



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA MEDIANTE UN TRATAMIENTO BREVE DE TCC EN
PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
SOFÍA GUADALUPE RODRÍGUEZ PAZ

TUTOR PRINCIPAL:
MTRA. JANET JIMÉNEZ GENCHI
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
Facultad de Psicología, UNAM
DRA. JUANA RAMÍREZ RIVAS
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA
Facultad de Psicología, UNAM
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
Facultad de Psicología, UNAM

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., abril 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) por la beca otorgada para llevar a cabo este trabajo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme brindado las mejores oportunidades para mi formación profesional y personal desde mi ingreso a la preparatoria. Gracias por ser mi segunda casa.

Al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino por haberme enseñado el concepto de resiliencia cada día.

A cada uno de los participantes, quienes me brindaron su confianza y me permitieron conocer su historia, acompañarles en su proceso ha sido una de las lecciones más valiosas de mi vida.

A mi directora de tesis, la Mtra. Janet Jiménez. Gracias por ser mi mentora y guía en este capítulo de mi vida, ninguna palabra será suficiente para expresarle mi más profundo agradecimiento por todo lo que ha hecho por mí. Gracias por todas las invaluable lecciones y aprendizajes que me brindó durante mi residencia y fuera de ella, ha sido sin duda, una experiencia transformadora en mi vida. Gracias por inspirarme con su profesionalismo y calidad humana Mtra, es un honor para mí haber contado con su dirección, guía y acompañamiento.

A mi revisor el Dr. Sánchez Sosa por su entera disposición y siempre amable apoyo.

A mi comité jurado, Dra. Juanita, Dra. Mariana y Dr. Samuel, por sus valiosas aportaciones a mi trabajo y su entera disposición para culminar este proyecto. Gracias por todo su apoyo y calidez, su trabajo ha sido, una fuente de inspiración muy importante.

Dedicatorias

Este trabajo, como gran parte de los proyectos que emprendo, están dedicados a mis pilares: mi familia. Gracias por su infinito amor y apoyo incondicional.

Gracias mamá por todo el amor, cuidado, apoyo y dedicación; papá, por ayudarme siempre a llegar a tiempo y tenerme tanta paciencia; y a cada uno de mis increíbles y maravillosos hermanos: Iván, Mari y Juan, quienes me impulsan para llegar cada vez más alto y me sostienen con todo su amor cuando tropiezo. Sin duda soy la más afortunada por tenerlos como hermanos.

A mi increíble compañero de vida, Juan Robles. Gracias infinitas por impulsarme a crecer y mejorar todos los días, por sostenerme y alentarme cuando más lo necesito, por todo el amor y energía que me permite avanzar. Gracias por inspirarme siempre con tu vitalidad.

A mi mejor amigo Marco. Gracias, colega, amigo y confidente, porque no puedo imaginar haber logrado llegar hasta acá si no hubiera contado contigo, gracias por hacer la vida más ligera y feliz con tu compañía.

A mi querida amiga Jessi, no tengo manera de agradecerte todo lo que me has apoyado, gracias por tu amistad y por inspirarme siempre. Admiro tu profesionalismo y tu fortaleza, gracias por compartir conmigo tu divertida forma de ver la vida.

A mis queridas amigas, quienes me ofrecen su más sincero apoyo, cariño y consejo. Gracias Caro, Keni, Are. Son las mejores colegas y amigas que la vida pudo ofrecerme, su amistad a través de los años ha hecho este viaje más llevadero.

Índice

Resumen	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Capítulo 1. Suicidio	5
Definición y clasificación	5
Prevalencia.....	7
Factores de riesgo y protección	10
Teorías psicológicas explicativas.....	12
Neurobiología de la conducta suicida	17
Tratamientos psicológicos	18
Capítulo 2. Depresión	25
Definición y clasificación	25
Prevalencia.....	28
Etiología.....	31
Tratamientos	34
<i>Farmacológicos</i>	36
<i>Psicológicos</i>	38
Relación entre depresión y suicidio	40
Planteamiento del problema	43
Justificación	44
Pregunta de investigación	45
Objetivos	45
<i>Objetivo general</i>	45
<i>Objetivos específicos</i>	45
Hipótesis	45
Método.....	47
Diseño	47
Muestreo	47
Escenario.....	47
Participantes	47

<i>Criterios de inclusión</i>	47
<i>Criterios de exclusión</i>	48
<i>Criterios de eliminación</i>	48
Variables	50
<i>Variable independiente</i>	50
<i>Variable dependiente</i>	50
Instrumentos.....	51
Procedimiento	53
<i>Terapia Cognitiva Conductual Breve para la Prevención del Suicidio (BCBT-SP)</i>	54
Consideraciones éticas	61
Fidelidad del tratamiento	61
Análisis de datos	62
Resultados.....	63
Discusión	81
Conclusiones.....	89
Referencias	91
Anexos	104
Anexo A. Hoja de datos sociodemográficos.....	104
Anexo B. Conceptualización de caso cognitiva-conductual.....	105
Anexo C. Plan de seguridad.....	106
Anexo D. Diario de tratamiento.....	107
Anexo E. Plan de seguridad a medios letales	108
Anexo F. Plan de apoyo a la crisis.....	109
Anexo G. Compromiso con el tratamiento	110
Anexo H. Hoja de trabajo ABC	111
Anexo I. Hoja de trabajo de preguntas desafiantes.....	112
Anexo J. Tarjeta para elaborar frases de afrontamiento	114
Anexo K. Caja para elaborar kit de supervivencia	114

Resumen

Introducción: El suicidio es un notable problema de salud pública alrededor del mundo. Las intervenciones que tienen como foco de tratamiento la conducta suicida, han demostrado tener una mayor efectividad que aquellas que se centran en la sintomatología psiquiátrica. **Objetivo:** Conocer el efecto de una intervención breve basada en la Terapia Cognitiva Conductual para la Prevención del Suicidio sobre la ideación suicida y depresión en pacientes con padecimientos psiquiátricos. **Método:** Estudio pre-experimental de tipo pre-post sin grupo de comparación con seguimientos a uno y tres meses. Se utilizó la Escala de Ideación Suicida de Beck y el Inventario de Depresión de Beck-II para evaluar las variables de interés. **Resultados:** Se incluyeron un total de ocho participantes (siete mujeres y un hombre) con una media de 28,8 años, quienes completaron la intervención en un promedio de 12,75 sesiones. En cuanto a la ideación suicida se encontró una mejora significativa en seis participantes después de haber concluido la intervención y este cambio se mantuvo en los seguimientos. La sintomatología depresiva se redujo en seis de los ocho participantes y esta se mantuvo sólo para cinco participantes. **Conclusión:** A pesar de las limitantes a las que se enfrentó la presente investigación, se sugiere que un tratamiento definido en tiempo que se centra específicamente en el entrenamiento de habilidades puede ser efectivo en un entorno de salubridad pública, favoreciendo la reducción del riesgo suicida en pacientes que presentan enfermedad mental.

Palabras clave: suicidio, depresión, TCC, enfermedad mental, intervención breve.

Abstract

Introduction: Suicide is a notable public health problem around the world. Interventions that focus on suicidal behavior have been shown to be more effective than those that focus on psychiatric symptoms. **Objective:** This study was conducted to know the effect of a brief intervention based on Cognitive Behavioral Therapy for Suicide Prevention on suicidal ideation and depression in patients with psychiatric conditions. **Method:** Pre-experimental study of pre-post type without comparison group with follow-ups at one and three months. The Beck Suicidal Ideation Scale and the Beck Depression Inventory-II were used to evaluate the variables of interest. **Results:** A total of eight participants were included (seven women and one man) with an average age of 28.8 years, who completed the intervention in an average of 12.75 sessions. Regarding suicidal ideation, a significant improvement was found in six participants after completing the intervention and this change was maintained in the follow-ups. Depressive symptoms were reduced in six of the eight participants and this was maintained only for five participants. **Conclusion:** Despite the limitations faced by this research, it is suggested that a time-defined treatment that specifically focuses on skills training can be effective in a public health environment, favoring the reduction of suicidal risk in patients with mental illness.

Key words: suicide, depression, CBT, mental illness, brief intervention.

Introducción

El suicidio es considerado un notable problema social y de salud pública alrededor del mundo y aun cuando su complejidad puede representar una importante barrera para su atención, la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2021a) señala que esta conducta puede prevenirse mediante intervenciones oportunas basadas en la evidencia científica disponible. El primer capítulo de este trabajo versa sobre el panorama actual del estudio del suicidio, las aproximaciones teóricas que se han propuesto para su entendimiento, así como los tratamientos psicológicos disponibles para atender este fenómeno.

Si bien durante los últimos 30 años, se ha acumulado un cuerpo considerable de investigaciones que versan sobre el uso de la psicoterapia para el manejo de la conducta suicida (Sudak y Rajalakshmi, 2018), los enfoques convencionales de salud mental han tenido como objetivo reducir el riesgo de suicidio mediante el tratamiento eficaz del diagnóstico psiquiátrico primario de la persona (Bell, 2021), por ejemplo, el del Trastorno Depresivo Mayor [TDM] y no del abordaje específico del suicidio. Dada la alta correlación entre dicho diagnóstico y la conducta autolesiva, se dedica un capítulo a la revisión de este padecimiento, sus causas, características e intervenciones.

Aun cuando resulta imprescindible reconocer y tratar los diagnósticos psiquiátricos, emplear este enfoque puede ser necesario, pero no suficiente para la intervención en pacientes que exhiben riesgo suicida (Chiles et al., 2019). Por tanto, en las últimas décadas, se han incrementado los esfuerzos para desarrollar intervenciones psicosociales específicas para el manejo de la conducta suicida, distanciándose cada vez más de la tradicional visión de que el tratamiento psiquiátrico subyacente resuelva por sí mismo los impulsos y pensamientos suicidas (Meerwijk et al., 2016; Turecki et al., 2019).

Por lo anterior y en conformidad con la literatura disponible, las intervenciones psicoterapéuticas que muestran los resultados más prometedores en la reducción de la conducta suicida en adultos, adolescentes y personas con edad avanzada en comparación con el tratamiento usual, son la Terapia Dialéctica Conductual [TDC] y la Terapia Cognitiva Conductual estándar [TCC] (Witt et al., 2021).

Sin embargo, una gran parte de las personas que muestran tendencias suicidas tienen un acceso limitado a los tratamientos psicológicos (Turecki et al., 2019) o bien, los tratamientos más apropiados para el abordaje de la conducta suicida resultan poco asequibles para los sistemas de salud. Por lo tanto, se han buscado desarrollar intervenciones cognitivo-conductuales breves y menos complejas que pudieran administrarse de manera práctica y flexible (Bryan y Rudd, 2018).

De tal manera, una de las intervenciones psicológicas breves con fundamento en la TCC que cuenta con un importante soporte empírico, es la Terapia Cognitiva Conductual Breve para la Prevención del Suicidio (*Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention*, *BCBT* por sus siglas en inglés), desarrollada Bryan y Rudd (2018). Ésta es una forma de psicoterapia específica que busca reducir los factores de riesgo y mejorar el afrontamiento de la persona (Jobes et al., 2015) y que ha demostrado reducir los comportamientos suicidas en un 50% o más cuando se implementa en entornos ambulatorios de salud mental (Rudd et al., 2015).

Debido al incremento de la tendencia suicida alrededor del mundo, fuertemente influenciado por la llegada de la pandemia de COVID-19 y su grave impacto en la salud mental y el bienestar de las personas (OMS, 2022), la presente investigación busca implementar un modelo de intervención breve basado en la reciente investigación científica, la cual indica que los tratamientos con mayor evidencia de efectividad en la reducción de las tendencias suicidas son aquellas intervenciones psicosociales enfocadas específicamente en tratar el suicidio independientemente del diagnóstico de trastorno mental.

Capítulo 1. Suicidio

Definición y clasificación

El suicidio es definido por la OMS como “un acto deliberado por el que un sujeto se causa la muerte con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal” (1998, p. 75). Este es un grave problema de salud pública, complejo, multidimensional y multifactorial, caracterizado primordialmente por el dolor y sufrimiento, en el que una persona en una determinada circunstancia decide acabar con su vida, lo que no sólo genera importantes repercusiones en ella misma, sino también en los familiares y amigos quienes experimentan angustia y desesperación (Al-Halabí y García-Haro, 2021).

Este fenómeno universal e intrínsecamente humano, adquirió diversas conceptualizaciones a lo largo de la historia, de acuerdo con las consideraciones sociales y culturales que se le adjudicaron en determinada época, así como el paradigma dominante (moral, religioso o científico) de ese momento (Daray et al., 2016). Por ello, resulta imprescindible considerarlo a la luz del contexto en el que se presenta.

Al tratarse de un comportamiento amplio con múltiples manifestaciones, su comprensión y el uso de términos y definiciones vagas o inconsistentes ha obstaculizado el progreso en la investigación y la teoría del suicidio (Klonsky et al., 2016). Rangel y Jurado (2022) describen que, si bien existe una importante discusión alrededor de la conceptualización del suicidio, las múltiples definiciones ofrecidas por diferentes grupos de investigación suelen incluir tres elementos: 1) la muerte de la persona, 2) ocurre como resultado de un daño autoinfligido; y, 3) se tiene la intención de quitarse la vida. Por tanto, sugieren que cualquier definición que se utilice, debe considerar la incorporación de al menos estos componentes.

Sin embargo, ha de considerarse que el comportamiento suicida varía en intensidad, control, duración, letalidad e impulsividad, por lo que algunos términos asociados resultan poco operativos, elaborándose múltiples definiciones que intentan concretar la amplia gama de elementos contenidos en este fenómeno (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2020).

En la presente investigación se emplea el término general de comportamiento suicida referido por la OMS (2014) como "una variedad de comportamientos que incluyen

pensar sobre el suicidio, planificar o intentar suicidarse y el suicidio en sí mismo" (p.12). Al existir diversas nomenclaturas para clasificar el amplio espectro de comportamientos suicidas, se retoma la propuesta por Nock et al. (2008), que describe esta conducta como un continuo que involucra: a) ideación suicida, que se refiere a los pensamientos de incurrir en acciones destinadas a terminar con la propia vida; b) planeación, que incluye la formulación de un método específico a través del cual se pretende morir; e intento de suicidio, que se define como un comportamiento potencialmente autoagresivo en el que existe al menos alguna intención de morir, pero que no tiene un desenlace fatal.

Turecki y Brent (2016) aportan una nomenclatura más amplia que incluye: a) ideación suicida activa, definida como pensamientos relacionados con tomar medidas para acabar con la vida, incluida la identificación de un método, tener un plan o tener la intención de actuar; b) ideación suicida pasiva, relacionado con pensamientos sobre la muerte o querer estar muerto sin ningún plan o intención; c) autolesiones no suicidas, como aquellos comportamientos que infligen daño pero que se realizan sin intención de morir; y d) autolesiones deliberadas, las cuales involucran cualquier tipo de comportamiento autolesivo incluidos los intentos de suicidio y las autolesiones no suicidas.

Con respecto al suicidio, dentro de los sistemas clasificatorios de mayor relevancia en el ámbito internacional, este fenómeno mantiene diferencias significativas, ya que en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) elaborada por la Organización Mundial de la Salud se mantiene el posicionamiento de considerar el comportamiento suicida como manifestaciones clínicas asociadas a otras condiciones como el episodio depresivo o el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite, sin constituirse como un diagnóstico propio (Al-Halabí y García-Haro, 2021).

Mientras que por su lado el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) editado por la Asociación Americana de Psiquiatría [APA] dio un paso importante al sugerir el Trastorno del Comportamiento suicida [SBD, por sus siglas en inglés] como una "condición para un estudio adicional". Esta propuesta significa que este trastorno podría incluirse en una edición posterior, condicionada a la espera de más investigación (Daray, 2016). Como se propone, un diagnóstico de SBD requeriría que una persona cumpla con los siguientes criterios (Fehling y Selby, 2021):

- A. La persona ha intentado suicidarse en los últimos 24 meses.
- B. El acto no cumple con los criterios de autolesión no suicida.
- C. El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida ni a los actos preparatorios.
- D. El acto no se inició durante un estado de delirio o confusión.
- E. El acto no fue realizado únicamente con un objetivo político o religioso.

El diagnóstico propuesto incluye dos especificadores: “actual” (no más de 12 meses desde el intento más reciente) y “en remisión temprana” (12–24 meses desde el intento más reciente). Este diagnóstico consideraría entonces tomar la conducta suicida no sólo como un síntoma, sino como una entidad nosológica, lo cual aún requiere de un proceso de evaluación para determinar cuáles serían los beneficios clínicos de tal decisión.

A pesar del avance en el campo de la investigación y prevención, este fenómeno aún se encuentra rodeado de estigma, tabúes, mitos y falsas creencias (Al-Halabí y García-Haro, 2021). Existe aún una dificultad en la recopilación de datos de suicidio ya que es un proceso complejo en el que participan diversas instituciones y servicios (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021). Los países que tienen registros de mortalidad de mala calidad suelen no contabilizarse los suicidios ocurridos, clasificándolo como muerte asociado a otras causas como accidentes o situaciones ambiguas (Al-Halabí y García-Haro, 2021).

Prevalencia

De acuerdo con las últimas cifras reportadas por la OMS (2021a), cada año cerca de 703 000 personas se quitan la vida con otros veinte intentos por cada muerte por suicidio. Por tanto, este fenómeno representa aproximadamente el 1,4 % de todas las muertes a nivel global y en promedio, una persona muere por suicidio cada 40 segundos en algún lugar del mundo (OMS, 2014).

De acuerdo con la distribución por sexo, la proporción de suicidios hombre/mujer es de cuatro a uno, en países occidentales y entre tres a uno en el resto del mundo. Dos de las excepciones donde no se observan claras diferencias por sexo es en India y China (Grupo

de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2020).

La muerte por suicidio es considerada la principal causa externa de muerte en diversos países, así como una de las principales causas de años de vida perdidos por muerte prematura (OMS, 2014). Si bien el suicidio se presenta en cualquier grupo de edad, se reporta una mayor ocurrencia en jóvenes de 15 a 29 años, considerándose la cuarta causa de defunción en este grupo etario (OMS, 2021b).

Este hecho afecta a todas las regiones del mundo, donde casi el 80% de los suicidios reportados en 2019 tuvieron lugar en países de bajos y medianos ingresos (OPS, 2022). De acuerdo con el tercer informe regional sobre la mortalidad por suicidio de la OPS (2021), este fenómeno sigue siendo una prioridad de salud pública en la Región de las Américas.

En esta región, durante 2019 (OPS, 2022) las personas adultas de mediana edad (de 40 a 69 años) representaron la mayor proporción de suicidios (38,0), seguida de las personas mayores de 70 años (32,8%) y figurando como la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 20 a 24 años. Con relación al sexo, alrededor del 79% de los suicidios que se registraron durante el 2019 fueron hombres, donde la tasa de suicidio ajustada por edad entre los varones fue más de tres veces superior a la de las mujeres (OPS, 2021).

Es de suma importancia, sin embargo, tomar en consideración el impacto que tuvo la pandemia derivada por el virus SARS-COV-2 en la prevalencia de suicidios. Durante el inicio de este importante hecho histórico, diferentes grupos de investigadores alrededor del mundo hicieron un llamado a prestar atención ante la posibilidad de un aumento en las tasas de suicidio (Gunell et al., 2020), sin embargo, se han reportado resultados contradictorios. Por un lado, datos recabados alrededor de diferentes países indicaron que las frecuencias totales de suicidio se mantuvieron prácticamente sin cambios o incluso disminuyeron durante los primeros cuatro meses de la pandemia (Pirkis et al., 2022). Las investigaciones han revelado que fueron los países de ingresos altos y medios-altos, quienes experimentaron tales cambios, probablemente derivado de la aparición de factores protectores como el sentimiento colectivo de comunidad, el apoyo a las personas vulnerables a través de las tecnologías de la información y pasar largos períodos

acompañados debido a las restricciones, lo que pudo haber reducido el estrés percibido y los sentimientos de aislamiento o soledad (Al-Halabí y García-Haro, 2021).

En comparación, otros estudios (Pathirathna et al., 2022; Yan et al., 2023) reportaron un incremento en la ideación e intentos de suicidio durante y después de la pandemia, pues este suceso se asoció con la presencia de factores de riesgo como los conflictos domésticos, la violencia, las pérdidas económicas y la exacerbación de la sintomatología ansiosa y depresiva así como el incremento en el consumo de alcohol.

A pesar de la poca investigación realizada en los países de Latinoamérica, particularmente en México, un país considerado en vías de desarrollo, el fenómeno suicida pareció sufrir una tendencia a la alza, pues según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], ya que durante el 2020 sucedieron 7 818 fallecimientos por lesiones autoinfligidas en el país, lo que representó 0.7% del total de muertes en el año y una tasa de suicidio de 6.2 por cada 100, 000 habitantes. La tasa de suicidio fue más alta en el grupo de jóvenes de 18 a 29 años, ya que se presentaron 10.7 decesos derivados de esta causa, por cada 100, 000 jóvenes (INEGI, 2021).

Para el año 2021, el INEGI reportó que en 2021 sucedieron 8 351 fallecimientos esta causa, lo que representa una tasa de suicidio de 6.5 por cada 100 mil habitantes. Se observó entonces un incremento de 533 casos en comparación con el año 2020. De los decesos ocurridos por esta causa se reportó que los hombres tuvieron una tasa de 10.9 suicidios por cada 100, 000 (lo que representa 6, 785), mientras que la tasa para las mujeres fue de 2.4 por cada 100, 000 (1, 552).

En concordancia con lo reportado en las cifras mundiales, en México (INEGI, 2022) el grupo con mayor riesgo de suicidio fue el de los jóvenes de 15 a 29 años, con una tasa de 10.4 por cada 100 mil siendo la cuarta causa de muerte en esta población, sólo por debajo de las agresiones, accidentes y la COVID-19. Los hombres representaron un mayor peligro ya que ocurrieron 12.2 suicidios por cada 100 mil, siendo la tercera causa de muerte, mientras que en las mujeres la quinta.

Se observa así, que la emergencia de salud pública por COVID-19 propició una creciente atención al fenómeno del suicidio, evidenciando que su prevención seguirá siendo una prioridad en fases posteriores y de recuperación de la pandemia (Knipe et al., 2022).

Factores de riesgo y protección

Un cuerpo sustancial de investigación ha revelado qué factores están asociados al riesgo suicida. La identificación de los elementos que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo es de suma importancia para llevar a cabo una correcta estimación del riesgo, la cual se realiza mediante el juicio clínico (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2020).

Los factores de riesgo se definen como comportamientos individuales, condiciones psicosociales o sociales que aumentan la probabilidad de que un individuo muera por suicidio (Mclean et al., 2008). Estas características aumentan la probabilidad de comportamiento suicida; sin embargo, no son causas de suicidio para un determinado individuo (Ramírez, 2016).

La presencia de un trastorno mental es uno de los factores de riesgo individuales ampliamente asociado al incremento del riesgo suicida (Fazel y Runeson, 2020). De acuerdo con un metaanálisis realizado por Favril et al. (2022) en la que se incluyeron 37 estudios de casos y controles provenientes de 23 países, la presencia de cualquier trastorno mental se asoció con un aumento de más de 10 veces en las probabilidades de suicidio, así como con la presencia de un historial de autolesiones. Fazel y Runeson (2020) señalan que la depresión, el trastorno bipolar, los trastornos del espectro psicótico, los trastornos por uso de sustancias, la epilepsia y la lesión cerebral traumática aumentan más de tres veces las probabilidades de suicidio.

Otro factor individual asociado es el historial de intentos de autólisis, que constituye el mayor predictor de la ocurrencia de un suicidio (Parra-Uribe et al., 2017). De acuerdo con Turecki et al. (2019), aproximadamente el 40% de las personas que mueren por suicidio lo han intentado previamente y los estudios de seguimiento a largo plazo han indicado que el riesgo de suicidio entre las personas que sobrevivieron a un intento es del 1,6% dentro de los primeros 12 meses y aproximadamente 4% a los 5 años.

Se ha estudiado, asimismo, la asociación entre el aumento del riesgo suicida y las características de personalidad (Turecki et al., 2019; Klosky et al., 2016). Por ejemplo, se observa que las personas que intentan quitarse la vida tienen dificultades para resolver problemas, presentan desesperanza, impulsividad, agresión, irritabilidad, hostilidad, ansiedad y problemas para tolerar experiencias emocionales, así como competencias sociales deficientes que les permitan contar con apoyo (Chiles et al., 2019).

La presencia de enfermedades físicas que involucran dolor o la noticia de un reciente diagnóstico de enfermedad terminal o crónica, constituyen otro factor individuales asociado con un incremento del riesgo de autólisis (Fazel y Runeson, 2020).

Asimismo, existen importantes factores sociales asociados al riesgo suicida como los problemas económicos, el desempleo, las normas socioculturales estrictas o la pertenencia a un grupo vulnerable, como el colectivo LGBT (Turecki et al., 2019).

Dentro de los factores ambientales asociados al incremento del riesgo suicida, se encuentran los eventos de vida estresantes. Se incluyen en este rubro los problemas en las relaciones interpersonales como el acoso, el aislamiento social, el divorcio o separación, la muerte de la pareja y los problemas familiares como el abuso sexual infantil, los antecedentes familiares de comportamiento suicida y la pérdida de uno de los padres por suicidio en la infancia (Fazel y Runeson, 2020).

El acceso a medios letales se considera un factor social relevante en la asociación del aumento en el riesgo ya que, durante una crisis suicida, la cual es de corta duración y está acompañada de impulsividad, los individuos tienden a utilizar el método de fácil alcance (Chen et al., 2016). La OMS (2021b) señala que cerca del 20% de los suicidios se cometen por autointoxicación con plaguicidas, seguido del ahorcamiento y el disparo con arma de fuego. El conocer los métodos más comunes resulta imperativo para desarrollar estrategias de prevención basadas en la restricción de medios.

Finalmente, ha de considerarse el estigma asociado con la enfermedad mental y la búsqueda de ayuda (Turecki et al., 2019). Existe aún un tabú alrededor del comportamiento suicida, lo que disuade a las personas de buscar ayuda (OMS, 2021b), convirtiéndose en un importante obstáculo para en la atención y prevención del suicidio.

Por otro lado, los factores de protección son elementos que aumentan la capacidad de una persona para afrontar las adversidades y reducir la probabilidad de suicidio. Sin embargo, dichos aspectos no se han investigado de forma exhaustiva como los factores de riesgo (Holman y Williams, 2020).

De acuerdo con Mclean et al. (2008), los factores de protección pueden definirse propiamente como condiciones sociales, psicosociales o comportamientos individuales que reducen la probabilidad de que un individuo se involucre en un comportamiento suicida. Se considera que pueden aumentar la capacidad de una persona para manejar el estrés y hacer frente a los desafíos de la vida, siendo estos internos o externos (Chehil y Kutcher, 2011). Los internos incluyen aquellas habilidades de adaptación interpersonal que la persona ha utilizado a lo largo de la vida, mientras que las fortalezas externas involucran los sistemas de apoyo y las relaciones del paciente, por ejemplo, la seguridad de la familia, los amigos y el trabajo (Ramírez, 2011).

Quizá uno de los elementos externos que se ha considerado un importante factor protector del suicidio es la religión, sin embargo, los hallazgos sobre esta relación han sido inconsistentes debido a que ambos se componen de diversas dimensiones (Lawrence et al., 2016). En un estudio realizado por Lawrence et al. (2016), en el que se pretendió conocer cuáles eran los elementos de la religión que fungían como factor protector, se encontró que es la afiliación religiosa la que puede impedir que una persona actúe sobre ideas suicidas al proporcionar acceso a una comunidad de apoyo, formar las creencias de una persona sobre el suicidio, brindar una fuente de esperanza y formas de interpretar el sufrimiento. Por tanto, los autores señalan que, resulta importante indagar las implicaciones culturales específicas que cobran relevancia en la relación que tienen las personas con riesgo suicida y la religión.

Teorías psicológicas explicativas

Para explicar el comportamiento suicida, así como tratar de abordar sus mecanismos multifactoriales complejos, se han propuesto diversos modelos teóricos. Como lo mencionan diversos autores (Al-Halabí y García-Haro, 2021, Pimpoli, 2019), resulta

imperativo evitar cualquier visión reduccionista que impida reflexionar sobre la naturaleza contextual del comportamiento suicida, ya que se presenta como un fenómeno complejo, multifacético, multicausal y dinámico en el que realidades de diferente tipos y órdenes participan simultáneamente.

O'Connor y Nock, (2014) señalan que el desarrollo de modelos psicológicos tiene un importante valor teórico y clínico, ya que al tiempo que proporciona un marco para comprender cómo opera una compleja combinación de interacciones entre factores que aumentan el riesgo de suicidio, permiten identificar objetivos potenciales para el tratamiento. Estos mismos autores reconocen que los orígenes de las teorías se remontan a los trabajos de Freud, sin embargo, enfatizan en que la investigación internacional específica sobre el suicidio no comenzó sino hasta la década de 1950, con los estudios pioneros de Edwin Shneidman, creciendo aceleradamente durante las últimas décadas.

Los exponentes de la teoría del aprendizaje social y los modelos cognitivos y conductuales constituyen los elementos que han propiciado el desarrollo de los modelos explicativos contemporáneos (O'Connor, 2011). A continuación, se realiza una descripción de los principales marcos de comprensión.

a) Modelos de diátesis-estrés.

El autor pionero en plantear un modelo de vulnerabilidad fue John Mann (1999). Bajo esta teoría, la conducta suicida se explica como consecuencia de una interacción entre estresores agudos (factores de riesgo proximales) y una diátesis (factores distales). Los factores de estrés pueden ser internos (ej. depresión) o externos (ej. problemas con las relaciones o el empleo). La diátesis se refiere a un conjunto de rasgos predisponentes que moderan la probabilidad de que ocurra un comportamiento suicida en respuesta a factores estresantes, como la existencia de una vulnerabilidad biológica (Mann y Rizk, 2020).

Bajo este modelo, se enmarca la reciente teoría biopsicosocial del riesgo suicida de Turecki y Brent (2016). En ella, el suicidio es el resultado de la interacción entre factores distales y proximales, y los factores de desarrollo, también conocidos como mediadores (por ejemplo, rasgos de personalidad, déficits cognitivos, abuso crónico de sustancias) que

aumentan la vulnerabilidad a las respuestas desadaptativas frente a los factores proximales incrementando así el riesgo de conducta suicida.

b) Teorías de la ideación a la acción.

Estas surgen como una necesidad de entender la progresión de la ideación suicida hacia los intentos de suicidio, ya que, de acuerdo con los autores involucrados, los factores clásicos de riesgo asociados a la ideación suicida (depresión, desesperanza o impulsividad) fallaban a la hora de predecir quiénes de esas personas, cómo y cuándo realizarían un intento suicida (Klonsky et al., 2017). Esto resulta relevante ya que la mayoría de las personas que experimentan ideas suicidas no necesariamente avanzan hacia el intento de suicidio.

Bajo este modelo, a diferencia de las teorías tradicionales en la que los factores de riesgo asociados son estáticos y unitarios, se distinguen los predictores de la ideación de los predictores de la progresión de la ideación al comportamiento. Variables como la presencia de un trastorno mental, la desesperanza y la impulsividad se relacionan sólo con la ideación pues existe evidencia que sugiere que estos son fuertes correlatos de esta, pero distinguen pobremente aquellas personas que realizan un intento de las que no (Klonsky et al., 2017). Sin embargo, estos hallazgos sólo se presentan en un nivel correlacional, por lo que será necesario que futuras investigaciones identifiquen específicamente los factores de riesgo para la ideación y los intentos suicidas.

Dentro de estas teorías, se han integrado la Teoría interpersonal del suicidio (*Interpersonal Theory of Suicide, IPTS*) de Thomas Joiner (2005), el Modelo volitivo-motivacional integrado (*Integrated Motivational-Volitional Model, IMV*) de Rory O'Connor (2011) y la Teoría de los tres pasos (*Three-Step Theory, 3ST*) de Klonsky y May (2015), las cuales se resumen en la tabla 1.

Tabla 1

Modelos teóricos incluidos en el marco de la ideación a la acción.

	Ideación	Acción
Teoría interpersonal del suicidio (IPTS)	Surge de la presencia simultánea de aislamiento social (pertenencia frustrada) y la percepción de que uno es una carga para los demás y/o la sociedad (carga percibida).	Para realizar un intento de suicidio, una persona debe tener una «capacidad adquirida» para el suicidio que se caracteriza por una elevada tolerancia al dolor y falta de miedo a la muerte.
Modelo volitivo-motivacional integrado (IMV)	Se desarrolla a partir de sentirse atrapado, provocado por experimentar la derrota y la humillación, por lo que un individuo percibe el suicidio como la única solución.	Una vez mantenido el factor de «capacidad adquirida», la fase volitiva incluye otros moderadores como la impulsividad, percepción de ser una carga, baja pertenencia, acceso a medios letales, entre otros.
Teoría de los tres pasos (3ST)	Es el resultado de una combinación de dolor, físico y/o psicológico y desesperanza que escala de una ideación moderada a una ideación fuerte cuando el dolor excede cualquier razón para vivir (conexión).	Un individuo debe poseer la capacidad para el suicidio que comprende tres factores distintos: la capacidad adquirida (proveniente de las teorías arriba descritas), factores disposicionales (en gran medida genéticos) y factores prácticos (p. ej., conocimiento y acceso a medios letales).

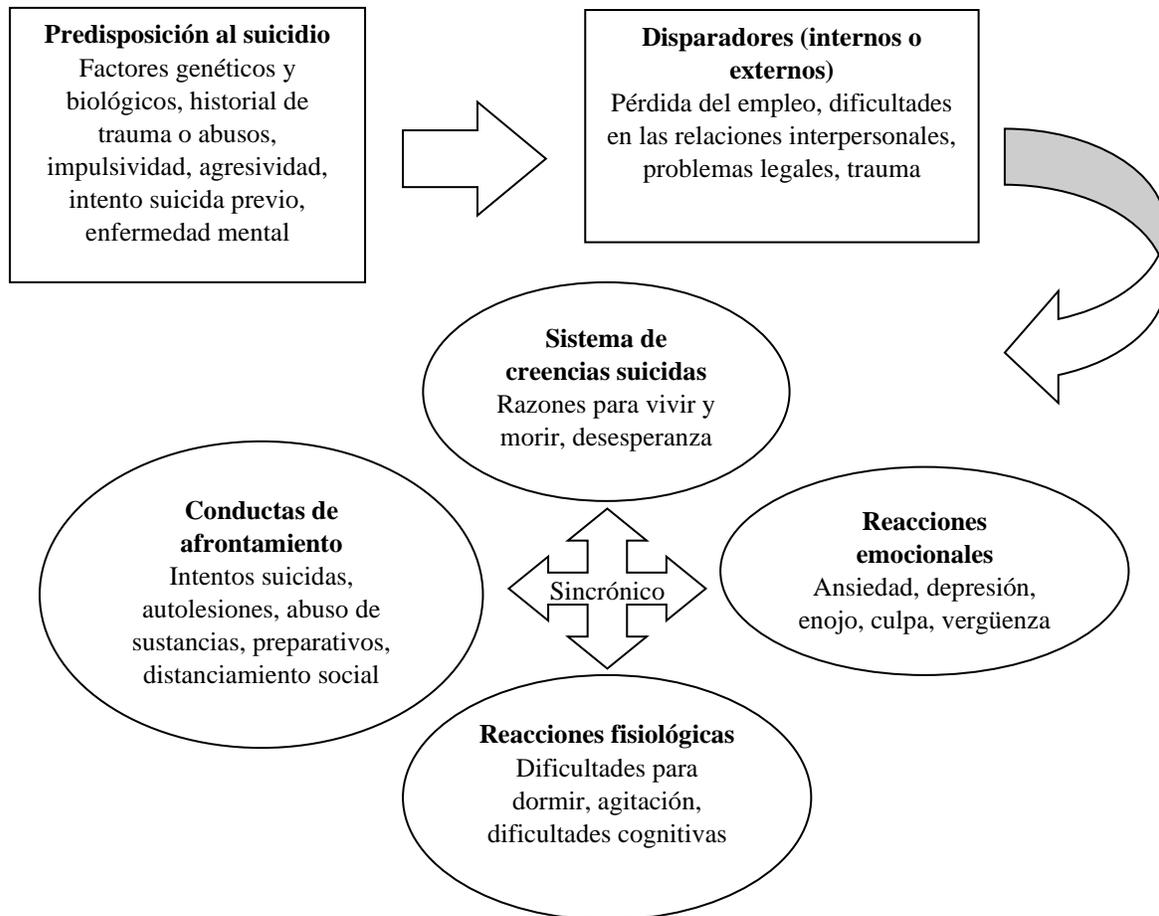
Nota. Adaptado de Bayliss et al. (2021)

Otro de los modelos incluidos dentro de esta categoría es el de la vulnerabilidad fluida (*Fluid Vulnerability Theory, FVT*) propuesto por David Rudd (2006). Es una propuesta que se desprende del modelo cognitivo del comportamiento suicida descrito por Wenzel y Beck (2008), en el que se intenta distinguir el riesgo de suicidio a corto y largo

plazo mediante la separación de los factores de vulnerabilidad disposicional (diátesis) y las cogniciones distorsionadas que caracterizan la crisis suicida (Galynker, 2017), véase figura 1. Si bien el modelo de Rudd constituye una extensión de la teoría del *modo* más general de la psicopatología de Beck (Klonsky et al., 2018), se observa una clara evolución del postulado clásico de diátesis-estrés. Lo que distingue a este de otros modelos explicativos es que, Rudd señala que el riesgo de suicidio se caracteriza por ser un proceso temporal que posee propiedades estables y dinámicas (Klonsky et al., 2018).

De acuerdo con este modelo cada persona tiene una línea base de vulnerabilidad al suicidio con tres principales factores que contribuyen a esta: 1) la susceptibilidad cognitiva, que se refiere al sesgo atencional e incapacidad para recordar recuerdos específicos, 2) susceptibilidad biológica, como síntomas fisiológicos o padecimientos psiquiátricos severos, y 3) susceptibilidad conductual, que incluyen habilidades interpersonales deficientes y alteraciones de la regulación emocional (Galynker, 2017). Estos elementos constituirían el riesgo a largo plazo.

El riesgo a corto plazo estaría determinado por la activación o desactivación del “modo suicida”, que propicia en el individuo la interpretación de un conjunto de estímulos internos y externos a través de distintos componentes: cognitivos, emocionales, conductuales y fisiológicos. Sin embargo, con cada episodio sucesivo de crisis suicida se aumenta en el futuro la vulnerabilidad para episodios posteriores (Galynker, 2017).

Figura 1.*Modelo de la vulnerabilidad fluida de Rudd*

Nota. Adaptación del modelo de Rudd (2012).

A pesar de los avances sustanciales logrados en la comprensión del comportamiento suicida, la predicción de la muerte por suicidio a nivel individual es imposible. Por lo tanto, existe la necesidad de una comprensión más profunda de los factores psicológicos que conducen al suicidio, así como del planteamiento de nuevos objetivos de tratamiento (Baryshnikov y Isometsä, 2022)

Neurobiología de la conducta suicida

El comportamiento suicida se asocia con cambios neurobiológicos en todo el cerebro que afectan diferentes vías funcionales (Turecki et al., 2019). Una de ellas, ampliamente descrita, tiene que ver con la desregulación de la vía serotoninérgica. La serotonina, es uno

de los neurotransmisores más importantes, ya que los niveles bajos de esta sustancia, medidos a través de su metabolito en el líquido cefalorraquídeo, predicen el comportamiento suicida en pacientes con depresión, aunque también se ha encontrado en otros grupos diagnósticos, incluidos pacientes con esquizofrenia, trastornos de la personalidad y alcoholismo (Chiles, 2019).

Por otro lado, las alteraciones en las vías de respuesta al estrés se encuentran entre las mejores descritas en relación con el comportamiento suicida (Turecki et al., 2019). El sistema neuroendocrino que se encarga de regular la respuesta del cuerpo frente al estrés es el eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal (HPA), que además tiene interacciones complejas con los sistemas serotoninérgico, noradrenérgico y dopaminérgico del cerebro (Karthick y Barwa, 2017).

Se han observado cambios duraderos en la en la función del eje HPA en personas con antecedentes de adversidad en la vida temprana y se han identificado procesos epigenéticos como mediadores clave de esos cambios (Turecki et al., 2019). Asimismo, Karthick y Barwa (2017) indican que el comportamiento suicida puede estar asociado con la hiperactividad del eje HPA aumentando hasta 14 veces el riesgo de un eventual suicidio.

Tratamientos psicológicos

A pesar de tener una mejor comprensión del amplio espectro del comportamiento suicida, éstos representan, aún hoy en día, un importante reto. Los enfoques convencionales de salud mental han tenido como objetivo reducir el riesgo de suicidio mediante el tratamiento eficaz del trastorno psiquiátrico primario de la persona. Sin embargo, hay poca evidencia que apoye este enfoque, lo que conduce a una reducción insuficiente del riesgo suicida (Bell, 2021). Por ejemplo, si bien parece haber un vínculo explícito entre la depresión y el riesgo suicida, pues los pensamientos recurrentes de muerte son uno de los nueve síntomas que caracterizan el Trastorno Depresivo Mayor, de acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), lo cierto es que la evidencia a favor de este enfoque aún es insuficiente (van Bentum et al., 2021). En el metaanálisis realizado por Cuijpers et al. (2013) que tuvo por objetivo evaluar los efectos de la psicoterapia en adultos diagnosticados con depresión, los autores reportaron que sólo 3 de 1344 estudios incluidos en el análisis, informaron resultados que estuviesen relacionados con el comportamiento

suicida, donde el efecto de los tratamientos sobre la reducción del riesgo suicida fue pequeño y no significativo.

Wenzel y Jager-Hyman (2012), por su parte, señalan que asumir dicha postura puede ser limitante, ya que un importante número de pacientes que presentan conductas suicidas: a) no cumplen los criterios diagnósticos de ningún trastorno mental; b) no se abordan los mecanismos psicológicos únicos que actúan antes o durante la conducta suicida; c) no se abordan otros factores de riesgo modificables para la presencia de un futuro comportamiento suicida y d) no necesariamente se permite al paciente desarrollar estrategias específicas que puedan usarse durante una futura crisis suicida.

De tal manera que, en los últimos años, la perspectiva acerca de las terapias psicológicas que abordan la conducta suicida, ha modificado su foco de intervención centrándose en el manejo directo de la conducta suicida y no en el manejo particular del trastorno mental subyacente. Como muestra de ello, en un metaanálisis realizado por Meerwijk et al. (2016) concluyeron que las intervenciones psicológicas y conductuales que abordan la conducta suicida de forma directa son efectivas tanto a corto como a largo plazo, mientras que aquellas que lo abordan solo de manera indirecta (centrándose en otros aspectos como la desesperanza, depresión, ansiedad, calidad de vida, etc.) tienen una menor o casi nula eficacia. Así, Meerwijk et al. (2016) reportaron que, las personas que recibieron el tratamiento habitual, comparadas con aquellas que recibieron un tratamiento que abordó directamente el comportamiento suicida, tenían 1,5 veces más probabilidades de morir por suicidio o intentar suicidarse mientras recibían la intervención.

Desafortunadamente, como mencionan Klosky et al. (2016), aún no existen tratamientos que sean *estándar de oro* para el manejo de la conducta suicida, sin embargo, algunas intervenciones cuentan con una mejor evidencia que otras en la reducción de los comportamientos suicidas. Dentro de estos tratamientos se incluyen: 1) la Terapia Cognitiva Conductual para la Prevención del Suicidio [en adelante CBT-SP por sus siglas en inglés]; 2) La Evaluación y Manejo Colaborativos del Riesgo de Suicidio [en adelante CAMS por sus siglas en inglés]; 3) Terapia Dialéctica Conductual [en adelante TDC]; y el Programa de Intervención Corta para Intentos de Suicidio [en adelante ASSIP por sus siglas en inglés].

De acuerdo con la mayoría de los estudios de intervención centrada en el suicidio, la TCC y la TDC parecen ser las intervenciones psicoterapéuticas más utilizadas y efectivas para los pacientes que presentan ideación suicida o intentos de suicidio, tanto a corto como a largo plazo (Méndez-Bustos, 2019).

La TDC es un tratamiento de naturaleza multimodal que combina estrategias conductuales y estrategias basadas en la aceptación. La TDC, desarrollada por Marsha Linehan en 1993 para poblaciones con amplios antecedentes de conductas autolesivas y suicida, se ha utilizado y estudiado principalmente en muestras de personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (Klosky et al., 2016). Se trata de una intervención ambulatoria que generalmente dura más de un año y es administrada en cuatro modalidades: 1) psicoterapia individual 2) entrenamiento de habilidades grupales, 3) entrenamiento fuera de la sesión y 4) reunión del equipo de consulta del terapeuta (DeCou et al., 2018). De acuerdo con Jobes (2015), la TDC se ha probado en varios ensayos controlados aleatorizados (ECA), demostrando así su eficacia por encima del tratamiento habitual (TAU) para pacientes con trastorno límite de la personalidad.

Por su parte la TCC, se caracteriza por incluir tratamientos estructurados, a mediano y largo plazo, en los que la formulación y conceptualización del problema involucra la identificación de pensamientos negativos automáticos, las situaciones disparadoras de esos pensamientos, las respuestas emocionales y conductuales que les siguen y el conjunto de creencias asociadas con esos pensamientos automáticos. Una vez formulado el caso, se hace una selección de herramientas específicas de carácter cognitivo y conductual para el abordaje clínico y el tratamiento del problema psicológico (Al-Halabí y García-Haro, 2021).

Una revisión sistemática realizada por Tarrier et al. (2008) encontró que la TCC redujo el comportamiento relacionado con el suicidio (muerte por suicidio, intentos de suicidio, intención y/o planes e ideación de suicidio) en los tres meses posteriores al tratamiento. Se encontró un efecto de tratamiento significativo para adultos (pero no para adolescentes) y para tratamientos de TCC individuales en comparación con controles de tratamiento mínimo o sin tratamiento.

Una de las formas de psicoterapia cognitivo-conductuales, específicas para el suicidio, es la Terapia Cognitiva para la Prevención del Suicidio (*Cognitive Behavioral Therapy for Suicide Prevention, CT-SP* por sus siglas en inglés) que cuenta con un fuerte respaldo empírico (Jobes et al., 2015). Esta psicoterapia se esfuerza por reducir los factores de riesgo de suicidio y mejorar el afrontamiento de la persona, mediante la eliminación del comportamiento suicida como enfoque principal del tratamiento (Jobes et al., 2015).

Otra versión de la TCC para el manejo del riesgo suicida, que los estudios de David Rudd y Craig Bryan demostraron su efectividad, es la Terapia Conductual Cognitiva Breve (*BCBT*, por sus siglas en inglés). A diferencia de la TCC tradicional para la depresión, que trata la conducta suicida como un síntoma que se espera que remita con la mejora de la afección subyacente, esta forma de psicoterapia considera las conductas asociadas con el suicidio, como una forma de afrontamiento desadaptativa, lo que constituye el objetivo principal de la intervención (Sinyor et al., 2020).

Se trata de un tratamiento manualizado y validado, de carácter activo, orientado a objetivos, que sigue una secuencia de pasos dentro y entre sesiones (Sinyor et al., 2020), que tiene como meta reducir los factores de riesgo de suicidio y mejorar el afrontamiento de la persona, mediante la eliminación de la conducta suicida (Jobes et al., 2015). Tiene una modalidad ambulatoria individual que se administra una vez a la semana, normalmente durante 12 semanas, compuesta por un entrenamiento en habilidades que ayudan al consultante a comprender mejor sus patrones de riesgo de suicidio, resolver problemas, manejar crisis y pensar sobre sí mismos de manera diferente (Bryan y Rudd, 2018).

Esta psicoterapia, de acuerdo con sus autores, resulta apropiada para su uso con una amplia gama de pacientes que abarcan todo el continuo de riesgo suicida y presentan una diversidad de condiciones clínicas. Con respecto al nivel de riesgo de suicidio, se ha implementado de manera efectiva con pacientes que recientemente han realizado un intento de suicidio o fueron dados de alta recientemente de una hospitalización psiquiátrica, así como pacientes que han experimentado pensamientos suicidas, pero aún no han tenido un intento suicida (Bryan y Rudd, 2018).

Los estudios sobre su eficacia señalan que administrar este tratamiento puede reducir hasta un 60 % las probabilidades de que una persona intente suicidarse hasta 2 años

después de iniciar el tratamiento (Rudd et al., 2015), pero debe tenerse en consideración que la mayoría de los resultados clínicos han sido reportados a través de muestras que incluyen soldados estadounidenses, aunque también se ha encontrado una correspondencia con muestras no militares (Brown et al., 2005)

En un estudio realizado Bryan et al. (2018) en una muestra de 176 soldados, 152 hombres y 24 mujeres con un rango de edad entre 19 a 44 años, de origen estadounidense que informaron ideación suicida activa en la última semana o un intento de suicidio en el último mes, se buscó evaluar la variabilidad en los resultados (tasas de intentos de suicidio) entre subgrupos de pacientes que se asignaron aleatoriamente a dos grupos, uno donde recibieron 12 sesiones de terapia cognitiva conductual breve (BCBT) y otro donde recibieron tratamiento usual.

Se identificaron tres grupos correspondientes al riesgo de suicidio bajo (N=55), moderado (N=40) y alto (N=57). De acuerdo con los hallazgos, las tasas de intentos de suicidio durante los dos años de seguimiento variaron significativamente entre los grupos en el tratamiento habitual, pero no variaron entre las clases en la BCBT (21 % frente a 10 %, respectivamente, en la clase de baja gravedad, 8 % frente a 13 % en la clase de clase de gravedad moderada y 41% versus 10% en la clase de gravedad alta). Lo anterior indica que la TCC breve arrojó resultados más consistentes en todos los subgrupos de pacientes, pero los resultados en el tratamiento habitual dependieron de la pertenencia a la clase del paciente.

Otro estudio, realizado por Rojas y colaborados (2022) remarca la importancia del tratamiento del comportamiento suicida durante las restricciones derivadas por la pandemia por COVID-19. Este estudio de caso tuvo como objetivo evaluar la administración de BCBT vía remota, en la casa de un veterano dado de alta de la unidad de pacientes hospitalizados psiquiátricos después de un intento de suicidio reciente.

La evaluación del comportamiento suicida se realizó a través de la Escala Severidad de Riesgo Suicida de Columbia, la Escala de Cogniciones Suicidas y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). De acuerdo con los resultados reportados se observó que después de la administración de 9 sesiones de psicoterapia, el participante no se involucró en ningún comportamiento suicida y la gravedad de la ideación disminuyó a lo

largo del tratamiento. Sus puntajes en el DASS-21 indicaron que la depresión se redujo de extremadamente severa a leve, la ansiedad se redujo de moderada a normal y el estrés se redujo de leve a normal.

Los autores concluyeron que la BCBT resultó aceptable y factible para ser administrada a domicilio vía remota a un participante en alto riesgo de suicidio. Esto resulta relevante ya que, para algunas personas, manejar el riesgo de suicidio después de la hospitalización está limitado por muchos factores (p. ej., distancia al tratamiento, horarios de trabajo, responsabilidades de cuidado). Por tanto, el trabajo en esta área es necesario para promover la administración de tratamientos específicos para el suicidio basados en evidencia.

Si bien la BCBT se reconoce como un tratamiento con respaldo empírico, aún son escasos los estudios que han sometido a prueba este modelo de intervención (Brown et al., 2005; Bryan et al., 2018; Diefenbach et al., 2020; Rojas et al., 2021; Rudd et al., 2015). Los resultados de la efectividad de la BCBT son prometedores, sin embargo, ha de señalarse que, no se ha demostrado que ningún tratamiento prevenga la muerte por suicidio.

Lo anterior se puede explicar considerando que existe un alto costo para realizar e implementar tales estudios, pues la muerte por suicidio ocurre con poca frecuencia, lo que requeriría una muestra muy grande de participantes para examinar la muerte como resultado, lo que además se suma a la falta de consideraciones éticas implicadas (Bryan y Rudd, 2018).

De tal manera que la muerte por suicidio no es un resultado factible para los fines de la mayoría de las investigaciones, por lo que los estudios de eficacia del tratamiento suelen utilizar sustitutos de la muerte por suicidio que ocurren con mayor frecuencia, como los intentos de suicidio y la ideación suicida (Bryan y Rudd, 2018; Chiles et al., 2019). Asimismo, ha de reconocerse que aún existe una comprensión inadecuada sobre la transición de la ideación a los intentos de suicidio, pues la mayoría de los casos de ideación suicida no conducen a intentos (Klonsky et al., 2021). Lo anterior, dificulta el logro de la predicción y prevención de la conducta suicida, sin embargo, se han descrito resultados alentadores acerca de la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas en el manejo de la

conducta suicida en comparación con el tratamiento habitual u otras condiciones de control para reducir el riesgo de un nuevo intento de suicidio (Sobanski et al., 2021).

La presente investigación se enfrenta a las dificultades anteriormente descritas, por lo que, en concordancia con los requerimientos de evaluación sobre la eficacia de terapias dirigidas a la prevención del suicidio, la medida de resultado primario será la búsqueda en la reducción de la ideación suicida, una conducta asociada consistentemente con el incremento del riesgo, considerando el limitado alcance en la prevención de este complejo fenómeno.

Capítulo 2. Depresión

Definición y clasificación

La depresión es uno de los trastornos con mayor reconocimiento a lo largo de la historia, desde la descripción de la melancolía en los primeros textos médicos de la antigua Grecia, hasta el desarrollo actual de sistemas de detección diagnóstica de mayor refinamiento (Horwitz et al., 2017). La depresión causa angustia profunda, perjudica el funcionamiento, la productividad económica y conduce a una mortalidad prematura. Tiene una importante repercusión social y familiar, ya que la persona que la padece vive dolor, sentimientos incontrolables de tristeza, vacío y desesperación, lo que puede conducirle a comportamientos autolesivos y en los casos de mayor severidad a cometer suicidio (Herrman et al, 2022)

Clínicamente este padecimiento se define como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por tristeza persistente y pérdida de interés en las actividades que normalmente se disfrutaban, causando una severa limitación psicosocial y disminución de la calidad de vida (Chand y Arif, 2022; Malhi y Mann, 2018). Su conceptualización se basa en la identificación de síntomas que se enmarcan en tres grupos: 1) emocionales, como la tristeza, la anhedonia y los sentimientos de culpa, 2) neurovegetativos, como la fatiga, pérdida de apetito o peso e insomnio y 3) neurocognitivos, como disminución en la concentración y retraso psicomotor (Malhi y Mann, 2018).

La forma de detección de este padecimiento se basa en el uso de los dos sistemas taxonómicos más ampliamente reconocidos: la CIE-11 elaborada por la OMS y el DSM-5 (APA, 2014). Si bien existen diferencias sutiles, en ambas nosologías, la depresión se define con base en la presencia de síntomas específicos que alcanzan un umbral clínico, cuando la angustia y la disfunción se vuelve problemática para el paciente (Malhi et al., 2020).

La vigente versión del DSM (APA, 2014) clasifica los trastornos depresivos unipolares en: a) trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, b) trastorno de depresión mayor (con episodio único o recurrente), c) trastorno depresivo persistente

(distimia), d) trastorno disfórico premenstrual, e) trastorno depresivo debido a otra afección médica o a sustancias, y otros.

El Trastorno Depresivo Mayor, es la principal forma de depresión y se caracteriza por episodios depresivos recurrentes (Malhi y Mann, 2018). De acuerdo con el DSM-5 (APA, 2014) el diagnóstico se realiza a partir de la presencia, durante un período de dos semanas, de cinco o más de los síntomas principales como: estado de ánimo depresivo, disminución del interés, pérdida significativa del apetito o de peso, insomnio o hipersomnía, retraso o agitación psicomotora, pérdida de energía, disminución de la concentración, sentimientos de inutilidad e ideas de muerte recurrentes.

Tal sintomatología debe reflejar un impacto adverso en las áreas funcionales sociales, ocupacionales y otras vitales del individuo, y no deben explicarse por el abuso de sustancias u otras enfermedades médicas. De igual forma, es importante asegurarse que los síntomas de la depresión no puedan ser explicados por un diagnóstico psiquiátrico alterno, como un trastorno de ansiedad, esquizofrenia o por efectos secundarios a un medicamento (Malhi y Mann, 2018). Un criterio crítico para el diagnóstico de TDM es la ausencia total de un episodio maníaco o hipomaníaco identificable (Salem et al., 2022).

Para realizar una adecuada elección de tratamiento y estimar el pronóstico de la persona que sufre depresión, se ha propuesto el uso de especificadores que definen el patrón de la enfermedad, sus características clínicas, gravedad, tiempo de aparición y remisión (véase tabla 2). Asimismo, durante la evaluación deber considerarse que todo paciente con depresión debe ser valorado por riesgo de suicidio. Cualquier riesgo de suicidio debe recibir una atención inmediata que puede incluir la hospitalización o un seguimiento estrecho y frecuente (Chand y Arif, 2022).

Tabla 2*Especificadores de la depresión.*

Especificador	Sub-especificador	Especificador	Sub-especificador
Patrón de enfermedad	Episodio único Episodios recurrentes Estacional	Severidad	Leve Moderado Severo
Características clínicas	Con ansiedad Características mixtas Atípico Melancólico Catatónico Con síntomas psicóticos	Inicio	Temprano Tardío En el post parto
		Estatus de remisión	Parcial Completa

Nota. Adaptado de Malhi y Mann (2018).

El curso de la depresión cambia a lo largo de la vida y puede adquirir diferentes formas, variando considerablemente en cuanto a su cronicidad y remisión (Otte et al., 2016). Para la gran mayoría de las personas que experimentan este padecimiento, el curso es episódico con recuperación del estado del ánimo y funcionamiento normal entre los episodios depresivos agudos (Malhi y Mann, 2018). De acuerdo con Carrobles, (2014) pueden presentarse episodios depresivos aislados sin una aparente continuidad, hasta episodios continuos o agrupados. El número de episodios depresivos sufridos a lo largo de la vida suele oscilar entre los dos y los seis, siendo el número de episodios sufridos con anterioridad el mejor predictor de recaídas. Por tanto, se ha señalado que después de presentar un primer episodio, la posibilidad de padecer uno nuevo es del 60%, mientras que esta posibilidad se incrementa hasta el 70% después de tener un segundo y hasta 90% después de haber tenido un tercero (Carrobles, 2014).

Otte et al. (2016) señalan que la duración media de un episodio depresivo suele variar entre 13 y 30 semanas, donde aproximadamente el 70 a 90% de los pacientes que experimentan un TDM se recuperan dentro de un año. Sin embargo, en entornos de atención ambulatoria, el curso es menos favorable ya que solo el 25% remite dentro de los 6 meses y aproximadamente 50% de los pacientes aún presentan un trastorno depresivo después de 2 años. Aún después de la remisión del TDM, los síntomas residuales y el

deterioro funcional pueden permanecer, siendo la trayectoria del padecimiento menos favorable con el aumento de la edad de inicio.

Este trastorno constituye un padecimiento universal y las estadísticas alrededor del mundo han estimado que el riesgo de presentarlo es común, donde una de cada cinco personas puede experimentar un episodio depresivo en algún momento de la vida (Herrman et al, 2022). Por ello, resulta imperativo reconocer el impacto generado por esta condición entre la población.

Prevalencia

De acuerdo con la OMS (2021a), en la escala global, alrededor de 280 millones de personas viven con depresión. Se estima que este padecimiento afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años, reconociéndose como la segunda causa de discapacidad en el mundo (OMS, 2018). Asimismo, esta condición contribuye de forma importante a la carga mundial general de morbilidad, ya que en los casos de mayor gravedad se asocia con un incremento en el riesgo de muerte por suicidio.

La depresión afecta a personas de ambos sexos y diversas edades. Se ha reportado una prevalencia del doble de casos en mujeres que en hombres, produciéndose un pico de la enfermedad en la segunda y tercera década de la vida en ambos sexos (Malhi y Mann, 2018). La diferencia en el número de casos entre hombres y mujeres se conoce como la *brecha de género en la depresión* y si bien los mecanismos subyacentes de esta desigualdad no se han descrito con claridad, se ha propuesto que una serie de factores biológicos (como la sensibilidad hormonal), psicológicos y sociales pueden contribuir a tales cifras (Rafful et al., 2012).

En la literatura de investigación se ha señalado que el período más probable para el inicio de la depresión se extiende desde la adolescencia media hasta la mitad de los 40, pero aproximadamente el 40% de las personas experimenta su primer episodio depresivo antes de los 20 años, con una edad promedio de inicio de 25 (Malhi y Mann, 2018). Los trastornos depresivos constituyen la primera causa de años vividos con discapacidad entre la población adolescente, generando disminución en la calidad de vida de los jóvenes, ya

que los síntomas interfieren en su desarrollo y limitan la toma de decisiones importantes (Berenzon et al., 2013).

Los recientes resultados del Estudio de la Carga Global de Enfermedades 2019 mostraron que la depresión se encontró dentro de las 25 causas principales de carga de enfermedad en mujeres y hombres a lo largo de toda la vida (GBD [Diseases and Injuries Collaborators], 2020). De acuerdo con este estudio, la prevalencia estimada de este padecimiento entre mujeres y hombres fue más alta en América del Norte (4,4 % para mujeres y 2,5% para hombres) y la más baja en el Pacífico Occidental (2,3% para mujeres y 1,3% para hombres), siendo intermedio en otras regiones del mundo tanto para mujeres (2,8–3,6%) como para hombres (1,9–2,0%).

En la Región de las Américas, la depresión constituye el principal trastorno mental siendo dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. Entre el 10% y el 15% de las mujeres de los países industrializados y entre el 20% y el 40% de las mujeres de los países en desarrollo sufren depresión durante el embarazo o el puerperio (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021). Asimismo, la OPS reportó que los años vividos con discapacidad al sufrir un trastorno depresivo, incrementó de 5,7 millones de años en el año 2000 a 6,9 millones de años para el 2019.

En México particularmente, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018-19, la prevalencia de síntomas depresivos fue del 13,6%, con una distribución de 8,8% en hombres y 17,6% en mujeres, con dos mujeres por cada hombre (Valencia, 2022). Aquellos que se encontraron más afectados por este padecimiento fueron las personas entre 36 a 49 años, con una prevalencia del 18,3% (Cerecero-García et al., 2020).

A nivel nacional, se ha reportado que la depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis (Berenzon et al., 2013). Asimismo, se ha señalado que las personas con depresión pierden hasta 2,7 más días de trabajo que aquellas que padecen una enfermedad crónica, por lo que este padecimiento se ha colocado como la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena en el caso de los hombres (Berenzon et al., 2013).

En otro estudio, Agudelo-Botero et al. (2021) realizaron un análisis secundario basado en el Estudio de Carga Global de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo (GBD) de 2019 para determinar la prevalencia de síntomas depresivos en población mexicana. Los resultados mostraron que la prevalencia nacional de trastornos depresivos aumentó 121,5% en cerca de 30 años, pasando de 2,1 millones de personas en 1990 a 4,6 millones de personas en 2019. Por su parte la incidencia pasó de 2,3 millones de personas en 1990 a 5,4 millones de personas en 2019, es decir, un 129,6% más.

Asimismo, se encontró que las tasas de prevalencia e incidencia fueron mayores en mujeres que en hombres en todos los estados de la república entre 1990 y 2019. Sin embargo, los datos deben ser tomados con discreción, ya que es probable que los casos en hombres no se reporten, pues estos están menos dispuestos a revelar sus experiencias y emociones, así como a buscar tratamiento (Agudelo-Botero et al., 2021).

Por otro lado, los trastornos depresivos representaron la cuarta causa principal de muerte no fatal en México en 2019. Adicionalmente se reportó que el TDM fue el causante del 86, 2 % de los años perdidos por discapacidad. De tal manera, este padecimiento se ha colocado como un importante problema que tiene un impacto significativo en la calidad de vida y en el funcionamiento cotidiano de la población (Berenzon et al., 2013).

Cabe destacar que la salud mental de la población en todo el mundo ha tenido importantes repercusiones derivadas de la pandemia por el virus SARS-CoV-2 que se esparció desde China hasta alcanzar a todos los países. Tal acontecimiento se caracterizó por ser una situación de incertidumbre, desconocimiento y caos, que expuso a las personas a nuevos estresores que les exigían adoptar mecanismos de afrontamiento para evitar ser superados por esta eventualidad (Clemente-Suárez et al., 2021).

La OMS (2022) reportó que para 2019 una de cada ocho personas en el mundo, equivalente a 970 millones de personas, padecían algún trastorno mental, incluyéndose dentro de los más comunes la ansiedad y los trastornos depresivos. Sin embargo, para 2020 aumentaron considerablemente debido a la pandemia de COVID-19, reportándose un aumento del 26% en el caso de la ansiedad y del 28% para los trastornos depresivos graves en solo un año.

En el caso de México, en una revisión sistemática realizada por Hernández-Díaz et al. (2022) en la que se incluyeron 15 estudios (N= 26,799) que evaluaron la presencia de trastornos mentales después del comienzo de la pandemia, se reportó una oscilación en la prevalencia de síntomas depresivos en la población mexicana del 5.2% y 86.6%, donde las mujeres jóvenes informaron un mayor porcentaje de síntomas de depresión (26,4%) en comparación con los hombres mayores (14,7%).

Finalmente, ha de considerarse que la evaluación de la prevalencia de trastornos mentales en la población fluctúa en función del momento en el que se lleva a cabo. Resulta relevante tomar con cautela los datos estadísticos, pues existe una importante heterogeneidad en los estudios y por tanto en los resultados reportados. Asimismo, se debe considerar una continua evaluación de la presencia de problemas relacionados a la salud mental después de haber sido levantadas las restricciones sanitarias.

Etiología

La aparición de la depresión en el individuo se explica a partir de una multiplicidad de factores. La OMS (2022) declara que la depresión es el resultado de complejas interacciones entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Asimismo, quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (por ejemplo: desempleo, luto, eventos traumáticos, entre otros) tienen mayores probabilidades de sufrir depresión, así como aquellas personas que padecen enfermedades físicas (como las enfermedades cardiovasculares, autoinmunes o de otro tipo).

En gran medida, los modelos etiológicos de la depresión se describen a través de la relación diátesis-estrés, en los que las personas que pueden ser vulnerables al padecimiento debido a sus características biológicas o circunstancias psicosociales, sufren depresión al vivir experiencias estresantes desencadenantes (Research Council and Institute of Medicine, 2009).

Factores biológicos

La literatura científica ha reconocido el papel hereditario en los trastornos depresivos a partir de los resultados obtenidos en estudios de gemelos y de adopción (Mahli y Mann, 2018). Se reconoce que los familiares de primer grado de pacientes con depresión tienen un

riesgo tres veces mayor de desarrollar este padecimiento en comparación con aquellos que no tienen familiares de primer grado con tal diagnóstico, estimándose la heredabilidad de este trastorno en un 35% (Otte et al., 2016).

A pesar del considerable avance en el entendimiento de la fisiopatología del trastorno depresivo mayor, ningún modelo o mecanismo único ha podido explicar satisfactoriamente todos los aspectos de la enfermedad (Otte et al., 2016). Una de las explicaciones dominantes desde el enfoque biológico, sostenida desde hace cinco décadas, es la hipótesis de las monoaminas. Dicha hipótesis sugiere que la depresión es causada por un déficit funcional de los neurotransmisores noradrenalina (NA) y serotonina (5-HT) en la región límbica del cerebro, por tanto, los fármacos antidepresivos ejercen su acción terapéutica mediante el aumento de la disponibilidad extracelular de estos neurotransmisores (Pérez-Padilla et al., 2017).

Por otro lado, se ha planteado una reciente hipótesis que propone que los trastornos depresivos representan modificaciones en el sistema nervioso central en respuesta a niveles crónicos de estrés, mecanismo explicado por la alteración del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal (HPA) debido al aumento de la cantidad de cortisol en plasma (Mahli y Mann, 2018; Pérez-Padilla et al., 2017). Esto conlleva a cambios en las funciones tróficas que impiden un adecuado funcionamiento de las neuronas y producen una alteración en la plasticidad neuronal. De tal manera que, cada que se vive un evento estresante, este produce una importante perturbación en la estructura y función cerebral (Pérez-Padilla et al., 2017).

Factores sociales

De acuerdo con Monroe et al. (2014), para obtener una mejor comprensión de la depresión y sus causas, se requiere tomar en cuenta la interacción de los factores socioambientales y el estrés asociado con eventos desencadenantes. La importancia de los determinantes sociales sugiere que se requiere una perspectiva que vaya más allá del nivel individual para tratar los factores que influyen en la depresión (Herrman et al., 2022), entre los cuales se han identificado variables sociodemográficas, el apoyo social, las experiencias infantiles adversas, etc. (Remes et al., 2021).

La aparición de un episodio depresivo se asocia con variables como el género, el estatus marital, los ingresos económicos y la ocupación. Factores como ser mujer, tener bajos ingresos, ser viuda, divorciada o separada, un bajo nivel educativo, bajos ingresos económicos, estar desempleado (particularmente en hombres), tener una discapacidad o ser trabajadora del hogar, se han relacionado consistentemente con la presencia de un episodio depresivo mayor (Berenzon et al., 2013; Hasin et al., 2005; Remes et al., 2021). Asimismo, se reconoce que factores del entorno como la violencia, la inseguridad o las crisis económicas incrementan el riesgo de presentar sintomatología depresiva (Berenzon et al., 2013).

Por otra parte, diversas investigaciones han abordado el papel que tienen las experiencias adversas durante la infancia o en los primeros años de vida en la susceptibilidad a padecer depresión en la edad adulta en presencia de eventos vitales estresantes (Herrman et al., 2022). De acuerdo con Remes et al. (2021), la exposición temprana a eventos traumáticos de la vida, la intimidación y el trauma infantil aumentan el riesgo de depresión. La literatura de investigación disponible (Kessler et al., 2010) muestra una clara relación entre el número y la gravedad de los eventos adversos de la vida, tales como experimentar abuso físico y sexual, negligencia, violencia doméstica o separación temprana de los padres ya sea por muerte o abandono, y el riesgo, severidad y cronicidad de presentar un episodio depresivo mayor (Otte et al., 2013).

Factores psicológicos

Existen diversos determinantes psicológicos asociados con el desarrollo de sintomatología depresiva, entre los que se incluyen factores cognitivos como la presencia de sesgos en el procesamiento de la información, que dan lugar a interpretaciones pesimistas y autocríticas, surgiendo estilos cognitivos depresivos (Herrman et al., 2022). Asimismo, se ha descrito la relación que tiene otras variables como la baja autoestima, sentimientos de vergüenza, autoconcepto negativo (autopercepciones de falta de valía e inutilidad), una pobre claridad emocional, entre otros (Remes et al., 2021).

Uno de los factores psicológicos que ha recibido una amplia atención en el campo de la investigación de la salud mental y en específico de la depresión, es el referente a la rumiación. La rumia se conceptualiza como un modo de respuesta que implica centrarse de

forma repetitiva y pasiva en los síntomas de angustia, sus posibles causas y consecuencias, sin embargo, es un estilo cognitivo que no conduce a la resolución activa, pues se produce una reflexión obsesiva de los problemas y las emociones asociadas (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Al emplearse respuestas rumiativas, se tiende a la intensificación del pensamiento negativo centrado en uno mismo, que interfiere con el despliegue de respuestas activas de solución, por lo que los síntomas depresivos se intensifican o prolongan (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

En vista de los múltiples factores de riesgo asociados con el desarrollo de un episodio depresivo, estos deben tomarse en cuenta para lograr un tratamiento efectivo, ya que cada intervención tiene que individualizarse, considerando factores clave como la naturaleza de los síntomas y su intensidad.

Tratamientos

A pesar de que la depresión es un trastorno mental prevenible, detectable y tratable mediante intervenciones reconocidas y eficaces, la OMS (2020) estima que, en países de ingresos bajos y medios, entre 75% de la población con desórdenes mentales carece de acceso al tratamiento necesario. De acuerdo con dicha organización, dentro de los obstáculos que se identifican para una atención eficaz, se encuentran la falta de inversión en atención de salud mental y de proveedores de atención de salud capacitados, así como el estigma asociado a los trastornos mentales.

En México el panorama es desfavorable, pues de acuerdo con Cerecero-García et al. (2020), la cobertura de detección y tratamiento de la depresión no ha cambiado sustancialmente a lo largo de 12 años, donde uno de cada diez adultos ha recibido un diagnóstico formal de depresión por parte de un profesional de la salud, pero sólo un 7% ha recibido atención médica.

El tratamiento de la depresión tiene como principales objetivos la remisión, el control de los síntomas y la recuperación de la funcionalidad (Vergel y Barrera, 2017). Lo anterior puede lograrse a través de intervenciones farmacológicas y psicológicas que han demostrado su eficacia (Cuijpers et al., 2013), sin embargo, para realizar una adecuada

elección debe tomarse en cuenta la caracterización sintomatológica del episodio depresivo a tratar.

De acuerdo con la Guía desarrollada por el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica ([NICE, por sus siglas en inglés], 2022), para los episodios depresivos considerados de menor severidad, que incluyen episodios con sintomatología leve o subclínica, el tratamiento psicológico por sí solo puede ser suficiente, por lo que el uso de una psicoterapia basada en evidencia como la terapia cognitivo-conductual debe ofrecerse como tratamiento de primera elección. En los casos en los que se observa un episodio de mayor severidad, donde se encuentra la sintomatología moderada a grave, la medicación debe considerarse como tratamiento de primera línea en conjunto con la psicoterapia, siendo la terapia electroconvulsiva una opción para aquellos pacientes que no responden a la medicación.

Sin embargo, antes de decidir una vía de tratamiento específica, resulta relevante suspender la administración de medicamentos que potencialmente pueden disminuir el estado de ánimo, así como tratar cualquier abuso de sustancias y de ser posible, utilizar medidas generales de autocuidado como la higiene del sueño, el ejercicio regular y una dieta saludable (Mahli y Mann, 2018).

El manejo clínico de la depresión inicia a partir de una adecuada evaluación, basada en una detallada historia clínica, así como exámenes físicos y evaluaciones del estado mental, lo que permitirá un apropiado diagnóstico (Gautam et al., 2017). Además de una evaluación cuidadosa, se deben tomar en cuenta aspectos como el desarrollo de una alianza terapéutica, la selección de tratamientos basados en evidencia, el monitoreo de los resultados y la realización de un adecuado seguimiento (Lam, et al. 2018). Para la mayor parte de los pacientes, el manejo exitoso de la depresión toma al menos 1 año, pero para algunos el tratamiento podría continuar durante dos años o más (Gautam et al., 2017).

El tratamiento de la depresión se puede dividir en dos fases, una aguda y una de mantenimiento, las cuales se diferencian en cuanto a sus objetivos. En la primera, la meta principal es la remisión de los síntomas, ya que, de no lograrse ésta, la probabilidad de una completa recuperación del funcionamiento disminuye (Gautam et al., 2017; Gitlin, 2014). Por su parte, la fase de mantenimiento es particularmente importante para la

farmacoterapia, ya que es probable que ocurra una recaída si los medicamentos se suspenden demasiado pronto, siendo el período de uso de seis meses a dos años o más (Gautam et al., 2017). El objetivo de esta fase es prevenir futuras recurrencias de episodios depresivos (Gitlin, 2014)

Farmacológicos

Existen diversos medicamentos que muestran una eficacia probada en el tratamiento de los trastornos depresivos (Cipriani et al., 2018). Son diversas las clasificaciones propuestas para agrupar los fármacos antidepresivos, incluyendo aquellas que los definen con base en su farmacología (p. ej. inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina) y otras que lo hacen a partir de su estructura (p. ej., los antidepresivos tricíclicos), lo que ha generado confusiones (Smart et al., 2018). En el presente escrito se realiza una revisión a partir de los mecanismos de acción.

La eficacia de los principales tratamientos actuales se sostiene sobre la hipótesis monoaminérgica, según la cual existe una desregulación en la neurotransmisión de moléculas, principalmente la noradrenalina [NA], dopamina [DA] y sobre todo serotonina [5-HT]) en los circuitos cerebrales relacionados con la cognición, la conducta, el afecto y las funciones vitales (Álvarez-Mon et al., 2017).

Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) constituyen la primera línea de tratamiento farmacológico en los trastornos depresivos por su perfil de eficacia, seguridad y tolerabilidad, tanto en monoterapia como en terapia combinada (Álvarez-Mon et al., 2017). El principal mecanismo de acción de los ISRS es inhibir la recaptación de serotonina (SERT) en la terminal nerviosa presináptica, lo que genera mayor disponibilidad de 5-HT (Anderson y Arnone, 2014). En la actualidad, existen seis fármacos en esta categoría: fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, citalopram y escitalopram. (Álvarez-Mon et al., 2017)

Por su parte los inhibidores de recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN) bloquean el transportador de noradrenalina (NAT) adicional al bloqueo de SERT de los ISRS, por lo que son conocidos como antidepresivos duales, incrementando no sólo las concentraciones sinápticas de 5-HT y NA, sino también aumentando las concentraciones de

DA a nivel de corteza prefrontal. Los IRSN disponibles en la actualidad son venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetine y milnacipran, cada uno comparte el mecanismo descrito, pero con diferencias sutiles (Pérez, 2017). Éstos se emplean a menudo en pacientes deprimidos que no responden a un ISRS (Smart et al., 2018).

Otro tipo de antidepresivos son los inhibidores de la recaptura de noradrenalina y dopamina (IRND), los cuales ejercen su acción a través de la inhibición de los transportadores de noradrenalina (NAT) y dopamina (DAT), lo que incrementa las concentraciones sinápticas de estas moléculas y al no actuar directamente sobre la serotonina, estos fármacos carecen de efectos adversos relacionados como la disfunción sexual. El único fármaco disponible de este grupo es el bupropion o anfebutamona. (Pérez, 2017).

Los inhibidores selectivos de recaptura de noradrenalina (ISRN) bloquean el NAT, provocando mayor disponibilidad sináptica de esta molécula y de dopamina a nivel de corteza prefrontal (Pérez, 2017). Estos fármacos son la reboxetina y la atomoxetina y su uso ha resultado controversial, reportándose una eficacia menor que los ISRS e IRNS (Pérez, 2017; Smart et al., 2018).

Otro grupo, los llamados antidepresivos tricíclicos (ATC), surgen tras el descubrimiento de la clorpromazina como tratamiento antipsicótico para pacientes con esquizofrenia, propiciando el desarrollo de nuevas moléculas similares en cuanto a su estructura química de tres anillos de benzeno, apareciendo la imipramina como el primer antidepresivo de este grupo (Álvarez-Mon et al., 2017). Los ATC bloquean la recaptura de serotonina y noradrenalina, sin embargo, tienen asimismo acciones farmacológicas no deseadas sobre receptores H1 histaminérgicos, $\alpha 1$ adrenérgicos y canales de sodio sensibles a voltaje, lo que ocasiona frecuentes y poco tolerados efectos secundarios (Pérez, 2017). Los ADT han sido relegados como segunda línea de tratamiento debido a sus efectos adversos y su potencial letalidad en sobredosis (Álvarez-Mon et al., 2017).

El primer grupo de fármacos antidepresivos en aparecer fueron los inhibidores de la monoamino oxidasa (MAO) siendo el primero la iproniazida, originalmente desarrollada como un tratamiento para la tuberculosis (Pérez, 2017). A pesar de su comprobada eficacia como antidepresivos, han caído en desuso por sus potenciales interacciones farmacológicas

y efectos adversos, por lo que se consideran como tratamiento de tercera línea (Smart et al., 2018).

Para efectuar la selección de un antidepresivo, se requiere considerar factores tanto del paciente como de la medicación, sin embargo, ya que existen diferencias sutiles en la eficacia entre los antidepresivos, no se puede considerar como el único factor en la toma de decisiones, por lo que otros elementos a contemplar incluyen la seguridad, tolerabilidad, simplicidad de uso, condiciones comórbidas, potenciales interacciones farmacológicas, presentación clínica y costo (Lam y Mok, 2018).

Por consiguiente, además de tomar en cuenta las líneas de tratamiento, los médicos tratantes suelen colocar como prioridad el perfil de efectos secundarios asociados a los medicamentos (Lam y Mok, 2018; Vergel y Barrera, 2017). Dentro de los principales efectos adversos se encuentran la taquicardia sinusal, hipotensión y alteraciones en la conducción cardíaca, asociado mayormente a los antidepresivos tricíclicos, especialmente en adultos mayores, en personas con enfermedad cardíaca o en quienes tienen polifarmacia (Vergel y Barrera, 2017).

Psicológicos

Las intervenciones psicológicas tienen un papel central en el tratamiento de los trastornos depresivos como tratamiento coadyuvante o alternativa terapéutica (Linde et al., 2015). Si bien la farmacoterapia ha demostrado su remarcada eficacia en el tratamiento de la depresión, la literatura de investigación indica que ésta provee mejores resultados, tanto a corto como a largo plazo, cuando se combina con la psicoterapia (Cuijpers, et al., 2013; Karyotaki et al., 2016).

Son diversos los tratamientos psicológicos diseñados específicamente para la depresión, sin embargo, los datos para recomendar un tratamiento psicoterapéutico frente a otro son insuficientes, existiendo múltiples intervenciones basadas en evidencia que cuentan con apoyo empírico, mostrando resultados de su eficacia en ensayos controlados aleatorizados [ECA] en poblaciones con trastorno depresivo mayor (véase tabla 3) (Barraca, 2021; Lam y Mok, 2018).

Tabla 3

Principales psicoterapias basadas en evidencia para el tratamiento de la depresión.

Psicoterapia	Principios	Duración (sesiones)	Comentarios
Terapia de solución de problemas (TSP)	Identificar problemas Desarrollar habilidades de solución de problemas	4-6	
Terapia cognitiva (TC)	Identificar patrones de pensamiento negativos Desafiar las creencias disfuncionales Sustituir pensamientos racionales	12-16	A menudo se usa con AC como terapia cognitivo-conductual (TCC)
Activación conductual (AC)	Identificar patrones de comportamiento desadaptativos y reforzar patrones de afrontamiento positivos Entrenar en habilidades sociales	8-12	A menudo se usa con TC como terapia cognitivo-conductual (TCC)
Terapia cognitiva basada en el mindfulness (TCBM)	Promover la atención consciente y la aceptación Interrumpir los patrones cognitivos habituales asociados con la recaída	8-12	
Psicoterapia interpersonal (PI)	Identificar los principales problemas interpersonales Usar estrategias prácticas para tratar uno o dos problemas	12-16	Utiliza técnicas cognitivas-conductuales y psicodinámicas

Nota. Elaborado a partir de Lam y Mok (2018)

La Terapia Cognitiva Conductual [TCC] es sin duda el tipo intervención mayormente estudiada (Cuijpers et al., 2023), siendo sometida a un importante número de evaluaciones con relación a su efectividad para el tratamiento de la depresión (Barth et al., 2013; Cuijpers et al., 2014; Cuijpers et al., 2017), mostrando evidencia de su eficacia en comparación con la atención habitual, la lista de espera y otras condiciones de placebo (Cuijpers et al., 2013; Cuijpers et al., 2016; Cuijpers et al. 2023).

La TCC es el término que se emplea para albergar una familia de terapias que tienen como base común los modelos conductuales y cognitivos de los trastornos psicológicos, empleando un conjunto de técnicas, donde el objetivo principal es identificar pensamientos automáticos disfuncionales derivados de las suposiciones que el sujeto tiene sobre sí mismo, las personas y el mundo. Este modelo supone que desafiando el significado de estas cogniciones y formulando suposiciones más realistas, las emociones y el comportamiento pueden cambiar (Curchill et al., 2013), adicionando el uso de estrategias conductuales, como la programación de actividades (Chand y Arif, 2023).

En esta forma de tratamiento, el terapeuta enfatiza principalmente en las asignaciones de tarea y las actividades fuera de la sesión, asimismo ejerce una influencia activa sobre las interacciones terapéuticas y los temas de discusión, utilizan un enfoque psicoeducativo y enseñan a los pacientes nuevas formas de afrontar situaciones estresantes (Cuijpers et al., 2019). Es un modelo de intervención estructurado, activo y centrado en el problema, donde la duración del tratamiento varía entre 10 y 20 sesiones, observándose que los consultantes presentan a menudo una considerable reducción de los síntomas después de cuatro a seis semanas (Puerta et al., 2011).

En un meta-análisis realizado por Cuijpers et al. (2023), los ensayos comparativos sugieren que la TCC es significativamente más eficaz que otras psicoterapias para tratar la depresión, aun cuando la diferencia resulta ser pequeña ($g=0,06$), asimismo los efectos de la TCC son comparables a los de la farmacoterapia a corto plazo, aunque resulta significativamente más eficaz entre los seis y los 12 meses ($g=0,34$), mientras que el tratamiento combinado es significativamente más eficaz que la farmacoterapia sola tanto a corto ($g=0,51$) como a largo plazo ($g=0,32$). Por tanto, la TCC es la psicoterapia recomendada como primera línea de tratamiento en diferentes guías clínicas debido a su notable efectividad en la reducción de síntomas depresivos (NICE, 2022).

Relación entre depresión y suicidio

La literatura de investigación señala como uno de los predictores más importantes de suicidio, además de los intentos previos, la presencia de alguna psicopatología (Nock et al., 2010), pues en los estudios de autopsia psicológica se observa que al menos en 90% de los casos que murieron por suicidio, las personas presentaron algún diagnóstico psiquiátrico.

En particular, los trastornos afectivos mostraron una mayor asociación con el incremento de riesgo por suicidio al menos en un 60%, en particular la depresión (Park y Jin, 2018). Nock et al. (2010) señalan que los adultos con depresión mayor tienen 5,1 veces más de probabilidades de reportar un intento de suicidio en comparación con aquellos que no han presentado este diagnóstico. Adicionalmente señalan que las personas que presentan distimia tienen 4,9 veces más probabilidades de incurrir en comportamientos autolíticos.

Si bien la presencia de un diagnóstico psiquiátrico constituye un importante predictor del riesgo, existen asociaciones únicas entre cada trastorno y las diferentes etapas del comportamiento suicida. Por ejemplo, se observa que la depresión se encuentra relacionada mayormente con la ideación suicida y en menor medida con la planeación o intento, mientras que los síntomas asociados con la ansiedad, la agitación o la dificultad para controlar los impulsos, se asocian fuertemente con un mayor riesgo de planificación e intento suicida (Nock et al., 2010). Así, mientras que algunos trastornos pueden incrementar el riesgo de suicidio al aumentar los deseos de muerte, otros padecimientos caracterizados por la impulsividad y su pobre control pueden aumentar la probabilidad de actuar sobre tales pensamientos.

Por otro lado, ha de considerarse que la gravedad de los síntomas depresivos no diferencia a los pacientes con riesgo de comportamiento suicida de los que no lo presentan (Park y Jin, 2018), por lo que debe tomarse en cuenta el papel de diversos factores predisponentes que vulneran a la persona con depresión. Por ejemplo, se ha señalado que mayores niveles de desesperanza y pesimismo incrementan el riesgo suicida, así como tener un nivel más alto de comportamientos impulsivos y agresivos a lo largo de la vida (Park y Jin, 2018).

Otro de los elementos que se reconoce como predictor de conductas suicidas en la depresión es la rigidez cognitiva ya que se observa una disminución del funcionamiento ejecutivo asociado a un deterioro en la corteza prefrontal (Marzuk et al., 2005). De acuerdo con Park y Jin (2018) la rigidez cognitiva puede dificultar la habilidad de generar alternativas para la resolución efectiva de problemas bajo situaciones estresantes.

De acuerdo con lo anterior es posible reconocer que aun cuando existen factores fisiopatológicos que pueden explicar la relación entre la depresión y el riesgo de suicidio,

no se ha establecido una completa comprensión de la misma, siendo la propuesta del papel sinérgico entre la genética, los estresores psicológicos y sociales, la vulnerabilidad del sistema hipotálamo-pituitario-suprarrenal, la epigenética, la participación de los sistemas de neurotransmisores monoaminérgicos (en particular los serotoninérgicos), entre otros elementos, la que constituye la mejor definición (Orsolini et al., 2020).

Así, abordar el fenómeno suicida y su papel en los trastornos depresivos involucra la comprensión de la singularidad de cada paciente y las circunstancias o vulnerabilidades que enfrenta (Pompili, 2019). Desafortunadamente existe una importante brecha en la atención en la salud mental, observándose, por ejemplo, en un estudio que analizó la administración de tratamiento para la depresión mayor en 21 países, que sólo una de cada cinco personas en países de ingresos altos recibió una atención mínimamente adecuada, mientras que, en los países de ingresos medios-bajos (incluido México), sólo una de cada 27 personas obtuvo una intervención eficaz (Thornicroft et al., 2017).

Planteamiento del problema

La pandemia por COVID-19 que se esparció alrededor de todo el mundo en el 2020, generó importantes repercusiones en materia de salud mental. Las personas presentaron mayores tasas de pensamientos suicidas, intentos de suicidio y autolesiones durante la pandemia en comparación con estudios prepandémicos, siendo las mujeres jóvenes quienes presentaron mayor riesgo (Dubé et al., 2021). Particularmente en México, durante el 2020 se observó un incremento en los niveles de suicidio, presentándose 7,818 casos, el mayor registro en una década y un aumento de 9% respecto al año 2019 (INEGI, 2021).

Aun cuando se han realizado importantes avances en el tratamiento y manejo de las enfermedades mentales, las tasas de suicidio en la población general se han mantenido constantes a lo largo de los años, por lo que aún existe una urgente necesidad de proveer herramientas terapéuticas efectivas que permitan a los pacientes afrontar de forma saludable las circunstancias a las que se ven expuestos (Al-Halabí y García-Haro, 2021).

Por ello, la más reciente investigación referente al abordaje psicológico del fenómeno suicida apunta hacia el desarrollo de intervenciones que hacen de la experiencia y el comportamiento suicida el foco explícito del tratamiento, pues han mostrado ser de mayor efectividad que los procedimientos que se centran en reducir la psicopatología asociada (Meerwijk et al., 2016; Mewton y Andrews, 2016; Teismann y Maillart, 2021). Si bien se han descrito múltiples intervenciones específicas para dicho comportamiento, entre las que se destaca la Terapia Cognitiva Conductual Breve para la Prevención del Suicidio (Bryan y Rudd, 2018), hay una escasa fundamentación empírica y difusión de tales tratamientos, lo que subraya la necesidad de incrementar los esfuerzos de investigación que permitan observar su eficacia y viabilidad (Teismann y Maillart, 2021).

En México aún existen múltiples barreras para brindar una atención de salud mental efectiva ya que es un país extenso y densamente poblado, que tiene una reducida y desigual distribución de los recursos humanos especializados en salud mental (Durand-Arias et al., 2021). Por lo que la implementación de intervenciones breves que provean a los pacientes de estrategias efectivas para el automanejo de la conducta suicida resulta imperativo al contribuir a mejorar su atención y reducir las posibilidades de muerte por este fenómeno.

Justificación

A pesar del incremento en la tasa mundial de suicidios, México muestra una baja prevalencia de muertes por lesiones autoinfligidas, manteniéndose por debajo del promedio mundial (OMS, 2014). Sin embargo, como lo señalan Freyre et al. (2018), el que en términos epidemiológicos no se observe en el país una alta incidencia de este fenómeno, en las instituciones psiquiátricas la ideación y el comportamiento suicida son unas de las emergencias que se presentan con mayor frecuencia y constituyen un importante riesgo para la persona.

Ante el incremento en la demanda de la atención, surge la necesidad de implementar intervenciones basadas en la evidencia, que sean costo-efectivas, para el tratamiento de los pacientes que presenten ideación suicida o tentativas previas, con los propósitos de reducir el riesgo de muerte por suicidio y dotar de estrategias efectivas a las personas que presenten dichos comportamientos para su automanejo.

Algunos esfuerzos que se han realizado dentro del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez para abordar la conducta suicida de los pacientes mediante intervenciones breves incluyen los estudios realizados por Rodríguez (2019) y Faudoa (2021), quienes se centraron en la reducción del riesgo suicida en pacientes de recién egreso hospitalario. En conjunto, los resultados indicaron que después de la intervención los participantes reportaron una disminución en la ideación suicida, mayor esperanza y mayor asistencia a la consulta de seguimiento. También puede destacarse el trabajo realizado por Rangel (2014) quien empleó una psicoterapia basada en técnicas cognitivo-conductuales para atender la sintomatología depresiva y el riesgo suicida en pacientes hospitalizados. Su intervención logró tener un efecto moderado en la sintomatología depresiva, sin embargo, mostró un efecto débil en cuanto a la ideación suicida.

Los datos prometedores de tales estudios permiten aumentar la viabilidad de implementar psicoterapias de tipo breve que intervengan específicamente en el comportamiento suicida, como el caso de la *BCBT*.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el efecto de una intervención cognitiva conductual breve en el comportamiento suicida de pacientes con depresión?

Objetivos

Objetivo general

Evaluar el efecto que tiene la Terapia Cognitiva Conductual breve en el comportamiento suicida de pacientes con depresión.

Objetivos específicos

- Medir la presencia intensidad y duración de la ideación suicida en los participantes antes, durante y después de la administración la Terapia Cognitiva Conductual breve para la prevención del suicidio.
- Medir la gravedad de la sintomatología depresiva de los participantes antes, durante y después de la administración la Terapia Cognitiva Conductual breve para la prevención del suicidio.
- Identificar si existen cambios clínicamente significativos en la ideación suicida y sintomatología depresiva del participante después de haber recibido un tratamiento centrado en el comportamiento suicida.
- Evaluar la satisfacción del tratamiento recibido por parte de los participantes.

Hipótesis

H₁: Al concluir la Terapia Cognitiva Conductual breve para la prevención del suicidio, el participante mostrará un cambio clínicamente significativo en la presencia, intensidad y duración de la ideación suicida.

H₀: Al concluir la Terapia Cognitiva Conductual breve para la prevención del suicidio, el participante no mostrará un cambio clínicamente significativo en la presencia, intensidad y duración de la ideación suicida.

H₂: Al concluir la Terapia Cognitiva Conductual breve para la prevención del suicidio, el participante mostrará un cambio clínicamente significativo en la gravedad de la sintomatología depresiva.

H₀: Al concluir la Terapia Cognitiva Conductual breve para la prevención del suicidio, el participante no mostrará un cambio clínicamente significativo en la gravedad de la sintomatología depresiva.

H₃: Los efectos de la intervención sobre los síntomas depresivos y la ideación suicida se mantendrán en el seguimiento a un mes.

H₀: Los efectos de la intervención sobre los síntomas depresivos y la ideación suicida no se mantendrán en el seguimiento a un mes.

H₄: Los efectos de la intervención sobre los síntomas depresivos y la ideación suicida se mantendrán en el seguimiento a tres meses.

H₀: Los efectos de la intervención sobre los síntomas depresivos y la ideación suicida no se mantendrán en el seguimiento a un mes.

Método

Diseño

Estudio pre experimental de tipo pre prueba post prueba con dos seguimientos (Hernández et al., 2014; Juárez et al., 2014). La elección del diseño se basó en la urgente necesidad de atender el comportamiento autolesivo de los pacientes.

Muestreo

Muestreo no probabilístico intencional por conveniencia (Hernández et al., 2014).

Escenario

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez el cual brinda atención médica psiquiátrica integral a usuarios de ambos sexos, mayores de 18 años con patología psiquiátrica aguda según criterios estipulados en la CIE-10, no derechohabientes de ninguna Institución Social (con excepción de que exista un convenio), provenientes de cualquier lugar de la República Mexicana. Se trata de un hospital-escuela de salubridad pública que ofrece los servicios de Urgencias y Observación, Consulta Externa (Primera Vez y Subsecuente), Hospitalización, Hospital Parcial, Psicogeriatría, Intervención Familiar, Patología Dual y Rehabilitación; y que depende administrativamente de los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) de la Secretaría de Salud Federal.

Participantes

Se reclutaron participantes provenientes de los Servicios de Observación y Consulta Externa, quienes presentaron riesgo de suicidio, se mantuvieron bajo tratamiento habitual y cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

Se incluyeron aquellos pacientes que contaron con las siguientes características:

- Mujeres y hombres mayores de 18 años.

- Con presencia de ideación suicida.
- Con presencia o ausencia de intentos de suicidio previos.
- Con diagnóstico confirmado de trastorno depresivo.
- Que participaron voluntariamente y firmaron el consentimiento informado.
- Que mostraron habilidades básicas de lectoescritura.

Criterios de exclusión

Se excluyeron aquellos pacientes que:

- Contaron con un diagnóstico confirmado de Trastorno Límite de la Personalidad.
- Fueron diagnosticados con Trastorno por abuso de sustancias.
- Presentaron un episodio psicótico activo.
- Reportaron discapacidad intelectual.
- Se encontraron bajo tratamiento psicológico en el momento de la investigación o habían tenido una intervención psicoterapéutica en los últimos 3 meses.

Criterios de eliminación

Se eliminaron los participantes que una vez iniciada la intervención:

- Decidieron voluntariamente suspender el tratamiento.
- No completaron las evaluaciones previas, posteriores o de seguimiento.

Un total de 15 participantes se incluyeron en la fase de reclutamiento, sin embargo, para el análisis final únicamente ocho pacientes concluyeron cada una de las etapas del proyecto de investigación. Se incluyeron 7 mujeres y un hombre con edades que oscilaron entre los 19 y 59, con una media edad de 28,8 años. Seis de los participantes fueron reclutados en el servicio de Observación y dos provinieron del servicio de Consulta Externa. En la tabla 4 se describen los datos sociodemográficos y clínicos de los participantes.

Tabla 4

Datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes que recibieron la intervención psicológica (n=8)

	Folio							
Folio	03	04	05	07	09	13	14	15
Sexo	Mujer	Mujer	Mujer	Hombre	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer
Edad	19	34	19	29	29	20	22	59
Estado civil	Soltera	Soltera	Unión libre	Soltero	Soltera	Soltera	Soltera	Divorciada
Escolaridad	Bachillerato	Secundaria	Bachillerato	Bachillerato	Bachillerato	Bachillerato	Licenciatura	Primaria
Ocupación	Desempleada	Desempleada	Hogar	Repartidor	Hogar	Desempleada	Estudiante	Hogar
Religión	Católica	Católica	Católica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Cristiana
Residencia	Edo. Méx.	CdMx.	CdMx	CdMx.	CdMx	CdMx	Edo. Méx.	Edo. Méx.
No. de intentos suicidas	1	3	2	2	8	1	2	2
Dx primario	F33.2	F33.2	F32.1	F32.2	F33.1	F33.2	F32.2	F33.2
Dx de secundario	Rasgos F60.3	NA	F41.1	F60.6	Rasgos F60.3	Rasgos F60.3	Rasgos F60.3	F61.0
Comorbilidad médica	Hipotiroidismo	NA	NA	Diabetes Mellitus II	Foco epiléptico	NA	NA	Hipertensión
Servicio	Observación	Observación	Consulta externa	Observación	Consulta externa	Observación	Observación	Observación
Días de estancia hospitalaria	20	10	NA		NA	8	10	48

Nota. F33.1= Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado; F33.2 = Trastorno depresivo recurrente episodio actual grave sin síntomas psicóticos; F32.1 = Episodio depresivo moderado; F32.2 = Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos; F41.1= Trastorno de ansiedad generalizada, F60.3= Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable; F60.6= Trastorno de personalidad evitativa; F61.0= trastorno mixto de personalidad; de acuerdo con criterios establecidos en la CIE-10. Dx= diagnóstico. NA= no aplica.

Variables

Variable independiente

Terapia Cognitiva Conductual Breve para la Prevención del Suicidio

Definición conceptual: Psicoterapia breve de corte cognitivo conductual que utiliza un enfoque de tratamiento por fases diseñado para abordar directamente el riesgo de suicidio (Bryan y Rudd, 2018).

Definición operacional: Aproximadamente 12 sesiones de psicoterapia enfocada en el tratamiento de la conducta suicida que tienen por objetivo enseñar a los pacientes a comprender mejor sus patrones de conducta suicida, resolver problemas, manejar las crisis y desarrollar estrategias de regulación emocional (Bryan y Rudd, 2018).

Variable dependiente

Ideación suicida

Definición conceptual: Pensamientos relacionados con tomar medidas para acabar con la vida, incluida la identificación de un método, un plan o la intención de actuar (Turecki y Brent, 2016)

Definición operacional: Medición de la intensidad de los deseos de vivir y de morir, letalidad del método considerado, la disponibilidad de éste, sensación de control sobre la acción o el deseo y la presencia de disuasores mediante la obtención del puntaje de la escala de Ideación Suicida de Beck.

Intento suicida

Definición conceptual: Un comportamiento potencialmente autodestructivo asociado con alguna intención de morir (Turecki y Brent, 2016)

Definición operacional: Número de veces en las que un participante asistió al servicio de urgencias del hospital tras haber atentado contra su vida, registrado en el expediente del hospital.

Depresión

Definición conceptual: Trastorno mental caracterizado por sentimientos de tristeza, baja energía y dificultad para afrontar la vida diaria (OMS, 2021).

Definición operacional: Evaluación de la gravedad de los síntomas depresivos mediante los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck-II.

Instrumentos

Inventario de Ideación Suicida de Beck

Es una herramienta desarrollada por Beck et al. (1997) que mide la presencia, intensidad, duración, así como especificidad de los pensamientos y planes de cometer suicidio. Se trata de una escala heteroaplicada constituida por 21 ítems con un rango de respuesta de 3 puntos (0,1 y 2), que se distribuye en 4 apartados: Actitud hacia la vida y la muerte, Características de la ideación o del deseo de muerte, Características del intento planeado, Actualización de la tentativa. La escala puntúa de 0 a 38 y no existen puntos de corte propuestos, a mayor puntuación, mayor riesgo. En la presente investigación se empleó la versión adaptada y validada para México por Macip et al. (2000) que reportó un adecuado índice de consistencia interna ($\alpha = 0.84$).

Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio

Entrevista semiestructurada desarrollada por Posner et al. (2011) que mide cuatro constructos. El primero es la gravedad de la ideación, con una subescala en la que se evalúan 5 tipos de ideaciones de gravedad creciente con una escala ordinal de 5 puntos (de 1=deseos de morir a 5=ideación suicida con plan específico e intención). El segundo es la intensidad de la ideación, con una subescala compuesta por 5 elementos; 2 de ellos (frecuencia y duración) se evalúan con una escala ordinal de 5 puntos (de 1 a 5) y los otros 3 (controlabilidad, disuasión y motivo de ideación) se evalúan con una escala ordinal de 6 puntos (de 0 a 5). El tercero es la conducta suicida, con una subescala en que se evalúan con una escala nominal tentativas reales, interrumpidas y abortadas, actos preparatorios y conducta autodestructiva no suicida. La cuarta es la letalidad de la conducta suicida, con una subescala que valora el nivel de daño médico real de la tentativa que se evalúa con una

escala ordinal de 6 puntos (de 0=no hay daño físico a 5=muerte); si la letalidad real es 0, la letalidad potencial de la tentativa se clasifica según una escala ordinal de 3 puntos.

La publicación de su versión original en idioma inglés reportó buena validez convergente y divergente respecto a otras escalas de ideación y conducta suicida multi-informante. (Posner et al., 2011).

Inventario de Depresión de Beck-II

Se trata de un instrumento de autoinforme desarrollado por Beck et al. (1996) de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en muestras clínicas y no clínicas. En cada uno de sus ítems la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63, con los siguientes puntos de corte: 0-9, depresión mínima; 10-16, leve; 17-28, moderada y 29-63, severa. Cuenta con diversas validaciones en México, por lo que se empleó la versión adaptada y validada por González et al. (2015), que contó con una adecuada consistencia interna general ($\alpha = .87$) y validez convergente y divergente ($r_s > .70$).

Entrevista Diagnóstica de los Trastornos Mentales SCID-II

Entrevista semiestructurada elaborada por First et al. (1999), que evalúa los trastornos de personalidad del eje II del DSM IV y ha sido aplicado en población mexicana (Ortiz, 1997). La entrevista permite formular el diagnóstico dimensional, que hace referencia a la suma de respuestas afirmativas sobre un trastorno en específico; y categorial que alude al umbral o número de síntomas necesarios para considerarlos como característicos de un cuadro nosológico.

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)

Se trata de una entrevista estructurada realizada por Sheehan y colaboradores (1998) que explora síntomas compatibles con los presentados en el DSM-IV-TR para psicopatología. Se empleó únicamente el módulo de Depresión Mayor con la finalidad de corroborar el diagnóstico de ingreso.

Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4)

Se decidió emplear este cuestionario con el objetivo de analizar el estado de satisfacción de los usuarios con respecto al tratamiento una vez terminada la intervención, que permitiera detectar áreas de oportunidad, establecer pautas de acción y optimizar el servicio otorgado. Se trata de una escala originalmente desarrollada por la empresa *Consumer Reports* (CR), adaptada posteriormente por Nielsen et al. (2004), traducida y corregida por Feixas y otros (2012). Está constituida por cuatro reactivos que abordan la satisfacción, el grado de resolución del problema y el estado emocional previo y posterior al tratamiento ($\alpha=.63$). Cuenta con un formato de respuesta tipo Likert con cinco y seis opciones de respuesta, permite obtener tres componentes y una puntuación global. Para calcular las puntuaciones se utiliza la fórmula $[CRES4 = (20 \times \text{Satisfacción}) + (20 \times \text{Solución del problema}) + [12.5 (4 + \text{Estado emocional actual} - \text{Estado emocional pretratamiento})]$. El máximo por cada componente es 100 y de la escala global 300, cuanto mayor es la puntuación, mayor es el grado de satisfacción del paciente (Agüero et al., 2021).

Procedimiento

Después de haber obtenido la aprobación del Comité de Investigación y Ética del Hospital, se realizó un pilotaje con un caso para determinar los ajustes que se debían realizar al protocolo, lo que contribuyó a obtener un panorama del procedimiento general. Este fue excluido de los análisis generales al no cumplimentar las fases de post evaluación y seguimiento.

Posteriormente, se realizó la identificación de los posibles candidatos para la inclusión al estudio a través de la visita de la investigadora principal a los servicios de urgencias y consulta externa. Una vez identificado el participante, se le ofreció una breve explicación sobre el propósito de la intervención y se invitó a participar de forma voluntaria. En caso de aceptar, se procedió a agendar una cita para realizar la firma del consentimiento informado, así como llevar a cabo la evaluación inicial mediante el llenado de la hoja de datos sociodemográficos (véase anexo A), la aplicación del Inventario de

Depresión de Beck-II, el Inventario de Ideación Suicida de Beck, la Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio y los instrumentos de evaluación diagnóstica (SCID-II y MINI), así como la elaboración de la historia clínica del paciente. La preevaluación se llevó a cabo, en caso de que el paciente estuviera internado, en el servicio de Observación, a pie de cama o de haber disponibilidad, se realizó en uno de los consultorios. Si el paciente procedía del servicio de consulta externa, se contactó vía telefónica y se agendó una cita, realizando la primera aplicación en una de las oficinas del octavo piso del hospital.

Los participantes reclutados en el área de observación del hospital que después fueron trasladados a hospitalización continua se siguieron a los diversos pisos de este servicio, efectuando las sesiones en los cubículos asignados al psicólogo adscrito. Una vez que fueron dados de alta, se realizó la intervención en una de las oficinas asignadas al área de investigación del octavo piso del hospital.

Las sesiones de pre evaluación, tratamiento y post evaluación se realizaron en formato presencial una vez por semana, a consideración de las particularidades de cada caso, donde se requirió aumentar la frecuencia de las sesiones hasta 2 veces por semana debido al riesgo de suicidio, tomando esta decisión con base en criterios de manejo del paciente suicida contenida en diversas guías clínicas. Para las sesiones de seguimiento, en casos que así lo ameritaron, se admitió el uso de evaluación a distancia a través de videollamada por servicio de Zoom o por llamada telefónica, ya que los participantes presentaron dificultades para el traslado hacia el hospital debido a la distancia y costos.

Terapia Cognitiva Conductual Breve para la Prevención del Suicidio (BCBT-SP)

Una vez finalizada la fase de pre tratamiento delimitada por la obtención de las mediciones iniciales y la recopilación de información, se comenzó con la aplicación de la *Terapia Cognitiva Conductual Breve para la Prevención del Suicidio* empleando la estructura propuesta en el manual de Bryan y Rudd (2018) que consta de tres fases distribuidas en 12 sesiones semanales con duración aproximada de 60 min cada una. Sin embargo, los autores han señalado que se recomienda sesiones adicionales para los pacientes que no demuestren dominio de las habilidades en este período de tiempo.

La intervención está diseñada para progresar a través de tres fases que se centran en el desarrollo de habilidades de regulación emocional, flexibilidad cognitiva y prevención de recaídas (Bryan, 2018). Sin embargo, entre cada fase, el clínico puede seleccionar dentro del menú de técnicas y procedimientos para cubrir los objetivos de cada propósito. Esta intervención permite la administración flexible de estrategias debido a los reconocidos efectos que tiene en la reducción de factores de riesgo suicida y promoción de factores protectores.

A continuación, se describen las fases a cubrir durante el tratamiento y en la tabla 5 se observa la forma en la que fueron administradas a cada participante de acuerdo con sus necesidades. Cada una de las sesiones siguió la estructura de una intervención TCC estándar, donde además se incluyó la revisión del plan de respuesta a la crisis en cada encuentro.

Fase 1. Orientación (sesiones 1 a 5).

La sesión uno es la que cuenta con mayor estructura a lo largo del tratamiento, pues implica cumplir con diversas tareas. En ésta, se debe describir la estructura del tratamiento y de las sesiones, discutir los términos de confidencialidad y sus límites, informar sobre el rol potencial de los familiares, conducir una detallada narración del más reciente episodio de intento suicida o crisis suicida, identificando factores específicos del paciente que contribuyen al mantenimiento de la conducta suicida, lo que permite realizar una conceptualización cognitiva conductual del caso (véase anexo B) explicándola al participante y finalmente se desarrolla un plan de seguridad (véase anexo C) de forma colaborativa.

Durante la primera sesión se brinda al paciente un diario de tratamiento para que pueda tomar notas y hacer un seguimiento de las “lecciones aprendidas” al final de cada sesión. Tiene por objetivo crear un registro escrito sobre lo que funciona para el paciente, este ayuda a realizar un seguimiento del aprendizaje de adquisición de habilidades durante las sesiones, así como para observar su progreso y crecimiento. Este fue proporcionado por la investigadora principal a los participantes (véase anexo D).

La primera fase del tratamiento, que suele tener una duración de cuatro sesiones (a partir de la sesión 2) está diseñada para desarrollar competencias como tolerancia al malestar, regulación y autocontrol, por lo que se centra en la desactivación del modo suicida y la estabilización de los síntomas a través del entrenamiento en habilidades de regulación emocional, como el entrenamiento en relajación o las habilidades mindfulness.

Asimismo, se incluye realizar tareas como: 1) discutir un plan de seguridad a medios letales (véase anexo E) y el plan de respuesta a las crisis (véase anexo F), procedimientos que pueden usarse para involucrar a familiares, amigos u otras personas significativas, 2) obtener el compromiso con el tratamiento (véase anexo G) y en caso de ser necesario 3) psicoeducar en medidas de higiene del sueño.

Una vez que el paciente comienza a demostrar habilidades para manejar de forma efectiva sus emociones y los síntomas comienzan a remitir o estabilizarse, puede transitarse hacia la fase 2 del tratamiento.

Fase 2. Centrado en adquisición de habilidades (sesiones 6 a 10)

Esta fase del tratamiento está específicamente diseñada para desarrollar habilidades de reestructuración cognitiva en el paciente. En conjunto se identifican (ver anexo H) y desafían las creencias y autoafirmaciones desadaptativas del paciente (ver anexo I) que contribuyen a las conductas suicidas. Además, se realiza una planificación de actividades agradables para desarrollar el sentido o significado personal de la vida, la conexión con los demás y la experiencia de afecto positivo.

También se elaboran tarjetas de afrontamiento que funcionan como una ayuda para la memoria y facilitar la retención de información y habilidades fuera del tratamiento. Estas fueron escritas en una tarjeta blanca de trabajo que fue provista por la investigadora principal (véase anexo J). En las tarjetas de afrontamiento las creencias suicidas o desadaptativas se escriben en un lado de la tarjeta y una perspectiva alternativa o contrapunto se escribe en el reverso.

Fase 3. Prevención de recaídas (sesiones 11 a 12 o más).

Esta fase está diseñada para garantizar que el paciente haya adquirido competencias en el uso aplicado de las habilidades de regulación emocional y reevaluación cognitiva. Se lleva a cabo una tarea de prevención de recaídas, en la que se pide al paciente imaginar las circunstancias de un episodio suicida anterior y las experiencias internas asociadas con este evento (es decir, pensamientos, emociones y respuestas fisiológicas) y luego se les solicita imaginarse a sí mismos usando una o más habilidades aprendidas en la TCC breve para lograr resolver las crisis. Esta tarea sirve para fomentar la flexibilidad cognitiva del paciente, asimismo sirve como una herramienta de evaluación para determinar si se ha adquirido las habilidades para determinar la finalización del tratamiento.

Se decidió implementar en esta fase, beneficiándose de la flexibilidad del tratamiento, la estrategia del kit de supervivencia y lista de razones para vivir, que de acuerdo con el manual se emplea durante la primera fase, sin embargo, debido a las necesidades de los consultantes, se observó que esta técnica podría maximizar el efecto de los aprendizajes adquiridos a lo largo del tratamiento. El kit de supervivencia tiene como propósito inducir estados emocionales positivos, contribuyendo a los deseos de vivir. Se basa en la identificación de objetos que provoquen emociones agradables, ya que sirven como recordatorios físicos de experiencias positivas de la vida. Se dotó a los participantes de una caja (véase anexo K) para construir su kit de supervivencia y se revisaron los objetos a incluir.

La finalización del tratamiento se consideró cuando los participantes pudieron resolver con éxito la tarea de imaginación guiada, implementado diversas estrategias aprendidas durante el tratamiento. Si aún se observaba un riesgo o dificultades para la ejecución de la tarea, se tomaban sesiones extra para reforzar las técnicas aprendidas hasta que el paciente completara la tarea de imaginación guiada satisfactoriamente.

Posterior a la implementación del tratamiento y su cierre, se realizó la evaluación post intervención, que incluyó el BDI-II, SSI y CRES-4. Asimismo, se otorgó una lista de servicios especializados para recibir atención psicológica continua, y finalmente se acordó

una cita para realizar la evaluación a uno y tres meses, subrayando la necesidad de continuar su tratamiento habitual y recibir atención a largo plazo.

Tabla 5

Flujo sesión por sesión de BCBT para los pacientes, con las principales intervenciones y procedimientos

No. de sesión	Paciente							
	03	04	05	07	09	13	14	15
1	Presentación de la psicoterapia / Narrativa del episodio / Formulación de caso / Plan de respuesta a crisis / Entrega de libreta							
2	Plan de tratamiento / Compromiso con el tratamiento							Plan de tratamiento
3	Plan de seguridad a medios Habilidades de relajación	Plan de seguridad a medios	Plan de seguridad a medios	Plan de seguridad a medios	Plan de seguridad a medios Habilidades de relajación	Plan de seguridad a medios	Plan de seguridad a medios	Compromiso con el tratamiento Habilidades de relajación
4	Habilidades de atención plena	Habilidades de relajación	Habilidades de relajación	Habilidades de relajación	Habilidades de relajación	Higiene del sueño	Habilidades de relajación	Plan de seguridad a medios
5	Modelo ABC	Habilidades de atención plena	Habilidades de atención plena	Higiene del sueño	Habilidades de relajación			
6	Modelo ABC	Modelo ABC	Planeación de actividades	Modelo ABC	Modelo ABC	Modelo ABC	Habilidades de atención plena	Habilidades de atención plena
7	Modelo ABC	Modelo ABC	Planeación de actividades	Modelo ABC	Modelo ABC	Modelo ABC	Modelo ABC	Higiene del sueño
8	Preguntas desafiantes	Preguntas desafiantes	Modelo ABC	Preguntas desafiantes	Preguntas desafiantes	Preguntas desafiantes	Preguntas desafiantes	Modelo ABC

No. de sesión	Paciente							
	01	02	03	04	05	06	07	08
9	Preguntas desafiantes	Patrones de pensamiento problemático Tarjetas de afrontamiento	Preguntas desafiantes	Preguntas desafiantes	Preguntas desafiantes	Patrones de pensamiento problemático	Patrones de pensamiento problemático	Preguntas desafiantes
10	Patrones de pensamiento problemático	Planeación de actividades	Patrones de pensamiento problemático Tarjetas de afrontamiento	Planeación de actividades	Planeación de actividades Tarjetas de afrontamiento	Planeación de actividades Tarjetas de afrontamiento	Planeación de actividades Tarjetas de afrontamiento	Planeación de actividades
11	Planeación de actividades	Kit de esperanza Prevención de recaídas	Kit de esperanza Prevención de recaídas	Planeación de actividades Tarjetas de afrontamiento	Kit de esperanza Prevención de recaídas	Kit de esperanza Prevención de recaídas	Kit de esperanza Prevención de recaídas	Kit de esperanza
12	Kit de esperanza	Prevención de recaídas	Prevención de recaídas	Kit de esperanza	Prevención de recaídas	Prevención de recaídas	Prevención de recaídas	Prevención de recaídas
13	Prevención de recaídas			Prevención de recaídas				
14	Prevención de recaídas			Prevención de recaídas				
15	Prevención de recaídas			Prevención de recaídas				

Consideraciones éticas

Durante todo el proceso de investigación, la autora de esta tesis se apegó estrictamente a los lineamientos éticos internacionales (American Psychological Association, 2017) y nacionales (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010). Asimismo, este estudio contó con una evaluación ante el Comité de Investigación y el Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, del cual se obtuvo su aprobación con número de registro CI-943, fechado el día 13 de abril de 2022. Se mantuvo un estricto apego a los contenidos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, donde, conforme a las pautas descritas en tal documento, este proyecto representó un riesgo menor que el mínimo, ya que la intervención cognitivo conductual es un procedimiento habitualmente empleado para individuos con características similares a los incluidos en este estudio. Todos los participantes recibieron un trato digno y respetuoso, con la posibilidad de retirarse del estudio en el momento que así lo desearan, además de recibir una explicación sobre los motivos, implicaciones y beneficios de la investigación para la cual fueron considerados, empleando un consentimiento informado que fue explicado y firmado por los participantes, dos testigos adicionales y la investigadora para asegurar la confidencialidad.

Fidelidad del tratamiento

Ya que el tratamiento administrado se basó en el uso del manual propuesto por Bryan y Rudd (2018), se emplearon las listas de verificación contenidas en éste para evaluar el cumplimiento del protocolo BCBT por parte de la autora de este trabajo. Las listas fueron entregadas a una observadora externa con experiencia y manejo de las técnicas contenidas en el manual y empleadas durante el proceso de tratamiento. La observadora estuvo presente en tres sesiones elegidas al azar que representaron los momentos clave de cada fase de la intervención (orientación, entrenamiento en habilidades y prevención de recaídas). Dichas listas permitieron observar un estricto cumplimiento de las técnicas propuestas por los autores del protocolo BCBT.

Análisis de datos

Las puntuaciones de los instrumentos BDI-II y SSI, así como los datos del cuestionario CRES-4 se capturaron en una base de datos en Excel.

Para identificar el cambio clínico por paciente se calculó el porcentaje de cambio (Cardiel, 1994). Este índice estima la magnitud del cambio del tratamiento en función de la condición inicial de cada participante, se obtiene a través de la diferencia entre la puntuación de post test y pre test dividida entre el pre test. Se consideraron clínicamente significativos los cambios mayores a 20%.

Resultados

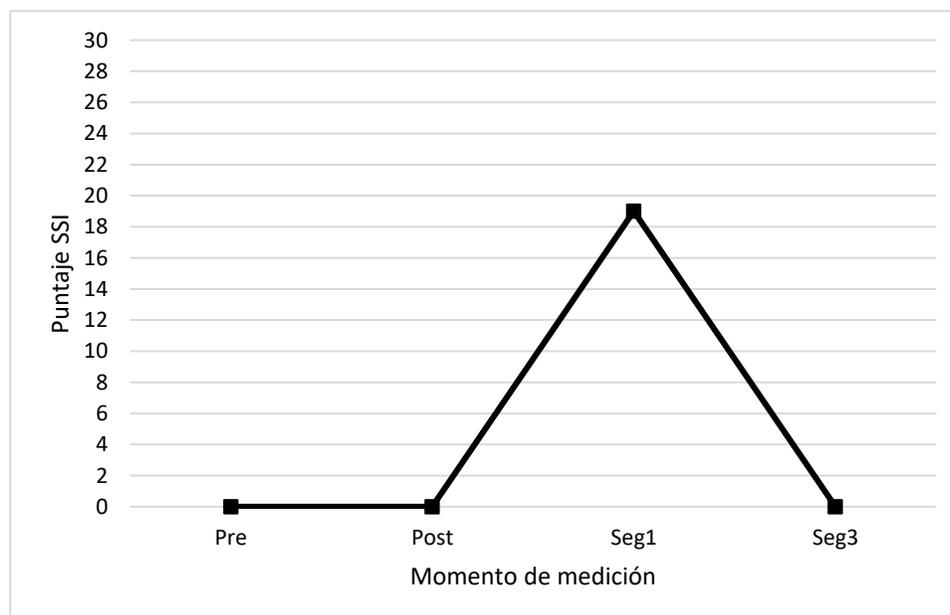
A continuación, se muestran los resultados obtenidos para cada participante en cuatro momentos de medición, en los que se incluye la puntuación de ideación suicida, sintomatología depresiva y un análisis de cambio clínico Objetivo [CCO] formulado por Cardiel (1994). Los participantes atendieron un promedio de 12.75 sesiones, en las cuales completaron el tratamiento de tres fases.

Participante 03

Para la variable de ideación suicida, los puntajes obtenidos a lo largo de los cuatro momentos de medición se observan en la figura 2. Al momento de la evaluación, la consultante había sido ingresada por realizar un intento suicida mediante sobreingesta de medicamentos y al llevar a cabo la primera evaluación señaló sentirse arrepentida de su comportamiento, por lo que no reportó presencia de ideación suicida, aun cuando ésta había sido intensa días antes de realizar el intento autolítico.

Figura 2

Ideación suicida reportada a lo largo de la investigación por la paciente 03.



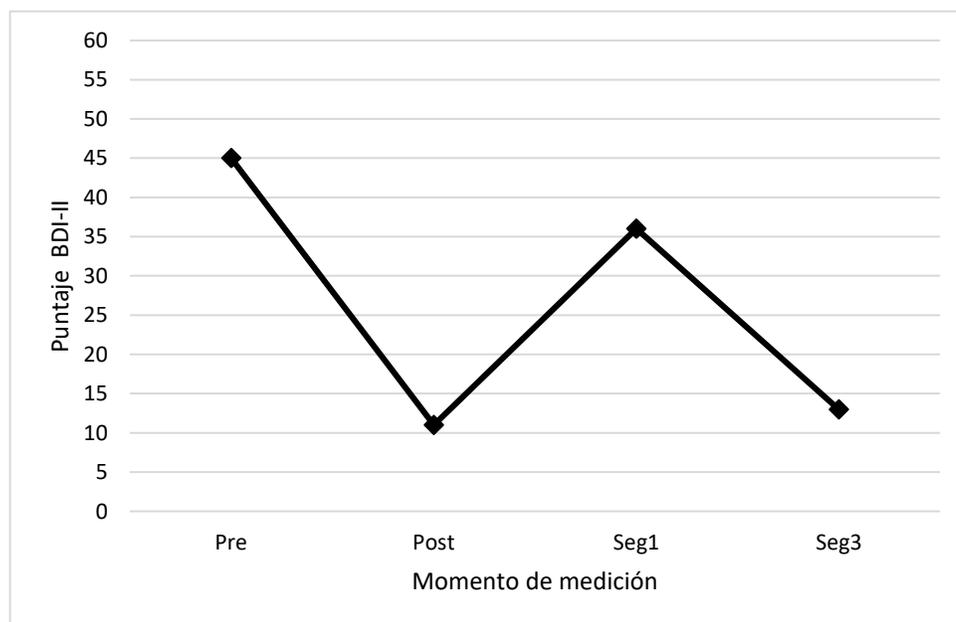
La paciente completó su tratamiento a lo largo de 14 sesiones, ya que presentó un intento autolítico entre la sesión 9 y 10 del tratamiento. Esta tentativa fue de menor gravedad,

consistente en ingerir un frasco de solución oftálmica. Se requirió un mayor refuerzo de las estrategias aprendidas durante las primeras fases del tratamiento, por lo que se decidió extender el número de sesiones con la finalidad de incrementar el dominio de las herramientas terapéuticas. Durante la fase de seguimiento al mes (Seg1), se llevó a cabo un refuerzo del plan de seguridad, ya que se observó un incremento en la ideación suicida. Al complementar la evaluación con la Escala Columbia, se observó una ideación pasiva sin plan estructurado, por lo que no se recomendó asistencia a urgencias psiquiátricas. Para el tercer mes de seguimiento, la consultante refirió: 1) no presentar ningún tipo de ideación suicida, 2) fortalecimiento de sus redes de apoyo, 3) obtención de empleo y 4) razones para seguir viviendo.

Con respecto a la sintomatología depresiva, los puntajes obtenidos a lo largo de los diferentes momentos se recogen en la figura 3. Durante la fase de seguimiento a un mes también se observó un incremento en la sintomatología depresiva, en consonancia con lo reportado en la variable de ideación suicida.

Figura 3.

Sintomatología depresiva reportada a lo largo de la investigación por la paciente 03.



En la tabla 6 se muestran los puntajes obtenidos para cada variable y el análisis de cambio clínico. Se obtuvieron resultados clínicamente significativos en la variable de depresión,

observándose una disminución de la sintomatología depresiva a lo largo de las fases de la investigación.

Tabla 6

Porcentajes de cambio clínico de la paciente 03.

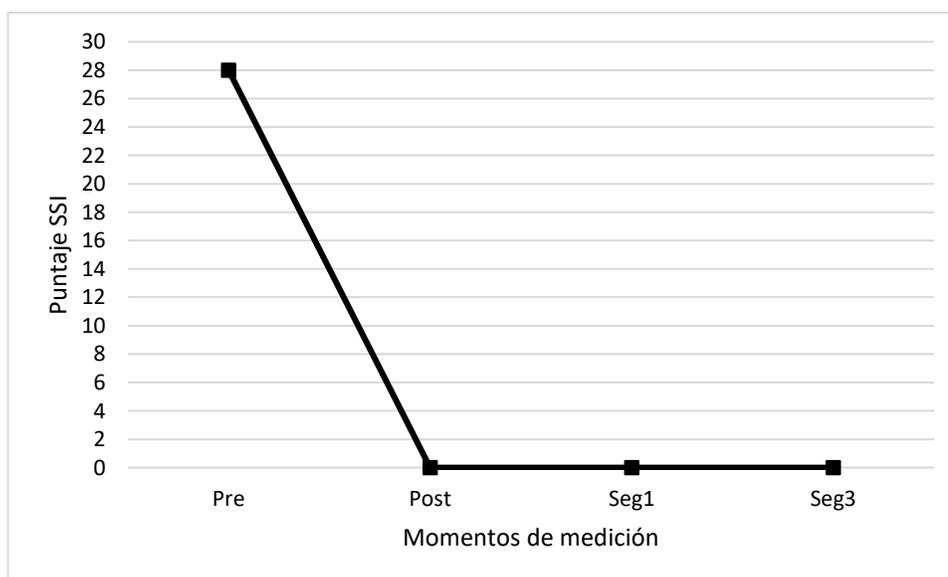
Variable	Puntaje				Porcentaje de Cambio Clínico		
	Pre	Post	Seg1	Seg3	pre-post	pre-seg1	pre-seg3
Ideación suicida	0	0	19	0	-	-	-
Depresión	45	11	36	13	-76 %*	-20 %	-71 %*

Participante 04

En cuanto a la variable de ideación suicida, los puntajes reportados por la participante se observan en la figura 4. Para el momento de la evaluación inicial, la paciente reportó un reciente intento suicida, consistente en inyección de aire intravenoso, por lo que sus familiares decidieron que el internamiento era necesario. Después de la intervención, que se cumplimentó a lo largo de 12 sesiones, se observó un súbito descenso de la ideación suicida, el cual se mantiene en las fases de seguimiento, pues la paciente reportó: 1) mantener mayor cercanía con su hija menor, 2) percibir apoyo por parte de su hija mayor y nueva pareja sentimental, 3) recuperar los deseos de vivir y 4) reinsertarse en el mercado laboral.

Figura 4

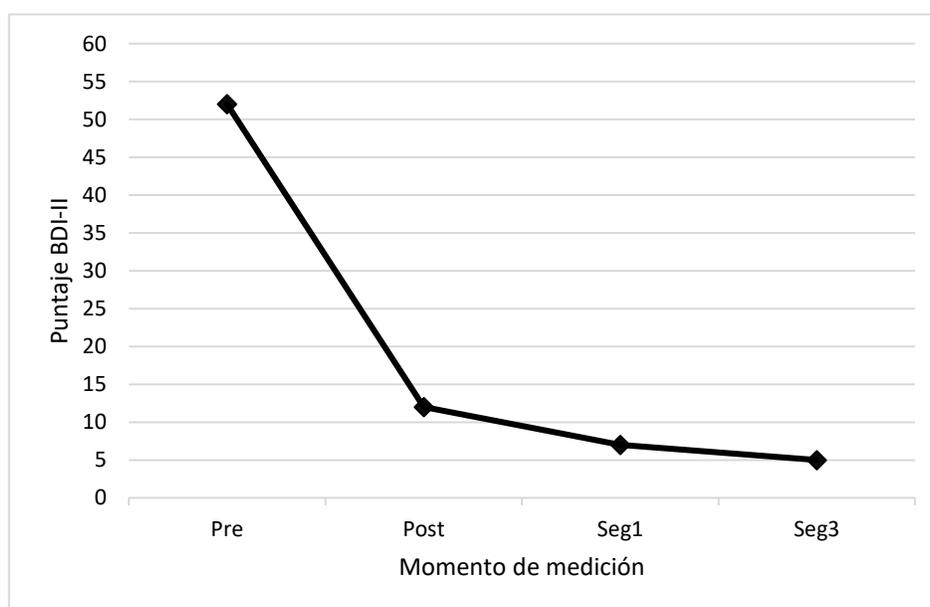
Ideación suicida reportada a lo largo de la investigación por la paciente 04.



Con respecto a la sintomatología depresiva, los puntajes obtenidos a lo largo de los diferentes momentos se recogen en la figura 5. Después de la intervención, también se observó un importante decremento de la sintomatología depresiva, que se mantuvo a lo largo de los seguimientos.

Figura 5

Sintomatología depresiva reportada a lo largo de la investigación por la paciente 04.



En la tabla 7 se muestran los puntajes obtenidos para cada variable y el análisis de cambio clínico. Además de la disminución en las variables clínicas, la participante no mostró ningún reintento de autólisis a lo largo de las fases de la investigación.

Tabla 7

Porcentajes de cambio clínico de la paciente 04.

Variable	Puntaje				Porcentaje de Cambio Clínico		
	Pre	Post	Seg1	Seg3	pre-post	pre-seg1	pre-seg3
Ideación suicida	28	0	0	0	-100 %*	-100 %*	-100 %*
Depresión	52	12	7	5	-77 %*	-87 %*	-90 %*

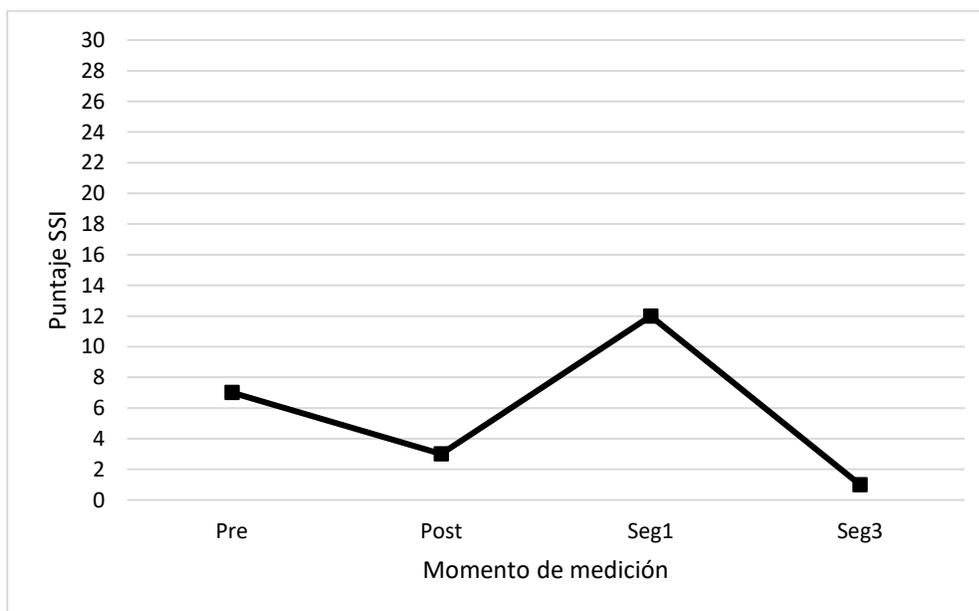
Participante 05

En cuanto a la variable de ideación suicida, los puntajes reportados por la participante se observan en la figura 6. La paciente fue referida del servicio de consulta externa ya que durante los últimos 8 meses había presentado sintomatología ansiosa y depresiva, así como presencia de ideación suicida. Como factor de riesgo tenía el antecedente de suicidio de su hermano mayor, por lo que la participante y su familia se encontraban atendiendo en el hospital debido al duelo que estaban enfrentando.

Después del tratamiento se observa una disminución importante de la ideación suicida, que se incrementó en la fase de seguimiento ya que la paciente había reportado recientes desacuerdos con su mamá y hermana, por lo que sus redes de apoyo disminuyeron. Durante esta fase se reforzó el plan de respuesta a la crisis, específicamente aquellas personas a las que podía recurrir en caso de necesitar ayuda y se repasaron habilidades que le permitieran afianzar sus razones de vivir. Para el seguimiento a los tres meses, la participante reportó que, si bien sus problemas con la familia habían permanecido, el haberse reinsertado en el mercado laboral le permitía mantener ingresos fijos, lo cual le generaba satisfacción.

Figura 6

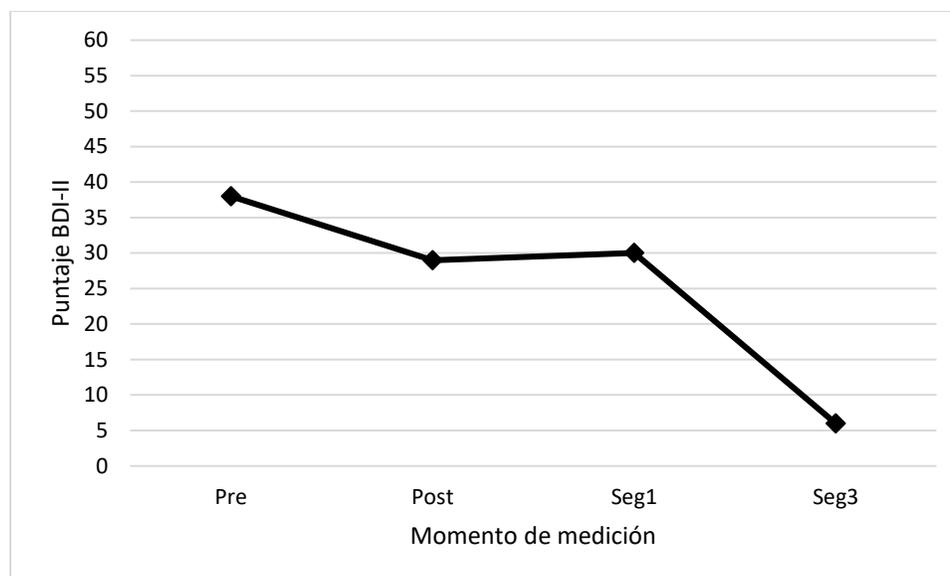
Ideación suicida reportada a lo largo de la investigación por la paciente 05.



Con respecto a la sintomatología depresiva, los puntajes obtenidos a lo largo de los diferentes momentos se recogen en la figura 7. De acuerdo con lo señalado en el apartado anterior, la participante mostró un importante descenso de la sintomatología depresiva al encaminarse hacia actividades que le resultaban relevantes en su vida.

Figura 7

Sintomatología depresiva reportada a lo largo de la investigación por la paciente 05.



En la tabla 8 se muestran los puntajes obtenidos para cada variable y el análisis de cambio clínico. Únicamente la variable de depresión mantuvo cambios relevantes que se mantuvieron en la fase de seguimiento.

Tabla 8

Porcentajes de cambio clínico de la paciente 05.

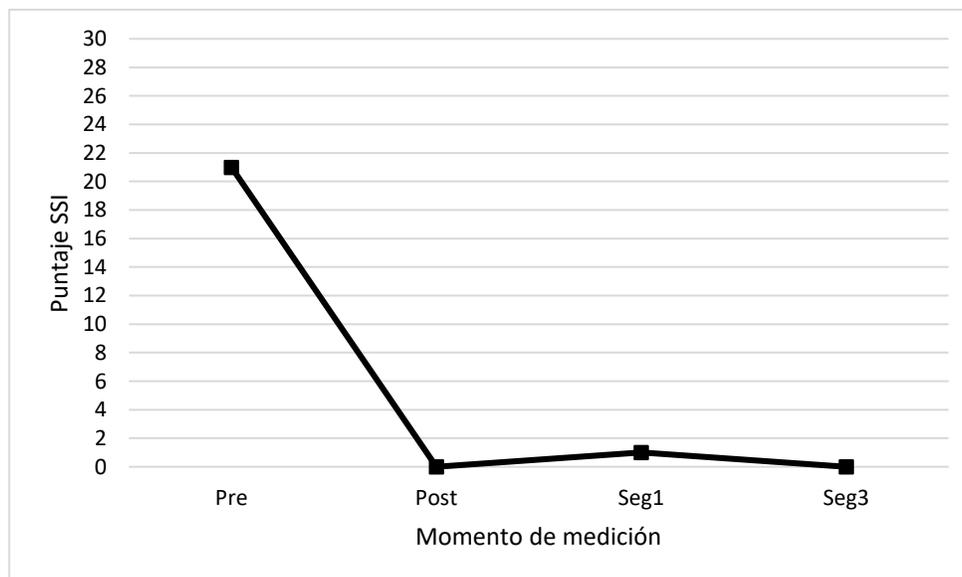
Variable	Puntaje				Porcentaje de Cambio Clínico		
	Pre	Post	Seg1	Seg3	pre-post	pre-seg1	pre-seg3
Ideación suicida	7	3	12	1	-57 %*	71 %	-86 %*
Depresión	38	29	30	6	-24 %*	-21 %*	-84 %*

Participante 07

En cuanto a la variable de ideación suicida, los puntajes reportados por el participante se observan en la figura 8. El paciente ingresó al área de observación por un incremento en la ideación, habiendo reportado una planeación suicida estructurada deteniéndose por él mismo recibiendo ayuda del grupo de alcohólicos anónimos al que acudía. Cumplimentó el tratamiento a lo largo de 15 sesiones ya que después de la sesión 12, el consultante presentó incremento en la ideación suicida con planeación estructurada, por lo que se consideró un alto riesgo discontinuar el tratamiento en esa situación. El participante empleó el plan de respuesta a la crisis, llamando a la investigadora principal solicitando contención. Se llevaron a cabo las medidas necesarias para salvaguardar la integridad del participante y se solicitó acudir a una valoración en urgencias. En ella, aunque se ofreció como medida preventiva el internamiento, el paciente rechazó la oferta señalando comprometerse con su tratamiento actual. Después de aplicar las sesiones de refuerzo de las habilidades aprendidas, se observó en las fases de seguimiento un claro descenso de la ideación suicida y de la sintomatología depresiva. Asimismo, el paciente señaló querer trabajar en sus objetivos o metas a largo plazo, así como disminuir las deudas que tenía actualmente y mejorar sus hábitos de salud para cuidarse a sí mismo.

Figura 8

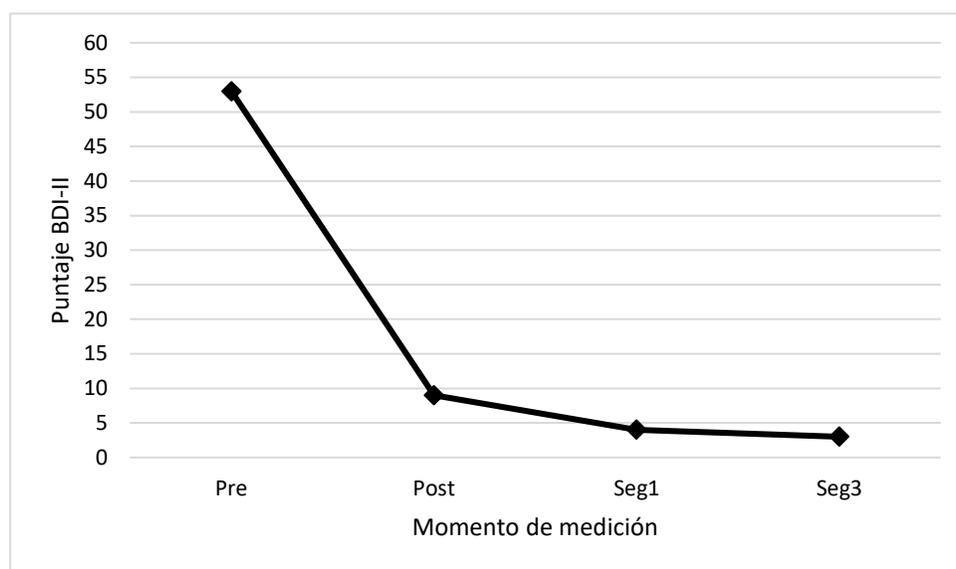
Ideación suicida reportada a lo largo de la investigación por el paciente 07.



Con respecto a la sintomatología depresiva, los puntajes obtenidos a lo largo de los diferentes momentos se recogen en la figura 9. Se observa una clara reducción de los síntomas depresivos y su permanencia a través de los seguimientos.

Figura 9

Sintomatología depresiva reportada a lo largo de la investigación por el paciente 07.



En la tabla 9 se muestran los puntajes obtenidos para cada variable y el análisis de cambio clínico.

Tabla 9

Porcentajes de cambio clínico del paciente 07.

Variable	Puntaje				Porcentaje de Cambio Clínico		
	Pre	Post	Seg1	Seg3	pre-post	pre-seg1	pre-seg3
Ideación suicida	21	0	1	0	-100 %*	-95 %*	-100 %*
Depresión	53	9	4	3	-83 %*	-92 %*	-94 %*

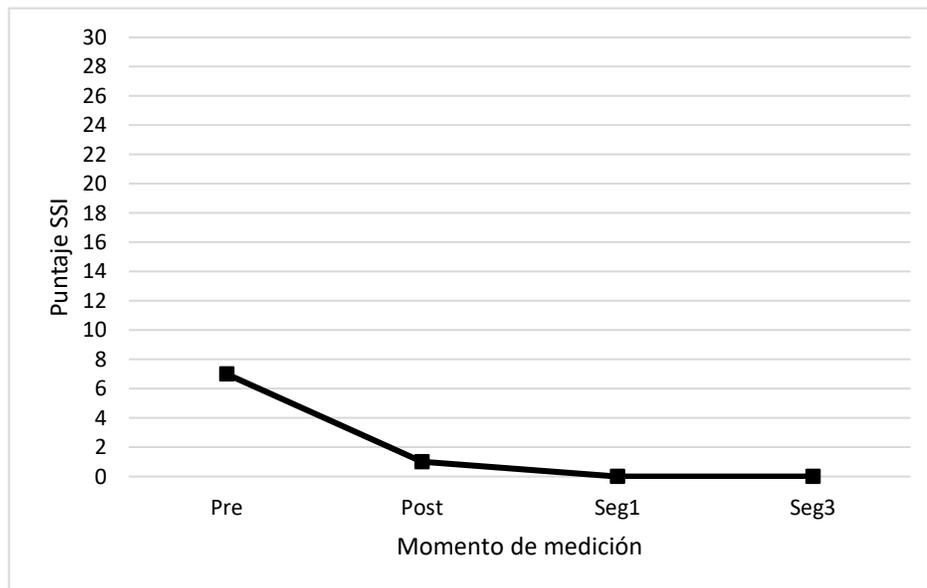
Participante 09

En cuanto a la variable de ideación suicida, los puntajes reportados por el participante se observan en la figura 10. La paciente fue vinculada a través del servicio de consulta externa al presentar un reciente intento suicida que requirió manejo hospitalario durante tres días debido a la alta letalidad de la conducta. Su tratamiento se cumplimentó en 12 sesiones,

observándose un claro descenso de la ideación suicida y la sintomatología depresiva. Dentro de las variables de riesgo de mayor relevancia se encontraron el contar con bajo apoyo social, oportunidades laborales disminuidas debido a la presencia de un foco epiléptico que la predisponía a presentar convulsiones y la presencia de ocho intentos de suicidio previos. Sin embargo, después del tratamiento, durante la fase de seguimiento se observó el mantenimiento de los cambios tanto en la ideación suicida como en la sintomatología depresiva. Asimismo, reportó haber encaminado acciones para obtener apoyos económicos gubernamentales y así mejorar su situación laboral y económica.

Figura 10

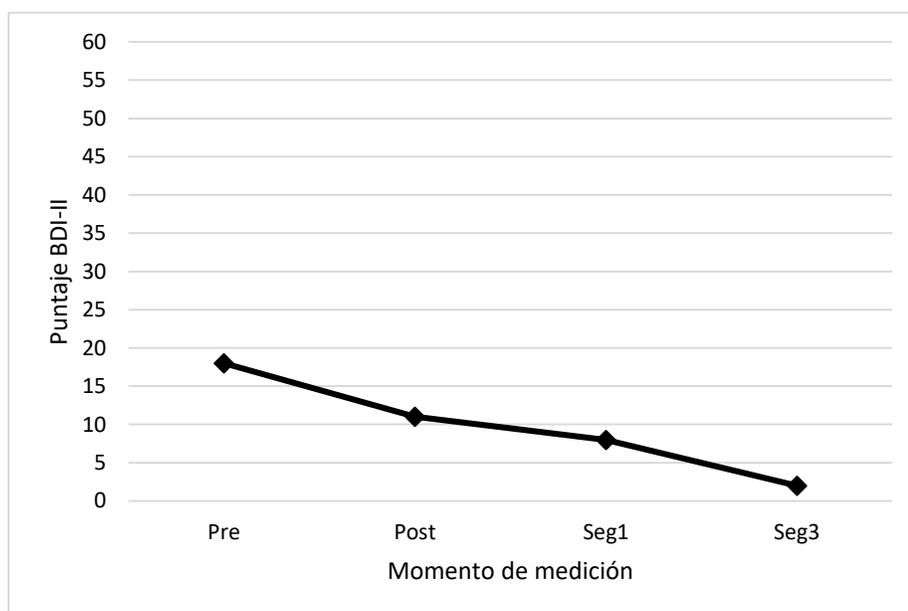
Ideación suicida reportada a lo largo de la investigación por la paciente 09.



Con respecto a la sintomatología depresiva, los puntajes obtenidos a lo largo de los diferentes momentos se recogen en la figura 11.

Figura 11

Sintomatología depresiva reportada a lo largo de la investigación por la paciente 09.



En la tabla 10 se muestran los puntajes obtenidos para cada variable y el análisis de cambio clínico. No se reportaron reintentos de comportamiento autolítico después de la fase de tratamiento.

Tabla 10

Porcentajes de cambio clínico de la paciente 09.

Variable	Puntaje				Porcentaje de Cambio Clínico		
	Pre	Post	Seg1	Seg3	pre-post	pre-seg1	pre-seg3
Ideación suicida	7	1	0	0	-86 %*	-100 %*	-100 %*
Depresión	18	11	8	2	-39 %*	-56 %*	-89%*

Participante 13

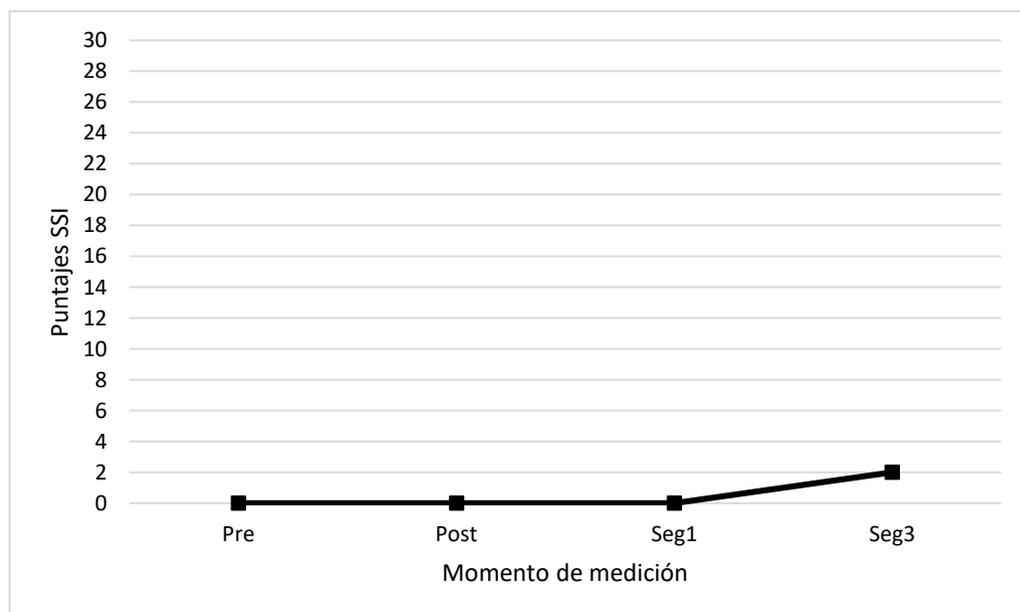
En cuanto a la variable de ideación suicida, los puntajes reportados por la participante se observan en la figura 12. Durante la fase de pre evaluación, la consultante señaló sentirse arrepentida de haber realizado un intento de autólisis consistente en la toma de medicamento que requirió manejo hospitalario. Después de haber sido dada de alta, la

consultante sufrió efectos adversos, con dificultades en la tráquea, teniendo como consecuencia deficiencias en la respiración por lo que tenía que mantener cuidados y seguimiento por parte del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Este padecimiento condicionaba episodios de asma o de asfixia temporal, lo que disminuyó la calidad de vida de la paciente.

Posterior al tratamiento, durante la fase de seguimiento a tres meses, la participante reportó haberse mudado de residencia, trasladándose al estado de Hidalgo, lo que generó importantes cambios en su vida. Asimismo, reportó la vivencia de una experiencia adversa (aborto espontáneo), lo que generó un incremento en la ideación suicida y en la sintomatología depresiva. Se activaron redes de apoyo familiares y se brindó un refuerzo de plan de apoyo a la crisis.

Figura 12

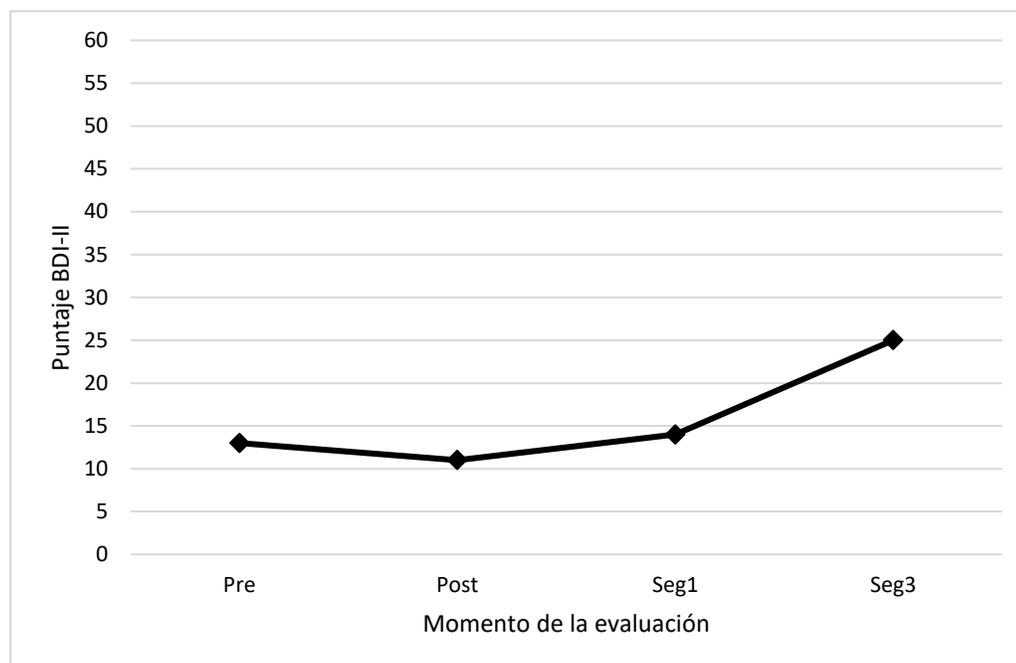
Ideación suicida reportada a lo largo de la investigación por la paciente 13.



Con respecto a la sintomatología depresiva, los puntajes obtenidos a lo largo de los diferentes momentos se recogen en la figura 13.

Figura 13

Sintomatología depresiva reportada a lo largo de la investigación por la paciente 13.



En la tabla 11 se muestran los puntajes obtenidos para cada variable y el análisis de cambio clínico. Los cambios obtenidos en la fase de post evaluación no se conservaron a través del tiempo, ya que ocurrieron nuevos estresores, por lo que las habilidades entrenadas en el tratamiento no pudieron consolidarse durante las fases de seguimiento.

Tabla 11

Porcentajes de cambio clínico de la paciente 13.

Variable	Puntaje				Porcentaje de Cambio Clínico		
	Pre	Post	Seg1	Seg3	pre-post	pre-seg1	pre-seg3
Ideación suicida	0	0	0	2	-	-	-
Depresión	13	11	14	25	-15 %	8 %	92 %

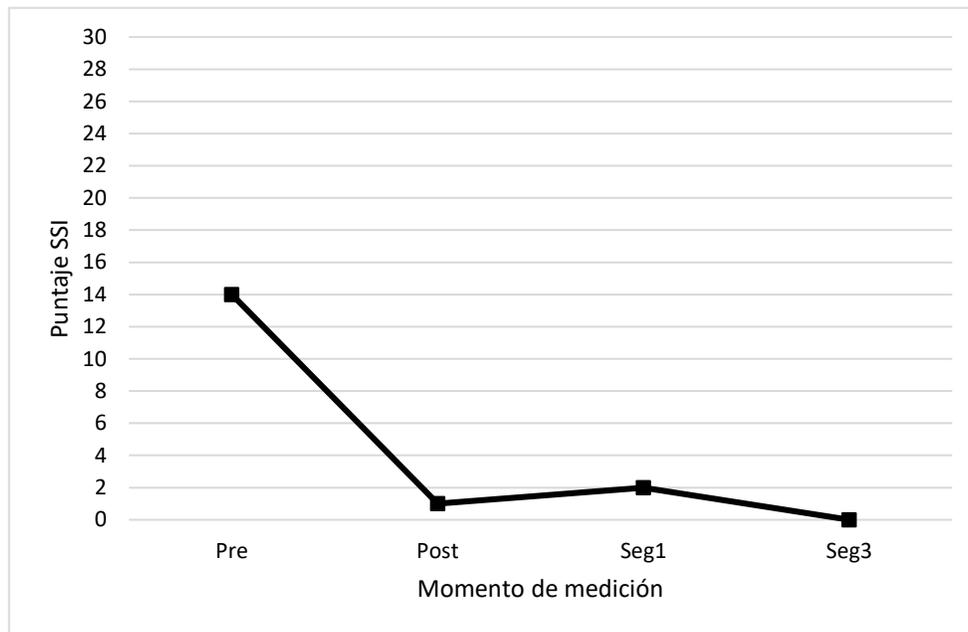
Participante 14

En cuanto a la variable de ideación suicida, los puntajes reportados por el participante se observan en la figura 14. La participante ingresó al Servicio de Observación debido a un reciente intento de suicidio y presencia de ideación suicida. Se observa que después del

tratamiento, el cual se completó a lo largo de 12 sesiones, la ideación suicida disminuyó y se conservó en remisión durante los seguimientos. La consultante reportó haber incrementado sus razones de vivir y asimismo señaló insertarse en el mercado laboral, lo que le permitió disminuir los estresores que habían suscitado las crisis.

Figura 14

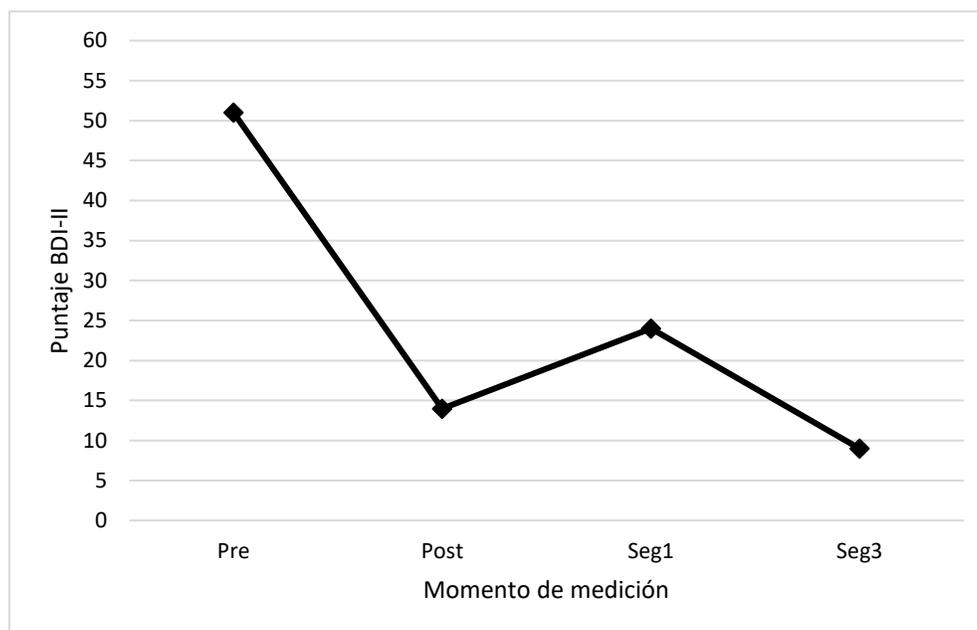
Ideación suicida reportada a lo largo de la investigación por la paciente 14.



Con respecto a la sintomatología depresiva, los puntajes obtenidos a lo largo de los diferentes momentos se recogen en la figura 15. También se observa un decremento en los puntajes de esta variable, notando un repunte de los síntomas durante la fase de seguimiento a un mes, puesto que la consultante se enfrentaba a la reinscripción de su vida cotidiana lo que la enfrentaba a estresores como conflictos familiares, dificultades económicas y complicaciones en la toma de decisiones, lo que desencadenó la sintomatología depresiva.

Figura 15

Sintomatología depresiva reportada a lo largo de la investigación por la paciente 14.



En la tabla 12 se muestran los puntajes obtenidos para cada variable y el análisis de cambio clínico. No se reportaron intentos de suicidio durante el tratamiento o fases de seguimiento.

Tabla 12

Porcentajes de cambio clínico de la paciente 14.

Variable	Puntaje				Porcentaje de Cambio Clínico		
	Pre	Post	Seg1	Seg3	pre-post	pre-seg1	pre-seg3
Ideación suicida	14	1	2	0	-93 %*	-86 %*	-100 %*
Depresión	51	14	24	9	-73 %*	-53 %*	-82 %*

Participante 15

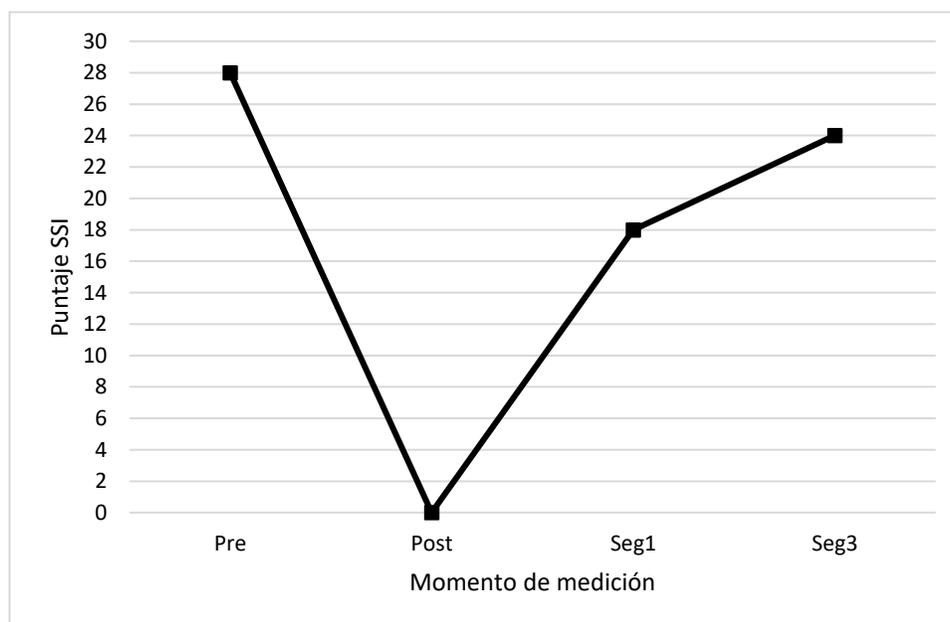
En cuanto a la variable de ideación suicida, los puntajes reportados por el participante se observan en la figura 16. La paciente ingresó al servicio de observación tras haber sido referida de otra institución debido a un reciente intento de autólisis mediante ingesta de medicamentos que requirió manejo hospitalario. La paciente había tenido un internamiento previo 20 años atrás, por lo que el prolongado curso de la enfermedad podría haber influido

en la recuperación. Si bien se observaron cambios importantes después de haber concluido el tratamiento, el cual se completó a lo largo de 12 sesiones las cuales fueron más intensivas llevándose dos sesiones por semana, tales cambios no se mantuvieron en la fase de mantenimiento. Asimismo, se presentó un nuevo intento de autólisis, de menor gravedad consistente en cortes superficiales en ambas muñecas, que requirió un reingreso hospitalario, debido al riesgo reportado por la paciente.

Las habilidades entrenadas durante el tratamiento permitieron que la consultante activara su plan de sobrevivencia a las crisis, solicitando ayuda al identificar que podría encontrarse en riesgo. Sin embargo, durante el segundo reingreso al hospital se encontraron dificultades para poner en práctica las destrezas aprendidas durante la terapia. Entre ellas, el empeoramiento de los síntomas de la consultante y la importante disminución de razones para vivir, así como del apoyo social. El equipo interdisciplinario reportó dificultades en el tratamiento de la participante debido a la pobre respuesta y resistencia a la intervención tanto farmacológica como psicológica.

Figura 16

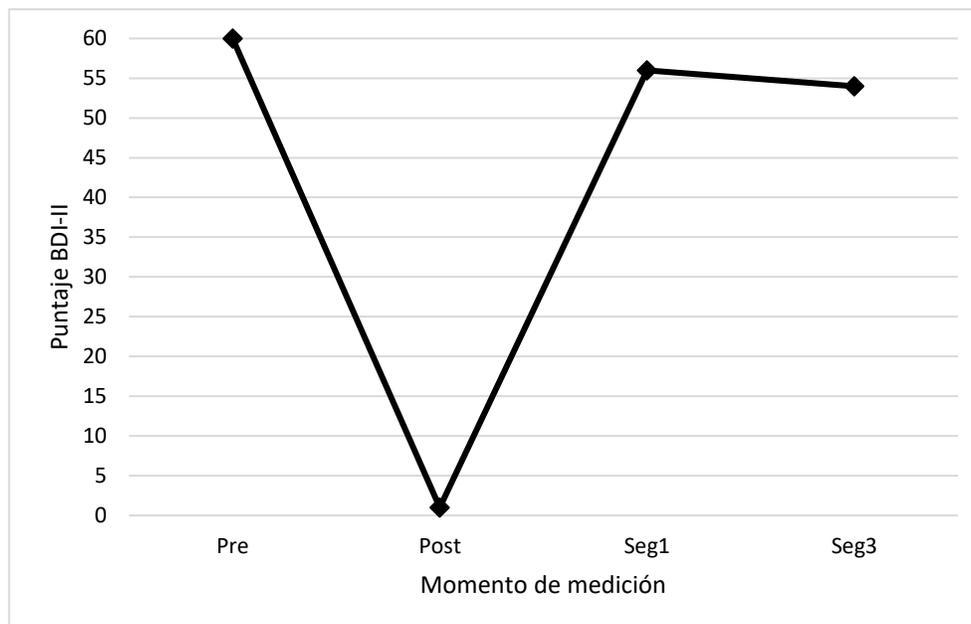
Ideación suicida reportada a lo largo de la investigación por la paciente 15.



Con respecto a la sintomatología depresiva, los puntajes obtenidos a lo largo de los diferentes momentos se recogen en la figura 17.

Figura 17

Sintomatología depresiva reportada a lo largo de la investigación por la paciente 15.



En la tabla 13 se muestran los puntajes obtenidos para cada variable y el análisis de cambio clínico.

Tabla 13

Porcentajes de cambio clínico de la paciente 15.

Variable	Puntaje				Porcentaje de Cambio Clínico		
	Pre	Post	Seg1	Seg3	pre-post	pre-seg1	pre-seg3
Ideación suicida	28	0	18	24	-100 %*	-36 %*	-14 %
Depresión	60	1	56	54	-98 %*	-7 %	-10 %

Satisfacción con el tratamiento

Con respecto a la percepción de satisfacción del tratamiento recibido por parte de los participantes, los datos cuantitativos y cualitativos se muestran en la tabla 14. Esta escala no se aplicó a la participante 03 ya que al finalizar su tratamiento no se había considerado este instrumento, posteriormente se encontró relevante evaluar la satisfacción del tratamiento obtenido al ser una intervención novedosa de implementar en el tratamiento. Se puede observar que la mayoría de los pacientes percibieron una mejora de su estado emocional y solución de su problema una vez finalizado el tratamiento.

Tabla 14

Satisfacción del tratamiento recibido reportada por los participantes (n = 7).

Participante	Dimensión CRES-4			Puntuación global	Resultados cualitativos	
	Satisfacción	Solución del problema	Percepción de cambio emocional		Comentarios	Sugerencias
03*						
04	100	100	87.5	287.5	<i>Poder aprender a tranquilizarme y aprender a cerrar ciclos, aprender a no echarme la culpa y que también valgo mucho</i>	<i>Me faltó abordar más temas</i>
05	100	80	75	255	<i>Me tratan bien, son comprensivos, amables, nada groseros e inspiran confianza</i>	<i>Más sesiones</i>
07	100	100	75	275	<i>El tiempo que me brinda, que no se limita en ese aspecto y que me motiva a continuar</i>	<i>Nada en absoluto</i>
09	100	80	62.5	242.5	<i>El tratamiento realizado con calidad, la importancia que le ha dado a mi situación, el trato que me ha dado y el poder ver en mi grandes avances</i>	<i>El poder tener un tiempo más amplio</i>
13	100	100	75	275	<i>El compromiso y atención de mi terapeuta hacia mí y mis problemas, y al trabajo mutuo. La confianza y facilidades de hablar temas personales</i>	<i>La duración de la terapia y los días</i>
14	100	100	87.5	287.5	<i>Me gustó mucho la forma en la que la psicóloga me acompañó en mi proceso, me ayudó bastante, la confianza que me brindó y el lugar seguro que fue y es benéfico para mi situación. Estoy muy agradecida por cómo me acompañó en este tiempo</i>	<i>A mi parecer no se tendría que mejorar nada, solamente el tiempo de sesiones se me hace un poquito corto. Pero entiendo que sea la dinámica de la terapia de apoyo</i>
15	100	100	75	275	<i>Me dio muchas herramientas para salir del agujero en el que estaba</i>	<i>Más terapia porque me ayudaron</i>

* No se administró el cuestionario a la participante por complicaciones administrativas.

Discusión

El propósito de la presente investigación fue conocer el efecto de una psicoterapia breve de corte cognitivo conductual sobre la ideación suicida y sintomatología depresiva en pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo que fueron atendidos en un hospital psiquiátrico. Este objetivo se elaboró a partir de las necesidades observadas en los servicios de atención de salud mental, donde se reporta una alta prevalencia de pacientes con riesgo suicida (Freyre et al., 2018) y la dificultad de implementar intervenciones que demuestren ser efectivas en el manejo del comportamiento suicida, ya que los entornos de salubridad pública exigen tratamientos con características particulares (p.j. bajo costo, maximización de recursos) debido a la alta demanda a cubrir (Durand-Arias et al., 2021).

Se incluyeron un total de ocho participantes quienes cumplieron con las fases de investigación. Durante la evaluación inicial, dos de ellos reportaron nula ideación suicida, tres refirieron una baja puntuación, dos presentaron una puntuación moderada y uno obtuvo una puntuación de alto riesgo. Si bien se espera incluir participantes que reporten puntuaciones de moderado a alto, se decidió tomar en cuenta a los participantes que no presentaron ideación suicida al momento de la evaluación, ya que informaron haber tenido un historial de intentos suicidas, lo cual se reconoce como uno de los predictores más importantes de riesgo de muerte por suicidio (Parra-Uribe et al., 2017; Turecki et al., 2019). De esta manera, los participantes cumplieron con criterios de riesgo para ser internados después de haber presentado un comportamiento autolítico o tras haber sido referidos para su atención en el servicio ambulatorio al determinar la gravedad del riesgo por parte de un médico psiquiatra.

Aun cuando no fue posible determinar el cambio clínico de dos de las participantes en cuanto a la variable de ideación suicida, se encontró que hubo una mejora significativa para los 6 participantes restantes después de haber concluido la intervención. De éstos, tres remitieron completamente la ideación y otros tres informaron una importante reducción en los pensamientos. Los resultados de estos participantes son comparables con lo reportado por otros estudios (Rojas et al., 2022; Rudd et al., 2015), donde los pacientes redujeron la intensidad y severidad de los pensamientos suicidas aún después de haber sido dados de alta de un internamiento. Se ha documentado consistentemente que el riesgo de muerte por

suicidio e intentos suicidas entre los pacientes psiquiátricos son mayores inmediatamente después del alta (Forte et al., 2019), por lo que resulta imperativo dotar a las personas de estrategias que les permitan sobrevivir a la urgencia de terminar con su propia vida, observándose que la BCBT cumple con este cometido en cuatro participantes que recibieron atención intrahospitalaria.

Dos de las participantes que recibieron un tratamiento ambulatorio desde el comienzo, iniciaron con un bajo nivel de ideación suicida, sin embargo, fueron referidas al protocolo por contar con un historial de intentos suicidas y presentar factores de alto riesgo, como bajo apoyo social y desempleo (Fazel y Runeson, 2020). Se observó un adecuado apego al tratamiento al completar 12 sesiones sin presencia de intentos autolíticos durante o después de finalizado el tratamiento.

Aun cuando en dos de las participantes (Folios 03 y 13) no se observaron los cambios esperados, otros resultados relacionados con el comportamiento suicida fueron relevantes. La consultante 03 incurrió en un reintento de autólisis durante el tratamiento, sin embargo, se hizo uso del plan de emergencia, buscando la activación de la ayuda, lo que permitió que este suceso fuera atendido de inmediato. Asimismo, durante el seguimiento no se observaron reintentos, aun cuando se presentó un aumento de la ideación suicida en el seguimiento al mes, durante el cual se reforzó el uso de plan de crisis y el manejo de las herramientas aprendidas.

En cuanto a la participante con el folio 13, no se presentaron reintentos de autólisis y empleó el plan de respuesta a la crisis cuando fue necesario buscar ayuda. Sin embargo, ambas participantes presentaron rasgos de la personalidad tipo límite, lo que pudo haber contribuido a la presencia de mayor variabilidad del modo suicida, debido a la naturaleza crónica y persistente del riesgo de suicidio a lo largo del tiempo (Bryan y Rudd, 2018) y características propias como la impulsividad o la dificultad para tolerar experiencias emocionales (Chiles et al., 2019; Wasserman et al., 2021).

Adicionalmente, las participantes presentaron condiciones médicas específicas que pudieron contribuir a la activación del modo suicida. La consultante 03 fue diagnosticada con hipotiroidismo durante su primer internamiento, padecimiento desconocido por la participante y su familia. El hipotiroidismo es una afección que resulta de una inadecuada

producción de hormonas tiroideas (Navarro et al., 2017) y se ha descrito su estrecha relación con la aparición de episodios depresivos e incremento del riesgo suicida (Nuguru et al., 2022).

Por otro lado, la participante con folio 13 presentó complicaciones graves de salud después del intento suicida que propició su primera hospitalización, debido a la presencia de neumonía nosocomial que derivó en dificultades para respirar. La consultante disminuyó significativamente sus actividades de la vida diaria debido a la necesidad de cuidados especiales (no hacer ejercicio o aplicar fuerza física y evitar inclinarse de forma brusca). Se ha descrito que precisamente son los efectos que produce la enfermedad física en una persona, como las irrupciones de actividades diarias, más que el número de condiciones, lo que incrementa el riesgo por suicidio, especialmente en edades tempranas (Fazel y Runeson, 2020; Onyeka et al., 2020).

Con respecto al mantenimiento de los cambios en cuanto a la variable de ideación suicida, se observó que esta se conservó en puntuaciones bajas o iguales a cero para el momento del seguimiento a un mes en seis de los ocho participantes, observándose una remisión de la ideación para cuatro participantes a los tres meses de seguimiento. Dos de las participantes mostraron un incremento al mes de seguimiento, donde la participante 03 destacó problemáticas asociadas a la reinsertión de sus actividades por temor de sus familiares a dejarle sola. Por otro lado, la consultante 15 mostró una exacerbación de síntomas depresivos, con la sospecha de presentar el pronóstico de demencia, lo anterior pudo haber dificultado la puesta en práctica de las estrategias que se aprendieron durante la terapia. El deterioro de la consultante tomó un precipitado camino hacia la disfuncionalidad, lo que requirió manejo estrecho por parte de sus familiares.

Si bien el objetivo de la intervención estuvo dirigido a la reducción de la conducta suicida, se observó una disminución de los síntomas depresivos asociados. En la evaluación inicial, seis de los participantes mostraron un nivel grave de sintomatología depresiva, una participante reportó un nivel leve y una señaló síntomas mínimos. Para el final de la intervención siete de los participantes reportaron una reducción significativa de los síntomas, lo que contribuye a fortalecer los hallazgos de la investigación. Los estudios que han sometido a prueba la BCBT en diferentes poblaciones han reportado resultados

similares (Rojas et al., 2022; Rudd et al., 2015), mostrando que existe una reducción de síntomas aun cuando estos no son el foco de la intervención. Esto puede ser explicado en parte por el aprendizaje de habilidades que permiten enfrentar las problemáticas y variables de riesgo para la depresión, así como los mecanismos biológicos que comparten ambas condiciones (Orsolini et al., 2020). La participante con folio 13 no mostró cambios significativos probablemente debido al efecto suelo, pues los síntomas reportados inicialmente fueron bajos.

En cuanto al mantenimiento del efecto a largo plazo de la variable de síntomas depresivos, se observó que, en el primer seguimiento a un mes, cinco de los participantes continuaron con la reducción de la sintomatología. Sin embargo, se observó que en tres de las participantes (Folios 03, 13 y 14) hubo un incremento en la variable, debido a la aparición de nuevas problemáticas asociadas a su reinserción a su vida cotidiana. Los eventos de vida estresantes, la disminución de la calidad de vida por enfermedad física o la aparición de síntomas neurológicos asociados al deterioro, incidieron en la fluctuación de los puntajes para estos casos.

Para el tercer mes de seguimiento, la reducción de la sintomatología depresiva se mantuvo significativa para seis de los participantes, lo cual concuerda con la reducción de la ideación suicida. Para las participantes con folio 13 y 14, esta mejora no se mantuvo y, por el contrario, reportaron un incremento de la sintomatología. Ambas participantes mostraron dificultades para la puesta en práctica de los aprendizajes debido a las condiciones médicas asociadas, así como la reducción del apoyo social. McLaughlin et al. (2014) han señalado que los miembros de la familia que viven con una persona con riesgo suicida se encuentran en un elevado estado de responsabilidad y estrés que resulta agotador, lo que contribuye a disminuir la disponibilidad de ayuda.

Lo anterior permite reconocer la necesidad de fomentar intervenciones para aquellos familiares que se enfrentan al dolor y las demandas que involucran cuidar de un paciente con riesgo suicida (Vatne et al., 2021). Las estrategias de prevención del suicidio a gran escala no contemplan a los miembros cercanos, sin embargo, la capacidad de los familiares para evaluar y responder a los problemas de una persona en riesgo puede ser crucial para un tratamiento efectivo (Owens et al., 2009). La presente investigación contribuyó a subrayar

la importancia que tiene integrar a miembros cercanos y brindarles estrategias que permitan proveer cuidados adecuados.

Limitaciones y sugerencias

Someter a prueba modelos de intervención para el tratamiento del riesgo suicida supone importantes dificultades, debido a la gravedad de la conducta (Rizvi y Nock, 2008). Entre las limitaciones que se encontraron para la realización de esta investigación se encuentra la elección del diseño, que al ser un estudio pre experimental se tiene un grado mínimo de control sobre las variables extrañas, no se permite la generalización de resultados y se atenta contra la validez externa e interna (Hernández et al., 2014; Juárez et al., 2014), por lo que los resultados obtenidos deben ser tomados con precaución. Los estudios que reportan la efectividad de la BCBT son escasos (Brown et al., 2005; Bryan et al., 2018; Diefenbach et al., 2020; Rojas et al., 2021; Rudd et al., 2015), empleando diseños de estudios de caso, comparación de grupos o ensayos clínicos aleatorizados con dificultad, de tal manera que se sugiere optar por otros formatos de estudio como el diseño de caso único. Esta alternativa brinda importantes ventajas (evaluación continua y énfasis en el cambio a través del tiempo), sin embargo, cuenta con otras limitantes, como las consideraciones éticas las cuales deben ser rigurosas en el trabajo con personas con alto riesgo (Rizvi y Nock, 2008).

Una segunda limitante de este estudio involucra el haber empleado instrumentos basados exclusivamente en el autorreporte. Si bien las herramientas de evaluación cuentan con criterios de validez y confiabilidad, no están exentos de sesgos. Aunque la investigación en comportamiento suicida supone obstáculos en su medición (Sobanski et al., 2022), se sugiere que futuras investigaciones integren evaluaciones adicionales cambiando el foco de atención, de la búsqueda de disminución de síntomas al incremento de habilidades específicas, como la regulación emocional (Rizvi y Nock, 2008). Para tal finalidad, pueden emplearse registros conductuales simultáneos al uso de instrumentos clinimétricos que permitan valorar otros constructos asociados como la desesperanza, la sintomatología ansiosa o la desregulación emocional.

Asimismo, se reconoce como limitación, el haber integrado a participantes que no reportaron ideación suicida durante la valoración inicial, ya que esto impidió observar cambios significativos en esta variable. Sin embargo, es importante considerar que el riesgo

suicida tiene características dinámicas y de naturaleza no lineal (Bryan et al., 2018; Rizvi y Nock, 2008), de esta manera se determinó la importancia de integrar al tratamiento a participantes que reportaron baja o nula ideación suicida, respondiendo a la evidencia disponible. Sumado a ello, la BCBT ha demostrado su eficacia para todo el espectro de riesgo de suicidio, incluidos aquellos pacientes que reportan baja ideación suicida, pero presentan características que incrementan su vulnerabilidad (Bryan et al., 2018).

Otra limitante para llevar a cabo la primera evaluación de los participantes fueron las condiciones del escenario en el que se llevó a cabo la intervención, ya que el estudio se adecuó a la forma de trabajo del hospital. De esta manera, si bien es relevante cuidar el momento de la evaluación, resultó imperativo adecuarse a las variables ambientales que impidieron el acercamiento al paciente cuando este se encontraba aún sin posibilidad de brindar su consentimiento debido al riesgo suicida, por lo que se procuró esperar la opinión del médico psiquiatra para efectuar una intervención, contribuyendo al trabajo interdisciplinario.

El número de participantes y la heterogeneidad de sus características sociodemográficas, supuso otra limitante en torno a la obtención de estadísticos que posibilitaran realizar comparaciones intra-grupo, ya que el hospital ofrece servicios de asistencia pública a población mayor de 18 años, por lo que se presentó una importante dificultad para integrar participantes con aspectos similares (rango de edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, etc.). Como alternativa se propone incrementar el tamaño de la muestra y realizar comparaciones entre diferentes grupos poblacionales.

En la presente investigación realizar un seguimiento corto (uno y tres meses), limitó el reconocimiento de la efectividad del tratamiento a largo plazo, lo cual marca una importante diferencia con otros estudios que evaluaron la BCBT (Brown et al., 2005; Bryan et al., 2018; Rudd et al., 2015), quienes efectuaron seguimientos hasta por dos años, observando un cambio estadísticamente significativo en las variables de ideación suicida, desesperanza y depresión a partir de los 6 meses de haber concluido la intervención.

Una limitante más se observa al no incluir en el diseño grupos de comparación entre aquellos participantes provenientes del servicio de urgencias, quienes recibieron una intervención intrahospitalaria y aquellos que fueron referidos del servicio de consulta

externa para su atención en formato ambulatorio. Existen en la literatura estudios que reportan la efectividad de la BCBT en cada uno de estos escenarios por separado, pero aún no se ha realizado un estudio comparativo, por lo que se sugiere que en esta misma línea de investigación se lleven a cabo grupos para evaluar la efectividad bajo cada condición.

Aportaciones y bondades

Una de las principales fortalezas de este estudio estriba en la implementación de un tratamiento protocolizado para el manejo eficaz del riesgo suicida que no requiere la remisión completa de un diagnóstico psiquiátrico o de los síntomas asociados, sino que busca el desarrollo de habilidades básicas de regulación emocional, reestructuración cognitiva y competencia interpersonal (Rudd et al., 2015). Lo anterior supone una importante oportunidad para implementar tratamientos breves basados en la evidencia que se encuentren disponibles y contribuyan a la reducción del sufrimiento de las personas que presentan riesgo suicida. Si bien se han hecho otros importantes esfuerzos para implementar tratamientos ultra-breves que se conforman de una a cuatro sesiones (Faudoa, 2021; Rodríguez, 2019), la evidencia disponible apunta al manejo preventivo de futuras crisis suicidas para aquellas personas que presenten un diagnóstico psiquiátrico.

Los hallazgos de la presente investigación permiten realizar un primer acercamiento a la efectividad de una intervención breve y flexible que emplea factores comunes provenientes de diferentes estudios que han implementado tratamientos de corte cognitivo conductual teniendo como foco el manejo de la conducta suicida y que han demostrado cuáles componentes reportan una mayor efectividad. Estos elementos incluyen: 1) énfasis en reducir la ideación suicida y el riesgo de intentos de suicidio; 2) uso de un marco teórico claro; 3) un enfoque en el desarrollo de habilidades; 4) acceso a servicios de gestión de crisis; 5) restricción a medios letales; 6) énfasis en la responsabilidad personal del paciente; 7) adherencia al tratamiento; y 8) fidelidad al tratamiento y competencia por parte del terapeuta (Bryan y Rudd, 2018; Rudd, 2012). Tales elementos son la base en la que se sustenta la BCBT, optimizando los recursos disponibles, ya que estas mismas características se observan en intervenciones de mayor longitud, como la Terapia Dialéctica Conductual, la cual tiene la desventaja de ser un tratamiento de mayor costo (Carmel et al., 2014; DeCou et al., 2018).

Los resultados obtenidos a través de este estudio permitieron observar que el uso de la BCBT propició una adecuada adherencia terapéutica, tanto al tratamiento psicológico como al tratamiento usual brindado por el hospital (principalmente farmacológico), pues todos los participantes asistieron a un promedio de doce sesiones de psicoterapia o cumplieron el tratamiento hasta ser dados de alta y observar la destreza de sus estrategias en la tarea de prevención de recaídas. Lo anterior puede explicarse por el énfasis que coloca la BCBT en la creación de la alianza terapéutica y el trabajo colaborativo con el paciente. Esto mismo permitió establecer un seguimiento a uno y tres meses, obteniendo en todos los casos, una adecuada comunicación.

Asimismo, este estudio cobra relevancia en el contexto de la investigación sobre prevención del comportamiento suicida, el cual es un problema de salubridad pública que requiere una atención inmediata, por lo que son necesarios tratamientos accesibles (Durand-Arias et al., 2021). Una de las características de mayor relevancia de las intervenciones breves que se han propuesto para el manejo de la conducta suicida, es la búsqueda de estrategias que podrían ser más efectivas para la prevención y tratamiento de este fenómeno a través de diferentes diagnósticos, como el caso de la BCBT (Calati, 2016). Esto abre la línea de investigación para someter a prueba otros formatos de tratamiento, como la Evaluación y Manejo Colaborativo de la Conducta Suicida (CAMS, por sus siglas en inglés), desarrollado por David Jobes (2015) que funge como un marco terapéutico basado en la evidencia que adopta un enfoque fenomenológico para comprender la tendencia suicida de un paciente, lo que conduce a una planificación del tratamiento específico enfatizando el uso de un plan de estabilización ambulatoria, así como la identificación y el manejo de los disparadores del riesgo suicida definidos por el paciente.

De esta manera, es necesario continuar evaluando el cuerpo de intervenciones breves diseñadas para dar respuesta a las emergencias clínicas, ya que las evidencias empíricas acerca de su utilidad aún son escasas en contextos diferentes de los cuales fueron elaboradas. Asimismo, se resalta la necesidad de implementar nuevas estrategias de administración de tratamientos, como el uso de tecnologías remotas, para facilitar el acceso y disminuir la probabilidad de abandono por variables asociadas a la distancia y desplazamiento. Este campo se vio impulsado por las condiciones derivadas de la pandemia

por SARS-COV2, la cual resaltó la importancia de contar con intervenciones adaptadas a distintas modalidades, que en han demostrado un adecuado ajuste (Rojas et al., 2022), pero que aún requieren de mayor estudio.

Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos a través de la implementación de una terapia breve de tipo cognitivo conductual para la prevención del suicidio y a pesar de las limitantes a las que se enfrentó la presente investigación, se sugiere que un tratamiento definido en tiempo que se centra específicamente en el entrenamiento de habilidades puede ser efectivo en un entorno de salubridad pública, favoreciendo la reducción del riesgo suicida en pacientes que presentan enfermedad mental y comorbilidad diagnóstica, que han realizado un intento suicida, cuentan con un historial de estos o están experimentando intensos pensamientos suicidas. Este tipo de intervenciones ofrecen la oportunidad de brindar un ambiente seguro para que la persona que tiene deseos de morir o lucha por permanecer viva, pueda expresar su dolor y sufrimiento, al tiempo que es validada y orientada hacia la vida con nuevas estrategias de afrontamiento.

El tratamiento propuesto por la BCBT se considera transdiagnóstico y complementario, por lo que se alienta a los pacientes que reciben esta intervención, participen en otras formas de terapia a largo plazo que apunten a la reducción de los síntomas asociados a su diagnóstico psiquiátrico primario y condiciones comórbidas, cuando la urgencia por terminar por su vida sea manejable. Si bien existe un importante avance en el desarrollo y evaluación de tratamientos psicoterapéuticos centrados en la prevención del suicidio, aún se necesita investigación adicional para mejorar el estatus de la evidencia científica, que optimice la toma de decisiones y contribuya a la disminución del riesgo muerte por suicidio.

El comportamiento suicida es un fenómeno complejo y multifactorial que no responde a la previsión de todas las contingencias con las que un clínico tiene que lidiar cuando se enfrenta al tratamiento de personas con riesgo suicida (Al-Halabí y García-Haro, 2021). Sin embargo, las intervenciones psicológicas basadas en evidencia proporcionan una poderosa herramienta para actuar con competencia y profesionalidad, realizando elecciones con respaldo científico a la par que se trabaja con calidez y cuidado. De tal manera, se brinda al

clínico directrices que le permiten mejorar su actuación frente al manejo del comportamiento suicida, produciendo resultados eficaces.

La BCBT, como otros tratamientos breves desarrollados específicamente para el manejo del comportamiento suicida, se plantea como una búsqueda para mejorar la existencia de una persona que se debate entre la vida y los deseos de morir, procurando atenuar su sufrimiento a través de la adquisición de nuevas formas de afrontamiento.

Referencias

- Agudelo-Botero, M., Giraldo-Rodríguez, L., Rojas-Russell, M., González-Robledo, M. C., Balderas-Miranda, J. T., Castillo-Rangel, D., & Dávila-Cervantes, C. A. (2021). Prevalence, incidence and years of life adjusted for disability due to depressive disorders in Mexico: Results of the Global Burden of Disease Study 2019. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6, 100206. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100206>
- Al-Halabí, S., & García Haro, J.M. (2021). Tratamientos psicológicos para la conducta suicida. En E. Fonseca Pedrero (Coord.), *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos*. (pp. 639-675). Pirámide.
- Álvarez-Mon, M. A., Pereira, V., & Ortuño, F. (2017). *Tratamiento de la depresión*. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(46), 2731–2742. <https://doi.org/10.1016/j.med.2017.12.001>
- Anderson, I. M., & Arnone, D. (2014). *Medicamentos* [Medications]. En *Manual de Depresión [Handbook of Depression]* (2da edición) (pp. 51-68). Springer Healthcare. https://doi.org/10.1007/978-1-907673-79-5_5
- Argüero, A., Aguirre, D. P., Reynoso, O. U., Girón, M. I., Espinosa, I. M., & Sierra Murguía, M. A. (2021). Impacto de la telepsicología en la satisfacción de la atención a pacientes con Covid-19. *Psicología Iberoamericana*, 29(3). <https://doi.org/10.48102/pi.v29i3.325>
- Barraca, J. (2021). *Tratamientos psicológicos para la depresión*. En E. Fonseca Pedrero (Coord.), *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos*. (pp. 305-330). Pirámide.
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Jüni, P., & Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS medicine*, 10(5), e1001454. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001454>
- Baryshnikov, I., & Isometsä, E. (2022). Psychological pain and suicidal behavior: A review. *Frontiers in psychiatry*, 13, 981353. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.981353>
- Beck A.T., Brown G.K., & Steer R.A. (1997). Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients. *Behav Res Ther Pergamon*, 35(11):1039–46.
- Bell, L. (2021). Helping People Overcome Suicidal Thoughts, Urges and Behaviour. In *Helping People Overcome Suicidal Thoughts, Urges and Behaviour*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003098805>
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342013000100011&lng=es&tlng=es

- Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*, 294(5), 563–570. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.563>
- Brown, S., Iqbal, Z., Burbidge, F., Sajjad, A., Reeve, M., Ayres, V., Melling, R., & Jobes, D. (2020). Embedding an evidence-based model for suicide prevention in the national health service: a service improvement initiative. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17144920>
- Bryan, C. J. (2019). *Cognitive behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): Implications for meeting standard of care expectations with suicidal patients*. *Behavioral Sciences & the Law*, 37(3), 247–258. doi:10.1002/bsl.2411
- Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2018). *Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention*. New York: Guilford Publications.
- Bryan, C. J., Peterson, A. L., & Rudd, M. D. (2018). Differential Effects of Brief CBT Versus Treatment as Usual on Posttreatment Suicide Attempts Among Groups of Suicidal Patients. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 69(6), 703–709. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700452>
- Cardiel, R. M. (1994). La medición de la Calidad de Vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.), *Epidemiología Clínica* (pp. 189-199). México: InteramericanaMcGraw Hill.
- Carmel, A., Rose, M. L., & Fruzzetti, A. E. (2014). Barriers and solutions to implementing dialectical behavior therapy in a public behavioral health system. *Administration and policy in mental health*, 41(5), 608–614. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0504-6>
- Carrobbles, J., A. (2014). Trastornos depresivos. En V.E., Caballo, I. C., Salazar y J. A., Carrobbles (Eds.), *Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos* (2da ed.) (pp. 339-365). Pirámide.
- Cerecero-García, D., Macías-González, F., Aramburo-Muro, T., Bautista-Arredondo, S., 2020. [Depressive symptoms and coverage of diagnosis and treatment of depression in Mexican population]. *Salud Publica Mex* 62, 840–850.
- Chand S. P., & Arif H. (2022). Depression. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/>
- Chehil, S. y Kutcher, S. (2011). *Suicide Risk Management*. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119953128>
- Chen, Y.-Y., Wu, K. C.-C., Wang, Y., & Yip, P. S. F. (2016). *Suicide Prevention Through Restricting Access to Suicide Means and Hotspots*. *The International Handbook of Suicide Prevention*, 609–636. doi:10.1002/9781118903223.ch35

- Chiles, J. A., Strosahl, K., & Weiss Roberts, L. (2019). *Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients*. American Psychiatric Association.
[https://doi.org/10.1016/S0025-7125\(16\)30076-1](https://doi.org/10.1016/S0025-7125(16)30076-1)
- Churchill, R., Moore, T. H., Furukawa, T. A., Caldwell, D. M., Davies, P., Jones, H., Shinohara, K., Imai, H., Lewis, G., & Hunot, V. (2013). 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. *The Cochrane database of systematic reviews*, (10), CD008705. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008705.pub2>
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., Leucht, S., Ruhe, H. G., Turner, E. H., Higgins, J. P. T., Egger, M., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Imai, H., Shinohara, K., Tajika, A., Ioannidis, J. P. A., & Geddes, J. R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 391(10128), 1357–1366.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)
- Clemente-Suárez, V. J., Dalamitros, A. A., Beltran-Velasco, A. I., Mielgo-Ayuso, J., & Tornero-Aguilera, J. F. (2020). Social and Psychophysiological Consequences of the COVID-19 Pandemic: An Extensive Literature Review. *Frontiers in psychology*, 11, 580225.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.580225>
- Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 58(1), 7–19. <https://doi.org/10.1037/cap0000096>
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 58(7), 376–385. <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M. J. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(3), 245–258. <https://doi.org/10.1002/wps.20346>
- Cuijpers, P., De Beurs, D. P., Van Spijker, B. A. J., Berking, M., Andersson, G., & Kerkhof, A. J. F. M. (2013). The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 144(3), 183–190. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.025>
- Cuijpers, P., Eylem, O., Karyotaki, E., Zhou, X., & Sijbrandij, M. (2019). Psychotherapy for depression and anxiety in low- and middle-income countries. In D. J. Stein, J. K. Bass, & S. G. Hofmann (Eds.), *Global mental health and psychotherapy: Adapting psychotherapy for low- and middle-income countries* (pp. 173–192). Elsevier Academic Press.

- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *159*, 118–126. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *22*(1), 105–115. <https://doi.org/10.1002/wps.21069>
- Daray, F. M., Grendas, L., & Rebok, F. (2016). Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5 [Changes in the conceptualization of suicidal behavior throughout history: from antiquity to the DSM-5.]. *Revista de la Facultad de Ciencias Medicas (Cordoba, Argentina)*, *73*(3), 205–211.
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behavior Therapy*, *50*(1), 60–72. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.0>
- Diefenbach, G., Rudd, M., Merling, L., Davies, C., Katz, B., & Tolin, D. (2021). Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Suicidal Inpatients. *Cognitive and Behavioral Practice*, *28* (2), 224–240. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.09.010>
- Diseases and Injuries Collaborators (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)*, *396*(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- Dubé, J. P., Smith, M. M., Sherry, S. B., Hewitt, P. L., & Stewart, S. H. (2021). Suicide behaviors during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis of 54 studies. *Psychiatry Research*, 301. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113998>
- Durand-Arias, S., Cordoba, G., Borges, G., & Madrigal-de León, E. (2021). Collaborative care for depression and suicide prevention: a feasible intervention within the Mexican health system. *Salud Publica de Mexico*, *63*(2 MarAbr), 274–280. <https://doi.org/10.21149/11414>
- Farooq, S., Tunmore, J., Wajid Ali, M., & Ayub, M. (2021). Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: A systematic review. *Psychiatry research*, *306*, 114228. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114228>
- Faudoa, L. C. (2021). *Intervención breve en pacientes con conducta suicida y de reciente egreso del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”* [Tesis de Alta Especialidad en Medicina]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Favril, L., Yu, R., Uyar, A., Sharpe, M., & Fazel, S. (2022). Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evidence-based mental health*, *25*(4), 148–155. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300549>

- Fazel, S., & Runeson, B. (2020). Suicide. *The New England journal of medicine*, 382(3), 266–274. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1902944>
- Fazel, S., & Runeson, B. (2020). Suicide. *The New England journal of medicine*, 382(3), 266–274. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1902944>
- Fehling K. B., & Selby EA (2021) Suicide in DSM-5: Current Evidence for the Proposed Suicide Behavior Disorder and Other Possible Improvements. *Front. Psychiatry* 11:499980. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.499980>
- Forte, A., Buscajoni, A., Fiorillo, A., Pompili, M., & Baldessarini, R. J. (2019). Suicidal Risk Following Hospital Discharge: A Review. *Harvard review of psychiatry*, 27(4), 209–216. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000222>
- Galynker, I. (2017). *The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780190260859.001.0001>
- García-Romero (Eds.), *Epidemiología Clínica* (pp. 189-199). México: InteramericanaMcGraw Hill.
- Gautam, S., Jain, A., Gautam, M., Vahia, V. N., & Grover, S. (2017). Clinical Practice Guidelines for the management of Depression. *Indian journal of psychiatry*, 59(Suppl 1), S34–S50. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196973>
- Gitlin, M. J. (2014). Farmacoterapia y otros tratamientos somáticos para la depresión [Pharmacotherapy and Other Somatic Treatments for Depression]. En Ian H. Gotlib & Constance L. Hammen, *Manual de Depresión [Handbook of depression]* (3ra edición). The Guildford Press
- González, D. A., Reséndiz, A., & Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud mental (Mexico City, Mexico)*, 38(4), 237–244. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.033>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2020). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R. C., Pirkis, J., & COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The lancet. Psychiatry*, 7(6), 468–471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(10):1097-1106. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.10.1097>

- Hernández, Juliana Vergel, & Barrera Robledo, María Eugenia. (2021). Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir?. *Revista Médica de Risaralda*, 27(1), 85-91. Epub May 23, 2021. <https://doi.org/10.22517/25395203.24637>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill. pp 1-613.
- Hernández-Díaz, Y., Genis-Mendoza, A. D., Ramos-Méndez, M. Á., Juárez-Rojop, I. E., Tovilla-Zárate, C. A., González-Castro, T. B., López-Narváez, M. L., & Nicolini, H. (2022). Mental Health Impact of the COVID-19 Pandemic on Mexican Population: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(11), 6953. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116953>
- Herrman, H., Patel, V., Kieling, C., Berk, M., Buchweitz, C., Cuijpers, P., Furukawa, T. A., Kessler, R. C., Kohrt, B. A., Maj, M., McGorry, P., Reynolds, C. F., 3rd, Weissman, M. M., Chibanda, D., Dowrick, C., Howard, L. M., Hoven, C. W., Knapp, M., Mayberg, H. S., Penninx, B. W. J. H., ... Wolpert, M. (2022). Time for united action on depression: a Lancet-World Psychiatric Association Commission. *Lancet* (London, England), 399(10328), 957–1022. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02141-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02141-3)
- Holman, M. S. y Williams, M. N. (2020). Suicide Risk and Protective Factors: A Network Approach. *Archives of Suicide Research*, 0(0), 1–18. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1774454>
- Horwitz, A. V., Wakefield, J. C., & Lorenzo-Luaces, L. (2017). Historia de la depresión [History of depression]. En R. J. DeRubeis & D. R. Strunk (Eds.), *Manual Oxford de los trastornos del estado de ánimo [The Oxford handbook of mood disorders]* (pp. 11–23). Oxford University Press.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2021). *Estadísticas a Propósito Del Día Mundial Para La Prevención Del Suicidio*. 1–8. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2022). *Estadísticas a Propósito Del Día Mundial Para La Prevención Del Suicidio*. 1–5. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_SUICIDIOS22.pdf
- Jobs, D. A., Au, J. S., & Siegelman, A. (2015). Psychological Approaches to Suicide Treatment and Prevention. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 2(4), 363–370. <https://doi.org/10.1007/s40501-015-0064-3>
- Juárez, F., López, J. & Salinas, V. (2014). *Apuntes para la investigación en salud*. Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 1-377.
- Karyotaki, E., Smit, Y., Holdt Henningsen, K., Huibers, M. J., Robays, J., de Beurs, D., & Cuijpers, P. (2016). Combining pharmacotherapy and psychotherapy or monotherapy for

major depression? A meta-analysis on the long-term effects. *Journal of affective disorders*, 194, 144–152. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.036>

- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, A. O., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., Haro, J. M., ... Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 197(5), 378–385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(December), 307–330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Lam, R., & Mok, H. *Depresión* [Depression]. Oxford Psychiatry Library (3ra edición). Oxford University Press.
- Lawrence, R. E., Oquendo, M. A., & Stanley, B. (2016). Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 20(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004494>
- Linde, K., Sigterman, K., Kriston, L., Rücker, G., Jamil, S., Meissner, K., & Schneider, A. (2015). Effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and meta-analysis. *Annals of family medicine*, 13(1), 56–68. <https://doi.org/10.1370/afm.1719>
- Macip, S. G., Martínez, A. D., León, S. O., González, C., & Núñez, J. D. J. G. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21-30.
- Malhi, G. S., & Mann, J. J. (2018). Depression. *Lancet (London, England)*, 392(10161), 2299–2312. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)
- Malhi, G. S., Bell, E., Singh, A. B., Bassett, D., Berk, M., Boyce, P., Bryant, R., Gitlin, M., Hamilton, A., Hazell, P., Hopwood, M., Lyndon, B., McIntyre, R. S., Morris, G., Mulder, R., Porter, R., Yatham, L. N., Young, A., & Murray, G. (2020). The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: Major depression summary. *Bipolar disorders*, 22(8), 788–804. <https://doi.org/10.1111/bdi.13035>
- Marzuk, P. M., Hartwell, N., Leon, A. C., & Portera, L. (2005). Executive functioning in depressed patients with suicidal ideation. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 112(4), 294–301. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00585.x>
- McLaughlin, C., McGowan, I., O'Neill, S., & Kernohan, G. (2014). The burden of living with and caring for a suicidal family member. *Journal of Mental Health*, 23(5), 236–240. <https://doi.org/https://doi.org/10.3109/09638237.2014.928402>

- McLean J., Maxwell M., Platt S., Harris F. y Jepson R. (2008) Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: a literature review. Health and Community Care, Scottish Government Social Research. Scottish Government.
https://www.researchgate.net/publication/43198476_Risk_and_protective_factors_for_suicide_and_suicidal_behaviours_A_literature_review
- Meerwijk, E. L., Parekh, A., Oquendo, M. A., Allen, I. E., Franck, L. S. y Lee, K. A. (2016). Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 3, 544-554.
[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00064-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00064-X)
- Méndez-Bustos, P., Calati, R., Rubio-Ramírez, F., Olié, E., Courtet, P., & Lopez-Castroman, J. (2019). Effectiveness of psychotherapy on suicidal risk: A systematic review of observational studies. *Frontiers in Psychology*, 10(FEB), 0–10.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00277>
- Mewton, L., & Andrews, G. (2016). Cognitive behavioral therapy for suicidal behaviors: improving patient outcomes. *Psychology research and behavior management*, 9, 21–29.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S84589>
- Monroe, S.M., Slavich, G.M., & Georgiades, K. (2014). El ambiente social y la depresión: el role del estrés en la vida [The social environment and depression: The roles of life stress]. En Ian H. Gotlib & Constance L. Hammen, Manual de Depresión [Handbook of depression] (3ra edición). The Guildford Press
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2022). Depression in adults: treatment and management (update). Publicado el 29 June 2022.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
- Navarro, P., Pinilla, E. A., España, A., Bravo, A. M., Pantoja, S., & Acosta, A. M. (2017). Prevalencia de hipotiroidismo en trastorno psiquiátrico mayor de pacientes hospitalizados en la Clínica Montserrat en el periodo de marzo a octubre de 2010. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(3), 140–146. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.06.006>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 133–154.
<https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(8), 868–876. <https://doi.org/10.1038/mp.2009.29>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science, 3(5), 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>

- Nuguru, S. P., Rachakonda, S., Sripathi, S., Khan, M. I., Patel, N., & Meda, R. T. (2022). Hypothyroidism and Depression: A Narrative Review. *Cureus*, *14*(8), e28201. <https://doi.org/10.7759/cureus.28201>
- Onyeka, I. N., Maguire, A., Ross, E., & O'Reilly, D. (2020). Does physical ill-health increase the risk of suicide? A census-based follow-up study of over 1 million people. *Epidemiology and psychiatric sciences*, *29*, e140. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000529>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio: Un imperativo global*. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2018). Atlas de Salud Mental [Mental Health Atlas] 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1998). *Primary prevention of mental neurological and psychosocial disorders*. Chapter 4: Suicide; pp. 75–90. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42043/924154516X_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021a). Depresión. [Notas descriptivas] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20un%20trastorno,la%20mujer%20que%20al%20hombre>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021b). Suicidio. [Notas descriptivas] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022). Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia. Ginebra: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022). Trastornos mentales. [Notas descriptivas] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2006). *Prevención del Suicidio: Recurso para Consejeros. Departamento De Salud Mental Y Abuso De Sustancias, Trastornos Mentales Y Cerebrales*, 1–27. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69472/9241594314_spa.pdf;jsessionid=2DDE1FE376264187FC4F9EF5C8B35444?sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2021). Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. [Informe regional 2010-2014]. Washington. <https://doi.org/10.37774/9789275323304>.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2021). The burden of mental disorders in the Region of the Americas, 2000-2019. *Pan American Health Organization*. <https://www.paho.org/en/enlace/burden-mental->

[disorders#:~:text=In%20the%20Region%20of%20the%20Americas%3A,per%20100%2C00%20population%20in%202019.](#)

- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2022). La salud mental en la Región de las Américas. Prevención del Suicidio. [Hoja informativa]. Washington.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56399>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2023). Depresión.
<https://www.paho.org/es/temas/depresion#:~:text=Las%20personas%20con%20depresi%C3%B3n%20suelen,y%20pensamientos%20de%20autolesi%C3%B3n%20o>
- Orsolini, L., Latini, R., Pompili, M., Serafini, G., Volpe, U., Vellante, F., Fornaro, M., Valchera, A., Tomasetti, C., Fraticelli, S., Alessandrini, M., La Rovere, R., Trotta, S., Martinotti, G., Di Giannantonio, M., & De Berardis, D. (2020). Understanding the Complex of Suicide in Depression: from Research to Clinics. *Psychiatry investigation*, 17(3), 207–221.
<https://doi.org/10.30773/pi.2019.0171>
- Ortiz, M. (1997). *Adaptación de la Entrevista Estructurada SCID II para la población que solicita atención psicológica* (Tesis inédita licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., Mohr, D. C., & Schatzberg, A. F. (2016). Major depressive disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 2, 16065. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.65>
- Owens, C., Owen, G., Lambert, H., Donovan, J., Belam, J., Rapport, F., & Lloyd, K. (2009). Public involvement in suicide prevention: Understanding and strengthening lay responses to distress. *BMC Public Health*, 9(1), 308. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-308>
- Park, S., Hong, J.P. (2018). Comportamiento suicida en la depresión: ¿Una forma grave de depresión o una psicobiología diferente? [Suicidal Behavior in Depression: A Severe Form of Depression or a Distinct Psychobiology?]. En: Kim, YK. (Eds) Entendiendo la depresión [Understanding Depression]. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-10-6577-4_10
- Parra-Uribe, I., Blasco-Fontecilla, H., Garcia-Parés, G. et al. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry* 17, 163 (2017).
<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1317-z>
- Parra-Uribe, I., Blasco-Fontecilla, H., Garcia-Parés, G. et al. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry* 17, 163 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1317-z>
- Pérez, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60(5), 7-16.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002617422017000500007&lng=es&tlng=es.

- Pérez-Padilla, E.A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Pirkis, J., Gunnell, D., Shin, S., Del Pozo-Banos, M., Arya, V., Aguilar, P. A., Appleby, L., Arafat, S. M. Y., Arensman, E., Ayuso-Mateos, J. L., Balhara, Y. P. S., Bantjes, J., Baran, A., Behera, C., Bertolote, J., Borges, G., Bray, M., Brečić, P., Caine, E., Calati, R., ... Spittal, M. J. (2022). Suicide numbers during the first 9-15 months of the COVID-19 pandemic compared with pre-existing trends: An interrupted time series analysis in 33 countries. *EClinicalMedicine*, 51, 101573. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101573>
- Pompili M. (2019). Critical appraisal of major depression with suicidal ideation. *Annals of general psychiatry*, 18, 7. <https://doi.org/10.1186/s12991-019-0232->
- Puerta Polo, J. V., & Padilla Díaz, D. E. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.
- Rafful, C., Medina-Mora, M.E., Borges, G., Benjet, C., Orozco, R., 2012. Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *J. Affect. Disord.* 138, 165–169.
- Ramírez, J. (2016). Suicide. *Nursing Clinics of North America*, 51(2), 275–286. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.01.010>
- Rangel Villafaña, J. N., & Jurado Cárdenas, S. (2021). Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y Salud*, 32(1), 39–48. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2709>
- Remes, O., Mendes, J. F., & Templeton, P. (2021). Biological, Psychological, and Social Determinants of Depression: A Review of Recent Literature. *Brain sciences*, 11(12), 1633. <https://doi.org/10.3390/brainsci11121633>
- Rizvi, S. L., & Nock, M. K. (2008). Single-case experimental designs for the evaluation of treatments for self-injurious and suicidal behaviors. *Suicide & life-threatening behavior*, 38(5), 498–510. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.5.498>
- Rodríguez, L. (2019). *Programa de Intervención Breve en Pacientes con Riesgo Suicida y Reciente Egreso del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”* [Tesis de Alta Especialidad en Medicina]. Universidad Nacional Autónoma de México
- Rojas, S. M., Gold, S. D., Bryan, C. J., Pruitt, L. D., Felker, B. L., & Reger, M. A. (2022). Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention (BCBT-SP) via Video Telehealth: A Case Example During the COVID-19 Outbreak. *Cognitive and behavioral practice*, 29(2), 446–453. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.12.001>
- Rudd, M. D. (2012). *Brief Cognitive Behavioral Therapy (BCBT) for Suicidality in Military Populations*. *Military Psychology*, 24(6), 592–603. <https://doi.org/10.1080/08995605.2012.736325>

- Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., Williams, S. R., Arne, K. A., Breitbach, J., Delano, K., Wilkinson, E., & Bruce, T. O. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: Results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 172(5), 441–449. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14070843>
- Secretaría de Salud (enero 6, 1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud*. México, DF: Diario Oficial de la Federación, Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Sinyor, M., Williams, M., Mitchell, R., Zaheer, R., Bryan, C. J., Schaffer, A., Westreich, N., Ellis, J., Goldstein, B. I., Cheung, A. H., Selchen, S., Kiss, A., & Tien, H. (2020). Cognitive behavioral therapy for suicide prevention in youth admitted to hospital following an episode of self-harm: A pilot randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 266, 686–694. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.178>
- Smart, C., Anderson, I.M & McAllister-Williams, R. H. (2018). Antidepresivos y terapia electroconvulsiva (TEC). En I.M Anderson & R. H., McAllister-Williams *Fundamentos de psicofarmacología clínica*. (pp. 129-161) El Manual Moderno.
- Sobanski, T., Peikert, G., Kastner, U. W., & Wagner, G. (2022). Suicidal behavior—advances in clinical and neurobiological research and improvement of prevention strategies. *World journal of psychiatry*, 12(9), 1115–1126. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i9.1115>
- Stone, D. M. y Crosby, A. E. (2014). Suicide Prevention. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 8(6), 404–420. <https://doi.org/10.1177/1559827614551130>
- Sudak, D. M., & Rajalakshmi, A. K. (2018). Reducing suicide risk: The role of psychotherapy. *Psychiatric Times*, 35(12). <https://www.psychiatristimes.com/view/reducing-suicide-risk-role-psychotherapy>
- Tarrier N, Taylor K, Gooding P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behav Modif* 2008; 32: 77–108.
- Teismann, T., & Gysin-Maillart, A. (2022). Psychotherapy after a suicide attempt—current evidence and evaluation. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 65(1), 40–46. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03466-y>
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G., Bruffaerts, R., Bunting, B., de Almeida, J. M., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., ... Kessler, R. C. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21

- countries. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), 119–124.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.188078>
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1).
<https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Valencia P. D. (2022). ¿Es incorrecta la prevalencia de síntomas depresivos presentada en el informe de la Ensanut 2018-19?. *Salud publica de Mexico*, 64(5, sept-oct), 451–452.
<https://doi.org/10.21149/13774>
- van Bentum, J. S., van Bronswijk, S. C., Sijbrandij, M., Lemmens, L. H. J. M., Peeters, F. F. P. M. L., Drukker, M., & Huibers, M. J. H. (2021). Cognitive therapy and interpersonal psychotherapy reduce suicidal ideation independent from their effect on depression. *Depression and anxiety*, 38(9), 940–949. <https://doi.org/10.1002/da.23151>
- Vatne, M. E., Nåden, D., & Lohne, V. (2023) Caring for family members following suicide: Professionals' experiences of responsibility. *Nursing Ethics* 30 (3), 394-407.
<https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1996682>
- Wasserman, D., Carli, V., Iosue, M., Javed, A., & Herrman, H. (2021). Suicide prevention in psychiatric patients. *Asia-Pacific psychiatry : official journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, 13(3), e12450. <https://doi.org/10.1111/appy.12450>
- Wenzel, A., & Jager-Hyman, S. (2012). Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Current Status. *The Behavior therapist*, 35(7), 121–130.
- Witt, K.G., Hetrick, S.E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T.L., Townsend, E., Hawton, K. (2021). Pharmacological interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* 1 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013669.pub2>.
- Zortea, T. C., Cleare, S., Melson, A. J., Wetherall, K., & O'Connor, R. C. (2020). Understanding and managing suicide risk. *British Medical Bulletin*, 134(1), 73-84.
<https://doi.org/10.1093/bmb/ldaa013>

Anexos

Anexo A. Hoja de datos sociodemográficos

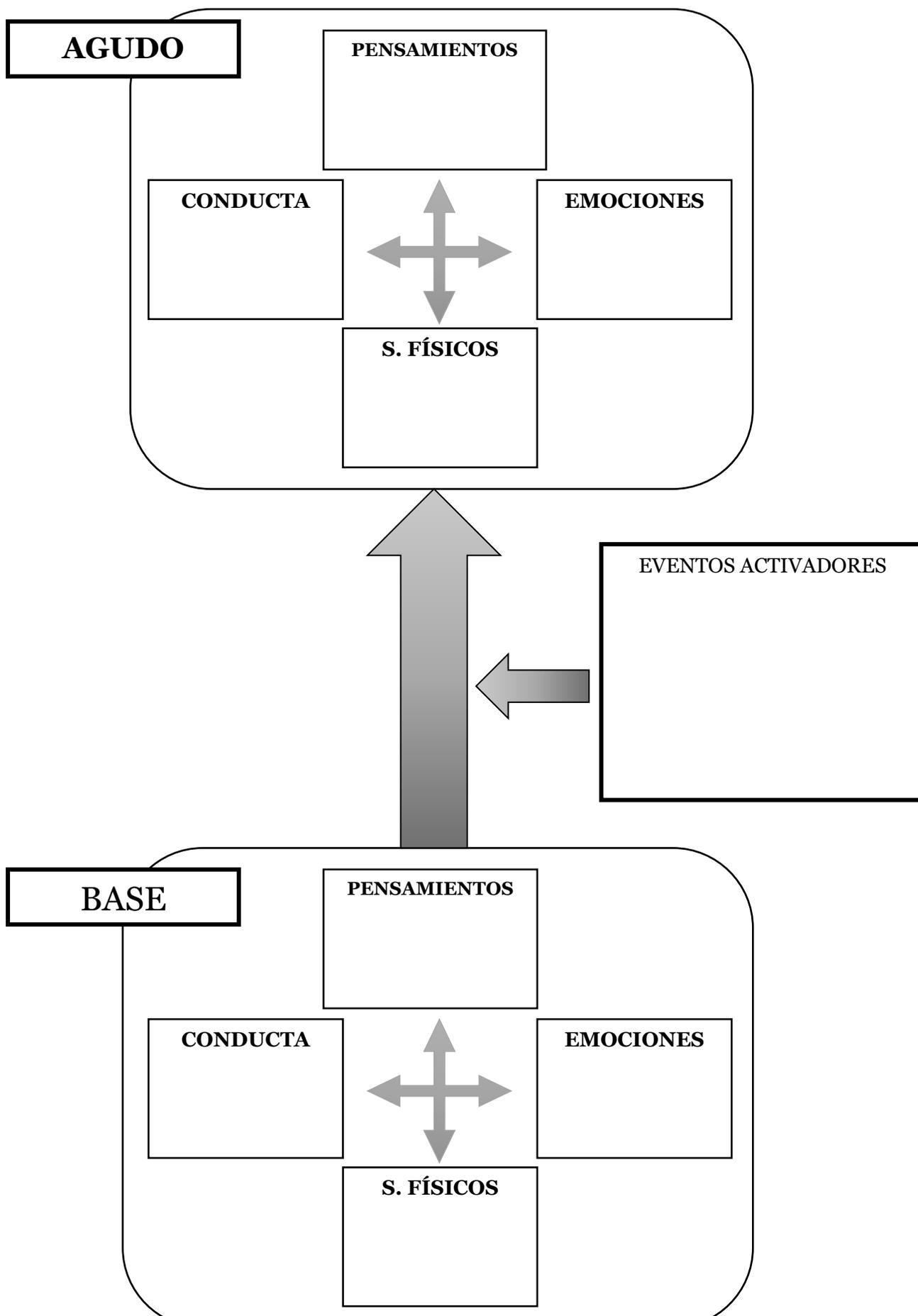
Ficha de identificación

Le agradecemos su colaboración en el presente cuestionario, puede contestar con toda confianza. La información de este cuestionario es confidencial.

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

Nombre:		Expediente
Edad:	Sexo:	Estado civil:
Fecha y lugar de nacimiento:		
Dirección:		
Teléfono:		
Casa:		
Celular:		
Correo electrónico		
Escolaridad:		
Ocupación:		
Religión:		
Diagnóstico:		
Inicio de tratamiento:		
Tratamiento:		
Dosis:		
Actualmente, ¿con quién vive?		

Anexo B. Conceptualización de caso cognitiva-conductual.



Anexo C. Plan de seguridad

PLAN DE SEGURIDAD

Señales de alarma
Estrategias de automanejo
Razones para vivir
Apoyo social
Servicios profesionales de atención en crisis

Anexo D. Diario de tratamiento



Libreta junto objeto de referencia (credencial con medidas 8,5cm largo; 5,5 ancho)

Anexo F. Plan de apoyo a la crisis

Fecha: _____

Cosas que puedo hacer para ayudar a: _____

1. Proporcione aliento y apoyo de las siguientes maneras:

-
-
-

2. Ayude a seguir su plan de respuesta a la crisis.

3. Garantice un entorno seguro haciendo lo siguiente:

• QUITAR o BLOQUEAR:

- Todos los cuchillos, navajas y otros objetos filosos.
- Todos los medicamentos recetados y de venta libre (incluidas las vitaminas y la aspirina).
- Todo el alcohol, las drogas ilegales.

• Asegúrese de que haya alguien disponible para brindar apoyo personal y monitorear al paciente en todo momento durante una crisis y después, según sea necesario.

• Preste atención al método declarado de suicidio/autolesión/intento de dañar a otros del paciente y restrinja el acceso al vehículo, cuerdas, materiales inflamables, etc., según corresponda.

• Identificar a las personas que podrían aumentar el riesgo para el paciente y minimizar su contacto con el paciente.

• Proporcionar acceso a las cosas que el paciente identifica como útiles y fomentar elecciones y comportamientos que promuevan la salud, como una buena nutrición, ejercicio y descanso.

Si no puedo continuar brindando estos apoyos, o si creo que el plan de respuesta a crisis no es útil o suficiente, me comunicaré con el proveedor de tratamiento del paciente para expresar mis inquietudes.

Si creo que es un peligro para mí o para los demás, acepto:

- Llamar a su proveedor de tratamiento de salud mental: _____
- Llamar a la línea de la vida: 01800 911 2000
- Ayudar para llegar a un hospital
- Llamar al 911

Acepto seguir este plan hasta _____

Firma del apoyo	Firma del paciente
Firma del proveedor	

Anexo G. Compromiso con el tratamiento

Declaración de compromiso con el tratamiento

Yo, _____, acepto comprometerme con el proceso de tratamiento. Entiendo que esto significa que he aceptado participar activamente en todos los aspectos del tratamiento, incluidos:

1. Asistir a las citas (o informar a mi proveedor cuando no pueda asistir)
2. Establecer metas
3. Expresar mis opiniones, pensamientos y sentimientos honesta y abiertamente con mi proveedor (ya sean negativos o positivos, pero lo más importante, mis sentimientos negativos)
4. Estar activamente involucrado durante las citas
5. Completar las tareas asignadas
6. Tomar mis medicamentos según lo prescrito
7. Experimentar con nuevos comportamientos y nuevas formas de hacer las cosas
8. Implementar mi plan de respuesta a crisis cuando sea necesario
9. Cualquier término adicional que mi proveedor y yo aceptemos

Entiendo y reconozco que, en gran medida, el éxito de un tratamiento depende de la cantidad de energía que dedique y del esfuerzo que haga. Si siento que el tratamiento no está funcionando, acepto discutirlo con mi proveedor e intentar llegar a un entendimiento común sobre cuáles son los problemas e identificar posibles soluciones.

También entiendo y reconozco que si no me presento a una cita sin notificar a mi proveedor, este podría comunicarse con personas dentro de mi red de apoyo social, incluida mi cadena de mando, para confirmar mi seguridad.

En resumen, acepto hacer un compromiso con el tratamiento y un compromiso con la vida.

Este acuerdo se aplicará mientras dure nuestro plan de tratamiento, que será revisado y modificado en la siguiente fecha:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

Anexo H. Hoja de trabajo ABC

La hoja de trabajo ABC se usa para identificar cómo los pensamientos y sentimientos están conectados entre sí en respuesta a los eventos de la vida. Primero, identifique una situación estresante y escriba un resumen de esta situación en el recuadro A. En el cuadro B, identifique los pensamientos que tuvo durante esta situación y escribalos. En el recuadro C, identifique las emociones que sintió en esa situación y escribalas. A continuación, explique cómo los pensamientos y creencias que anotó en el recuadro B le ayudan o no. Si sus pensamientos no son útiles, identifique y escriba una forma diferente de pensar sobre la situación que pueda contrarrestar directamente lo que escribió en el recuadro B.

A Evento activador ¿Qué pasó?	B Creencias (¿Qué me digo a mí mismo?)	C Consecuencias (¿Qué emoción siento?)
¿Es útil la creencia anterior en el recuadro “B”?		
¿Qué otra cosa puedo decirme a mí mismo en el futuro cuando esté en una situación similar?		

Anexo I. Hoja de trabajo de preguntas desafiantes

La hoja de trabajo de preguntas desafiantes se usa para evaluar sus pensamientos y creencias para determinar si son útiles o no. Primero, identifique una creencia negativa y escríbala en el cuadro en la parte superior de la hoja de trabajo. A continuación, revise cada pregunta en relación con esta creencia. Escriba su respuesta a cada pregunta en el espacio provisto debajo de la pregunta.

Creencia:
1. ¿Cuál es la evidencia a favor y en contra de esta idea?
2. ¿Su creencia es un hábito o está basada en hechos?
3. Si alguien más tuviera esta creencia en esta misma situación, ¿la consideraría verdadera?
4. ¿Está pensando en términos de todo o nada?
5. ¿Está utilizando palabras o frases que son extremas (es decir, siempre, para siempre, nunca, necesito, debería, debo, no puedo y siempre)?

6. ¿Se está enfocando solo en un aspecto del evento e ignorando otros hechos importantes sobre la situación que explican las cosas?

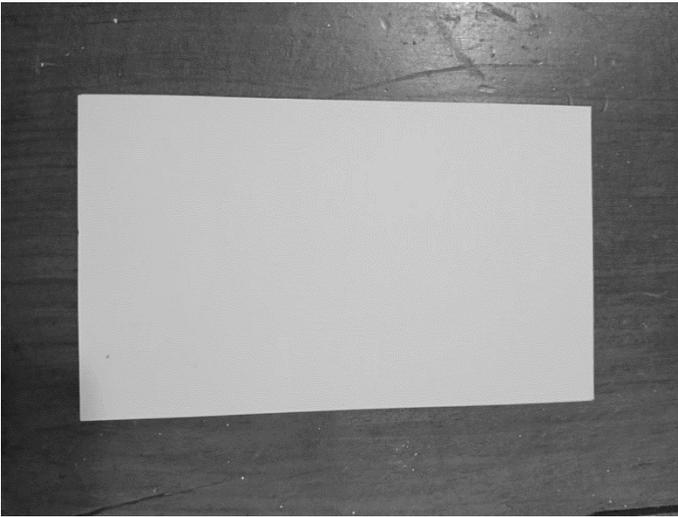
7. ¿Cuál es la fuente de esta creencia? ¿Es esa fuente confiable?

8. ¿Estás sacando las cosas de proporción? ¿O, al contrario, minimizando las cosas?

9. ¿Se basa su creencia en sentimientos más que en hechos?

10. ¿Está concentrado en detalles no relacionados con la situación?

Anexo J. Tarjeta para elaborar frases de afrontamiento



Material: cartulina. Medidas: 7,6 cm ancho; 12,7 cm largo.

Anexo K. Caja para elaborar kit de supervivencia



Material: Madera. Medidas 12,1cm x 13,2cm x 13,2cm