



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Estrategia de intervención familiar breve en adolescentes mexicanos con autolesiones en atención primaria de salud

Brief family intervention strategy in Mexican adolescents with self-harm in primary health

Artículo Original DOI: 10.19136/hs.a25.3.6201

Susana Guadalupe Sarracino Clemente ¹ 

Silvia María Guadalupe Garrido Pérez ² 

Rosa María Sánchez Rodríguez ³ 

María Isabel Avalos García ⁴ 

María Luisa Castillo Orueta ⁵ 

Nidia Arlene Mendoza Hernández ⁶ 

Correspondencia: Silvia María Guadalupe Garrido Pérez. Dirección postal: Coordinación de Planeación y Enlace Institucional. Instituto Mexicano del Seguro Social. Av. Gral. Cesar Sandino No. 102, Colonia Primero de Mayo. C.P. 86190. Villahermosa, Tabasco. México.
Correo electrónico: silvia.garrido@imss.gob.mx



Licencia CC-BY-NC-ND

¹ Médico especialista en Medicina Familiar. Adscrita al Centro de Salud de Servicios Ampliados (CESSA). Tierra Colorada, IMSS- Bienestar. Villahermosa, Tabasco. México.

² Doctora en Ciencias de la Salud. Coordinación de Planeación y Enlace Institucional. Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Tabasco. México.

³ Médico especialista en Medicina Familiar. Centro de Salud de Servicios Ampliados (CESSA). Tierra Colorada, IMSS- Bienestar. Villahermosa, Tabasco. México.

⁴ Doctora en Ciencias de la Salud. Centro de Salud de Servicios Ampliados (CESSA). Tierra Colorada, IMSS- Bienestar. Villahermosa, Tabasco. México.

⁵ Doctora en Ciencias de la Educación. Centro de Salud de Servicios Ampliados (CESSA). Tierra Colorada, IMSS- Bienestar. Villahermosa, Tabasco. México.

⁶ Médico especialista en Medicina Familiar. Centro de Salud de Servicios Ampliados (CESSA). Tierra Colorada, IMSS- Bienestar. Villahermosa, Tabasco. México



Resumen

Objetivo: Evaluar el efecto de una intervención familiar sobre las conductas autolesivas y la funcionalidad familiar en adolescentes de una secundaria de Villahermosa, Tabasco, México.

Materiales y métodos: Estudio cuasiexperimental con diseño pretest-posttest en un solo grupo, anidado en una fase diagnóstica transversal inicial. Se llevó a cabo entre mayo de 2024 y junio de 2025 en el Centro Educativo Integral No. 1 de Villahermosa, Tabasco. Participaron 200 adolescentes de 12 a 15 años, seleccionados mediante muestreo probabilístico. Se aplicaron el Self-Harm Questionnaire (SHQ) y la Escala de Funcionalidad Familiar (FF-SIL) previo consentimiento informado. De los 39 adolescentes identificados con autolesiones, 28 aceptaron participar junto con sus familias en seis sesiones de intervención grupal con enfoque sistémico y técnicas cognitivo-conductuales. El análisis incluyó estadística descriptiva, chi-cuadrada de Pearson y prueba t de Student ($p \leq 0.05$).

Resultados: La prevalencia de autolesiones fue de 19.5% y la de disfunción familiar de 24.5%, con asociación significativa entre ambas ($\chi^2=22.556$; $p<0.001$). Tras la intervención, la funcionalidad familiar mejoró de 39.32 a 52.71 puntos ($t=6.863$; $p<0.001$) y las autolesiones disminuyeron de 2.64 a 1.36 puntos en el SHQ ($t=-10.329$; $p<0.001$).

Conclusiones: Existe una relación significativa entre autolesiones y disfunción familiar en adolescentes. Una intervención familiar breve, implementada en el contexto escolar y con enfoque sistémico, mejora la funcionalidad familiar y reduce las conductas autolesivas. Esta estrategia representa una alternativa viable y de bajo costo para el primer nivel de atención y los servicios de salud escolar.

Palabras Claves: Autolesión; Adolescentes; Relaciones familiares; Servicios de salud; Innovación en gestión.

Abstract

Objective: To evaluate the effect of a family intervention on self-harming behaviors and family functioning in adolescents from a secondary school in Villahermosa, Tabasco, Mexico.

Materials and methods: A quasi-experimental pretest-posttest single-group study, nested within an initial cross-sectional diagnostic phase, was conducted between May 2024 and June 2025 at Comprehensive Educational Center No. 1 in Villahermosa, Tabasco. A probabilistic sample of 200 adolescents aged 12 to 15 years participated. The Self-Harm Questionnaire (SHQ) and the Family Functionality Scale (FF-SIL) were administered after obtaining informed consent. Of the 39 adolescents identified with self-harm, 28 participated with their families in six group intervention sessions with a systemic approach and cognitive-behavioral techniques. Analysis included descriptive statistics, Pearson's Chi-square test, and Student's t-test ($p \leq 0.05$).

Results: The prevalence of self-harm was 19.5% and that of family dysfunction was 24.5%, with a significant association between them ($\chi^2=22.556$; $p<0.001$). After the intervention, family functionality improved from 39.32 to 52.71 points ($t=6.863$; $p<0.001$), and self-harming behaviors decreased from 2.64 to 1.36 points on the SHQ ($t=-10.329$; $p<0.001$).

Conclusions: There is a significant relationship between self-harm and family dysfunction in adolescents. A brief family intervention, implemented in the school setting with a systemic approach, improves family functioning and reduces self-harming behaviors. This strategy represents a viable, low-cost alternative for primary health and school health services.

Keywords: Self-harm; Adolescents; Family relationships; Health services; Innovation in management.

• Fecha de recibido: 01 de enero de 2026 • Fecha de aceptado: 06 de julio de 2026
• Fecha de publicación: 08 de julio de 2026

Introducción

Las autolesiones en adolescentes se han convertido en un problema de salud pública que genera preocupación creciente en los últimos años¹. Este fenómeno, definido como el daño deliberado e intencional al propio cuerpo, siendo los cortes en la piel el método más frecuente², no siempre se asocia con intentos suicidas, aunque su presencia suele indicar dificultades profundas en la regulación emocional y puede incrementar el riesgo de conductas suicidas si no se atiende oportunamente³. De ahí la importancia de distinguir entre autolesión no suicida e intento suicida, ya que sus abordajes y pronósticos son distintos.

En México, diversos estudios reportan prevalencias que van del 17.1% al 26.1% entre adolescentes^{4,5}, con una afectación mayor en mujeres (75.2%). Estas cifras reflejan un entorno de alta vulnerabilidad psicosocial⁶, donde los conflictos parentales y la comunicación patológica suelen estar presentes. También se ha documentado que las relaciones familiares percibidas como positivas pueden actuar como un factor protector para la salud mental de los jóvenes⁷.

Durante la adolescencia, la combinación de impulsividad y reactividad emocional, asociada a la maduración neurobiológica, predispone a los jóvenes a utilizar estrategias de afrontamiento desadaptativas ante el malestar psicológico⁸. La dificultad para regular las emociones se convierte así en un mecanismo central que lleva a algunos adolescentes a lastimarse como una vía para escapar de emociones intensas, aunque esto tenga consecuencias físicas, emocionales, familiares y sociales a mediano y largo plazo, como depresión, ansiedad, trastornos de conducta o abuso de sustancias⁹.

El médico familiar ocupa un lugar estratégico en la detección y atención de estos problemas. Su formación integral le permite abordar al adolescente y a su familia desde una perspectiva biopsicosocial y preventiva¹⁰. Para lograrlo, requiere contar con herramientas que le permitan evaluar la dinámica familiar e implementar intervenciones sistémicas planificadas¹¹. Desde la teoría sistémica, la familia funciona como un sistema en el que las alteraciones en la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación afectan directamente la salud mental de sus miembros más jóvenes.

Diversas investigaciones han mostrado que las intervenciones de tipo sistémico pueden tener efectos favorables en la reducción de autolesiones, aunque los resultados varían según la duración y el enfoque de la intervención^{12,13,14}. En este contexto, el presente estudio tuvo el objetivo de evaluar el efecto de una intervención familiar sobre las conductas autolesivas y la funcionalidad familiar en adolescentes de una secundaria de Villahermosa, Tabasco, México.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio cuasiexperimental con diseño pretest-posttest en un solo grupo, anidado en una fase diagnóstica transversal inicial. El trabajo de campo se desarrolló entre mayo de 2024 y junio de 2025 en la secundaria del Centro Educativo Integral No. 1 (CEI No. 1), ubicado en Villahermosa, Tabasco, México.



El estudio se estructuró en tres fases: 1) evaluación diagnóstica cuantitativa para identificar autolesiones y funcionalidad familiar; 2) diseño e implementación de la intervención; y 3) evaluación cuantitativa posterior a la intervención. La población de estudio estuvo conformada por 408 adolescentes inscritos en el CEI No. 1 durante el ciclo escolar correspondiente.

Fase diagnóstica: se empleó un muestreo probabilístico aleatorio simple a partir del padrón escolar. El tamaño muestral se calculó con la fórmula para proporciones en población finita, considerando un nivel de confianza del 95% ($Z=1.96$), una proporción esperada del 50% (máxima variabilidad), una precisión del 6% y una tasa de no respuesta del 20%. Así, se obtuvo una muestra planeada de 202 adolescentes; finalmente participaron 200, lo que representó una tasa de respuesta del 99%.

Fase de intervención: se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. De los 39 adolescentes con autolesiones identificados en la fase diagnóstica, se invitó a todos a participar en el programa. Veintiocho de ellos aceptaron, junto con sus familias, y completaron la intervención, lo que representa una tasa de participación del 70.3%. Las razones de no participación de los 11 restantes fueron: falta de disponibilidad horaria ($n=5$), renuencia familiar ($n=4$) y cambio de domicilio ($n=2$).

Se incluyó a adolescentes de ambos sexos, de 12 a 15 años, inscritos en el CEI No. 1, que otorgaron su asentimiento y cuyos padres o tutores firmaron el consentimiento informado. Para la fase de intervención, se requirió que los adolescentes tuvieran antecedente de al menos un episodio de autolesión en la vida.

Se excluyó a adolescentes con diagnóstico previo de psicosis, discapacidad intelectual severa, crisis aguda que requiriera hospitalización psiquiátrica, o cuyas familias no hubieran completado la evaluación basal. También se eliminaron casos con cuestionarios incompletos.

La variable independiente fue la intervención familiar (cualitativa, nominal, dicotómica: sí/no). Las variables dependientes fueron: a) conducta autolesiva, medida con el Self-Harm Questionnaire (SHQ) (cuantitativa discreta); y b) funcionalidad familiar, evaluada con el FF-SIL a partir del reporte del adolescente (cuantitativa continua). Se reconoce que el uso del adolescente como único informante constituye una limitación, pero su percepción subjetiva es clínicamente relevante y predictora de su conducta. Se incluyeron además variables intervinientes como edad, sexo, grado escolar, tipo de familia, religión y dependencia económica.

Los instrumentos utilizados fueron: Self-Harm Questionnaire (SHQ), versión en español desarrollada por García y Mijares, que ha mostrado una consistencia interna adecuada (α de Cronbach=0.960), estabilidad temporal a tres meses de 0.9787, sensibilidad del 97.96% y especificidad del 54.39%. Consta de 15 reactivos sobre presencia y características de autolesiones y ha sido aplicado en población adolescente mexicana¹⁵.

El cuestionario de funcionalidad familiar FF-SIL, diseñado por Ortega, este instrumento presenta una consistencia interna de 0.847 y estructura unifactorial. Evalúa siete dimensiones: comunicación,

cohesión, armonía, permeabilidad, afectividad, adaptabilidad y roles, mediante 14 ítems tipo Likert¹⁶. Su clasificación global permite distinguir entre familias funcionales, moderadamente funcionales, disfuncionales y severamente disfuncionales.

La intervención fue multidisciplinaria, con participación de profesionales de trabajo social, psicología, enfermería y medicina familiar, bajo el liderazgo del médico familiar y con acompañamiento de un médico psiquiatra. Se desarrolló a lo largo de 12 semanas, con enfoque sistémico y contrato terapéutico.

Se formaron tres grupos de familias (10, 10 y 8 integrantes). Cada grupo recibió seis sesiones de 2 a 3 horas, en las que participaron simultáneamente adolescentes y padres/tutores. Las sesiones incluyeron:

Sesión 1. Psicoeducación sobre adolescencia, autolesiones y salud mental; identificación de la funcionalidad familiar.

Sesión 2. Técnicas emocionales: reconocimiento y validación de emociones, respiración y relajación.

Sesión 3. Técnicas cognitivas: autorreconocimiento, identificación de pensamientos automáticos y reestructuración cognitiva.

Sesión 4. Enfoque sistémico: comunicación asertiva, expresión de afecto y redefinición de la dinámica familiar.

Sesión 5. Técnicas neuroconductuales: distracción sensorial no dañina, regulación emocional e identificación de detonantes.

Sesión 6. Redes de apoyo, acuerdos familiares y plan de seguimiento.

Se emplearon juegos de roles, dinámicas grupales, ejercicios de comunicación y tareas para el hogar.

Los datos se procesaron con SPSS versión 26.0. Se calcularon frecuencias, medias y desviaciones estándar. Para evaluar la asociación entre autolesiones y funcionalidad familiar se utilizó chi-cuadrada de Pearson ($p \leq 0.05$). En la submuestra intervenida, se aplicó la prueba t de Student para muestras pareadas, comparando las mediciones pre y post intervención, con intervalos de confianza al 95%.

Resultados

Se estudiaron las características sociodemográficas de los 200 adolescentes participantes. La edad promedio fue de 13 años (36.5%, $n=73$), con un rango de 12 a 15 años. Del total, el 51.5% ($n=103$) eran hombres y el 48.5% ($n=97$) mujeres. En cuanto al grado escolar, los grupos de primero y segundo concentraron el 36.5% cada uno ($n=73$), mientras que el tercer grado representó el 27.0% ($n=54$). La mayoría de los adolescentes provenía de familias con dependencia económica de ambos padres (58.0%, $n=116$), de religión católica (53.0%, $n=106$), de tipo moderno (65.0%, $n=130$) y residencia en zona urbana (87.5%, $n=175$). En cuanto a la composición familiar, el 54.5% ($n=109$) eran familias nucleares, el 33.0% ($n=66$) extensas, el 10.0% ($n=20$) monoparentales y el 2.5% ($n=5$) reconstituidas.



De acuerdo con el FF-SIL, el 75.5% (n=151) de las familias fueron clasificadas como funcionales, mientras que el 24.5% (n=49) presentó algún grado de disfuncionalidad.

La prevalencia de autolesiones en la muestra fue del 19.5% (39 casos). De estos, el 64.1% (25) eran mujeres y el 69.2% (27) manifestaron ideas suicidas (Tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia de autolesiones en adolescentes del CEI No. 1, 2025

Característica	*f*	%
Prevalencia		
Con autolesiones	39	19.5
Sexo en casos positivos		
Femenino	25	64.1
Masculino	14	35.9
Ideas suicidas		
Sí	27	69.2
No	12	30.8
Total	39	100.0

Nota: SHQ y FF-SIL. n=39.

Fuente: Elaboración propia.

La asociación entre autolesiones y funcionalidad familiar fue estadísticamente significativa ($\chi^2=22.55$; $gl=1$; $p<0.001$). Los adolescentes pertenecientes a familias disfuncionales presentaron mayores probabilidades de autolesión en comparación con aquellos de familias funcionales (OR=5.54; IC95%: 2.80–10.98) (Tabla 2).

Tabla 2. Asociación entre autolesiones y funcionalidad familiar

Funcionalidad familiar	Con autolesiones n (%)	Sin autolesiones n (%)	Total n (%)
Funcional	18 (46.2)	133 (82.6)	151 (75.5)
Disfuncional	21 (53.8)	28 (17.4)	49 (24.5)
Total	39 (100.0)	161 (100.0)	200 (100.0)

Nota: $\chi^2=22.55$; $gl=1$; $p<0.001$. OR=5.54; IC95%: 2.80–10.98. Categoría de referencia: funcionalidad familiar funcional.

Fuente: Elaboración Propia.

Entre los adolescentes con autolesiones, las dimensiones familiares más afectadas fueron adaptabilidad (79.5%), comunicación y permeabilidad (76.9% cada una) (Tabla 3).

Tabla 3. Dimensiones de funcionalidad familiar afectadas en adolescentes con autolesiones (n=39)

Dimensión	Afectada *f* (%)	Funcional *f* (%)
Roles	23 (59.0)	16 (41.0)
Armonía	25 (64.1)	14 (35.9)
Comunicación	30 (76.9)	9 (23.1)
Permeabilidad	30 (76.9)	9 (23.1)
Afectividad	24 (61.5)	15 (38.5)
Cohesión	27 (69.2)	12 (30.8)
Adaptabilidad	31 (79.5)	8 (20.5)

Nota: FF-SIL.

Fuente: Elaboración propia.

De los 39 adolescentes con autolesiones identificados en la fase diagnóstica, 28 aceptaron participar en la intervención familiar junto con sus familias, lo que representó una tasa de participación del 70.3%. Las razones de no participación de los 11 restantes fueron: falta de disponibilidad horaria (n=5), renuencia familiar (n=4) y cambio de domicilio (n=2).

En la submuestra intervenida, el 64.3% (n=18) eran mujeres y el 35.7% (n=10) hombres. La distribución por edad fue la siguiente: 21.4% (n=6) de 12 años, 35.7% (n=10) de 13 años, 32.1% (n=9) de 14 años y 10.7% (n=3) de 15 años. En cuanto al grado escolar, el 32.1% (n=9) cursaba primero, el 39.3% (n=11) segundo y el 28.6% (n=8) tercero. Respecto a la funcionalidad familiar, el 64.3% (n=18) de los adolescentes pertenecía a familias disfuncionales, mientras que el 35.7% (n=10) provenía de familias funcionales. Asimismo, el 64.3% (n=18) reportó ideación suicida y el 35.7% (n=10) no. La comparación pre-post intervención mostró mejoría significativa en ambas variables (Tabla 4). El flujo de participantes se muestra en la Figura 1.

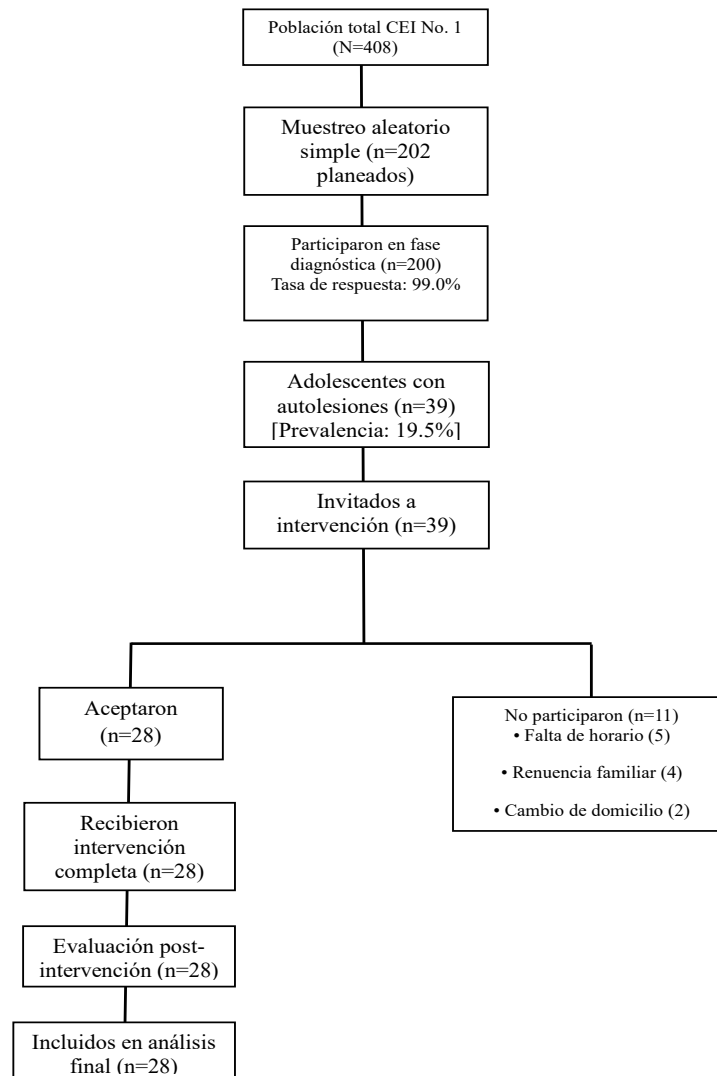
Tabla 4. Comparación de medias pre y post intervención (n=28)

Instrumento	Medición	Media	DE	Diferencia	IC 95%		t	gl	p
					Inferior	Superior			
FF-SIL	Post	52.71	7.297						
	Pre	39.32	8.675						
	Diferencia			13.393	9.389	17.397	6.863	27	<0.001
SHQ	Post	1.36	0.826						
	Pre	2.64	0.678						
	Diferencia			1.286	1.030	1.541	10.329	27	

Fuente: Elaboración propia.



Figura 1. Diagrama de flujo de participantes (CONSORT)



Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Los hallazgos de este estudio confirman que las adolescentes mujeres presentan una mayor prevalencia de autolesiones, a menudo acompañadas de ideación suicida, lo cual coincide con lo reportado en un estudio en España¹⁷ y con otros estudios latinoamericanos. Estos resultados sugieren que existen factores de vulnerabilidad asociados al género que merecen atención diferenciada en los programas de salud escolar. En el contexto de Villahermosa, la prevalencia del 19.5% se ubica dentro del rango reportado para México (17.1% a 26.1%)^{4,5}, lo cual refuerza la necesidad de implementar estrategias de detección temprana en las escuelas secundarias de la región.

La relación entre disfunción familiar y autolesiones encontrada en este estudio es consistente con lo documentado en Perú¹⁸, así como en Ecuador¹⁹. Esta consistencia a través de distintos contextos geográficos y culturales sugiere que la disfunción familiar constituye un factor de riesgo transcontextual, es decir, que trasciende fronteras y particularidades culturales. La familia, entendida como sistema, parece influir de manera decisiva en la aparición y mantenimiento de estas conductas.

Al analizar las dimensiones específicas de la funcionalidad familiar, encontramos que la adaptabilidad fue la más afectada (79.5%), seguida de la comunicación y la permeabilidad (76.9%). Estos datos adquieren relevancia si consideramos el contexto sociodemográfico de Villahermosa, una ciudad en la que los cambios en las estructuras familiares tradicionales, la migración laboral y las transformaciones económicas pueden estar afectando la capacidad de las familias para ajustarse a las necesidades cambiantes de los adolescentes. La adaptabilidad se refiere a la habilidad de la familia para modificar sus reglas y roles ante situaciones nuevas o estresantes; cuando esta capacidad se ve limitada, los adolescentes pueden experimentar mayor malestar y recurrir a estrategias desadaptativas.

Estos hallazgos guardan relación con lo descrito por autores en México²⁰, quienes encontraron una correlación negativa entre autolesiones y factores como la percepción de una crianza positiva, el interés de los padres en las actividades de los hijos, y el apoyo y la orientación recibidos. Estos elementos se vinculan directamente con la permeabilidad, definida como la capacidad de la familia para recibir influencias y apoyos del exterior, y con la comunicación abierta entre padres e hijos. Por tanto, estas dimensiones deberían ser prioritarias en cualquier intervención preventiva.

Un hallazgo especialmente relevante de nuestro estudio fue la reducción significativa de las autolesiones tras la intervención familiar, con una diferencia de medias de 1.286 puntos en el SHQ. De igual manera, el aumento en la puntuación del FF-SIL de 39.32 a 52.71 puntos representa un cambio clínicamente significativo, ya que sitúa a las familias en un rango que transita de "moderadamente funcional" a "funcional". Esto sugiere que la intervención logró modificar la percepción del adolescente sobre su entorno familiar, y que estos cambios tuvieron un impacto directo en su conducta autolesiva.

Lo anterior coincide con lo reportado por la literatura²¹, que muestra que las técnicas cognitivo-conductuales son efectivas para reducir autolesiones cuando se integran en un marco sistémico familiar. Sin embargo, nuestros resultados difieren parcialmente con otro estudio²², en donde las terapias dialéctico-conductuales (DBT) son superiores a las cognitivo-conductuales tradicionales. Esta diferencia podría explicarse porque los estudios se realizaron en contextos clínicos no especializados y en el ámbito escolar, mientras que los estudios comparativos suelen desarrollarse en entornos de mayor complejidad y con poblaciones más seleccionadas.

Es necesario reconocer algunas limitaciones metodológicas: a) Aunque el muestreo inicial fue probabilístico, la participación en la intervención fue voluntaria, lo que introduce un sesgo de selección. b) el uso de cuestionarios de autorreporte expone a sesgo de deseabilidad social, especialmente en el reporte de autolesiones, aun cuando se emplearon escalas con alta confiabilidad y se garantizó con-



fidencialidad. Además, la funcionalidad familiar se midió exclusivamente a través del reporte del adolescente, lo que constituye una limitación importante, ya que no se incorporó la perspectiva de los padres. Futuras investigaciones deberían incluir la evaluación de todos los miembros de la familia para obtener una visión más sistémica y completa de la dinámica familiar. c) La ausencia de un grupo control no permite atribuir todos los cambios exclusivamente a la intervención. d) El tamaño reducido de la submuestra intervenida ($n=28$) limita el poder estadístico para detectar diferencias en subgrupos y restringe la posibilidad de extrapolar los resultados a poblaciones más amplias.

A pesar de estas limitaciones, consideramos que la consistencia de los hallazgos cuantitativos respalda la efectividad de la intervención y ofrece una estrategia innovadora de acción factible y replicable para los servicios de salud y los centros educativos.

La estrategia de intervención propuesta es breve, estructurada y factible en el primer nivel de atención. La combinación de psicoeducación, técnicas emocionales, cognitivas, conductuales y neuroconductuales, integradas en un enfoque sistémico, ofrece una alternativa de bajo costo y alto impacto potencial para los servicios de salud escolar y las unidades de medicina familiar. Su duración de seis sesiones la hace particularmente viable en contextos con recursos limitados.

Conclusiones

Las autolesiones en adolescentes constituyen un problema de salud pública con una prevalencia elevada en el contexto escolar de Villahermosa, Tabasco (19.5%). Se asocian de manera significativa con la disfunción familiar, especialmente en las dimensiones de adaptabilidad, comunicación y permeabilidad.

La intervención familiar breve de seis sesiones, implementada en el entorno escolar con participación simultánea de adolescentes y sus padres, demostró ser eficaz para mejorar la funcionalidad familiar percibida por los adolescentes (incremento de 13.39 puntos en el FF-SIL) y para reducir las conductas autolesivas (disminución de 1.28 puntos en el SHQ), con cambios estadísticamente significativos.

Esta estrategia de intervención es factible en los servicios de salud y en centros educativos, y constituye una herramienta innovadora útil para el trabajo del médico familiar y de los equipos multidisciplinarios. Su integración en las políticas de salud escolar y en los servicios de medicina familiar podría contribuir de manera importante a la prevención y reducción de esta problemática, especialmente si se complementa con la evaluación de todos los miembros de la familia y con estrategias de seguimiento a largo plazo.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en relación con el diseño, la intervención, el análisis de los datos o la publicación de los resultados

Consideraciones éticas

El protocolo fue aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación de la Secretaría de Salud de Tabasco (Folio: 033/2023). Se garantizó la confidencialidad, el anonimato y el derecho de los participantes a retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los padres o tutores, así como el asentimiento de los adolescentes.

Manejo de adolescentes con ideación suicida

Los 27 adolescentes que reportaron ideación suicida activa durante la evaluación inicial fueron atendidos con prioridad. Se implementó un protocolo que incluyó: 1) evaluación inmediata por el psicólogo escolar; 2) notificación a los padres con recomendaciones para atención especializada; 3) canalización a servicios de salud mental de segundo nivel para evaluación psiquiátrica; 4) seguimiento coordinado con trabajo social escolar. Ningún adolescente con ideación suicida fue excluido de la intervención, a menos que requiriera hospitalización psiquiátrica. Los casos de alto riesgo fueron referidos a urgencias psiquiátricas. Este procedimiento se ajusta a la normativa mexicana vigente en salud mental para adolescentes.

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que no han utilizado ninguna aplicación, software, páginas web de inteligencia artificial generativa en la redacción del manuscrito, en el diseño de tablas y figuras, ni en el análisis e interpretación de los datos.

Contribución de los autores

Conceptualización: S.G.S.C., S.M.G.G.P., R.M.S.R., M.I.A.G. Curación de datos: S.G.S.C., M.I.A.G.; Análisis formal: S.G.S.C., S.M.G.G.P., M.I.A.G.; Adquisición de Financiamiento: S.G.S.C. Investigación: S.G.S.C.; Metodología: S.G.S.C., S.M.G.G.P., R.M.S.R., M.L.C.O. Administración de proyecto: S.G.S.C., S.M.G.G.P., M.I.A.G.; Recursos: S.G.S.C., S.M.G.G.P.; Software: S.G.S.C., Supervisión: S.G.S.C., S.M.G.G.P., M.I.A.G., R.M.S.R. Validación: S.G.S.C., M.I.A.G.; Visualización: S.G.S.C., M.I.A.G.; Redacción-Borrador original: S.G.S.C., S.M.G.G.P., R.M.S.R., M.I.A.G., N.A.M.H. Redacción: revisión y edición: S.G.S.C., S.M.G.G.P., M.I.A.G., R.M.S.R., M.L.C.O., N.A.M.H.



Financiamiento

Este estudio no recibió financiamiento externo ni interno específico. Fue realizado con recursos propios de los autores.

Agradecimientos

Agradecemos profundamente a las familias participantes por su disposición y compromiso durante todo el proceso de intervención. Al personal de medicina familiar, trabajo social, psicología y enfermería que colaboró en el diseño y la ejecución de las sesiones. Al Centro Educativo Integral No. 1 por las facilidades institucionales brindadas y por su apertura para realizar este estudio en sus instalaciones.

Referencias

1. Jeréz-Cañabate ML, Jiménez-Fernández S, González-Domenech P, Yago-White R, González-Sánchez A, Díaz-Atienza F. Evaluación de conductas de corte en una muestra de adolescentes atendidos en Salud Mental Infanto-Juvenil. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv.* 2023;40(3):15-28. Doi: <https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n3a2>
2. Vitiello B, Frosch E, Foley C. Nonsuicidal self-injury in preadolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2023;62(11):1300-1313. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.05.016>.
3. Paricio-del Castillo R, del Sol-Calderón P, García-Murillo L, Mallol-Castaño L, Pascual-Aranda A, Palanca-Maresca I. Suicidio infanto-juvenil tras la pandemia de COVID-19: análisis de un fenómeno trágico. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2024;44(145):19-45. Doi: <https://doi.org/10.4321/S0211-57352024000100002>
4. Duarte-Tánori KG, Vera-Noriega JÁ, Fregoso-Borrego D, Bautista-Hernández G. Autolesiones no suicidas, apego a padres, pares y adicción a internet en adolescentes mexicanos. *Pen-samiento Psicológico.* 2023;20:1-29. Doi: <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI21.aiaa>
5. Gómez-Peresmitré G, Platas-Acevedo RS, Platas-Acevedo N, Gómez-Peresmitré A. Self-injurious behavior and its characteristics in a sample of Mexican adolescent students. *Healthcare (Basel).* 2023;11(12):1682. Doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare11121682>
6. Wang B, Chen L, Hu C, Hu Z, Zhang W, Cheng F, et al. Estilos parentales y métodos de afrontamiento en adolescentes: un estudio comparativo de autolesiones no suicidas y grupos diferenciados. *BMC Psychiatry.* 2025;25(1):611. doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07042-5>

7. Ortiz-Sánchez FA, Brambila-Tapia AJL, Cárdenas-Fujita LS, Toledo-Lozano CG, Samudio-Cruz MA, Gómez-Díaz B, et al. Family functioning and suicide attempts in Mexican adolescents. *Behav Sci (Basel)*. 2023;13(2):120. Doi: <https://doi.org/10.3390/bs13020120>
8. Visted E, Solbakken OA, Maeland S, Fadnes LT, Bjerrum LB, Nordhus IH, et al. Validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-16) with an older Norwegian population. *Eur J Ageing*. 2023;20(1). Doi: <https://doi.org/10.1007/s10433-023-00775-w>
9. Ulloa-Flores RE, Mayer-Villa P, De-la-Peña-Olvera, Palacios-Cruz, Figueroa G. Lesiones autoinfligidas con multas no suicidas según el DSM-5 en una muestra clínica de adolescentes mexicanos con autolesiones. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2020;49(1):39-43. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcpsi.2018.12.005>.
10. Martínez-Casanova R. Competencias prioritarias del médico de familia para la práctica clínica en atención primaria. *Aten Primaria*. 2023;55(3):102453. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102453>.
11. Marvel MK, Shilling RF, Doherty WJ, Baird MA. Niveles de participación de los médicos con los pacientes y sus familias: un modelo para la enseñanza y la investigación. *J Fam Pract*. 1994;39(6):535-544. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7798856/>
12. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Autolesión no suicida: una revisión sistemática. *Front Psychol*. 2017;8:1946. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>
13. Andover MS, Gibb BE. Autolesiones no suicidas, intentos de suicidio e intentos de suicidio en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Psychiatry Res*. 2010;178(1):101-105. doi: 10.1016/j.psychres.2010.03.019.
14. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, et al. Intervenciones terapéuticas para adolescentes suicidas: una revisión sistemática y un metaanálisis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(2):97-107.e2. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009>
15. Solis-Espinoza M, Gómez-Peresmitré G. Cuestionario de Autolesión en español: propiedades psicométricas y resultados en una muestra de adolescentes. *Rev Digit Int Psicol Cienc Soc*. 2020;6(1):123-141. Doi: <https://doi.org/10.22402/j.rdipycs.unam.6.1.2020.206.123-141>
16. Cordero-Pico M, Nuñez-Nuñez M. Propiedades psicométricas del cuestionario de funcionalidad familiar FF-SIL en adolescentes. *Prometeo Rev Cientif*. 2024;4(1):1-15. Doi: <https://doi.org/10.55204/pcc.v4i1.e95>



17. Vázquez-López P, Armero-Pedreira P, Martínez-Sánchez L, García-Cruz JM, Bonet-de-Luna C, Notario-Herrero F, et al. Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes: lo que la pandemia nos ha desvelado. *An Pediatr (Barc)*. 2023;98(3):204-212. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.11.006>
18. Añazco-Urbina I, Mendoza-Quijano E. Funcionalidad familiar y conductas autolesivas en estudiantes, Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Bongará, Amazonas. Perú. *Rev Cient UNTRM*. 2021;4(3):213-221. Doi: <http://dx.doi.org/10.25127/rcsh.20214.792>
19. Tobar-Viera A, Lara-Machado R. Funcionamiento familiar y su relación con la regulación emocional en adolescentes de la ciudad de Ambato. *Rev Ecos Acad*. 2023;9(17):83-101. Doi: <http://dx.doi.org/10.53358/ecosacademia.v9i17.835>
20. Salazar-Suárez O, Oudhof-Van B, Robles-Estrada E, Rodríguez-Aguilar B. La percepción de la crianza y el afrontamiento del conflicto como predictores de las autolesiones no suicidas en adolescentes. *Acta Univ*. 2023;33:1-15. Doi: <https://doi.org/10.15174/au.2023.3726>
21. Fernández-Menéndez E, Piqueras JA, Soto-Sanz V. Intervenciones cognitivo-conductuales para reducir conductas autolesivas en niños y jóvenes con TEA: Una revisión. *Rev Psicol Clín Niños Adolesc*. 2022;9(3):1-8. Doi: <https://doi.org/10.21134/rpcna.2022.09.3.8>
22. Muñoz-González, Ruiz-Guerrero A. Comparación de la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual (CBT) frente a la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) para la reducción de la conducta autolesiva en adolescentes. *Psicoevidencias*. 2022;68. ISSN 2254-4046. Disponible en: <https://psicoevidencias.es/comparacion-de-la-efectividad-de-la-terapia-cognitivo-conductual-cbt-frente-a-la-terapia-dialectica-conductual-dbt-para-la-reduccion-de-la-conducta-autolesiva-en-adolescentes/>