con mayor presencia de detalles identitarios (ropa, rostro, nombre). Se representan recursos (paraguas, actitud erguida). Se observa trazo más firme.
Fortalecer la percepción del autoestima de un adolescente con riesgo suicida.	1 sesión	Aumento en los puntajes de la escala de autoestima.	Aplicación pre/post Escala de autoestima de Rosenberg	Aumento de 12 o más puntos en la escala O se mantiene en el mismo rango pero con mejora cualitativa en el discurso del yo (más aceptación, menos autodevaluación) .(Rosenberg 1965).

Favorecer la reconstrucción de las representaciones internas de las relaciones familiares.	1 sesión	Mejora en las representaciones internas de las relaciones familiares.	TRO pre/post.	Se observa una mayor organización y coherencia en las representaciones pre y post. Las figuras aparecen con más detalles, interacciones más claras, y una percepción de mayor simetría en las relaciones
Promover la percepción de apoyo y disponibilidad emocional por parte de figuras significativas de un adolescente con riesgo suicida.	2 sesiones	Reducción en los puntajes de la escala de aislamiento.	Aplicación pre/post de la MSPSS.	Aumento de entre 8 y 13 o más puntos en la escala post-intervención, indicando una mejora moderada en la red social. (Zimet et al., 1988).

3.4 Diseño de la estrategia de intervención

Flujograma de la estrategia de intervención



Sesión 1: Yo real v/s Yo ideal.

Objetivo: Fortalecer la percepción del autoconcepto de un adolescente con riesgo suicida.

Contenido: Exploración del yo.

Materiales: Lápices de colores, hojas.

Participantes: paciente y terapeuta.

Acciones:

1. Bienvenida y chequeo de los hitos principales de la semana (colegio, amistades y dinámica familiar).
2. Exploración del yo. Ejercicio 1: Retrato del “yo real” y “yo ideal”. Explicar que todos tenemos dos formas de vernos: el yo real: cómo me veo ahora, cómo creo que soy y el yo ideal: cómo me gustaría ser en el futuro o en mis sueños. Considerando las características del TEA, apoyarse en ejemplos visuales y concretos. Hacer los retratos y luego invitar al adolescente a identificar diferencias y similitudes. Elaborar una breve lista de pasos hacia mi “yo ideal” y validar que el yo ideal no es una obligación, sino una guía para crecer.
3. Exploración y recogida de las emociones generadas a partir de la experiencia.
4. Resumen de los elementos abordados durante la sesión (narrativo del yo real/yo ideal) y cierre de la sesión.

Sesión 2: Voz amiga o enemiga?

Objetivo: Fortalecer la percepción del autoconcepto de un adolescente con riesgo suicida.

Contenido: Identificación de los pensamientos automáticos sobre sí mismo

Materiales: lápices y hojas.

Participantes: paciente y terapeuta.

Acciones:

1. Bienvenida y chequeo de los hitos principales de la semana (colegio, amistades y dinámica familiar).
2. Identificación de los pensamientos automáticos sobre sí mismo. Ejercicio 1: Invitarlo a recordar una situación reciente en la que se haya sentido mal consigo mismo y explorar: ¿Qué te dijiste a ti mismo en ese momento?, ¿Cómo te hizo sentir esa frase? ¿Esa voz te ayudó o te hundió más?. Luego, invitarlo a evaluar si lo que se dijo es totalmente cierto o hay otra forma de verlo. Finalmente, construir una frase de autovaloración.
3. Exploración y recogida de las emociones generadas a partir de la experiencia.
4. Resumen de los elementos abordados durante la sesión (sus pensamientos automáticos) y cierre de la sesión.

Sesión 3: Mirándonos al espejo.

Objetivo: Fortalecer la percepción del autoestima de un adolescente con riesgo suicida.

Contenido: Explorar creencias nucleares sobre el valor personal e Identificación de logros y recursos internos.

Materiales: Hojas, lápices de colores, tijeras, pegamento

Participantes: terapeuta y paciente.

Acciones:

1. Bienvenida y chequeo de los hitos principales de la semana (colegio, amistades y dinámica familiar).
2. Explorar creencias nucleares sobre el valor personal. Ejercicio 1: “metáfora del espejo interno”. Escribir las frases que aparecen en el espejo interno “Soy...”, “Siempre...”, “Nunca...” “Los demás piensan que yo...” y “El mundo es...”
3. Identificación de logros y recursos internos. Ejercicio 2: escudo personal: dibujo con fortalezas, habilidades y logros.
4. Exploración y recogida de las emociones generadas a partir de la experiencia.
5. Resumen de los elementos abordados durante la sesión (creencias nucleares) y cierre de la sesión.

Sesión 4: Cambiando de lentes.

Objetivo: Favorecer la reconstrucción de las representaciones internas de las relaciones familiares.

Contenido: Identificación de las relaciones familiares significativas y sus dinámicas afectivas e introducir idea de que las representaciones internas pueden cambiar.

Materiales: Lápices y hojas, lentes de plástico con un ojo de cada color.

Participantes: paciente y terapeuta.

Acciones:

1. Bienvenida y chequeo de los hitos principales de la semana (colegio, amistades y dinámica familiar).
2. Identificación de relaciones familiares significativas. Ejercicio 1: dibujo familiar y luego reflexión guiada: ¿A quién dibujaste más cerca o lejos? ¿Qué representa el color que usaste para cada uno? ¿Qué emociones sientes cuando piensas en cada persona? ¿Todos se sienten cómodos donde están? ¿Cuál ha sido la relación más significativa? ¿Qué recuerdos te vienen de momentos buenos o difíciles?
3. Modificación de representaciones internas. Ejercicio 2: metáfora de los lentes “A veces miramos a las personas importantes de nuestra vida como si tuviéramos unos lentes puestos. Estos lentes están coloreados por nuestras experiencias pasadas: cosas que nos dijeron, que nos dolieron, que nos faltaron o que nos hicieron sentir bien. Pero no son los únicos lentes posibles. Podemos probar otros”
4. Exploración y recogida de las emociones generadas a partir de la experiencia.
5. Resumen de los elementos abordados durante la sesión (relaciones significativas) y cierre de la sesión.

Sesión 5: Creando Mapas.

Objetivo: Favorecer la reconstrucción de las representaciones internas de las relaciones familiares.

Contenido: Identificación de las personas que están a nuestro alrededor y su disponibilidad y capacidad de apoyo ante situaciones de estrés.

Materiales: lápices y hojas.

Participantes: paciente y terapeuta.

Acciones:

1. Bienvenida y chequeo de los hitos principales de la semana (colegio, amistades y dinámica familiar).
2. Identificar figuras de apego/apoyo. Ejercicio 1: Mapa de personas importantes: hoja con círculos concéntricos en donde al medio está el adolescente y debe ir ubicando según grado de cercanía emocional a cada persona. Luego ir marcando a aquellas personas con quienes quisiera tener mayor o menor cercanía de la que tiene actualmente.
3. Exploración y recogida de las emociones generadas a partir de la experiencia.
4. Resumen de los elementos abordados durante la sesión (figuras de apego/apoyo identificadas) y cierre de la sesión.

Sesión 6: Creando puentes

Objetivo: Promover la percepción de apoyo y disponibilidad emocional por parte de figuras significativas de un adolescente con riesgo suicida.

Contenido: Construcción de puentes hacia la búsqueda de apoyo.

Materiales: hojas y lápices.

Participantes: Paciente y terapeuta.

Acciones:

1. Bienvenida y chequeo de los hitos principales de la semana (colegio, amistades y dinámica familiar).
2. Resumen de la sesión anterior: énfasis en las figuras de apoyo identificadas.
3. Construcción de puentes hacia la búsqueda de apoyo. Ejercicio 1: Mapa de redes de apoyo: a partir de las figuras de apoyo identificadas en la sesión anterior, reflexionar sobre las barreras internas o externas para pedir apoyo y luego identificar acciones o pasos concretos para poder fortalecer al menos una relación.
4. Exploración y recogida de las emociones generadas a partir de la experiencia.
5. Resumen de los elementos abordados y cierre de la sesión.

3.5 Consideraciones éticas

El trabajo con adolescentes en riesgo suicida exige una intervención ética rigurosa, fundamentada en los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia (Beauchamp & Childress, 2001). Es esencial que esta intervención se ajuste a los marcos deontológicos y a las regulaciones específicas de la psicología clínica, la protección infantil, y las normativas de los Comités de Ética en investigación e intervención.

Respecto a los principios éticos, el desarrollo de la intervención supone:

1. **Beneficencia y no maleficencia:** La intervención debe centrarse en el diseño de estrategias que promuevan una autoimagen positiva en el adolescente, protegiendo su salud mental. Es crucial prevenir daños asociados a experiencias revictimizantes dentro del proceso terapéutico, asegurando que las intervenciones sean constructivas y no generen nuevos sufrimientos. En concreto, se evitará la exposición innecesaria a relatos traumáticos, para ello, se emplearán técnicas terapéuticas basadas en el ritmo y disposición del adolescente y se evaluará constantemente el impacto emocional de las sesiones para ajustar el enfoque terapéutico, garantizando que las intervenciones sean contenedoras, reparadoras y no generen nuevas formas de sufrimiento.
2. **Autonomía:** En línea con el enfoque de derechos de la infancia (ONU, 1989), se debe garantizar el respeto a la autodeterminación del adolescente. Esto implica asegurar su participación en las decisiones sobre su tratamiento, respetando su capacidad para expresar necesidades, preferencias y emociones durante todo el proceso terapéutico.
3. **Justicia:** Este principio exige que se garantice equidad en el acceso a recursos y oportunidades. El adolescente debe recibir apoyo psicológico sin discriminación por motivos de género, etnia o condición socioeconómica. Además, es esencial facilitar la articulación con redes de apoyo extrafamiliares, evitando así situaciones de exclusión social.

En lo concerniente a los resguardos éticos, se encuentra el consentimiento informado y asentimiento (Beauchamp & Childress, 2001). El proceso terapéutico debe contar con el consentimiento informado del adulto responsable del adolescente. Además, el asentimiento del adolescente es igualmente necesario en contextos dado que se requiere de su colaboración activa. Por medio de ambos resguardos es que además se aborda la confidencialidad y límites. Al respecto, se explicita que es fundamental mantener la privacidad del adolescente, excepto en los casos en que exista un riesgo suicida inminente, en cuyo caso se procederá a informar a los cuidadores y a las redes de apoyo pertinentes. El manejo ético de la información implica evitar la divulgación innecesaria de datos sensibles, respetando la privacidad del adolescente mientras se asegura su protección.

De acuerdo a los marcos deontológicos, la intervención debe alinearse con el Código de Ética Profesional del psicólogo y al tratarse de una intervención con un adolescente, es importante considerar también la convención sobre los derechos del niño (ONU, 1989) según la cual el adolescente tiene derecho a la protección, a la salud mental y a participar en las decisiones que le

afectan. En concreto, bajo estos marcos la intervención debe asegurar que el adolescente participe en el diseño de su plan terapéutico, promoviendo su sentido de agencia y el empoderamiento en su proceso de recuperación. También, la intervención debe ser no coercitiva, evitando imponer modelos de relación terapéutica que no sean beneficiosos para el adolescente. Por otro lado, es importante destacar las leyes de protección de la infancia y adolescencia, lo que implica que es fundamental que se respeten con el fin de garantizar la seguridad y bienestar del adolescente en todo momento (ONU, 1989). Respecto a esto, durante la intervención, ante la pesquisa de situaciones de negligencia, abuso o riesgo grave, es fundamental activar los protocolos de derivación y notificación a las entidades correspondientes, tales como servicios sociales, autoridades de salud o educativas. Además, se debe coordinar con instituciones de salud, educación y protección infantil para asegurar una intervención integral y adecuada a las necesidades del adolescente.

IV. Informe de la evaluación de resultados de la intervención

El primer objetivo correspondió a fortalecer la percepción del autoconcepto del adolescente con riesgo suicida. Para esto, en la primera sesión con el adolescente se trabajó la exploración del autoconcepto a través del ejercicio “yo real vs yo ideal”. Se observó disposición a participar y baja capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Le resultó difícil diferenciar entre ambos “yo”, por lo que en esta sesión solo se trabajó sobre el “yo real”, logrando identificar dos características positivas. Dado la dificultad en esta sesión, se reestructuró el cronograma establecido, desfasando la planificación y apelando a la elaboración de una séptima sesión que permitiera compensar el desfase. Se utilizó la segunda sesión para continuar con la exploración del autoconcepto a través del ejercicio “yo real vs yo ideal”, dando lugar al “yo ideal”, en donde también se observó dificultad para reflexionar, pero con acompañamiento logró identificar 2 características y conectarlas con experiencias personales.

En la tercera sesión se abordó la identificación de pensamientos automáticos sobre sí mismo (correspondiente al objetivo de la sesión 2 según la planificación). El adolescente recordó una situación reciente vinculada al ámbito familiar, identificando una voz interna autocrítica, exigente e hiriente hacia sí mismo. Se trabajó en reestructurar esta frase hacia una más compasiva y se construyó una frase de autovaloración (“soy igual de importante que el resto de las personas”). Refirió sentirse “raro pero mejor” al decirla en voz alta, sin embargo, manifestó no sentirse capaz de recordarla y repetirla en situaciones futuras.

Así, durante las sesiones 1, 2 y 3, se abordó el autoconcepto mediante los ejercicios “yo real vs yo ideal” y pensamientos automáticos. El indicador de logro correspondió a cambios positivos en la autopercepción, autodefinición, sentido de agencia e integración del yo. A lo largo de las sesiones, el adolescente logró identificar un total de cuatro características personales (dos del yo real y dos del yo ideal), vinculándolas con experiencias personales, además de reconocer una voz interna crítica y logró generar una frase alternativa más compasiva. A nivel proyectivo (test), se observa una figura post-test levemente más estructurada y actitud corporal más erguida, lo que indica un cambio positivo en la autoimagen, siendo posible establecer que el criterio de logro fue alcanzado parcialmente. Por lo mismo, se recomienda incorporar una mayor cantidad de sesiones para el trabajo de estos elementos dado la rigidez propia del TEA y las dificultades en la mentalización. La intervención en esta área fue parcialmente efectiva y se recomienda avanzar al siguiente objetivo.

El segundo objetivo correspondió a fortalecer la percepción del autoestima de un adolescente con riesgo suicida. Para esto, en la cuarta sesión se exploraron creencias nucleares asociadas al valor personal. El adolescente expresó verbalmente frases negativas internalizadas, con las cuales también, de manera automática reforzó su valor negativo en experiencias recientes de conflicto social que había experimentado. Por lo mismo, al realizar este ejercicio, conectó rápidamente con la pena. Pese a lo mencionado, también logró construir un escudo con tres fortalezas que reconoció como propias. De todas formas, logró identificar tres fortalezas, lo que indica que el criterio de logro fue parcialmente

alcanzado respecto a mejoras cualitativas en el discurso del yo. Se observan avances significativos en la exploración de su autoestima, sin embargo, persisten barreras asociadas al discurso negativo internalizado. La intervención fue efectiva en generar conciencia, aunque se sugiere mantener el enfoque en esta área. No se aplicó la escala de autoestima nuevamente dado que estaba pensada dentro de la evaluación y el paciente desistió.

El tercer objetivo correspondió a favorecer la reconstrucción de las representaciones internas de las relaciones familiares. Para esto, en la quinta sesión se trabajó la identificación de relaciones familiares significativas y sus dinámicas afectivas mediante la elaboración de un dibujo familiar. En un inicio el adolescente manifestó no querer hacer el dibujo, relatando que no le gustaba pensar en su familia ni compartir respecto a ellos ya que lo avergonzaban en muchas cosas. Ante la negativa de realizar la actividad, se redefinió la actividad y en lugar de dibujar se trabajó sobre lo que el adolescente expresó sentir sobre su familia. Respecto a esto, se lograron identificar conductas, actitudes y afectos que le incomodan respecto a sus familiares y el cómo le gustaría que fueran con él. Ante esto, el adolescente logró comprender que las representaciones pueden modificarse con nuevas experiencias y manifestó interés en *“ver si en verdad podrían cambiar”*. De todas formas, se identificó un bajo nivel de implicación emocional y reflexión, lo cual no fue considerado suficiente para evaluar cambio estructural mediante el medio de verificación del TRO, pudiendo establecerse que el criterio de logro no fue alcanzado. De esta forma, la intervención tuvo efecto limitado y se sugiere continuar trabajando en esta área, propiciando un entorno emocionalmente más seguro para facilitar el acceso simbólico a las representaciones familiares. Además, se recomienda previo a esta sesión poder desarrollar una intervención con los padres, para luego dar lugar a trabajo a nivel familiar.

Siguiendo con el cuarto objetivo de promover la percepción de apoyo y disponibilidad emocional por parte de figuras significativas de un adolescente con riesgo suicida, en la sexta sesión se trabajó en la identificación de figuras de apego y/o apoyo actuales y potenciales, a través del ejercicio *“Mapa de personas importantes”*. El adolescente participó con dificultad en la tarea, mostrando confusión y temor al ubicar a distintas personas en los círculos concéntricos según su grado de cercanía emocional. La mayoría de las figuras referidas correspondieron a personas del ámbito escolar y amistades pasadas. Se observó dificultad para identificar figuras significativas en el núcleo más cercano y una notoria ausencia de referencias familiares en ese espacio, lo cual fue comentado por el propio adolescente como algo que *“se siente raro”*. Durante la reflexión posterior, logró marcar a algunas figuras con las que quisiera tener una relación más cercana, especialmente una ex amiga de los videojuegos y su madre, señalando obstáculos percibidos para acercarse a ellas. Se intencionó la reflexión hacia la identificación de figuras de apoyo familiar, ante lo cual la respuesta fue negativa manifestando que *“no saben cómo ayudarme”*, sin embargo, fue capaz de identificar las situaciones y la forma en las que le gustaría que su madre estuviera más disponible, lo que permitió reforzar la idea de que pedir ayuda es una fortaleza. De esta forma, el criterio de logro fue alcanzado parcialmente y la intervención fue efectiva en promover una mayor conciencia sobre la necesidad de apoyo, aunque aún no se refleja en una percepción consolidada de redes disponibles, por lo que no se aplicó el test nuevamente. Se sugiere continuar profundizando estrategias de comunicación emocional y vinculación con figuras significativas, además de trabajar de manera individual con la madre para favorecer la disponibilidad.

La última sesión, asociada también al objetivo de promover la percepción de apoyo y disponibilidad emocional por parte de figuras significativas de un adolescente con riesgo suicida, no se llevó a cabo dado la deserción del paciente.

A modo general, la baja efectividad de la intervención se entiende desde las características propias del TEA presentes en el consultante, en función de las cuales pasa a ser esencial el desarrollo de la intervención con mayor disponibilidad de tiempo dado que aspectos como la rigidez cognitiva,

la dificultad para la mentalización y la tendencia a establecer representaciones internas más rígidas y fragmentadas, que no permitieron el alcance de los objetivos en su totalidad en un tiempo sumamente acotado. Por lo mismo, se sugiere el desarrollo de más sesiones para consolidar avances, apoyos visuales y narrativos, trabajo en paralelo con los padres, y un énfasis sostenido en la construcción de experiencias relacionales seguras que favorezcan la flexibilización de representaciones internas. Además, la intervención considera objetivos únicamente individuales, por lo que para promover su efectividad se sugiere también incorporar objetivos a nivel familiar.

El proceso terapéutico desarrollado permitió observar avances parciales en las áreas de autoconcepto, autoimagen, autoestima y percepción de redes de apoyo, alcanzando algunos de los criterios de logro establecidos. Sin embargo, la efectividad global de la intervención fue limitada, principalmente debido a factores asociados tanto a las características del TEA del consultante como a condiciones contextuales y estructurales del proceso (baja frecuencia de sesiones, cambios de horario, dificultades económicas y limitada participación familiar).

Desde una perspectiva cuantitativa y cualitativa, los indicadores muestran progresos acotados: el criterio de logro fue alcanzado parcialmente en la mayoría de los objetivos, y no se observaron transformaciones significativas en la representación familiar ni en la percepción de redes de apoyo. La parcialidad en el alcance de los indicadores se vio fuertemente influida por la escasa cantidad de sesiones planificadas, lo que restringió la posibilidad de consolidar aprendizajes y generar procesos de integración simbólica.

No obstante, el incremento esperado en la escala de autoestima de Rosenberg (1965) no pudo ser cuantitativamente corroborado, dado que no se aplicó una medición post-intervención, dado que se planificó la intervención del proceso terapéutico, no así su evaluación y el paciente además desertó de manera abrupta durante la intervención. Aun así, se identificó una mejora cualitativa en el discurso del yo, caracterizado por mayor aceptación y disminución de la autodevaluación, cumpliéndose parcialmente el indicador de cambio positivo en la autopercepción y autoestima.

En relación con las representaciones internas familiares, no se observaron transformaciones estructurales significativas. Las verbalizaciones mantuvieron una carga afectiva negativa hacia las figuras parentales, aunque emergieron deseos explícitos de cambio y reconocimiento de necesidades emocionales, elementos que configuran una base inicial para futuras intervenciones relacionales. Sin embargo, no se registraron los niveles esperados según el criterio de logro.

Respecto a las redes de apoyo, el adolescente manifestó una leve ampliación en la percepción de figuras potenciales de contención, expresando el deseo de restablecer lazos previos y fortalecer la relación con su madre. No obstante, la escala de aislamiento no fue re aplicada por la deserción por parte del paciente, por lo que el progreso no puede ser cuantificado. Cualitativamente, se observa una mayor disposición al contacto social y una comprensión incipiente del valor de pedir ayuda, lo que constituye un indicador de mejora moderada en esta dimensión.

A nivel individual, la intervención fue efectiva en promover conciencia emocional y generar un espacio de reflexión sobre el valor personal. Sin embargo, las dificultades en la mentalización, la rigidez cognitiva y la baja tolerancia al cambio, propias del funcionamiento TEA, limitaron la posibilidad de consolidar aprendizajes y generalizarlos fuera del espacio terapéutico. En este sentido, el número de sesiones resultó insuficiente para propiciar los procesos de simbolización y reestructuración del yo necesarios. Además, se identificaron representaciones negativas hacia las figuras parentales y escasa percepción de apoyo familiar. Si bien se logró promover una comprensión incipiente de que las representaciones pueden modificarse, no se alcanzó un nivel de implicación emocional suficiente para observar cambios estructurales. De esta forma, las representaciones internas negativas se continúan expresando en la interacción con los miembros de la familia, lo que genera que el consultante aún no

solicite apoyo por temor a no ser escuchado. Esto refuerza la necesidad de incluir objetivos familiares explícitos en futuras intervenciones, con énfasis en fortalecer la disponibilidad emocional de los cuidadores y la co-regulación afectiva, condiciones fundamentales para favorecer representaciones internas más coherentes y seguras (Giannotti & de Falco, 2021; Kapp et al., 2013). Además, la baja participación de los padres durante este proceso se tradujo en un avance parcial, pues la intervención se centró principalmente en el plano individual, sin un trabajo paralelo que sostuviera los cambios en el entorno relacional inmediato.

A nivel relacional, los avances fueron limitados debido a la escasa participación y disponibilidad emocional de los cuidadores, lo que impidió trabajar sobre la dinámica vincular que sostiene parte de las representaciones internas negativas del adolescente. Si bien se exploraron sus vivencias familiares y se promovió la comprensión de que las representaciones pueden transformarse con nuevas experiencias, no fue posible generar instancias relacionales que facilitaran dichos cambios. En ausencia de un trabajo paralelo con los padres, las narrativas familiares asociadas a negligencia emocional, escaso reconocimiento afectivo y ausencia de contención permanecieron activas y sin contrapeso en la vida cotidiana. Esto se tradujo en que las comprensiones logradas en sesión—como el reconocimiento de necesidades emocionales o el deseo de acercamiento hacia la madre—no encontraran un correlato fuera del espacio terapéutico, dificultando la consolidación de avances. Además, la baja implicación emocional observada en el adolescente al abordar temas familiares sugiere que, sin un entorno seguro y responsivo, la exploración profunda de lo relacional tiende a mantenerse en un nivel más cognitivo que experiencial. En este sentido, la falta de intervención familiar directa impidió abordar elementos claves como la disponibilidad emocional, la co-regulación afectiva y la responsividad parental, todos aspectos fundamentales para favorecer representaciones internas más seguras en adolescentes con funcionamiento TEA.

A nivel contextual, desde un inicio (proceso diagnóstico) no se logró integrar información proveniente de redes formales e informales como el colegio, profesionales previos o figuras significativas (amigos, docentes, tutores), lo cual redujo la posibilidad de comprender el funcionamiento interpersonal del adolescente en otros espacios. Esta ausencia de articulación con el entorno resultó particularmente significativa considerando que el consultante reporta una red de apoyo muy reducida y experiencias de aislamiento social sostenido. Asimismo, factores estructurales como las dificultades económicas, los cambios constantes de horario y la baja priorización familiar del proceso influyeron en la continuidad del tratamiento. Estas condiciones afectaron directamente la regularidad de las sesiones, impidieron establecer un encuadre terapéutico consistente y generaron brechas temporales que dificultaron la continuidad emocional entre una sesión y otra. La falta de coordinación con el colegio también limitó la posibilidad de diseñar estrategias interventivas que apoyaran la participación social del consultante, su manejo emocional en contextos grupales y el fortalecimiento de potenciales redes de apoyo. En consecuencia, los avances logrados en sesión no pudieron ser sostenidos ni amplificados en los entornos cotidianos del adolescente.

Por tanto, desde una perspectiva multinivel, se observa que los avances logrados en el nivel individual no lograron trasladarse de manera significativa al nivel relacional ni contextual, lo que limita la estabilidad de los cambios alcanzados. La efectividad parcial de la intervención evidencia la importancia de considerar de forma integrada los distintos sistemas implicados para favorecer procesos de cambio sostenibles.

En cuanto a la efectividad y adecuación de las acciones tomadas, se puede concluir que las estrategias implementadas fueron pertinentes para los objetivos planteados, pero no completamente ajustadas a las necesidades derivadas del diagnóstico TEA.

En síntesis, el proceso fue parcialmente efectivo: generó avances cualitativos en la conciencia del sí mismo, la autocompasión y la apertura al cambio, pero no logró consolidar transformaciones

profundas debido al tiempo limitado, la rigidez del funcionamiento TEA y la ausencia de una intervención familiar paralela. Se recomienda, por tanto, ampliar la duración del proceso, reforzar el trabajo psicoeducativo con los padres y articular los distintos niveles del sistema terapéutico para favorecer una mayor coherencia y sostenibilidad del cambio.

4.2 Conclusiones del proceso terapéutico

En el nivel individual, el proceso diagnóstico tuvo como propósito describir las representaciones internas de un adolescente con TEA e ideación suicida, utilizando una combinación de instrumentos cuantitativos (Rosenberg; MSPSS) y técnicas cualitativas proyectivas (Persona Bajo la Lluvia; TRO). Este diseño permitió acceder tanto a la autopercepción explícita como a contenidos representacionales más profundos, vinculados a la autoimagen, el autoconcepto y la forma en que el adolescente comprende sus relaciones y fuentes de apoyo. Asimismo, las entrevistas clínicas videograbadas posibilitaron un análisis detallado de su narrativa emocional, enriqueciendo la comprensión de su mundo interno.

Una de las principales fortalezas del proceso diagnóstico se relaciona con el desarrollo progresivo de la alianza terapéutica. Aunque al inicio el adolescente presentaba un estilo comunicativo concreto, reservado y con baja introspección —característico de su funcionamiento TEA—, con el avance de las sesiones se observó mayor apertura emocional, mayor disposición al diálogo y la emergencia de elaboraciones más vinculadas a experiencias personales. La alianza se transformó, por tanto, en un vehículo central para acceder a material emocional que inicialmente no era verbalizable, evidenciando que la relación terapéutica funcionó como una vía de acceso a las representaciones internas.

Pese a ello, el nivel individual también presentó limitaciones relevantes. La presencia de rigidez cognitiva, dificultades en la mentalización y en la expresión emocional, junto con un tiempo limitado, restringieron la profundidad diagnóstica. Además, el uso de técnicas proyectivas, si bien aportó información valiosa, implicó riesgos interpretativos al no existir estándares sólidos para adolescentes con TEA, quienes tienden a respuestas literales, menor flexibilidad simbólica y dificultades para proyectar emociones complejas. También se reconoce que las estrategias utilizadas no siempre incorporaron adaptaciones específicas para su perfil neurocognitivo, tales como apoyos visuales, lenguaje concreto, andamiaje emocional o mayor estructuración paso a paso.

A nivel familiar, el proceso diagnóstico, si bien se consideró teóricamente la importancia del contexto familiar desde un enfoque sistémico, en la práctica diagnóstica no se incluyó a los padres dado la poca disponibilidad e involucramiento que presentaron. Su participación estuvo marcada por una participación parental limitada, centrada principalmente en aspectos informativos y no en un trabajo clínico activo. Aunque existía disposición al diálogo, los padres mostraron baja disponibilidad emocional, inconsistencia en la asistencia y escasa implicación en la reflexión sobre su rol en la regulación afectiva del adolescente. Esto resultó particularmente relevante, ya que las representaciones internas del consultante—según los instrumentos aplicados y su narrativa espontánea—se encuentran fuertemente moldeadas por experiencias de negligencia emocional, invalidación afectiva y baja disponibilidad parental. La ausencia de una evaluación directa con los padres constituyó una limitación significativa del proceso diagnóstico, pues impidió integrar una comprensión más completa de las dinámicas relacionales que sostienen las dificultades del adolescente. Del mismo modo, durante la intervención, la falta de trabajo conjunto o paralelo con los cuidadores redujo la posibilidad de reforzar en el entorno los cambios explorados en sesión. Esto contrasta con la evidencia que indica que, en adolescentes con TEA y riesgo suicida, la intervención familiar es un componente fundamental para la modificación de representaciones internas y la construcción de experiencias de apego más seguras.

En la retrospectiva del proceso, se identifica que hubiese sido beneficioso incorporar entrevistas parentales, escalas para cuidadores, psicoeducación sistemática, sesiones conjuntas o intervenciones de parentalidad basadas en mentalización. Tales estrategias habrían permitido complementar la evaluación con información directa del sistema familiar, así como preparar un entorno emocional más seguro para el adolescente. Esto reafirma la necesidad de que futuras intervenciones adopten un enfoque explícitamente multinivel, donde los objetivos individuales y familiares se trabajen en paralelo.

Pese a estas limitaciones, el proceso diagnóstico aportó información significativa y clínicamente relevante, especialmente respecto a la autoimagen empobrecida, la presencia de una voz interna autocrítica y las representaciones familiares marcadas por vivencias de negligencia emocional. Estos elementos se mantuvieron consistentes a través de distintas técnicas e instrumentos, lo que refuerza la validez de los hallazgos y permite delinear con claridad áreas prioritarias de intervención.”

Respecto al diseño de la estrategia de intervención, se plantearon objetivos sólo desde el nivel individual y con un número acotado de sesiones con el fin de poder abordar ese nivel, dado las características del sistema familiar, desde donde se evidenciaba baja disponibilidad para el proceso terapéutico. Sin embargo, es posible concluir que para una mayor efectividad de la intervención era necesario plantear objetivos desde un foco multinivel e incorporar un mayor número de sesiones, considerando además la característica TEA del consultante, que implica mayor rigidez y por tanto dificulta que el proceso pueda ser acotado en el tiempo.

Finalmente, en el nivel contextual, se identificaron múltiples barreras que repercutieron en la continuidad y profundidad del proceso. Entre ellas destacan las dificultades económicas de la familia, la baja urgencia otorgada al proceso terapéutico y los cambios frecuentes de horario, factores que interfirieron en la estabilidad del encuadre y dificultaron la construcción de una estructura terapéutica predecible, siendo este un elemento esencial en el trabajo con adolescentes TEA. Además, el proceso diagnóstico no logró integrar las redes formales e informales del adolescente, como el colegio u otros espacios comunitarios. La ausencia de coordinación interinstitucional limitó la comprensión del funcionamiento social del consultante y redujo las posibilidades de sostener cambios más allá del espacio clínico. Esto después afectó directamente la sostenibilidad de los avances terapéuticos, ya que el adolescente no contaba con un entorno que reforzara habilidades relacionales o brindara contención emocional cotidiana. En conjunto, los elementos contextuales evidencian la necesidad de un encuadre flexible, adaptado a la realidad de la familia y basado en la articulación con otras redes, particularmente en casos con alto riesgo como el presente.

Por otro lado, la intervención evidenció progresos clínicos iniciales relevantes pero no suficientes para considerarla efectiva en términos robustos, dada la parcialidad de los criterios de logro alcanzados. La principal causa no fue la falta de pertinencia teórica de las estrategias, sino la escasa intervención familiar paralela, la limitada adaptación empírica a las necesidades TEA y las barreras contextuales (económicas y horarios). Con ajustes metodológicos concretos (más sesiones, objetivos familiares, técnicas TEA y coordinación interinstitucional) es posible hipotetizar un mayor progreso y consolidación de representaciones internas, autoestima y redes de apoyo. Por lo mismo, es posible establecer que en la etapa de planificación faltó integrar estos aspectos, de forma que para futuras intervenciones sería adecuado trabajar desde un foco relacional más que individual.

Respecto a las fortalezas de la intervención, destaca que se logró establecer una alianza terapéutica adecuada, que permitió una disposición progresiva al trabajo reflexivo, lo que constituye un logro relevante considerando las resistencias iniciales y la baja capacidad de introspección del consultante. Asimismo, se observó la capacidad del terapeuta para flexibilizar el plan de trabajo, reestructurando actividades en función de las respuestas emocionales y cognitivas del adolescente,

sin perder de vista los objetivos centrales de la intervención. Sin embargo, hubiese sido beneficioso incorporar técnicas más concretas y visuales, como el uso de escalas gráficas de emociones o ejercicios de mentalización guiada, así como una mayor coordinación con la familia y el colegio para fortalecer la continuidad entre el espacio terapéutico y los otros entornos en los que el adolescente se desenvuelve.

En relación a las limitaciones, es importante mencionar que a nivel individual no se contó con el tiempo necesario de acuerdo a las necesidades y características del paciente. En la misma línea, no se incorporó del todo estrategias y/o técnicas acordes a su modo de funcionamiento. Asimismo, es importante reconocer que no siempre se incorporó de manera suficiente las particularidades del TEA en la planificación y conducción de las sesiones. Si bien se logró observar progresos en la expresión emocional y en la confianza del adolescente, se considera que se podría haber profundizado más en estrategias que favorecieran la mentalización y la lectura emocional, adecuando el ritmo y el tipo de intervenciones a su estilo cognitivo y comunicativo.

Por otro lado, a nivel familiar, si bien teóricamente se destacó la importancia del rol de la familiar desde un enfoque sistémico, empíricamente no se contó con el trabajo conjunto y/o paralelo para contribuir al bienestar del adolescente. Lo mismo ocurrió a nivel contextual, en donde las redes de apoyo extensas (colegio) no fueron incluidas, lo que afectó directamente en la sostenibilidad de los cambios alcanzados. La intervención se sostuvo en una lógica conjunta mentalizadora-sistémica, donde las representaciones internas del adolescente fueron abordadas tanto desde la exploración individual como desde la comprensión de los patrones vinculares que las sostienen. El trabajo individual facilitó la identificación de pensamientos y emociones, mientras que la perspectiva sistémica permitió situar dichas experiencias dentro de las dinámicas familiares y contextuales, identificando la necesidad de involucrar más activamente a los cuidadores y las redes escolares para propiciar cambios relacionales que posibiliten la reestructuración de dichas representaciones internas.

A nivel profesional, se reconoce la necesidad de integrar desde el diseño inicial una mirada explícitamente multinivel, considerando con mayor anticipación el impacto de los factores familiares y contextuales. En futuras intervenciones, resultará esencial incluir sesiones de trabajo con los padres antes de abordar temáticas relacionales, establecer acuerdos de encuadre estables y fortalecer la supervisión clínica como espacio reflexivo para identificar posibles resonancias o identificaciones con el modo de funcionamiento familiar.

De manera integrada, el proceso diagnóstico e interventivo permitió acceder a información profunda y clínicamente significativa sobre el mundo interno del adolescente, aunque las limitaciones en los niveles familiar y contextual redujeron la efectividad global. Los hallazgos enfatizan la necesidad de desarrollar futuras intervenciones desde un enfoque multinivel, incorporando de manera sistemática a los padres, adaptando estrategias al funcionamiento TEA y articulando el trabajo clínico con redes formales e informales. Este enfoque permitiría no solo una evaluación más completa, sino también sostener cambios terapéuticos más estables y coherentes con la complejidad del caso.

Por último, es importante mencionar que no se realizó una planificación de la evaluación de la intervención. Sin embargo, es posible establecer que contar con un diseño evaluativo previo habría permitido medir con mayor precisión los cambios alcanzados, registrar avances de forma objetiva y ajustar oportunamente las estrategias. De cara a futuras intervenciones, será fundamental integrar un plan evaluativo claro, con indicadores definidos y mecanismos de seguimiento continuo, que contribuya a la calidad y efectividad del proceso terapéutico. Además, los resultados obtenidos evidencian la necesidad de estructurar un plan evaluativo multinivel que considere indicadores individuales, familiares y contextuales. Esto permitiría monitorear de manera más rigurosa el impacto

de la intervención e identificar con mayor claridad las áreas que requieren un trabajo más intensivo o colaborativo.

4.3 Reflexiones sobre el proceso terapéutico

El proceso terapéutico implicó una experiencia compleja y formativa, tanto a nivel clínico como personal. A lo largo del acompañamiento se evidenciaron distintos factores que influyeron en el desarrollo de la intervención y en los resultados alcanzados.

A nivel individual, uno de los principales desafíos fue trabajar con un paciente con diagnóstico TEA, dado mi baja experiencia y conocimiento en el área, lo que implicó estudio continuo para el abordaje y un gran apoyo en los espacios de supervisión. A raíz de esto, los cambios en los espacios de supervisión también fueron un desafío en función de los distintos estilos de abordaje discutidos. Por otro lado, fue un desafío sostener la continuidad del proceso frente a las dificultades económicas de la familia y la baja urgencia e importancia otorgada al proceso de su hijo, que limitaron la asistencia regular y generaron cambios de horario frecuentes. Esto repercutió en la posibilidad de establecer una estructura terapéutica predecible, aspecto especialmente relevante en el trabajo con adolescentes TEA. En este sentido, era difícil generar compromisos sesión a sesión dado que estas no cumplían con lo calendarizado, distanciándose en el tiempo una de otra y afectando los compromisos. Así, desde la contratransferencia, se identificaron sentimientos de frustración vinculados al ritmo lento y fragmentado de los avances terapéuticos. Esto se relaciona tanto con las características propias del funcionamiento TEA (como la rigidez cognitiva, las dificultades en la mentalización y la necesidad de mayor tiempo para integrar contenidos emocionales) como con las limitaciones estructurales del proceso (baja frecuencia de sesiones, deserciones, mínima participación familiar). En varios momentos del tratamiento, surgió la vivencia interna de “no estar avanzando lo suficiente” o de que los progresos quedaban rápidamente interrumpidos por factores externos, lo cual movilizó una tensión entre el deseo profesional de promover cambios significativos y la realidad clínica del caso. Por otro lado, es importante mencionar que el paciente previo a la intervención mencionada, centrada en promover la reestructuración de las representaciones internas, ya había iniciado un proceso terapéutico en donde se había establecido como objetivo inicial la contención de la ideación suicida y el abordaje de las autolesiones. En este sentido, se presentó como desafío poder sostener en el tiempo el proceso terapéutico, entendiendo que el objetivo abordado correspondía a una “segunda etapa” de intervención en donde el malestar ya se había reducido notablemente, a lo que se agrega que durante este periodo tuvieron lugar las vacaciones de invierno, lo que desafió aún más la sostenibilidad en la frecuencia de las sesiones, terminando finalmente en la deserción del proceso terapéutico.

En el nivel relacional, la alianza terapéutica atravesó momentos de acercamiento y otros de distancia. Inicialmente, el vínculo se vio dificultado por la reserva emocional y las respuestas más concretas del consultante, lo que exigió un trabajo cuidadoso para no forzar la comunicación y respetar sus tiempos. Con el avance de las sesiones, se observó una mayor disposición a compartir intereses y a expresar desacuerdos, lo que dio cuenta de una incipiente confianza en el espacio y en la relación. Esta escasa verbalización emocional generó en distintos momentos una necesidad interna como terapeuta de tener evidencias explícitas de conexión, lo que influyó en una vivencia subjetiva del vínculo como “frágil”.

A nivel familiar, la participación de los padres fue limitada y se mantuvo centrada en aspectos informativos. Aun cuando hubo disposición al diálogo, faltó un trabajo más sostenido sobre las dinámicas familiares y la comprensión del rol parental en la regulación emocional del adolescente. Los padres mostraron poca disponibilidad emocional para involucrarse en el proceso de su hijo, por lo que, dado las pocas sesiones disponibles a raíz de las limitaciones económicas y sobrecarga familiar se optó por focalizar el trabajo con el adolescente, dejando a los padres en un plano informativo. Por

lo mismo, fue fundamental hacer un duelo respecto a las expectativas y ajustarlas a la realidad. En este sentido, existió un dilema entre “lo clínicamente adecuado” y “clínicamente posible”, lo que reforzó la importancia de un enfoque flexible y contextualizado, capaz de adaptarse a la realidad de la familiar, considerando por ejemplo sesiones online o pautas psicoeducativas, o bien ampliar la intervención hacia las redes formales e informales del adolescente, manteniendo el enfoque sistémico desde una estrategia adaptada a la realidad familiar para futuras instancias. En base al dilema entre lo clínicamente adecuado y lo clínicamente posible es que se optó por desarrollar objetivos de intervención a nivel individual, entendiendo que la realidad del paciente no permitiría un abordaje multinivel en ese momento.

A nivel contextual, se evidenció la influencia de factores estructurales como la discontinuidad en la asistencia, las limitaciones económicas y la escasa coordinación interinstitucional (familia–colegio–terapia), que obstaculizaron la continuidad del proceso y el fortalecimiento de las redes de apoyo. Estos elementos sugieren la necesidad de un abordaje más amplio y sostenido, combinando la intervención individual con estrategias de acompañamiento familiar y contextual. Al no contar con una intervención que abarcara las redes formales o informales del adolescente, no se pudo fortalecer una red de apoyo complementaria que sostuviera los avances fuera del espacio terapéutico. Esto situó al terapeuta en una posición de alta demanda emocional, dado que el adolescente lo percibió como una de las pocas —o únicas— figuras disponibles para contener su malestar, generando una presión adicional en el rol clínico y subrayando la importancia de trabajar de manera multinivel, distribuyendo la función de sostén emocional entre familia y sistema cercano, para evitar que el espacio terapéutico quede aislado de los demás contextos del consultante.

Finalmente, desde una mirada personal y ética, el proceso permitió reflexionar sobre el propio posicionamiento como terapeuta: sobre la necesidad de sostener un encuadre claro, de ajustar las expectativas a las condiciones reales del contexto y de integrar de manera más consciente las características neurodivergente en la intervención y por tanto respetar los ritmos del consultante, independiente de las necesidades observadas a nivel contextual. En concreto, no apresurar el proceso por dificultades económicas o poca disponibilidad para coordinar sesiones. En este sentido, la supervisión clínica se torna un espacio fundamental para favorecer la reflexividad del terapeuta, permitiendo identificar posibles fenómenos de contratransferencia e identificación con dinámicas familiares disfuncionales, y sostener una posición terapéutica diferenciada que resguarde el encuadre y la direccionalidad del proceso.

4.4 Recomendaciones al proceso terapéutico

Desde una perspectiva multinivel, se considera necesario dar continuidad al proceso terapéutico, focalizando los esfuerzos en la consolidación de los avances observados y en la profundización de las áreas que presentaron logros parciales.

A nivel individual, quedó pendiente profundizar el trabajo en torno al autoconcepto y la autoestima, los cuales mostraron progresos incipientes, pero no consolidados. Dadas las características propias del TEA, se recomienda mantener una estructura clara y predecible, así como utilizar un lenguaje concreto, validante y sin ambigüedades. Estas estrategias facilitan la comprensión emocional y reducen la ansiedad vinculada a la interpretación e interacción social. Asimismo, se sugiere incorporar recursos de mentalización guiada para favorecer la identificación y simbolización de los estados emocionales, así como la reflexión sobre las propias experiencias. Por otro lado, es fundamental trabajar en primera instancia el vínculo con el consultante, quien cuenta con experiencias adversas en la infancia y modelos de apego inseguros y ambivalentes, por lo que resulta prioritario favorecer un espacio terapéutico sostenido y predecible que promueva la seguridad relacional, la confianza en el otro y la posibilidad de mentalizar las propias emociones y las de los demás. Esto permitiría establecer una base segura desde la cual abordar progresivamente contenidos

más complejos, como la autovaloración, las representaciones familiares y las estrategias de regulación emocional.

A nivel familiar, se recomienda incrementar la participación activa de los padres en el proceso terapéutico, a través de sesiones paralelas y/o conjuntas, con el propósito de fortalecer la coherencia entre el trabajo terapéutico y las dinámicas familiares cotidianas. Estas instancias debieran orientarse a: psicoeducar respecto a las manifestaciones emocionales y relacionales del adolescente (sesiones centradas en los estilos de apego del adolescente y cómo influyen en su regulación emocional, psicoeducación sobre el procesamiento emocional, rigidez cognitiva y mentalización en el TEA y sobre las señales tempranas de desregulación y cómo intervenir); promover una comunicación afectiva explícita y coherente, que refuerce la seguridad emocional del adolescente; y validar las emociones y experiencias del consultante, evitando respuestas minimizadoras o sobreprotectoras. Además, es fundamental poder abordar el rol de padres en un adolescente con TEA y las funciones que ello implica, junto con hacer una revisión del impacto de la hermana mayor en la dinámica emocional familiar y la distribución de recursos afectivos.

Por último, a nivel contextual, se sugiere mantener la coordinación con el colegio hospitalario, de modo de garantizar la continuidad del acompañamiento emocional y académico. De todas formas, se sugiere evaluar la pertinencia del establecimiento educacional acorde a las necesidades del consultante, entendiendo que actualmente asiste a este por factores relacionados a su hermana mayor. Además, diseñar un plan escrito de seguimiento entre sesiones, que permita monitorear señales de riesgo y mantener coherencia.

En base a lo mencionado, se sugieren los siguientes objetivos a trabajar para dar continuidad al proceso:

- Nivel individual:** Favorecer el fortalecimiento del autoconcepto, la autoestima y la capacidad de mentalización del adolescente.
- Nivel familiar:** Promoviendo un entorno familiar más coherente, contenedor y emocionalmente disponible.
- Nivel contextual:** Promover una red de apoyo institucional que facilite la continuidad del acompañamiento emocional.

Referencias

- Baños-Chaparro, Jonatan, & Fuster Guillen, Fiorella Gaby. (2023). Evidencias psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Roberts en adolescentes peruanos. *Interdisciplinaria*, 40(1), 158–171. Epub 01 de noviembre de 2022. <https://dx.doi.org/10.16888/interd.2023.40.1.10>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). Oxford University Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. T. (1986). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Berguido, A. J. (2023). Alerta de Suicidio: El lado científico y legal de una decisión mortal. *Saluta*, 1(8), 45–57. <https://revistas.umecit.edu.pa/index.php/saluta/article/view/1169>
- Boszormenyi-Nagy, I., & Krasner, B. R. (1986). *Between Give and Take: A Clinical Guide to Contextual Therapy*. Brunner/Mazel.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Blatt, S. J., & Levy, K. N. (2003). Attachment theory, psychoanalysis, personality development, and psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(1), 102–150.
- Bronfenbrenner, U. (1987). The ecology of human developmental processes. In *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (pp. 993–1028). Wiley.
- Cassidy, S., Bradley, L., Robinson, J., Allison, C., McHugh, M., & Baron-Cohen, S. (2014). Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic: A clinical cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 1(2), 142–147. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70248-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70248-2)
- Ceballos, G., Suárez, Y. P., & Campo, A. (2019). Asociación entre matoneo escolar, síntomas depresivos e ideación suicida. *CES Psicología*, 12(3), 91–104. <https://doi.org/10.21615/cesp.12.3.7>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314.
- Cramer, P. (2011). *The role of psychological defense mechanisms in mental health and suicide risk*. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 39(4), 525–542. <https://doi.org/10.1521/jaap.2011.39.4.525>
- Diamond, G. M., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. S., Gallop, R., & Shelef, K. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(2), 122–131.
- Deckers, A., Muris, P., & Roelofs, J. (2017). Being independent or lonely? Loneliness and other social variables in youths with autism spectrum disorders. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(5), 828–839. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0707-7>

- Forster, M., Grigsby, T. J., & Gower, A. L. et al. (2020). The Role of Social Support in the Association between Childhood Adversity and Adolescent Self-injury and Suicide: Findings from a Statewide Sample of High School Students. *Journal of Youth and Adolescence*, 49, 1195–1208. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01235-9>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2016). *A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder*. *Development and Psychopathology*, 28(4pt1), 1355–1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000890>
- Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2015). *Mentalizing, attachment and epistemic trust: Implications for intervention and social functioning*. In M. Mikulincer & P. R. Shaver (Eds.), *Attachment in therapeutic practice* (pp. 233–278). Guilford Press.
- Fonseca, E., & Pérez, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la escala Paykel de Suicidio. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 106–115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
- Frey, L. M., & Cerel, J. (2015). Risk for Suicide and the Role of Family: A Narrative Review. *Journal of Family Issues*, 36(6), 716–736. <https://doi.org/10.1177/0192513X13515885>.
- FRITH, U. (2004). *Autismo: hacía una explicación del enigma*. Editorial Alianza.
- García, R. Robles, et al. "Evaluation of Suicide Risk in Children: Psychometric Properties of the Spanish Version of the Risk of Suicide Questionnaire (RSQ)". *Actas Españolas De Psiquiatría*, vol. 33, no. 5, Sept. 2005, pp. 292–7, <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/1140>.
- Garber, J., Frankel, S. A., & Herrington, C. G. (2017). Developmental trajectories of adolescents with major depressive disorder and their predictors. *Child Development*, 77(4), 791–806.
- Giannotti, M., & de Falco, S. (2021). *Attachment and Autism Spectrum Disorder (Without Intellectual Disability) During Middle Childhood: In Search of the Missing Piece*. *Frontiers in Psychology*, 12, 662024. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.662024>
- Guajardo, N., Ojeda, F., Achui, L., & Larraguibel, M. (2015). Intervenciones terapéuticas para la conducta suicida en adolescentes. *Revista Chilena de Psiquiatría, Neurología, Infancia y Adolescencia*, 26, 145–155.
- Gulsrud, A., Lin, C. E., Park, M. N., Hellemann, G., & McCracken, J. (2018). Self-injurious behaviours in children and adults with autism spectrum disorder (ASD). *Journal of intellectual disability research*, 62(12), 1030–1042.
- Gobierno de Chile. (2024). *Política Nacional de la Niñez y Adolescencia y su Plan de Acción 2024–2032, Resumen ejecutivo*. https://plandeaccioninfancia.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/cms/document/Resumen_ejecutivo.pdf
- Hammer, E. F. (1958). *The Clinical Application of Projective Drawings*. Springfield, IL: Charles C Thomas.

- Hedley, D., Uljarević, M., Foley, K.-R., Richdale, A., & Trollor, J. (2018). Risk and protective factors underlying depression and suicidal ideation in Autism Spectrum Disorder. *Depression and Anxiety*, 35(7), 648–657. <https://doi.org/10.1002/da.22759>.
- Hirvikoski, T., Boman, M., Chen, Q., D’Onofrio, B. M., Långström, N., & Lichtenstein, P. (2016). Individual risk and familial liability for suicide attempt and suicide in autism: A population-based study. *Psychological Medicine*, 46(2), 337–346. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001117>
- Hobson, R. P., & Hobson, J. A. (2007). Identification: The missing link between joint attention and imitation? *Development and Psychopathology*, 19(2), 411–431. <https://doi.org/10.1017/S0954579407070205>
- Izcarra, S. (2014). *Manual de investigación cualitativa*. México: Editorial Fontamara.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Kapp, S. K. (2018). Social support, well-being, and quality of life among individuals on the autism spectrum. *Pediatrics*, 141(Supplement_4), S362-S368.
- Köhler, K., Stein, V., & Stähler, J. (2021). *Mentalization-Based Treatment in Groups for Adults With Autism Spectrum Disorder*. *Frontiers in Psychology*, 12, 708557. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.708557>
- Kwon, H., Hong, H., & Kweon, Y.-S. (2020). Classification of adolescent suicide based on student suicide reports. *Soa Chongsonyon Chongsin Uihak*, 31(4), 169–176. <https://doi.org/10.5765/jkacap.200030>
- Larraguibel Q., Marcela, González M., Patricia, Martínez N., Vania, & Valenzuela G., Ricardo. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 71(3), 183–191. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062000000300002>
- Lasgaard, M., Nielsen, A., Eriksen, M. E., & Goossens, L. (2010). Loneliness and social support in adolescent boys with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(2), 218–226. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0851-z>
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757–766.
- López Morales, H. (2007). *Interpretación de pruebas proyectivas en psicología clínica*. Manual Moderno.
- Maddox, B. B., Crabbe, S. R., Fishman, J. M., Beidas, R. S., Brookman-Frazee, L., Miller, J. S., et al. (2020). *Factors influencing the use of cognitive-behavioral therapy with autistic adults: a survey of community mental health clinicians*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(11), 4421–4428. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04156-0>
- Main, M. (1995). *Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work*. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 407–474). Analytic Press.

- Mazefsky, C. A., & White, S. W. (2014). Emotion regulation: Concepts & practice in autism spectrum disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 15–24. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.07.002>
- Mazumder, R., & Thompson-Hodgetts, S. (2019). Stigmatization of children and adolescents with autism spectrum disorders and their families: A scoping study. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 6, 96–107.
- McKenzie, R., & Dallos, R. (2017). Autism and attachment difficulties: Overlap of symptoms, implications and innovative solutions. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(4), 632–648. <https://doi.org/10.1177/1359104517707323>
- McKeown RE, Garrison CZ, Cuffe SP, Waller JL, Jackson KL, Addy CL. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. (1998) Jun;37(6):612-9. doi: 10.1097/00004583-199806000-00011. PMID: 9628081.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismoore, J. T., & Renshaw, K. D. (2017). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 20(2), 97–132. <https://doi.org/10.1007/s10567-017-0233-0>
- Ministerio de Salud de Chile. (2013). *Plan Nacional de Prevención del Suicidio, orientaciones para su implementación*. MINSAL.
- Ministerio de Salud de Chile. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2021). *Herramientas de apoyo para la prevención del suicidio*. https://psiconecta.org/wp-content/uploads/2021/11/Herramientas_SaludMental_Sept2021.pdf
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2022). Comprender y cuidar la salud mental en las comunidades educativas. Cartilla 3. *Guía de procedimientos para la detección, derivación y seguimiento de estudiantes para atención de salud mental entre establecimientos educacionales y la red de salud pública*. <https://convivenciaparaciudadania.mineduc.cl/wp-content/uploads/2023/04/2023-03-07- CARTILLA-SALUD-MENTAL-3.pdf>
- Miranda, B. R., Gadea, M., García Castellar, R., & Miranda Casas, A. (2022). Estabilidad diagnóstica de niños con trastorno del espectro autista en la adolescencia (TEA). Funcionamiento ejecutivo, socio-adaptativo y conductual. *Medicina (Buenos Aires)*, 82(Supl. 1), 43–47.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Moseley, R. L., Gregory, N. J., & Smith, P. (2020). The mental health of individuals with autism spectrum disorders. In D. Dossetor et al. (Eds.), *Mental Health of Children and Adolescents with Intellectual and Developmental Disabilities* (pp. 71–94). IP Communications.

- Musich, F., Berardo, C., & Aragón-Daud, A. (2024). Riesgo de suicidio en adultos con Trastorno del Espectro Autista: prevalencia, evaluación y posibles intervenciones terapéuticas. *Vertex Revista Argentina De Psiquiatría*, 35(163, ene.- mar.), 42–50. <https://doi.org/10.53680/vertex.v35i163.526>
- Muñoz, M., & Basco, M. E. (2016). Indagaciones epidemiológicas en salud mental: Usos de servicios de salud y percepción del apoyo social. *Revista de Salud Pública*, 18(2), 188–200. <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n2.42753>
- Navarro-Gómez, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. *Clínica y Salud*, 28(1), 25–31. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.002>
- Núñez, A., Reyes, L., Sánchez, M., Carmona, F. A., Acosta, J., & Moya, E. (2020). Ideación suicida y funcionalidad familiar en adolescentes del Caribe colombiano. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39. http://www.revistaavft.com/images/revistas/2020/avft_1_2020/15_ideacion.pdf
- Ramirez, N. ., Salcedo Maldonado, C. E., & Villavicencio-Aguilar, C. (2024). Identificación temprana de las señales de alerta del riesgo suicida en adolescentes. *Fides et Ratio*, 27, 95–113. <https://research-ebSCO-com.udd.idm.oclc.org/linkprocessor/plink?id=a8491313-34bf-3c60-a7ba-c741eeb26e43>
- Rodríguez-Sutil, C., & Molina, P. (2012). *Evaluación de la personalidad a través de pruebas proyectivas gráficas*. Editorial CEPE.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012 Dec;51(12):1304-1313.e3. doi: 10.1016/j.jaac.2012.09.018. PMID: 23200287.
- Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind*. Oxford University Press.
- Olson, D. H. (2000). *Circumplex model of marital and family systems*. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144–167.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*.
- Organización Mundial de la Salud (2021). Datos y cifras: Suicidio. *World Health Organization*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Oyanadel, C. ., Carrasco-Correa, H., Latorre-Nanjarí, J., Peñate-Castro, W., y Sepúlveda-Queipul, C. (2021). Reduciendo la ideación suicida en adolescentes con terapia de perspectiva temporal. Un estudio experimental. *Acta Colombiana de Psicología*, 24(1), 63–71. <https://doi.org/10.14718/ACP.2021.24.1.6>
- Oyarzún, J., & Iriarte, V. (2020). *Apoyo social percibido en adolescentes chilenos: propiedades psicométricas de la escala MSPSS*. *Revista Evaluar*, 20(2), 32–40. <https://doi.org/10.35670/16674545.v20.n2.28480>

- Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Currier GW, Melvin GA, Greenhill L, Shen S, Mann JJ. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011 Dec;168(12):1266-77. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704. PMID: 22193671; PMCID: PMC3893686.
- Pulido, E., Lora, L., & Coronel, L. (2022). Evaluación de un modelo explicativo del riesgo suicida con base en factores familiares. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 39(2), 297–312. <https://doi.org/10.16888/interd.2022.39.2.19>
- Quintero, K., Herrera, A., Mateus, L., Bernal, Z., Acosta, B., Acosta, Y., & Falla, T. (2022). Estrategia de comunicación para la salud mental: prevención del suicidio en la comunidad universitaria. *Boletín Semillero de Investigación en Familia*, 4(2). <https://doi.org/10.22579/27448592.847>
- Rogge, N., & Janssen, J. (2019). The economic costs of autism spectrum disorder: A literature review. *Journal of autism and developmental disorders*, 49(7), 2873-2900.
- Saavedra, C. F., Sáez, C. G., Cañas, V. G., & Vitali, M. (2023). Competencias sociales y bullying en adolescentes con Trastorno del Espectro Autista y su asociación con la conducta suicida: Un estudio piloto. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 22(1), 1–10.
- Sánchez, J. C., Villarreal, M. E., Musitu, G., & Martínez, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 279–287.
- Serrano, C. P., & Olavve, J. A. (2017). Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes. *MedUNAB*, 20(2), 139–147. <https://doi.org/10.29375/01237047.2272>
- Smith, A. R., Hunt, R. A., Grunewald, W., Jeon, M. E., Stanley, I. H., Levinson, C. A., & Joiner, T. E. (2023). Identifying Central Symptoms and Bridge Pathways Between Autism Spectrum Disorder Traits and Suicidality Within an Active Duty Sample. *Archives of Suicide Research*, 27(2), 307–322. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1993398>
- Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la infancia y adolescencia [SOPNIA]. (2017). *Trastorno del Espectro Autista*. <https://www.camara.cl/verdoc.aspx?prmid=112506&prmtipo=documentocomision>
- Soriano, J., & Jiménez, D. (2022). Factores asociados a la ideación suicida en estudiantes. *Revista Revoluciones*, 4(10), 46–63. <https://doi.org/10.35622/j.rr.2022.010.005>
- Sheftall, A. H., Mathias, C. W., Furr, R. M., & Dougherty, D. M. (2013). Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Attachment & Human Development*, 15(4), 368-383. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.782649>
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Basic Books.
- Stewart, S. M., Lam, T. H., Betson, C. L., & Chung, S. F. (2017). Parental style and emotional resilience in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 11–21.

- Superintendencia de Educación. (2018). *Circular N°482 que imparte instrucciones sobre reglamentos internos de los establecimientos educacionales de enseñanza básica y media con reconocimiento oficial del Estado*. Santiago de Chile. <https://www.supereduc.cl/wp-content/uploads/2018/07/REX-Nº-0482-APRUEBA>
- Thalia Monserrat Honorato Bernal et al. (2019). Desesperanza y autoestima en adolescentes con y sin riesgo suicida. *Nova Scientia*, 11(22). <https://doi.org/10.21640/ns.v11i22.1825>
- Viguer Seguí, P., & Serra Desfilis, E. NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CALIDAD DEL ENTORNO FAMILIAR EN LA INFANCIA. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 12(2), 197–205. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/30601>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support*. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
- Zhang, D., Chen, L., Yin, D., Miao, J., & Sun, Y. (2014). Study on the correlation among adolescents' family function, negative life events stress amount and suicide ideation. *Wei Sheng Yan Jiu. Journal of Hygiene Research*, 43(4), 581–585. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25199285>

Anexos

1. Escala de Autoestima de Rosenberg

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE) (Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

2. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO

(Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS: Zimet, Dahlem y Farley, 1988). (Traducción por J. Sanz)

Por favor, lea cuidadosamente cada una de las frases que aparecen a continuación y responda en qué medida le describen. Para contestar, utilice la siguiente escala:

	Me en de acuerdo (1)	Bastante en de acuerdo (2)	Algo en de acuerdo (3)	Nada en de acuerdo ni de acuerdo (4)	Algo de acuerdo (5)	Bastante de acuerdo (6)	Me y de acuerdo (7)
1. Existe una persona especial que está cerca de mí cuando la necesito.				X			
2. Existe una persona especial con la cual puedo compartir alegrías y tristezas.				X			
3. Mi familia trata realmente de ayudarme.			X				
4. Tengo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia.	X						
5. Tengo una persona especial que es una fuente real de consuelo para mí.			X				
6. Mis amigos tratan realmente de ayudarme.					X		
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.				X			
8. Puedo hablar de mis problemas con mi familia.	X						
9. Tengo amigos con los cuales puedo compartir mis alegrías y mis penas.					X		
10. Hay una persona especial en mi vida que se preocupa de mis sentimientos.		X					
11. Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones.				X			
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.				X			

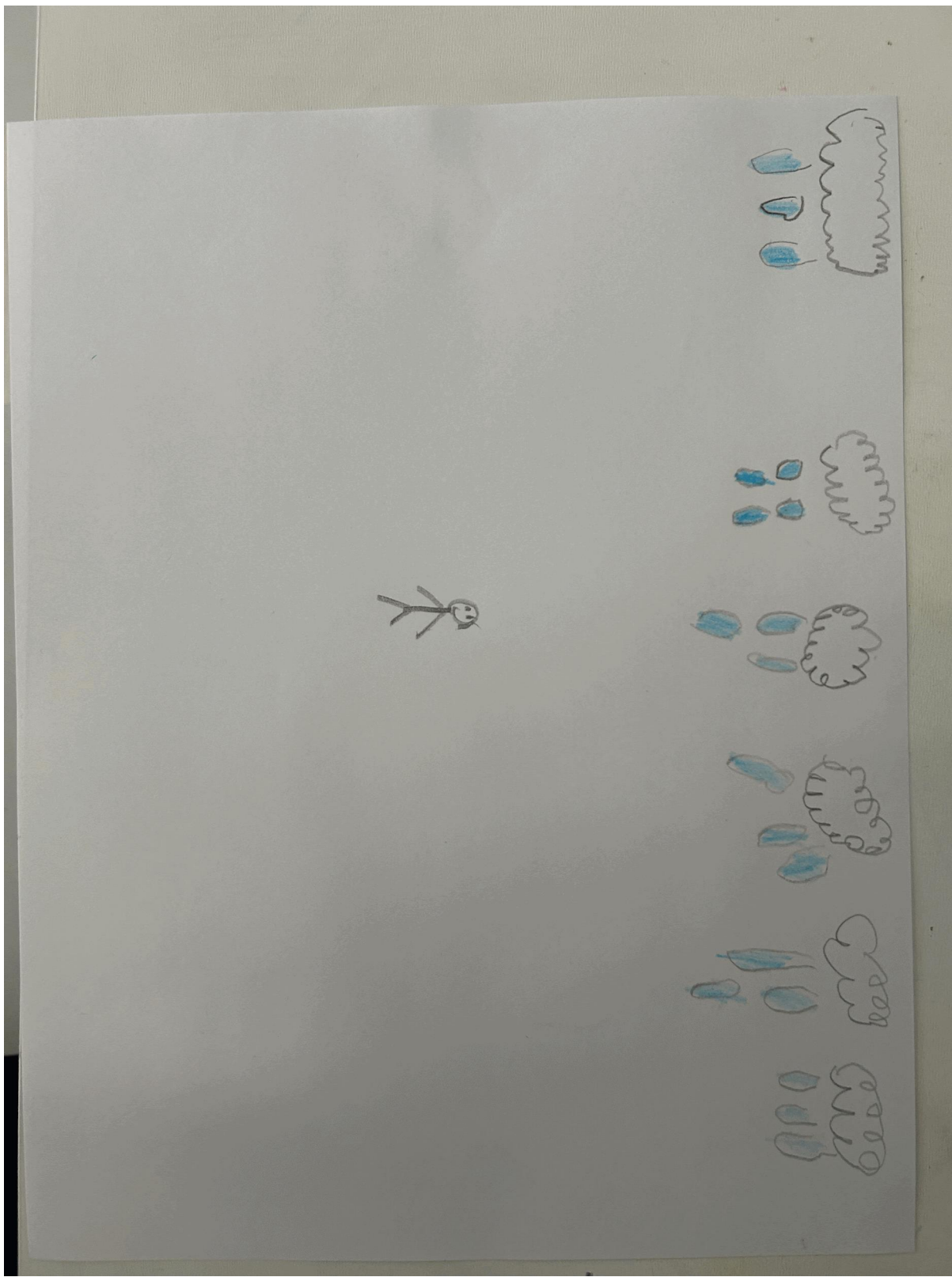
CORRECCIÓN:

- FAMILIA: ÍTEMS: 3, 4, 8, 11.
- AMIGOS: ÍTEMS: 6, 7, 9, 12.
- OTRAS PERSONAS SIGNIFICATIVAS: ÍTEMS: 1, 2, 5, 10

Referencia

Zimet, G., Dahlem, S. G. y Farley, G. K. (1988): Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Journal of Personality Assessment, 52, 30-41.

3. Dibujo Persona bajo la Lluvia



4. Transcripción TRO.

1. Veo 3 personas. Una persona que estaba con familiares y se peleó... empezó la pelea porque un familiar empezó a hablar mal de otro familiar y uno de ellos se enojó.
2. Dos personas se enamoraron, tuvieron un bebe, se casaron y ahora están cuidándolo.
3. Viven en una casa y hay un espíritu malo que los atormenta. Para solucionarlo empiezan a rezar.
4. Se me fue la creatividad..... dos personas se pelean y la única solución era estar juntos.
5. Se ve como gente sentada en un estadio que fueron a ver un partido de fútbol y al final se pusieron tristes porque perdió su equipo.
6. En la puerta se ve alguien malo. Se peleó una hija que salió y se pelio con sus papás, no.. con su mamá y su padrastro y su padrastro era malo y maltrataba a la niña que salió.
7. Se ven personas mirando el río. Un grupo de amigos fueron a un río a pescar y mientras pescaban vieron un cocodrilo y de asustados escaparon.
8. Gente dándole la espalda a una persona, porque hay gente mala, él intentaba ayudar a las personas que le dieron la espalda.
9. Esto me hizo acordar a algo malo, mira te cuento. Me imaginé que en esa casa, voy a contarlo con mi historia. Había dos personas...una mujer y un hombre de 18 años peliando y una persona salía asustada y esperaba afuera a ver si se arreglaba todo.... se terminaba arreglando todo pero para la que estaba afuera le dolía el cómo se arreglaban las cosas. Llegaba un familiar de él o los carabineros para que se arreglaran las cosas. Esto pasó muchas veces. El que estaba afuera sentía que el de 18 años no se preocupaba por él, sabía que se sentía mal pero no le importaba.
10. En grupo de 5 personas solo se preocupaban por una persona, por mi hermana y en el otro estoy yo. Es mi mamá, siempre se preocupó más por mi hermana, llevandola al psicólogo, y eso, aunque no es envidia, me gustaba que hiciera eso, pero yo sentía que yo también lo necesitaba.

5. Entrevistas

Pauta de entrevista clínica con adolescente

1. ¿Cómo describirías la relación que tienes con tus padres o cuidadores?

No es tan buena. No me entienden, están ocupados o no me prestan mucha atención. Solo me dicen qué hacer, pero no me preguntan cómo me siento.

2. ¿Crees que puedes hablar con ellos sobre cómo te sientes?

"No. Si les cuento cómo me siento, parece que se enojan o no me escuchan o no saben qué hacer.

3. ¿Hay alguien en tu familia con quien sientas que podrías contar, si necesitas apoyo emocional?

"Mis amigos tal vez, no todos...pero en la casa no.

4. ¿Cómo te hace sentir que las cosas en casa no vayan bien?

Como si fuera mi culpa que todo esté mal....Es como si nunca pudiera hacer nada bien."

5. Si pudieras cambiar algo en tu relación con tu familia, ¿qué sería?

"Quisiera que me escucharan más, que no me molesten y que me dieran más cariño"

7. ¿Cómo te sientes cuando piensas en el futuro con tu familia?

"No sé, siento que no va a cambiar.

8. ¿Sientes que puedes contar con tu familia cuando tienes un problema o te sientes mal?

La verdad es que no... siempre piensan que exagero entonces prefiero no decirles nada. Tampoco es como que están siempre que los necesitas, ves, mi papá no vive con nosotros, todos trabajan y sino están cansados.

9. Cuando estás triste o angustiado/a, ¿alguien en tu familia intenta consolarte? ¿Cómo lo hacen?

Ni chimba, nadie sabe, es mejor así. Sería raro que intentaran ayudar.

10. ¿Cómo es la comunicación en tu familia? ¿Sientes que puedes hablar con ellos sin temor a ser juzgado?

No somos de hablar, cada uno hace lo suyo. Hay muchas peleas con la trini... yo he aprendido que hacer y que no. Pero en general, no me escuchan mucho, solo dicen que exagero o no me entienden. Y eso de abrazos y esas cosas si que no.

11. ¿Has sentido que alguna vez tus problemas no son tomados en serio por tu familia? ¿Cómo reaccionaron y cómo te sentiste?

Siempre, los problemas de la trini son mucho mas importantes, ella se ha intentado matar.

12. ¿Crees que tu familia entiende la profundidad de lo que estás sintiendo?

Es que no saben lo que siento... saben que no estoy tan bien pero nada más... aparte, estoy mejor que la trini, yo no me corto. No saben cómo ayudarme.

Transcripción sesión con el consultante

1. ¿Qué es lo más importante en una relación?

Lo más importante en una relación es la comunicación, si no hay comunicación valiste madre, la otra persona se va a distanciar. Seguir los pasos de la trini me parece pésima idea, obsesionarme con una persona... vamos me preocupa un chingo, no estoy acostumbrado

2. ¿Se te ocurre algo que podrías hacer diferente en las relaciones?

Tengo que ser paciente a ver si quiere hablar conmigo o no.

3. ¿La mamá no se da cuenta que te quedas hasta tarde despierto?

No, solo cuando pido cafeína después. Le pongo brillo bajo, me pongo audífonos... hago movimiento muy lentos y dejo el teléfono al lado de la almohada.

4. ¿No le has dicho a la mamá que no puedes dormir?

No le he dicho, no quiero que se preocupe, lo último que quiero es dar preocupaciones... a lo más me da melatonina y qué no sirve..., los efectos se me quitan rápido.

5. Si las relaciones a distancia son difíciles, no has pensado en establecer relaciones con las personas de tu colegio?

Si y no, puedo conocer compañeros pero no quiero conectar lazos, he visto que no funcionan mucho, la trini lo pasa mal.

6. ¿Consideras que tienes elementos que son llamativos?

No exactamente, excepto mi estatura y mi capacidad de intentar hacer reír a las personas.

7. Cuando estás en la casa y hay muchos pensamientos, ¿qué haces?

Pues haber, si tengo una sobredosis de pensamientos prefiero extraerme con algo, cualquier tontera, jugar con los perros, videojuegos... no sirve tanto la verdad, pero me las arreglo solo.

8. ¿Podrías hacer un dibujo de tu familia?

La verdad no quiero, me da incomodidad. Si dibujo a mi familia me estoy incomodando a mi mismo... como joder, realmente así es mi familia, como mirar a alguien que tiene una familia media rara.

9. ¿Crees que tu familia es rara?

No exactamente, pero rara en ciertos aspectos, algunos fuman excesivamente, es una familia grande, pierden la vergüenza rápido. La trini se pone cosas cortas y tiene todos los brazos cortados.. mi abuela es la única decente. Entonces si llevo un amigo tengo que tener cuidado que no se fije en los brazos de la trini. Mi mamá cuando duerme es como que se le metió el diablo, mete ruidos y pienso que espero que cuando lleve amigos no haga eso también. Mi papá se enoja muy fácil

5. Consentimiento informado

Consentimiento Informado

Dirigido a: Padres o adultos en rol protector de personas menores de 18 años, que se atienden en el contexto de la Investigación en Intervención Psicológica Multinivel InfantoJuvenil y Familiar, de la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo.

En el siguiente texto se explica y se entregan los detalles acerca de la colaboración a la que tanto a ti como a tu hijo(a) se invita a realizar para este estudio. Para participar, primero debes leer lo siguiente:

La psicóloga Ximena Pereira L., investigadora de la Universidad del Desarrollo, está realizando un proyecto que se llama "Intervención Psicológica Multinivel InfantoJuvenil y Familiar".

La psicóloga Ximena Pereira L., investigadora de la Universidad del Desarrollo, está realizando un proyecto que se llama "Investigación en Intervención Psicológica Multinivel InfantoJuvenil y Familiar". El objetivo de este proyecto es generar conocimiento aplicado sobre la implementación del enfoque multinivel en intervenciones psicoterapéuticas para niños, niñas y adolescentes. Esto incluye identificar marcadores que indiquen si este enfoque mejora el diagnóstico y el tratamiento, además de generar conocimiento sobre cómo los terapeutas experimentan y aplican este enfoque en su práctica clínica, lo que puede servir para mejorar la formación de futuros profesionales. Para lograr este objetivo, te solicitamos tu participación voluntaria, y dar consentimiento a la participación de tu hijo(a) o menor bajo tu cuidado, aceptando que las sesiones de terapia registradas de audio y video sean utilizadas como material de análisis de este estudio.

Tu participación y la de tu hijo(a) o menor bajo tu cuidado, en este estudio no supone ningún riesgo para ti ni para él o la menor. Él, ella o elle puede decidir libre y voluntariamente si desea participar o no, aunque tu estés de acuerdo en su participación. Por otra parte, tu participación no te significará gastos, ni de tu hijo(a) o menor bajo tu cuidado, no involucra pago o beneficios en dinero o cosas materiales, a parte de los costos de la atención psicológica regular.

Todos los datos que se recojan serán totalmente anónimos y privados. Para asegurarnos de que los datos sean anónimos, los videos serán etiquetados de forma codificada sin información personal que pueda te pueda identificar a ti, a tu hijo/a o menor bajo tu cuidado. Las transcripciones de los videos serán despojadas de cualquier dato personal, como tu nombre o el de tu hijo/a o menor bajo tu cuidado, o cualquier otra información que pueda comprometer la privacidad. Si alguna vez se publica información sobre este estudio, no se utilizarán tus datos personales ni los de tu hijo/a o menor bajo tu cuidado, y nadie podrá hacer una identificación. Una vez que se complete la transcripción y el análisis de los datos, los videos serán destruidos para asegurar la máxima confidencialidad. Los datos se almacenarán en un computador con clave, y con acceso restringido solo al equipo

de investigación. Además, se le informa que la grabación de las sesiones no afectará de ninguna manera el proceso terapéutico ni influirá en la calidad de la terapia recibida.

Puedes hacer preguntas en cualquier momento que lo desees. Igualmente, tú y tu hijo(a) o menor bajo tu cuidado, puede decidir retirarse del estudio en cualquier momento, o retirar los datos que ya han sido registrados con anterioridad a ese momento, sin que eso tenga ninguna consecuencia. Además, tanto tú como tu hijo(a) o menor a tu cargo tiene derecho a negarse a participar, es decir, a dejar de participar en cualquier momento que lo desee. Por último, si consideras que se ha hecho algo incorrecto en relación al estudio, a la atención psicológica recibida, o si tienes dudas o preguntas, te puedes comunicar con el Presidente del Comité de Ética de la Universidad del Desarrollo, Francisco Ceric, al email fceric@udd.cl, o al teléfono 562-23279437.

Si decides participar, ¡muchas gracias!

Ximena Pereira López

En pleno conocimiento de esto:

Sí. Acepto voluntariamente que mi hijo/a o menor bajo mi cuidado participe en este estudio, y he recibido una copia del presente documento.

Firma participante: 

Fecha: 25 / sept / 2024

Firma Investigador(a) a cargo: 