



## Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 20 No. 3

Septiembre de 2017

# RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA TRATAR LA CONDUCTA SUICIDA EN PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO MORELOS

José Gonzalo Amador Salinas<sup>1</sup>, Virginia González Rivera<sup>2</sup>, Carlos Gerardo Galicia Navarro<sup>3</sup>, Patricia Guadalupe Galindo Zamitis<sup>4</sup>, Osvaldo Domínguez Calderón<sup>5</sup>, Alejandra Reyes García<sup>6</sup> Irving Amadeus Gutiérrez Moreno<sup>7</sup>

Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Unidad Santo Tomás  
Instituto Politécnico Nacional  
Hospital Psiquiátrico Morelos

### Resumen

En el presente trabajo se busca probar la efectividad del tratamiento cognitivo conductual en el comportamiento suicida en pacientes con intentos suicidas, tratados en el Hospital Psiquiátrico Morelos. En el estudio participaron 10 sujetos, de los cuales concluyeron 5 el total de sesiones. A los participantes se les aplicó una evaluación previa con los instrumentos diseñados por Beck y Plutchik, después del tratamiento que consistió en un taller, se les aplicó la evaluación final con los mismos instrumentos. Los resultados indican una disminución de la ideación suicida, sin embargo las diferencias no resultaron estadísticamente significativas para la escala de Beck; a su vez se observó una disminución del riesgo suicida con diferencias estadísticamente significativas, para la escala de Plutchik. Se

<sup>1</sup> Profesor de tiempo completo, titular B en la licenciatura en psicología. Jefe de departamento de innovación educativa de 2009-2016: [g-zama@hotmail.com](mailto:g-zama@hotmail.com)

<sup>2</sup> Profesora titular B en la licenciatura en psicología: [vicky\\_gori@live.com.mx](mailto:vicky_gori@live.com.mx)

<sup>3</sup> Psicólogo egresado del CICS UST, IPN Empleado del Hospital Psiquiátrico Morelos: [jerry\\_galicia@icloud.com](mailto:jerry_galicia@icloud.com)

<sup>4</sup> Jefa de Psicología del Hospital Psiquiátrico Morelos. [Patricia.galindo@imss.gob.mx](mailto:Patricia.galindo@imss.gob.mx)

<sup>5</sup> Psicólogo egresado de la UAEM. Psicólogo clínico en el Hospital Psiquiátrico Morelos: [psicosdo@hotmail.com](mailto:psicosdo@hotmail.com)

<sup>6</sup> Profesora de la licenciatura en psicología.

<sup>7</sup> Psicólogo egresado del CICS UST, IPN: [herbosker@hotmail.com](mailto:herbosker@hotmail.com)

concluye que el tratamiento cognitivo conductual resulta eficaz para la disminución de la ideación y riesgo suicida, se propone la inclusión de la familia en el paquete de tratamiento y seguimiento longitudinal a los casos.

Palabras clave: tratamiento cognitivo conductual, ideación suicida, riesgo suicida, taller de intervención

## **RESULTS OF A PROGRAM OF COGNITIVE BEHAVIORAL INTERVENTION TO TREAT SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS AT THE HOSPITAL PSIQUIATRICO OF MORELOS**

### Abstract

This work wanted to prove the effectiveness of a cognitive behavioral treatment in the suicidal behavior of patients with suicide attempts treated at the Psiquiatric Morelos Hospital. In the study participated 10 subjects and only 5 of them completed all sessions. At the beginning of the investigation an appraisal was applied to all participants with instruments designed by Beck and Plutchik. After the treatment was concluded the same evaluation was applied to all participants. The results indicate a decrease in suicidal ideation, but the differences were not statically significant based in Plutchik scale. It was concluded that cognitive behavioral therapy is effective to reduce the risk and suicidal ideation, in the other hand it's recommended the inclusion of the patient family in the treatment package and also is propose a longitudinal follow up in each case.

Key Word: cognitive behavioral treatment risk and suicidal ideation, workshop intervention

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio (OMS, 2016).

Según el DSM IV, los criterios para el diagnóstico de los episodios depresivos mayores incluye entre otros síntomas: estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, disminución acusada del interés o de la capacidad para el

placer en todas o casi todas las actividades, pérdida importante de peso sin régimen dietético, o aumento del mismo, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día, fatiga o pérdida de energía la mayor parte del día, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, e indecisión y muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio y un plan específico para suicidarse (Pichot, López Ibor, y Valdés, 1995; p. 333). Ante este panorama se hizo necesaria la inclusión del trastorno de la conducta suicida en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; citado en Calati y Courtet, 2016).

De esta manera, según datos de la Organización Mundial de la Salud, se calcula que 350 millones de personas en el mundo sufren de depresión (afectando más al sexo femenino) se le considera la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad (se le considera un factor que conduce al suicidio). De esta manera la Organización Mundial de la Salud, reporta que cada año se suicidan más de 800, 000 personas, constituyendo la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (OMS, 2016; Calati y Courtet, 2016).

En México, según datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, en 2013 se registraron 5, 909 suicidios, que representan 1% del total de muertes registradas, colocándose como la décima cuarta causa de muerte y presentando una tasa de cinco por cada 100 mil habitantes (INEGI, 2015).

Así, las entidades con mayor tasa de suicidio son Aguascalientes (9.2), Quintana Roo (8.8) y Campeche (8.5), mientras que el 40.8% de los suicidios ocurren en jóvenes de 15 a 29 años alcanzando la tasa de 7.5 suicidios por cada 100 mil jóvenes; por otro lado, del total de suicidios ocurridos en el 2013, 81.7% fueron consumados por hombres y 18.2% por mujeres, siendo el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación el principal método de suicidio con un 77.3%, finalmente, el principal lugar donde ocurren los decesos es dentro de la vivienda particular con 74% (INEGI, 2015).

Se han realizado diversas investigaciones al respecto, por ejemplo Cubillas, Román, Abril, y Galaviz (2012) buscaron documentar la asociación entre la depresión y los comportamientos suicidas en una muestra de 1358 estudiantes de ambos sexos, de 15 a 19 años de edad, estudiantes de educación media superior del Estado de Sonora. Ellos usaron la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D y la Escala de Ideación Suicida de Roberts; sus resultados indican que la depresión aparece en 67.3% de quienes han intentado suicidarse y en 81.1% de quienes manifiestan ideas suicidas, por lo que su conclusión es que la depresión aparece asociada significativamente con los comportamientos suicidas, siendo más frecuentes en las mujeres.

En este orden de ideas, Veytia, González, Andrade y Oudhof (2012) buscaron determinar el efecto de los sucesos vitales estresantes sobre los síntomas de depresión en adolescentes estudiantes de bachillerato con una muestra de 2292 adolescentes de 15 a 19 años de edad (54% mujeres y 46% hombres), a los que se les aplicaron los instrumentos: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-R) y el Cuestionario de Sucesos Vitales de Sandín (citado por Veytia, González, Andrade, y Oudhof, 2012). Sus resultados indican que 15.6% de los adolescentes presentaron síntomas de depresión (CES-D-R) y que 80.4% había sufrido algún suceso vital estresante familiar. Concluyen que el grado de estrés de los sucesos vitales se relaciona con la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes. Además, el hecho de ser mujer y haber vivido algún suceso vital estresante se asocia a un mayor puntaje de síntomas de depresión.

En otro estudio Juárez, y otros (2005), analizaron ocho variables bioquímicas (triacilglicéridos, colesterol, colesterol asociado a las lipoproteínas de alta densidad (HDL-colesterol), proteínas totales, leucocitos, eritrocitos, plaquetas y receptores plaquetarios a serotonina) en pacientes psiquiátricos con y sin intento de suicidio, así como en un grupo control, sus resultados indican que el valor bajo de receptores plaquetarios a serotonina aumentó el riesgo de suicidio (razón entre grupos 13.39;  $p < 0.001$ ), mientras que valores menores de leucocitos disminuyeron

el riesgo de suicidio (0.0;  $p < 0.001$ ). Concluyen que el análisis de leucocitos y de receptores plaquetarios a serotonina abre la posibilidad de que sean utilizados como indicadores potenciales del riesgo suicida en pacientes deprimidos.

Finalmente, en lo referente a los tratamientos Franchi (2001), propone que la terapia cognitivo conductual debe incluir los factores culturales en la psicoterapia, por ejemplo los factores de riesgo que inciden en la predisposición y desencadenamiento de la depresión (algunas creencias, tales como: los valores de triunfar en la vida, demostrar fortaleza, autosuficiencia y confiabilidad, creencias relacionadas con el coraje de enfrentar el peligro, mostrar agresividad, poder, control y dominio en los comportamientos y actitudes; y el sistema de valores que inhibe a los hombres de mostrar sus afectos abiertamente).

Otro estudio desarrollado por Duarté, Torres, Spirito, Polanco, y Bernal (2016), quienes diseñaron un estudio para poner en práctica un tratamiento ambulatorio cultural para 11 adolescentes puertorriqueños que han mostrado crisis suicidas, el cual consistía en dos fases, en la fase 1 se aplicó un tratamiento socio-cognitivo conductual para el comportamiento suicida y la fase 2 midió el tratamiento con un protocolo de ensayo abierto; las sesiones duraron aproximada de 3-6 meses, se practicó una evaluación inicial, durante el proceso y la evaluación post-tratamiento. Los resultados indican que los participantes mostraron satisfacción con el tratamiento, y datos clínicos favorables con una tasa de retención de 73% (8 de 11).

En un meta análisis desarrollado por Labelle, Pouliot, y Janelle (2015), quienes al analizar un total de 25 estudios cognitivos conductuales para el tratamiento de la depresión, conducta suicida y autolesiones. Sus conclusiones indican que los criterios científicos de los artículos no es satisfactoria; además realizaron un estudio con 14 artículos que emplean el tratamiento cognitivo conductual con un diseño de pre tratamiento y post tratamiento, sus resultados indican un efecto significativo del tratamiento en la reducción de la ideación suicida ( $n = 13/14$  estudios  $p = 0.001$ ). También se observó un efecto significativo con respecto a la autolesión ( $n = 8/14$  estudios;  $p = 0.001$ ). Sin embargo, no se

encontró un efecto significativo de intentos de suicidio ( $n = 6/14$  estudios;  $p = .94$ ). El pobre efecto observado en este caso podría ser debido a la baja prevalencia inicial de intentos de suicidio en la mayoría de los estudios debido a la exclusión activa de los adolescentes en alto riesgo de suicidio.

En otro estudio Morley, Sitharthan, Haber, Tucker, y Sitharthan (2014), ofrecieron tratamiento a personas con riesgo de intento suicida que además consumían sustancias, ellos compararon la eficacia de un tratamiento cognitivo conductual ambulatorio, por ocho sesiones, además de terapia de grupo y tratamiento habitual por seis meses. Los resultados indican cambios en las medidas psicológicas de ideación suicida, la depresión, la ansiedad y la auto-eficacia, no hubo suicidios, y sólo 2 participantes informaron de intentos de suicidio en el seguimiento. Así la ideación suicida, el consumo de alcohol y el consumo de cannabis disminuyeron con el tiempo. Su conclusión informa que el tratamiento cognitivo conductual ambulatorio no es mejor que el tratamiento habitual.

En otro estudio realizado por Carpintero, y otros (2011), estudiaron la incidencia de la conducta suicida (acto preparatorio, intento de suicidio o suicidio consumado) y cualquier tendencia al suicidio (ideación o comportamiento suicida) por lo que compararon entre grupos tratados con paroxetina y otro con placebo. Las evaluaciones de eficacia se basaron en las escalas de calificación de la depresión estándar (por ejemplo, Hamilton Depression Rating Scale o Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; citados en Carpintero, y otros 2011) y las puntuaciones de escala Clinical Global Impressions Mejora (CGI-I: citados en Carpintero, y otros 2011). Sus resultados indican que cuando se compararon todos los trastornos combinados, no hubo diferencias significativas entre paroxetina y el placebo para el suicidio general (comportamiento o ideas suicidas,  $p = 0,649$ ); pero al contrario, cuando se comparó a pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM), una mayor incidencia de la conducta suicida se produjo en los pacientes tratados con paroxetina que en los pacientes tratados con placebo ( $p = .058$ ); finalmente en los grupos de edad más avanzada, no se

observó un aumento del riesgo de suicidio. Concluyen que se debe tener un control cuidadoso de las tendencias suicidas durante el tratamiento antidepresivo, especialmente en los adultos más jóvenes (18 y 24).

Finalmente (Nordentoft, 2011), menciona que hay una influencia positiva de la terapia cognitivo-conductual ya que su estudio cuasi-experimental en una unidad especial de personas jóvenes que tenían pensamientos suicidas graves o que habían intentado suicidarse, mostró que el riesgo de reincidencia se redujo en el grupo de intervención, y que obtuvo una mejoría significativamente mayor en el Inventario de Depresión de Beck, Escala de desesperanza, Rosenberg Escala de autoestima y CAGE-score (citados en Nordentoft, 2011). Finalmente Calati y Courtet (2016) mencionan que los mejores efectos terapéuticos son principalmente en adultos y en pacientes ambulatorios.

#### METODO.

Sujetos. 10 participantes, 9 mujeres y un hombre, sus características predominantes es que al menos una vez, cada uno de los participantes han tenido intento e ideación suicida, en un rango de edad de 20-60 con un promedio de 35 años, todos los participantes son pre altas del Hospital Psiquiátrico Morelos que han buscado de nuevo atención especializada.

Escenario. Auditorio del Hospital Psiquiátrico Morelos el cual consta con aproximadamente 40 butacas, área de magistrado, cañón para proyecciones, manta de proyección, pintarrón. Utiliza luz artificial con base a 4 lámparas distribuidas en el techo de dicho recinto. Se calcula que el espacio mide unos 7 por 11 metros cuadrados y cuenta con una pequeña ventana para su ventilación.

Materiales y aparatos. Presentación de *power point*, pizarrón blanco, plumón, cañón y computadora, lápices, hojas, gomas y sacapuntas, película: "Betty blue", Kit de la esperanza elaborado por los pacientes, cañón del auditorio, manual de técnicas de relajación, manual de aprendizaje en habilidades sociales.

## Instrumentos.

1. Escala de Ideación Suicida de Beck, Kovacs, Weissman, (*Scale for Suicide Ideation, SSI*) (citados en García, Bascarán, Sáiz, M., y Bobes, 2006). La cual evalúa la gravedad de la ideación suicida. Siendo un instrumento auto aplicable. Es una escala diseñada para evaluar los pensamientos suicidas, la escala mide la intensidad de los deseos de vivir y de morir, además de otros elementos que deben de tenerse en cuenta, como la letalidad del método considerado, la disponibilidad de éste, la sensación de control sobre la acción o el deseo y la presencia de disuasores. Se trata de una escala semiestructurada de consta de 19 ítems que se valoran en una escala de tres puntos (0-2). Los diferentes ítems se hallan distribuidos en 4 apartados, la actitud hacia a vida y la muerte (ítems 1 a 5), las características de la ideación o del deseo de muerte (ítems de 6 a 8), características del intento planeado (ítems 12 a 15) y actualización de la tentativa (ítems 16 a 19).

La corrección e interpretación se proporciona en una cuantificación de la gravedad de la ideación suicida. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 38. No existen puntos de corte propuestos; a mayor puntuación, mayor gravedad. En el estudio de Córdova y Rosales (2012), se presenta una buena confiabilidad la escala SSI, a partir de los resultados se identifican adecuadas características psicométricas para la identificación de la ideación suicida obteniendo un Alfa de *Crombach* de 0.76.

2. Escala de riesgo suicida de Plutchik, Van Praag, Conte, Picard (*Risk of Suicide, RS*) (citados en García, Bascarán, Sáiz, M., y Bobes, 2006). Es un instrumento auto aplicable, el RS permite discriminar entre individuos sin tentativa de suicidio de individuos con tentativas de suicidio (o con antecedentes de ellas). Consta de 15 ítems a los que el individuo ha de responder si o no. Incluye cuestiones relacionadas con intentos auto lítico previo, intensidad de la intención actual, sentimientos de depresión, desesperanza, entre otros aspectos relacionados con las tentativas. La



corrección e interpretación se da en que cada respuesta afirmativa evalúa un punto y cada respuesta negativa 0 puntos. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems, esta puntuación puede oscilar entre 0 y 15. En la versión española los autores proponen un punto de corte de 6. De esta manera, en el estudio hecho por Ramírez, Diana, y Olivella (2015), se presenta una buena confiabilidad de la escala RS, a partir de los resultados se identifican adecuadas características psicométricas para la identificación de riesgo suicida obteniendo un Alfa de Crombach de 0.77.

#### Procedimiento.

El diseño del estudio es pre experimental con pre prueba y post prueba, el tiempo de duración de las sesiones fue de 10 semanas con inicio el 26 de noviembre del 2015, y terminó el día 18 de febrero del 2016 se contó con un periodo de no aplicación del 24 de diciembre del 2015 al 7 de enero del 2016, la aplicación se realizó los días jueves con horario de 16:00 a 18:00 horas. El diseño en el que se basó la intervención fue de tipo pre experimental con pre prueba y post prueba, sin grupo de comparación.

Los instructores tuvieron acceso a las instalaciones del auditorio del Hospital Psiquiátrico Morelos para llevar a cabo la intervención en pacientes con intentos e ideación suicida, éstos fueron canalizados por parte del servicio de hospitalización del Hospital Psiquiátrico Morelos, el cual formó el grupo de tratamiento, en la investigación, se utilizaron pruebas estandarizadas para medir la tendencia predominante en nuestra población (escalas Beck: SSI, Plutchik: RS), así como el respaldo teórico de la terapia cognitiva de Beck para la modificación de conductas.

Basados en la terapia cognitiva de Beck (en Ellis, 2008) que consiste en cambio comportamental en la ideación e intento suicida, con base en la implementación de diversas técnicas que tuvieron como objetivo lograr un control de conductas del paciente.

La intervención constó de 10 sesiones a las cuales los participantes deben acudir, con el compromiso de asistir al 100% para ser considerados en la medición del post test, dicho lineamiento se expresó en un consentimiento informado que firmaron al inicio de la intervención, y de esta manera obtener confiabilidad al momento de la revisión de los resultados.

La estructuración se basó en el procedimiento en específico que realizó Beck (en Ellis, 2008) complementado con técnicas seleccionadas para reforzar el aprendizaje obtenido durante la intervención cognitiva-conductual. El marco de trabajo general de la intervención (primera fase, fase media y última fase) se presenta a continuación:

#### Primera Fase de las sesiones (1-3)

En la primera sesión, se impartió una presentación del suicidio y revisión de los lineamientos a seguir durante la intervención, los objetivos fueron concientizar al paciente sobre el suicidio y comprometer a los participantes con la intervención. Las actividades realizadas fueron la presentación de diapositivas informativas sobre el suicidio, una breve reseña de la intervención cognitivo-conductual y la firma del consentimiento informado.

En la segunda sesión se impartieron las escalas y plan de seguridad, los objetivos fueron la aplicación del pre test de Beck: SSI y Plutchik: RS y el desarrollo de un plan de seguridad, realizando una breve explicación del plan que se implementó a lo largo de la intervención.

En la última sesión de la primera fase los temas impartidos fueron modelo cognitivo y conceptualización cognitiva, en los cuales los objetivos fueron presentar y explicar el modelo ABC aplicado a la suicidalidad e identificar los pensamientos automáticos y creencias centrales que llevaron al intento suicida.

#### Fase media (4-7)

En esta fase de la intervención en el comportamiento suicida se aborda y se logra al utilizar técnicas de reestructuración cognitiva y cambio de comportamiento (Stanley, Brown, y Brent, 2009; Toro, 2013).

En la cuarta sesión el tema a desarrollar fue, tarjetas de afrontamiento en el cual el objetivo fue identificar las creencias claves que son activadas cuando el paciente se sintió suicida y describir por escrito las consecuencias con base en sus creencias de lo que puede suceder en el momento en el que ocurre una crisis.

Dando seguimiento en la quinta sesión, se desarrolló el tema: “kit de esperanza y técnicas en habilidades conductuales y cognitivas”, el objetivo fue orientar al paciente para crear un recordatorio personal y poderoso con la vida y presentar estrategias conductuales de afrontamiento para ayudarles a lidiar con seguridad los pensamientos y conductas suicidas. Se construyó una caja pequeña con recuerdos gratos en la cual contenían objetos variados (fotos, cartas, discos, juguetes, etc...) y la enseñanza de las técnicas: resolución de problemas y toma de decisiones.

En la sexta sesión se dio seguimiento a las técnicas en habilidades conductuales y cognitivas, aportando así las técnicas de: experimentos conductuales, control y programación de actividades, distracción y relocalización, tarjetas de apoyo y exposición gradual, dando por terminado así las estrategias conductuales de afrontamiento.

En la última sesión de la fase media se desarrolló los temas: técnicas de relajación y técnicas en habilidades sociales (según el procedimiento planteado por Caballo, 1993), el objetivo, fue enseñar al paciente a distraerse de las sensaciones de ansiedad, para lograr así inhibirla, a través de la distensión muscular para poder desarrollarse de una mejor manera dentro de su entorno social. Las técnicas expuestas para llevar a cabo en crisis fueron respiración diafragmática, detención del pensamiento, imaginería, interacción entre tensión y relajación, hacer y recibir cumplidos, afrontar las críticas, y la expresión de molestia, desagrado y disgusto (Caballo, 2008; Davis M., 1985).

### Últimas sesiones (8-10)

El objetivo principal de las últimas sesiones es desarrollar una tarea de prevención de recaída de los pacientes usando habilidades de afrontamiento que han desarrollado mientras se visualizan a sí mismos en crisis suicidas futuras. Se les describe la premisa de la imaginación guiada, junto con posibles consecuencias dañinas (es decir, sentirse angustiado).

En la octava sesión se retroalimentó estas habilidades recreando escenas que el paciente ha vivido con dificultad. Se manejaron alternativas mediante modelado y ensayo de otras conductas para su puesta en práctica. Finalmente se presentó la primera hora de la película *Betty Blue* (Beineix, 1986), con el fin de reforzar a los participantes a través del modelamiento de las conductas de riesgo suicida.

En la novena sesión se les pidió a los participantes que imaginen una secuencia de eventos que los llevó al intento suicida, así como los pensamientos relacionados y sentimientos que precipitaron en una crisis suicida del pasado, entonces, que se imaginen a sí mismos usar las habilidades para afrontar exitosamente cada evento que les llevó a la crisis. Esto les dio a los pacientes la oportunidad para practicar su recién adquirido plan de seguridad en un ambiente seguro. Se presentó la segunda hora de la película de “*Betty Blue*” (Beineix, 1986).

Para concluir en la décima y última sesión de la intervención, se aplicó el post-test de las escalas de Beck: SSI y Plutchik: RS, a los pacientes que tuvieron el 100% de asistencia, el cual demostró un cambio conductual y cognitivo en la ideación y riesgo suicida. Es importante mencionar que solo se aplicó pos test a las personas que cumplieron con el 100% de asistencia para poder hacer una medición confiable y la comparación respectiva entre las puntuaciones obtenidas en la aplicación de las escalas de Beck y Plutchik (pre y post test).

A la par de cada sesión se les reforzaba a los participantes verbalmente y con reconocimientos, si estos realizaban las actividades que se les asignaban,

para hacerlas en casa o con el grupo, tales como relajación, entrenamiento en habilidades sociales, exposiciones en vivo y solución de problemas. Se rató de reducir (o extinguir) las conductas de intento y riesgo suicida, buscando así un reforzamiento natural para lograr así el objetivo (Reynoso y Nisembaum, 2005; Rodríguez, 1991; Piura, 2014).

### Resultados

Al concluir con la intervención cognitiva conductual en 10 pacientes pre alta del Hospital Psiquiátrico Morelos, se tomó en cuenta solo a los primeros cinco participantes que cumplieron con la asistencia a las 10 sesiones programadas, así se logró tener mayor control en la aplicación de los pre y post test y lograr ver los cambios en la ideación suicida y riesgo suicida.

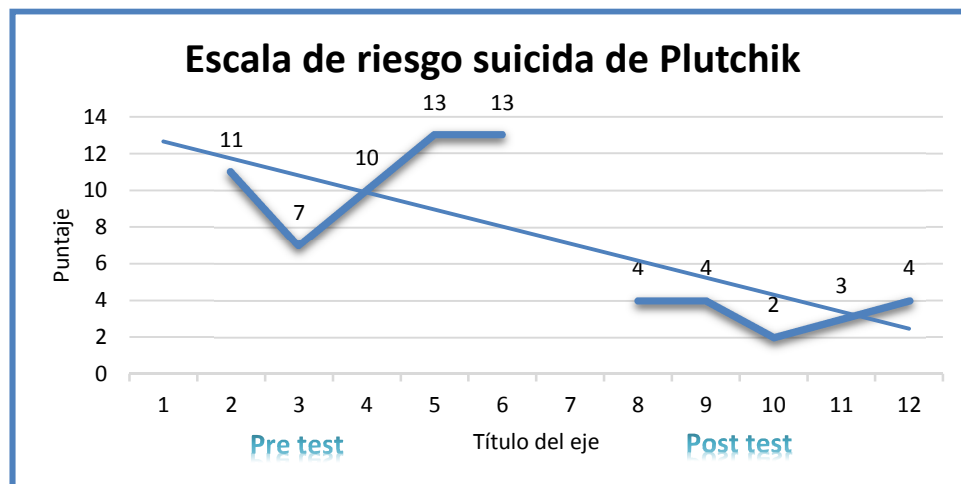


Gráfico 1. Se muestra la comparación del puntaje obtenido en los participantes al inicio y terminó de la intervención, para la medición del riesgo suicida.

La puntuación obtenida en la escala de Plutchik oscila de 0 a 15 con un punto de corte de 6 ítems afirmativos, lo cual nos hace referencia a riesgo suicida, en este gráfico se logra observar que la población denota tal característica al tener como mínima puntuación 7 y máxima de 13 puntos en la calificación del pre test. Después de aplicar la intervención en su totalidad se nota el decremento en el riesgo suicida con un puntaje mínimo de 2 y máximo de 4 puntos en la aplicación

del post test, comprobando así la efectividad de la intervención al contrastar las puntuaciones obtenidas de cada uno de los participantes.

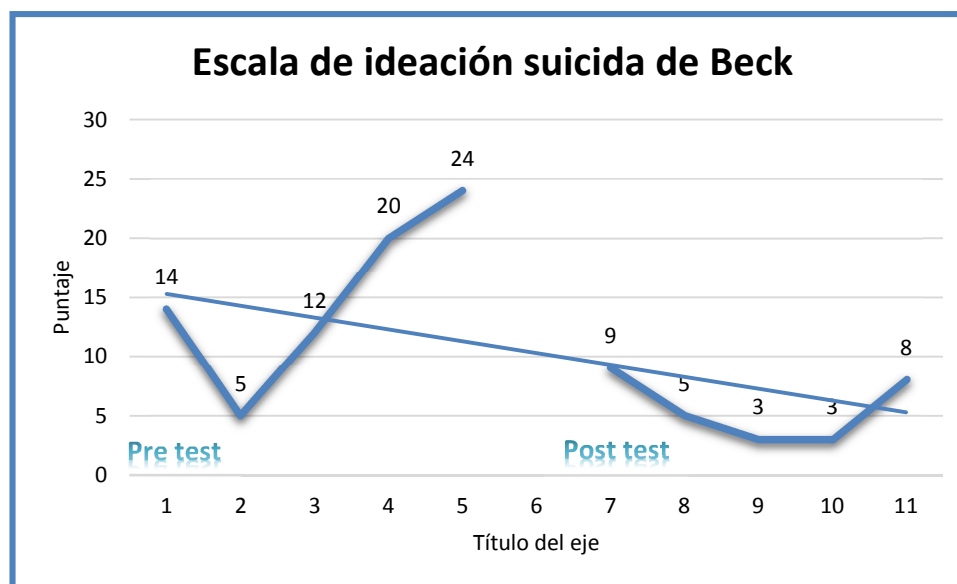


Gráfico 2. Se muestra la comparación del puntaje obtenido en los participantes al inicio y terminó de la intervención, para la medición de la ideación suicida.

La puntuación obtenida en la escala de Beck nos proporciona que tan alta es la gravedad de la ideación suicida, a mayor puntuación mayor gravedad con un rango de 0 a 38, no existen puntos de corte propuestos, sin embargo toda la población muestra la tendencia de la ideación suicida, ya sea moderada o alta, cabe especificar, que se presentó un caso especial, el segundo participante, expresó una ideación suicida moderada, ya que al revisarla y calificar los ítems 4 y 5 tuvo una puntuación igual a 0, es decir el participante no expresa ideación suicida, al calificar los post test se mantuvo en la calificación inicial. En los demás participantes se logra percibir que la ideación suicida disminuyó, se tomó en cuenta el pre test con una puntuación mínima de 5 a 24 máxima se contrasta con la medición del post test teniendo una puntuación mínima de 5 y máxima de 9 puntos calificados.

Para ver si hay diferencias estadísticamente significativas, se aplicaron las pruebas estadísticas no paramétricas de grupos relacionados: prueba de los Signos, Wilcoxon y Friedman, los resultados al comparar el pre y post de la

evaluación en la prueba de Beck fue con el estadístico de los signos ( $P = .068$ ) por lo que se acepta la  $H_0$ . En la prueba estadística de Wilcoxon ( $P = .068$ ) por lo que se acepta la  $H_0$ . Sin embargo, en la pre y post evaluación en la prueba de Plutchik con el estadístico de los signos ( $p = .031$ ), Wilcoxon ( $p = .043$ ) y Friedman ( $p = .025$ ) se acepta la  $H_1$ . Demostrando así la validez de la intervención cognitiva conductual.

### Discusión

Nuestros resultados son compatibles con las investigaciones de Labelle, Pouliot, y Janelle, (2015); Nordentoft, (2011) respecto a la efectividad de los tratamientos basados en la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), ya que como se aprecia en las gráficas 1 y 2, existió un decremento de los índices de Escala de Ideación Suicida de Beck (aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas) y de la Escala de riesgo suicida de Plutchik (con diferencias estadísticamente significativas), lo que nos hace pensar que el tratamiento que incluye aspectos culturales (Duarté, Torres, Spirito, Polanco, & Bernal, 2016), y la terapia en grupo (Morley, Sitharthan, Haber, Tucker, & Sitharthan, 2014) resulta más efectiva.

Sin embargo, los datos a favor de los tratamientos ambulatorios son contradictorios, ya que los estudios a favor de los efectos positivos en este tipo de tratamientos (Duarté, Torres, Spirito, Polanco, y Bernal, 2016; Calati y Courtet, 2016), y los que reportan que la atención ambulatoria no es más efectiva que los tratamientos tradicionales (Morley, Sitharthan, Haber, Tucker, & Sitharthan, 2014). Al respecto, nuestros resultados indican que los tratamientos ambulatorios son efectivos, pero nuestro estudio no compara los demás tratamientos, lo cual sería una línea de investigación importante.

Respecto a la efectividad de los tratamientos cognitivo conductuales por edad de los pacientes, autores como Carpintero, y otros (2011); Calati y Courtet (2016), afirman que los tratamientos son más efectivos en los pacientes con más edad, en contraste a los pacientes más jóvenes. Nuestros resultados no arrojan

mucha información, ya que la población atendida tuvo una diversidad de edades de los participantes, sería muy interesante realizar estudios enfocados a comprobar esta variable. Sin embargo, esta información es útil considerarla, ya que en los tratamientos se debe tener más vigilancia a los pacientes más jóvenes.

Otra variable importante es la afirmación de Labelle, Pouliot, y Janelle (2015) respecto a que la TCC es efectiva en la reducción de la ideación suicida (como se observó en la escala de ideación suicida de Beck), y de las autolesiones, pero que no muestra mucha efectividad en la disminución de los intentos suicidas de los participantes, motivo por el cual, es muy interesante realizar más investigación al respecto; además es importante considerar, que uno de los aspectos que no fueron controlados en este trabajo es precisamente el seguimiento a los participantes, por lo que resulta muy importante observar los efectos del tratamiento a medio y largo plazo e incluir la medición de los intentos de suicidio realizados, con lo anterior se comprobaría el efecto de la disminución en la escala de riesgo suicida de Plutchik. Lo anterior podría verse complementado con la propuesta de incluir a la familia en los tratamientos y conformar un paquete de tratamiento más completo de los entornos en que se desarrolla dicho comportamiento, con lo cual sería recomendable incrementar el número de sesiones y el tiempo de desarrollo del paquete de tratamiento.

### Conclusión.

La principal conclusión de este trabajo radica en el hecho de que la Terapia Cognitivo Conductual es un mecanismo eficaz para reducir el riesgo y la ideación suicida en pacientes con historial de intentos suicidas, medidas por los instrumentos de Plutchik y Beck respectivamente, y que además si es desarrollada en grupos pequeños es más efectiva (Toro, 2013). Se debe considerar que la baja en la escala de ideación suicida de Beck, no resultará necesariamente en una disminución de los intentos suicidas como lo han mencionado Labelle, Pouliot, y Janelle (2015), por lo que se propone un programa en el que participe el entorno de interacción de los participantes, y seguimiento longitudinal a estos casos, con



el fin de comprobar la efectividad de la terapia cognitiva conductual a lo largo del tiempo.

#### Referencias Bibliográficas

- Beineix, J.-J. (Dirección). (1986). *Betty Blue* [Película].
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evolución y entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Madrid: Editorial Siglo XXI, España Editores, S.A.
- Caballo, V. E. (2008.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid.: Editorial Siglo XXI, España Editores, S.A.
- Calati, R., & Courtet, P. (2016). Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and nonsuicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *Journal of Psychiatric Research*, 8-20.
- Carpintero, D., Fong, R., Kraus, J., JT., D., Moore, C., & Thase, M. (2011). Meta-analysis of efficacy and treatment-emergent suicidality in adults by psychiatric indication and age subgroup following initiation of paroxetine therapy: a complete set of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of clinical Psychiatry*, 520-527 .
- Córdova, O. M., & Rosales, P. J. (2012). Confiabilidad y validez de constructo de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes mexicanos de educación media superior. *Revista Alternativas en Psicología*.
- Cubillas, R. M., Román, P. R., Abril, V. E., & Galaviz, B. A. (2012). Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud mental*, 45-50.
- Davis M., E. M. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona. Barcelona: Ediciones Martínez Roca S.A.
- Duarté, V. Y., Torres, D. P., Spirito, A., Polanco, N., & Bernal, G. (2016). Development of a treatment protocol for Puerto Rican adolescents with suicidal behaviors. *Psychotherapy*, 45-56.
- Ellis, T. E. ( 2008). *Cognición y suicidio; Teoría, Investigación y Terapia*. Washington, DC.: Editorial Manual Moderno.
- Franchi, S. (2001). La depresion en el hombre. *Interdisciplinaria*, 135-154.
- García, P. M., Bascarán, M. T., Sáiz, P. A., M., B., & Bobes, J. (2006). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Editorial Ars Medica.

- INEGI. (8 de septiembre de 2015). *Estadísticas a propósito del... día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre)*. Obtenido de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>
- Juárez, R. E., Blé, C. J., Villar, S. M., Jiménez, S. M., Ramón, F. T., Juárez, O. M., y otros. (2005). Depresión y riesgo de suicidio: posibles indicadores bioquímicos en pacientes psiquiátricos con intento de suicidio en el sures. *Universidad y Ciencia*, 1-9.
- Labelle, R., Pouliot, L., & Janelle, A. (2015). A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural treatments for suicidal and self-harm behaviours in adolescents. *Canadian Psychology*, 368-378.
- Morley, K. C., Sitharthan, G., Haber, P. S., Tucker, P., & Sitharthan, T. (2014). The efficacy of an opportunistic cognitive behavioral intervention package (OCB) on substance use and comorbid suicide risk: A multisite randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 130-140.
- Nordentoft, M. (2011). Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Danish Medical Journal*.
- OMS. (Abril de 2016). *La depresión*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Pichot, P., López Ibor, A. J., & Valdés, M. M. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Piura, B. H. (2014). Efectos de un programa cognitivo conductual en las ideas suicidas en estudiantes de 4to año de secundaria. *Revista Nari Walac*.
- Ramírez, O., Diana, C., & Olivella, G. L. (2015). Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik, en población civil colombiana y policías activos de la policía nacional de Colombia. *Universidad Popular del Cesar*.
- Reynoso, E. L., & Nisembaum, S. I. (2005). *Psicología clínica de la salud; un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Rodríguez, S. J. (1991). *Técnicas de Modificación de Conducta, aplicación a la psicopatología infanto-juvenil y a la educación especial*. España: Universidad de Sevilla.
- Stanley, B., Brown, G., & Brent, D. A. (2009). Terapia cognitiva conductual para la prevención del suicidio (CBT): modelo de tratamiento, viabilidad y aceptabilidad. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.

- Toro, R. .. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia. Avances de la disciplina*.
- Veytia, L. M., González, A. L., Andrade, P. P., & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 37-43.