

MANUAL
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL
SUICIDABILIDAD Y CONDUCTA SUICIDA

HERLINDA AGUILAR ZAVALA

DIANA LAURA LOPEZ NAVARRO

VICTORIA ABRIL CEJA SOSA

LAURA CECILIA ALDANA MARTÍNEZ

Julio 2023

Índice

CAPITULO 1	2
IDEACIÓN Y COMPORTAMIENTO SUICIDA.....	2
CAPITULO 2	16
LA DESESPERANZA EN LA IDEACIÓN Y COMPORTAMIENTO SUICIDA.....	16
La transición de la ideación suicida al intento suicida:	17
CAPITULO 3	22
LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.....	22
CAPITULO 4	26
LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC) EN LA CLÍNICA	26
CAPITULO 5	30
PLAN DE SEGURIDAD.....	30
CAPITULO 6	36
ENTREVISTA ESTRUCTURADA Y FORMULACIÓN DE CASO	36
CAPITULO 7	49
ACTIVACIÓN CONDUCTUAL.....	49
CAPITULO 8	52
REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	52
CAPITULO 9	55
TERMINACIÓN	55
CAPITULO 10	56
LA ESTRUCTURA DE LAS SESIONES INDIVIDUALES Y LA ESTRUCTURA DEL PLAN TERAPÉUTICO.....	56
CAPITULO 11	60
EL TRABAJO CON EL AMBIENTE FAMILIAR.....	60

CAPITULO 1

IDEACIÓN Y COMPORTAMIENTO SUICIDA

El suicidio es un fenómeno que tiene un importante impacto social y que se puede prevenir mediante intervenciones basadas en evidencia, eficaces y oportunas. El suicidio es un fenómeno heterogéneo, ya que involucra un conjunto de circunstancias y características individuales que tienen lugar en distintos entornos (Turecki & Brent, 2016.) y por eso, el tratamiento de la conducta suicida (CS) es uno de los retos a los que se enfrentan los profesionales de la salud. Es por ello que se requiere de un enfoque sistemático, colaborativo y coordinado, con múltiples estrategias a distintos niveles (Zalsman, y otros, 2016)

Las conductas suicidas es un problema de salud que va en creciente en nuestro país, tal como lo demuestran encuestas nacionales sobre mortalidad y conducta suicida, mismas que revelan que la tasa de muertes por suicidio creció en un 275% de 1970 al 2007 (Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME., 2010); pese a esto los estudios epidemiológicos al respecto son escasos, sin embargo según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México (ENEP) aplicada entre el 2001 al 2003, en una población total de 5,782 en población adulta, revela que el 8.3% de los encuestados, reportó haber tenido ideación suicida, el 3.2% reportó haber tenido un plan para suicidarse y el 2.8% reportó haber tenido intento(s) suicida(s). Parece ser que en los jóvenes entre 12 y 17 años los comportamientos relacionados con el suicidio (por ejemplo, ideación e intentos suicidas) son frecuentes; 24% de ellos reportan ideas suicidas y 11% de ellos intentos de suicidio en los últimos 12 meses (Nock, y otros, 2008).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2019, el 77% de los suicidios ocurrieron en países de ingresos medios, bajos, y para el 2021, se reportó que cada año se quitan la vida alrededor de 700 mil personas, lo que equivaldría a una persona cada 40 segundos; es por ello que el suicidio es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años. A nivel mundial, el suicidio representa el 1.3% de las muertes en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Con estos datos, se calcula que cuatro de cada mil adultos han intentado el suicidio (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

En el 2019, se registraron 6772 casos de suicidio, de los cuales 5327 correspondían al sexo masculino (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Según datos del INEGI el 62% de los fallecimientos se da entre personas de 15 a 39 años (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEGI], 2019).

Dichos comportamientos prevalecieron en la adolescencia y adultez temprana y fueron menos comunes después de los 35 años de edad, con excepción de la ideación suicida que se mantuvo presente en edades más avanzadas. El presentar uno o más trastornos, evaluados en la encuesta de acuerdo con el DSM-IV, fue común entre las personas con ideación (60.9%), plan (75.6%) e intento (74.6%) suicidas y se encontró que este hecho es un factor de riesgo fuerte para el comportamiento suicida, incrementando en 4.8 veces el riesgo para ideación, 10.2 para plan y 9.6 para intento. Aproximadamente una de cada cuatro personas con intento suicida reportó haber consultado alguna vez un psiquiatra.

Como en muchos otros países, en México los trastornos mentales tienen un impacto importante en los comportamientos suicidas. Se recomiendan ampliamente los esfuerzos de intervención enfocados a la identificación y al tratamiento de personas antes o durante el inicio de la ideación suicida (Borges G, Wilcox, H.C., Medina-Mora, ME, Zambrano-Ruiz, J., Blanco, J., Walters, E.E., 2005). De la misma manera la Encuesta Nacional de Comorbilidad, menciona que el riesgo de transición entre la ideación suicida a la planeación y al intento es muy alto durante el primer año de establecimiento de la ideación. Además de que la presencia de uno o más trastorno del DSM-IV/CIDI (Composite International Diagnostic Instrument), aun siendo éstos temporales, ésta altamente relacionada a cada una de las consecuencias relacionadas con el suicidio (Borges, G., Nock, M.K., Medina-Mora, M.E., Hwang, I., Kessler, R.C., 2010; Borges G, et al., 2007).

Si consideramos la edad de instauración del evento suicida, las intervenciones de para su prevención deberían enfocarse más en niños y adolescentes con algún trastorno para atender directamente el riesgo que el padecerlo implica en relación al evento suicida (Borges G, et al., 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que a nivel mundial se dan 15 suicidios por cada 100 mil habitantes, mientras que en el estado de Guanajuato hay una tasa de suicidios de 6 casos por cada 100 mil habitantes, según datos proporcionados por la dirección

de salud mental de la Secretaría de Salud de Guanajuato. 52% de los suicidios están en el rango de edad de 18 a 35 años, mientras que los menores sólo aluden a un 11% y el rango de edad es de los 17 y 18 años.

Los síntomas de alarma entre los niños y adolescentes suicidas son impulsividad, hiperactividad, hiperagresividad, cambios de hábitos alimenticios y de sueño, bajo rendimiento escolar e introspección. Entre los adultos las conductas se modifican como depresión, ansiedad, aplanamiento de las emociones, aislamiento, tendencia al llanto y a empezar a hablar de la muerte.

Nomenclaturas

La investigación en el tema es imperativa (O'Connor, 2014) y para ello es necesario que se facilite la comunicación entre profesionales de la salud, eliminando términos confusos, ambiguos o incluso peyorativos (Silverman M. y., 2016).

En 1996 O'Carroll y colaboradores diseñaron una nomenclatura, misma que señalaba como eje central la intención de morir (presente o ausente) y los resultados de la conducta; una descripción detallada se encuentra en la tabla 1.

Tabla 1. Nomenclatura de 1996

	Términos para los comportamientos relacionados al suicidio	Intencionalidad de morir
Conducta instrumental	Conducta instrumental relacionada al suicidio con lesiones	Ausente
	Conducta instrumental relacionada con el suicidio sin lesiones	
	Conducta instrumental relacionada con el suicidio con resultado fatal	
Actos suicidas	Intento suicida con lesiones	Presente
	Intento suicida sin lesiones	
	Suicidio	

Posteriormente en 2007 se hizo una revisión de la nomenclatura de 1996 (tabla 2), manteniendo la relevancia de la existencia de la intención suicida y la letalidad del

comportamiento, pero se descartaron conceptos como “gesto suicida”, “conducta parasuicida” y “suicidio consumado” por la connotación peyorativa y/o redundante que implicaban (Silverman M. B., 2007a). Esta clasificación consideró la conducta indeterminada relacionada al suicidio, que permite agrupar a los casos en que no es posible establecer la intencionalidad, además, es una de las mayormente aceptadas a nivel internacional por su aplicabilidad, pues propone tres categorías que consideran conductas y cogniciones: pensamientos relacionados con el suicidio, comunicaciones asociadas al suicidio y conductas asociadas al suicidio (Rangel & Jurado, 2022).

Los pensamientos son un elemento exclusivamente cognitivo, que pueden o no involucrar la intención de quitarse la vida; de aquí, se desprenden otros términos útiles: Ideación relacionada con el suicidio sin intención de quitarse la vida, ideación relacionada con el suicidio con intención suicida indeterminada e ideación relacionada con el suicidio con intención suicida (Rangel & Jurado, 2022).

Por su parte, las comunicaciones asociadas al suicidio contemplan dos términos: la amenaza y el plan suicida. El primero, es una sugerencia de que cualquier comportamiento asociado al suicidio puede ocurrir, pero sin un componente auto-lesivo evidente; estas amenazas pueden ser verbales o no. Además, están las amenazas sin intención (tipo I), con intención indeterminada (tipo II) y con intencionalidad suicida (tipo III). El plan suicida, por su parte, implica un método que es potencialmente mortal y también considera tres clasificaciones: Plan suicida tipo I (sin intención), tipo II (intención indeterminada) y tipo III (con intención) (Rangel & Jurado, 2022).

Tabla 2. Nomenclatura de 2007

	Términos para los comportamientos relacionados al suicidio	Intencionalidad de morir
Autolesión	Tipo I (Sin lesiones)	Sin intención
	Tipo II (Con lesiones)	
	Muerte autoinflingida pero involuntaria (Lesiones fatales)	
Conducta indeterminada relacionada al suicidio	Conducta indeterminada relacionada al suicidio tipo I (sin lesiones)	Intención suicida indeterminada
	Conducta indeterminada relacionada al suicidio tipo II (con lesiones)	
	Conducta indeterminada relacionada al suicidio tipo III (con lesiones fatales)	
Intento suicida	Intento suicida tipo I (sin lesiones)	Intención suicida presente
	Intento suicida tipo II (con lesiones)	
	Suicidio (con lesiones fatales)	

Las distinciones valen la pena, pues los intentos de suicidio y autolesiones intencionales son de los predictores más fuertes de futuros comportamientos suicidas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014), por lo que al momento de intervenirlos, podría ser necesario enfocar las estrategias a una situación u otra.

Finalmente, en el 2011 surge una nueva propuesta de categorización por parte del Sistema de Clasificación de Violencia Auto-dirigida (SCVA) del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés “Center for Disease Control and Prevention”), definiendo términos como el de la Ideación suicida, que involucra a los pensamientos sobre participar en cualquier conducta relacionada al suicidio (1), aunque también los detalla (tabla 3). Esta clasificación está basada en la definición de violencia de la OMS, que define a la violencia como el uso intencional de la fuerza física o las amenazas contra sí mismo u otros

y que tiene como probable consecuencia un desenlace con daños psicológicos, traumatismos, problemas del desarrollo o la muerte (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002).

Aquí, los autores integran la interrupción del comportamiento.

Tipo	Subtipo	Términos
Pensamientos	Ideación violenta auto-dirigida no suicida	Ideación violenta auto-dirigida no suicida
Conductas	Ideación suicida	Ideación suicida: sin intención, con intención indeterminada o con intención.
	Preparatoria	Violencia auto-dirigida preparatoria: no suicida, indeterminada o suicida.
	Violencia auto-dirigida no suicida (sin intención)	Violencia auto-dirigida no suicida: sin lesión, sin lesión interrumpida por sí mismo u otros, con lesión, con lesión interrumpida por sí mismo u otros o fatal.
	Violencia auto-dirigida indeterminada (intención indeterminada)	Violencia auto-dirigida indeterminada: no suicida sin lesión, sin lesión interrumpida por sí mismo u otros, con lesión, con lesión interrumpida por sí mismo u otros o fatal.
	Violencia auto-dirigida suicida (con intención)	Intento de suicidio sin lesión, intento de suicidio sin lesión interrumpido por sí mismo u otros, con lesión, con lesión interrumpido por sí mismo u otros o suicidio.

Este sistema no hace referencia al “suicidio consumado”, por considerarse un pleonasma, por lo que se sugiere usar simplemente el término “suicidio” (Crosby, LaVonne, & Melanson, 2011) (Posner, Brodsky, Yershova, Buchanan, & Mann, 2014).

Por tanto, definimos el suicidio como el acto de acabar intencionadamente con la propia vida. Además de este, algunos autores contemplan el término de “conductas suicidas” (CS) y las clasifican en tres categorías bajo las siguientes implicaciones (Nock, y otros, 2008):

Término	Definición
Ideación suicida	Pensamientos sobre llevar a cabo una conducta con la intención de acabar con la propia vida.
Plan suicida	Formulación de un método específico mediante el cual se pretende morir.
Intento suicida	Participación en una conducta potencialmente auto-lesiva en la que existe cierta intención de morir.

Las conductas de auto-lesión no suicida han sido distinguidas de la CS, considerando que en la primera, no existe intención de morir (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006).

Criterios diagnósticos de DSM-5 sobre comportamiento suicida

Criterios propuestos

- A. El individuo ha realizado un intento de suicidio en los últimos 24 meses. Nota: Un intento de suicidio es una secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quien en el momento de iniciarlos espera que el conjunto de acciones llevará a su propia muerte. El “momento de inicio” es el momento en el que tuvo lugar un comportamiento en el que se aplicó el método de suicidio.
- B. El acto no cumple criterios para la autolesión no suicida, es decir, no conlleva una autolesión dirigida a la superficie corporal que se realiza para aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o para conseguir un estado de ánimo positivo.
- C. El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida o a los actos preparatorios.
- D. El acto no se inició durante un delirium o un estado de confusión.
- E. El acto no se llevó a cabo únicamente con un fin político o religioso.

Especificar si:

Actual: No han transcurrido más de 12 meses desde el último intento.

En remisión inicial: Han transcurrido 12-24 meses desde el último intento.

Criterios diagnósticos de DSM-5 sobre autolesiones no suicidas

Criterios propuestos

- A. En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p. ej., cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado (es decir, no hay intención suicida).

Nota: La ausencia de intención suicida o bien ha sido expresada por el individuo, o bien puede inferirse de la realización repetida por parte del individuo de comportamientos que sabe, o ha aprendido, que no es probable que tengan como resultado la muerte.

- B. El individuo realiza los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:
1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo.
 2. Para resolver una dificultad interpersonal.
 3. Para inducir un estado de sentimientos positivos.

Nota: El alivio o respuesta deseados se experimentan durante o poco después de la autolesión, y el individuo puede presentar patrones de comportamiento que sugieren una dependencia de realizarlos repetidamente.

- C. Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes:
1. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo.
 2. Un período de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto.
 3. Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúan.

- D. El comportamiento no está aceptado socialmente (p. ej., piercings, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural), y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.
- E. El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento.
- F. El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos, el delirium, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipias repetitivas. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica (p. ej., trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de movimientos estereotipados con comportamiento autolesivo, tricotilomanía [trastorno de arrancarse el cabello], trastorno de excoriación [dañarse la piel]).

Comorbilidades a la vulnerabilidad suicida

Existen varios trastornos mentales que acompañan la vulnerabilidad suicida, tal es el caso de trastorno del sueño (Lopez-Castroman, & Jaussent, 2020), trastornos obsesivos-compulsivos y dismórfico corporal (Eskander et al., 2020), y abuso de sustancias (Yuodelis-Flores et al., 2015).

La terapia cognitiva conductual (TCC) es una de las intervenciones terapéuticas más comunes y tratamientos efectivos para la depresión. Puede ser usada para abordar varias condiciones psicopatológicas tales como el trastorno por consumo de alcohol y eventos depresivos ya sea de forma independiente o en un formato integrado (Kay-Lambkin et al., 2011, 2009; Baker et al., 2010). Varios estudios recientes apoyan el uso de TCC vía online, que es igualmente eficaz para reducir los síntomas depresivos y el uso de sustancias, así como para aumentar la accesibilidad del tratamiento (Kay-Lambkin et al., 2011). La terapia cognitiva centrada en la reducción de actitudes disfuncionales en la depresión puede ser particularmente apropiada para abordar tanto la desesperanza como la ideación suicida. Si bien la TCC generalmente se enfoca en un diagnóstico “primario”, un tratamiento integrado para atender otras comorbilidades tales como la depresión y el abuso del alcohol

pueden conducir a una mayor disminución de los síntomas de depresión y consumo de alcohol que la observada a través de tratamientos de enfoque único para cualquier condición sola (Baker et al., 2010). También se ha sugerido que, para las personas con alguna comorbilidad, los tratamientos integrados pueden ser necesarios para reducir la vulnerabilidad al suicidio (Lecrubier, 2001; Handley et al., 2013)

Bibliografía

- Alavi, A., Sharifi, B., Ghanizadeh, A., & Dehbozorgi, G. (2013). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Decreasing Suicidal Ideation and Hopelessness of the Adolescents with Previous Suicidal Attempts. *Iranian Journal of Pediatrics*, 23(4), 467-472. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3883378/>
- Babeva, K., Klomhaus, A. M., Sugar, C. A., Fitzpatric, O., & Asarnow, J. R. (2020). Adolescent Suicide Attempt Prevention: Predictors of Response to a Cognitive-Behavioral Family and Youth Centered Intervention. *Suicide & life-threatening behavior*, 50(1), 56-71. doi:10.1111/sltb.12573
- Baker, A. L., Kavanagh, D. J., Kay-Lambkin, F. J., Hunt, S. A., Lewin, T. J., Carr, V. J., & Connolly, J. (2010). Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for coexisting depression and alcohol problems: short-term outcome. *Addiction* (Abingdon, England), 105(1), 87–99. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02757>.
- Beck, A. (1993). Cognitive Therapy: Past, Present, and Future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194-198. doi:10.1037/0022-006X.61.2.194
- Brown, G., Karlin, B., Trockel, M., Gordienjo, M., Yesavage, J., & Taylor, B. (2016). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Veterans with Depression and Suicidal Ideation. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 20(4), 677–682. doi:10.1080/13811118.2016.1162238

- Brown, G., Ten, T., Henriques, G., Xie, S., Hollander, J., & Beck, A. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*, 294(5), 563–570.
- Crosby, A., LaVonne, O., & Melanson, C. (2011). Self-directed violence surveillance; uniform definitions and recommended data elements. Estados Unidos: National Center for Injury Prevention and Control.
- Eskander, N., Limbana, T., & Khan, F. (2020). Psychiatric Comorbidities and the Risk of Suicide in Obsessive-Compulsive and Body Dysmorphic Disorder. *Cureus*, 12(8), e9805. <https://doi.org/10.7759/cureus.9805>
- Handley, T. E., Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Lewin, T. J., Kelly, B. J., Inder, K. J., Attia, J. R., & Kavanagh, D. J. (2013). Incidental treatment effects of CBT on suicidal ideation and hopelessness. *Journal of affective disorders*, 151(1), 275–283. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.005>
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 170, 205–228. doi:10.1192/bjp.170.3.205
- Hawton, K., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, D., House, A., & van Heeringer, K. (2000). Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2, CD001764. doi:10.1002/14651858.CD001764
- Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 182, 537–542. doi:10.1192/bjp.182.6.537
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEGI]. (2019). Instituto Nacional de Estadística e Informática. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística e Informática: <https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/pxwebv2/pxweb/es/Salud/>
- Iyengar, U., Snowden, N., Asarnow, J. R., Moran, P., Tranah, T., & Ougrin, D. (2018). A Further Look at Therapeutic Interventions for Suicide Attempts and Self-Harm in Adolescents: An Updated Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in psychiatry*, 9, 583. doi:10.3389/fpsyt.2018.00583

- Kay-Lambkin FJ., Baker, AL., Kelly, BJ., Lewin, TJ. (2011). Clinician-assisted computerized versus therapist-delivered treatment for depressive and addictive disorder: a randomized controlled trial. *Medical Journal of Australia* 195, S44-S50
- Kay-Lambkin, F., Carr, V., Lewin, T., Kelly, B., & Baker, A. (2006). The SHADE Project: self-help for alcohol/other drug use and depression. *Acta neuropsychiatrica*, 18(6), 256-256.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Lecrubier Y. (2001). The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behaviour. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 16(7), 395–399. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(01\)00596-x](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(01)00596-x)
- Lopez-Castroman, J., & Jaussent, I. (2020). Sleep Disturbances and Suicidal Behavior. *Current topics in behavioral neurosciences*, 46, 211–228. https://doi.org/10.1007/7854_2020_166
- Lutz, J., Marshal, N., Kramer, A., Suresh, M., Gould, C., Jordan, J., . . . Beaudreau, S. (2019). A Case Report of Problem Solving Therapy for Reducing Suicide Risk in Older Adults with Anxiety Disorders. *Clinical Gerontologist*, 1-8. doi:10.1080/07317115.2019.1617378
- Lynch, T., Trost, W., Salsman, N., & Linehan, M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual review of clinical psychology*, 3, 181-205. doi:10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229
- Mathers, C., & Loncar, D. (2002). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine*, 3(11), e444. doi:10.1371/journal.pmed.0030442
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., . . . Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082–1091. doi:10.1016/j.jaac.2014.07.003
- Nezu, A., Nezu, C. M., & D'Zurilla, T. (2012). *Problem-Solving Therapy: A Treatment Manual*. Springer Publishing Company.

- Nock, M., Guilherme, B., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 133-154. doi:10.1093/epirev/mxn002
- Nock, M., Joiner, T., Gordon, K., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research*, 144(1), 65-72. doi:10.1016/j.psychres.2006.05.010
- O'Connor, R. y. (2014). The psychology of suicidal behavior. *Lancet Psychiatry*, 1, 73-85. doi:10.1016/S2215-0366(14)70222-6
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (16 de Junio de 2021). World Health Organization. Obtenido de World Health Organization: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/suicide-data>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (19 de Julio de 2014). Preventing suicide: a global imperative. Obtenido de Organización Mundial de la Salud.: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/97892?sequence=1>
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Rosenbau, J. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97–107.e2.
- Posner, K., Brodsky, B., Yershova, K., Buchanan, J., & Mann, J. (2014). The classification of suicidal behavior. Inglaterra, Reino Unido: Oxford University Press. doi:10.1093/oxfordhb/9780195388565.001.0001
- Rangel, J. N., & Jurado, S. (2022). Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y salud*, 32(1), 39-48.
- Rosenbaum, J., Huges, J., Babeva, K., & Sugar, C. A. (2017). Cognitive-Behavioral Family Treatment for Suicide Attempt Prevention: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(6), 506–514. doi:10.1016/j.jaac.2017.03.015
- Rudd, D., Bryan, C., Wertenberg, E., Peterson, A., Young-McCaughan, S., Mintz, J., . . . Bruce, T. (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. *The American journal of psychiatry*, 172(5), 441-9.
doi:10.1176/appi.ajp.2014.14070843
- Silverman, M. B. (2007a). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors, Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263.
- Silverman, M. y. (2016). Why there is a need for an international nomenclature and classification system for suicide. *Crisis*, 37(2), 83-87.
- Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behavior modification*, 77-108. doi:10.1177/0145445507304728
- Termansen, P. E., & Bywater, C. (1975). S.A.F.E.R.: A follow-up service for attempted suicide in Vancouver. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 20(1), 29-34.
doi:10.1177/070674377502000106
- Turecki, G., & Brent, D. (2016.). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet.*, 1227–1239.
doi:10.1016/S0140-6736(15)00234-2
- Wenzel, A. (2013). *Strategic Decision Making in Cognitive Behavioral Therapy*. Washington, Estados Unidos: American Psychological Association.
- Wenzel, A. (2017). Basic Strategies of Cognitive Behavioral Therapy. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(4), 597–609. doi:10.1016/j.psc.2017.07.001
- Yuodelis-Flores, C., & Ries, R. K. (2015). Addiction and suicide: A review. *The American journal on addictions*, 24(2), 98–104. <https://doi.org/10.1111/ajad.12185>
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., Van Heeringer, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., . . . Sáiz, P. A. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet.*, 3(7), 646–659. doi:10.1016/S2215-0366(16)30030-X

CAPITULO 2

LA DESESPERANZA EN LA IDEACIÓN Y COMPORTAMIENTO SUICIDA

La depresión y la desesperanza son dos de los factores de riesgo más relacionados con los pensamientos y la conducta suicida, cuando estos dos factores se presentan juntos aumentan significativamente la vulnerabilidad suicida (Ribeiro et al., 2018; Handley et al., 2013). En poblaciones clínicas, la desesperanza y la ideación suicida son uno de los principales factores de riesgo para los intentos de suicidio (Truant et al., 1991). La desesperanza está presente en el 90% de los individuos quienes eventualmente mueren por suicidio (Beck et al., 1990).

La desesperanza se caracteriza por un conjunto de esquemas cognitivos negativos sobre el futuro acompañados con sentimientos de que su situación actual es inmutable, el constructo de desesperanza está conceptualizado en base a las dimensiones afectiva, motivacional y cognitiva (Meléndez et al., 2022; Hernandez & Overholser, 2021). La desesperanza está asociada a varios problemas de salud física y mental (Everson et al., 2000) y se le ha considerado un fuerte predictor de mortalidad, aún después de controlar los síntomas depresivos y otros factores médicos de riesgo (Everson et al., 1996; Lehto et al., 2007; Stern et al., 2001); en individuos adultos la desesperanza aumenta ante el decline funcional, enfermedades crónicas, una economía limitada, percibirse como una carga para los demás, sentimientos de soledad, muerte de una ser amado, entre otros; todo esto conlleva una vista pesimista del futuro (Hernandez & Overholser, 2021; Melendez et al., 2022); por lo que la desesperanza, más que un mal pronóstico del futuro (Sullivan 2003), tiene más que ver con una profunda pérdida de la esperanza y de la confianza en las capacidades propias, lo que afecta tremendamente el autoconcepto y genera pensamientos nihilistas.

En los adultos la desesperanza resulta ser un mejor predictor de suicidio que la depresión y también puede predecir la ideación suicida en personas no deprimidas (Hernandez & Overholser, 2021).

La Terapia Cognitivo- Conductual (TCC) ha demostrado una alta eficacia para disminuir la desesperanza y la ideación suicida en adolescentes (Barbe et al, 2004; Stanley et al. 2009; ; Bapiri et al., 2010; Hanasabzade et al., 2011) y adultos (Turner et al., 2014). La desesperanza

es un objetivo de tratamiento importante en la TCC. La desesperanza es un fuerte predictor de ideación suicida, intención suicida y finalización del suicidio (Sudak, 2012)

La transición de la ideación suicida al intento suicida:

El rápido crecimiento en la tasa de las muertes por suicidio y de los intentos suicidas deja ver un progreso limitado en su prevención, uno de los factores que pudieran estar relacionados con esta dificultad puede ser la falta de conocimiento acerca de la transición entre ideación y acto suicida. En la clínica es mucho más frecuente la ideación suicida que los intentos suicidas; Por lo que es importante entender las diferencias entre atentado suicida e ideación suicida, de tal manera que facilite reconocer a aquellos con ideas suicidas con un riesgo más alto de cometer un atentado suicida. La desesperanza y la presencia de trastornos psiquiátricos aparecen más frecuentemente en ideación suicida, mientras que la desesperanza, una baja sensibilidad al dolor (con antecedentes de autolesiones), una alta impulsividad y conducta audaz y desafiante son más presentes en atentados suicidas (Klonsky & May, 2014).

La desesperanza se puede conceptualizar como estado y como rasgo. Como estado, se puede definir como una experiencia emocional intensificada pero relativamente breve (p. ej., ansiedad, ira y sentimientos depresivos) (Dunn et al., 2014; Goldston et al, 2006; Spielberger, 2010). Por lo tanto, la desesperanza como estado está determinada como una perspectiva negativa sobre el futuro limitada en el tiempo. La desesperanza como rasgo es un patrón más duradero, conformada por sentimientos o comportamientos más o menos estables y tienden a asociarse con la personalidad (Roberts & Mroczek, 2008). Diferenciar la desesperanza como estado y como rasgo de puede ayudar aún más a predecir la ideación y el intento de suicidio. Las diferencias específicas de temporalidad e inestabilidad de desesperanza conceptualizada como estado o como rasgo, pudieran delinear aún mejor las intervenciones en personas con ideación o intento suicida; así como asumir mejor la transición entre estos dos; ya que las personas pueden responder mejor a intervenciones cognitivas breves atendiendo la ideación suicida cuando se identifica la desesperanza como estado (Dunn et al., 2014).

En el 2015 Klonsky y May propusieron una teoría que describiría la progresión entre ideación y atentado suicidas, a esta teoría la llamaron: **La Teoría de los Tres Pasos**, esta teoría

examina las relaciones de cuatro factores de riesgo que predicen la transición de la ideación suicida al intento: 1) incremento del dolor emocional o psicológico, 2) desconexión social, 3) sentimientos desesperanza y 4) disponibilidad de medios para el suicidio (Klonsky & May, 2015).

El primer paso, según esta teoría es el desarrollo de la ideación suicida y está determinado por la presencia o incremento del dolor físico o emocional, más la presencia de sentimientos de desesperanza; el sufrimiento físico, el aislamiento social, la sensación de discapacidad física o funcional, sentimientos de derrota y estancamiento, autopercepciones negativas, así como emociones, sensaciones y experiencias aversivas generan dolor; sin embargo, el dolor o sufrimiento no es suficiente para la ideación suicida (Klonsky & May, 2015). Si a todo esto se le suma sentimientos de desesperanza que tienen que ver con una percepción fatalista del futuro además de fuertes pensamientos nihilistas desencadenan fuertes deseos de morir.

El segundo paso, es la ideación severa contra la ideación moderada, la letalidad de la ideación suicida estaría determinada, según estos autores, por la desconexión social, la cual no solo abarca la falta de conexión por las personas, sino la desconexión con trabajo, proyectos, roles, intereses, o la ausencia de un propósito percibido; la presencia de dolor o sufrimiento más la esperanza solo genera ideación moderada, sin embargo la presencia de desconexión incrementa la severidad en la ideación, es como estar “desconectado de la vida”; es decir, es aún más soportable el dolor y la desesperanza, pero si estas condiciones van acompañados de desconexión fortalece los deseos determinar con la vida. En este paso, es importante considerar las comorbilidades psiquiátricas que afectan directamente la presencia de sufrimiento, desesperanza y desconexión.

El paso tres es la franca progresión de la ideación a los intentos suicidas, si a los factores antes mencionado se les añade la capacidad y el acceso a los medios para cometer un acto suicida, entonces tenemos un intento franco de suicidio. La capacidad o la habilidad tiene que ver con personalidad impulsiva, falla en el control de impulsos, comportamientos audaces y desafinaste, así como historia de autolesiones; lo que reflejaría un alto umbral al dolor, que implica prácticas relacionadas con infringir autolesiones y acceso a armas u objetos relacionados; así como, miedo disminuido ya sea por habituación a experiencias violentas o por alteraciones mentales o historial de suicidio familiar (Burr et al., 2018)

Esta teoría, resulta ser un muy buen intento de explicar la progresión entre la ideación y el atentado suicidas, sin embargo, aún la evidencia no es suficiente y se necesitan estudios clínicos, longitudinales para entender mejor la progresión en la experiencia de aquellos que pasan de una ideación suida a un atentado suicida (Anderson & Happ, 2021).

Bibliografía

- Anderson, A. M., & Happ, M. B. (2021). The Three-Step Theory of Suicide: Analysis and Evaluation. *ANS. Advances in nursing science*, 44(1), 89–100. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000337>
- Bapiri OA, Bahamin GH, Feyzelahi A. (2010). Impact of group problem solving training on some psychological characteristics of adolescents attempting suicide. *J Ilam Univ Med Sci.*;18(1):16–22
- Barbe PR, Bridge J, Birmaher B, et al. Suicidality and its relationship to treatment outcome in depressed adolescents. *Suicide Life Threat Behav.* 2004;34(1):44–55
- Beck, AT., Steer, RA., Kovacs, M., Garrison, B. (1995). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry* 142,559-563
- Burr, E. M., Rahm-Knigge, R. L., & Conner, B. T. (2018). The Differentiating Role of State and Trait Hopelessness in Suicidal Ideation and Suicide Attempt. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 22(3), 510–517. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1366960>
- Dunn, S. L., Olamijulo, G. B., Fuglseth, H. L., Holden, T. P., Swieringa, L. L., Sit, M. J., Rieth, N. P., Tintle, N. L. (2014). The state–trait hopelessness scale: Development and testing. *Western Journal of Nursing Research*, 36(4), 552–570
- Everson, S. A., Goldberg, D. E., Kaplan, G. A., Cohen, R. D., Pukkala, E., Tuomilehto, J., & Salonen, J. T. (1996). Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosomatic Medicine*, 58
- Everson, S. A., Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., & Salonen, J. T. (2000). Hypertension incidence is predicted by high levels of hopelessness in Finnish men. *Hypertension*, 35(2), 561–567. doi:10.1161/01.HYP.35.2.561; [10.1161/JAHA.121.020768](https://doi.org/10.1161/JAHA.121.020768).
- Goldston, D. B., Reboussin, B. A., Daniel, S. S. (2006). Predictors of suicide attempts: State and trait components. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 842–849.
- Hanasabzade M, Yazdandoost R, Asgharnejad Farid A, et al. (2011). Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) on suicidal depressed patients: A qualitative study. *J Behav Sci.* ;5(1):33–8; PMID: PMC3883378

- Handley, T. E., Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Lewin, T. J., Kelly, B. J., Inder, K. J., Attia, J. R., & Kavanagh, D. J. (2013). Incidental treatment effects of CBT on suicidal ideation and hopelessness. *Journal of affective disorders, 151*(1), 275–283. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.005>
- Hernandez, S. C., & Overholser, J. C. (2021). A Systematic Review of Interventions for Hope/Hopelessness in Older Adults. *Clinical gerontologist, 44*(2), 97–111. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1711281>
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2014). Differentiating suicide attempters from suicide ideators: a critical frontier for suicidology research. *Suicide & life-threatening behavior, 44*(1), 1–5. <https://doi.org/10.1111/sltb.12068>
- Klonsky, E. D., and May, A. M (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy, 8*(2), 114–129.
- Lehto, U. S., Ojanen, M., Dyba, T., Aromaa, A., & KellokumpuLehtinen, P. (2007). Baseline psychosocial predictors of survival in localized melanoma. *Journal of Psychosomatic Research, 63*(1), 9–15. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.01.001
- Meléndez, J. C., Delhom, I., Satorres, E., Abella, M., & Real, E. (2022). La desesperanza como predictora de la soledad en adultos mayores [Hopelessness as a predictor of loneliness in older adults]. *Revista española de geriatría y gerontología, 57*(2), 85–89. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.01.002>
- Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., & Franklin, J. C. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 212*(5), 279–286. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27>
- Roberts, B. W., & Mroczek, D. (2008). Personality trait change in adulthood. *Current Directions in Psychological Science, 17*(1), 31–35.
- Spielberger, C. D. (2010). State-Trait Anxiety Inventory. *Corsini Encyclopedia of Psychology, 1*.
- Stanley B, Brown G, Brent AD, et al. (2009). Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): treatment model, feasibility and acceptability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*;48(10):1005–13
- Stern, S. L., Dhanda, R., & Hazuda, H. P. (2001). Hopelessness predicts mortality in older Mexican and European Americans. *Psychosomatic Medicine, 63*(3), 344–351. doi:10.1097/00006842-200105000-00003
- Sudak D. M. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression. *The Psychiatric clinics of North America, 35*(1), 99–110. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.10.001>

- Sullivan M. D. (2003). Hope and hopelessness at the end of life. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 11(4), 393–405.
- Truant, GS., O'Reilly, R., Donalson, I., (1991) How psychiatrists weigh risk factors when assessing suicide risk. *Suicide and life Threatening Behavior* 21, 106-114
- Turner, B. J., Austin, S. B., & Chapman, A. L. (2014). Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 59(11), 576–585.
<https://doi.org/10.1177/070674371405901103>

CAPITULO 3

LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Existen varios estudios que soportan la efectividad del tratamiento TCC para tratar la ideación suicida y la desesperanza en poblaciones clínicas (Handley et al., 2013)

El modelo cognitivo-biológico-social subyace la práctica de la TCC (Wright 2004). Este modelo establece que una gran cantidad de influencias (biológicas, genéticas, temperamentales, sociales y de desarrollo) pueden interactuar en el cerebro e influir en el procesamiento de información. Por lo tanto, la predisposición biológica, los patrones de comportamiento aprendidos y los estresores interpersonales y sociales son factores potenciales que contribuyen y mantienen los estados psicopatológicos. El modelo incorpora el hecho de que todos los humanos organizan experiencias internamente para dar sentido al mundo de manera eficiente y para guiar el comportamiento. La teoría de la depresión de Beck establece que, en un estado de ánimo negativo, este procesamiento de la información tiene un sesgo muy negativo y, con frecuencia, es irracional (Aikens et al., 2008).

En el caso de la depresión y la ideación suicida, cuando un estresor particular de la vida interactúa con una propensión depresiva particular: un conjunto de creencias y sesgos de pensamiento. Cuando estas creencias se activan, influyen en el procesamiento de la información del paciente, lo que conduce a una atención selectiva a las experiencias y posibilidades negativas (Beck, 2008). Este procesamiento de información defectuoso conduce al pensamiento negativo, el aislamiento y la inactividad típicos de la depresión. Que a su vez como ya lo mencionamos anteriormente en la teoría de “Los tres pasos del suicidio”, pueden llevar gradualmente a la ideación y al atentado suicida.

El pensamiento negativo influye aún más en el estado de ánimo, el comportamiento y la fisiología, de modo que el funcionamiento social e interpersonal del paciente se deteriora. Estos cambios de comportamiento conducen a más pensamientos negativos y consecuencias interpersonales y sociales que con frecuencia confirman la visión negativa del mundo del paciente. La “tríada cognitiva” (pensamientos negativos sobre uno mismo, los demás y el futuro) tal como la describe Beck produce un ciclo continuo e implacable con desesperanza e ideación suicida como punto final comprensible (Beck, 1967). Las intervenciones terapéuticas se dirigen a esta tríada tanto con reestructuración cognitiva como con

experimentos conductuales, con el objetivo de modificar este sistema de procesamiento de información negativa con datos racionales y objetivos (Sudak, 2012).

Además, la teoría del aprendizaje proporciona una base teórica sustancial en la TCC. Los pacientes aprenden formas particulares de evaluarse a sí mismos, a los demás y a sus experiencias que pueden perpetuar los problemas al influir en el procesamiento y la recuperación de la información; los pacientes pueden desarrollar ideas sobre la vulnerabilidad personal ("Es probable que me sucedan cosas malas") a través de las cuales se filtran todas las experiencias, con atención selectiva a los resultados negativos y descartando las experiencias positivas.

Los déficits de habilidades se consideran factores de riesgo adicionales para el inicio y mantenimiento de la depresión. Por ejemplo, alguien que tiene la experiencia temprana de que la gente será dura y crítica con cualquier esfuerzo que haga, puede desarrollar la creencia de que es incompetente y que la acción más segura es no probar cosas nuevas. Esta estrategia puede causar la acumulación de múltiples déficits de habilidades a lo largo del tiempo. Un círculo vicioso de baja expectativas, falta de esfuerzo, poco refuerzo y bajo estado de ánimo. Por lo tanto, los déficits de habilidades se evalúan y remedian cuando están presentes en el tratamiento (Sudak, 2012).

La teoría del aprendizaje también influye significativamente en la estructura del tratamiento. A los pacientes se les enseñan las herramientas del tratamiento con un fundamento: que continuarán usando estas herramientas en el futuro porque estas estrategias evitarán la recaída. La TCC generalmente implica el uso de "tarea", independientemente de cómo se llamen en terapia las habilidades de práctica fuera de la sesión. Esta modificación se produce porque muchos pacientes tienen una visión negativa del concepto de "tarea". A los pacientes se les asignan tareas para completar fuera de las sesiones porque la clave para aprender nuevas habilidades es la práctica y se requiere práctica repetida antes de que las nuevas habilidades sean automáticas y generalizadas. Los datos respaldan la participación de los pacientes en las tareas para el hogar como predictor de la recuperación y la duración del tratamiento. Los pacientes que continúan usando las habilidades de la TCC fuera de la sesión tienen menos probabilidades de recaer (Strunk et al., 2007).

Una modificación particular de la TCC en la depresión y la ideación suicida es que el terapeuta es sensible a los déficits de memoria y al pensamiento lento típico de los pacientes

deprimidos y, por lo tanto, personaliza las intervenciones para garantizar que el paciente retenga el material de la sesión. Por ejemplo, la terapia con pacientes deprimidos incluye frecuentes resúmenes verbales y escritos de puntos importantes descubiertos en la sesión. Las asignaciones se anotan y se entregan al paciente al final de la hora. La tarea se adapta de modo que se asignan tareas pequeñas al comienzo del tratamiento para que sea probable que tenga éxito. El terapeuta discute cuidadosamente los obstáculos para completar la tarea y atiende a los pensamientos y creencias del paciente sobre la tarea antes de que el paciente abandone la sesión (Sudak, 2012).

Finalmente, se determinaron predictores de resultados positivos en la TCC para la depresión y la ideación suicida además de completar la tarea. Primero, la adherencia cuidadosa del terapeuta a las técnicas y procedimientos específicos de la TCC es más importante para un buen resultado que la alianza terapéutica en sí misma. ganancias”) también son más probable que tenga una remisión a largo plazo de la depresión. Aunque la razón de tal correlación no está clara, se podría especular que los pacientes que mejoran drásticamente resuenan con el modelo y continuarían aplicando estrategias de tratamiento en el futuro (Sudak, 2012).

Bibliografía

Aikens JE, Nease DE, Klinkman MS. Explaining patient's beliefs about the necessity and harmfulness of antidepressants. *Ann Fam Med* 2008;6:23–9.

Beck AT. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper and Row; 1967

Beck AT. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am J Psychiatry* 2008;165:969–77.

Handley, T. E., Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Lewin, T. J., Kelly, B. J., Inder, K. J., Attia, J. R., & Kavanagh, D. J. (2013). Incidental treatment effects of CBT on suicidal ideation and hopelessness. *Journal of affective disorders*, 151(1), 275–283. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.005>

Strunk DN, DeRubeis RJ, Chiu AW, et al. Patients' competence and performance of cognitive therapy skills: relation to the reduction of relapse risk following treatment for depression. *J Consult Clin Psychol* 2007;75(4):523–30

Sudak D. M. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression. *The Psychiatric clinics of North America*, 35(1), 99–110. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.10.001>

Wright JH. Integrating cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy. In: Leahy, RL, editor. *Contemporary cognitive therapy: Theory, research, and practice*. New York: Guilford; 2004. p. 341–66

CAPITULO 4

LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC) EN LA CLÍNICA

Las estrategias centrales de la TCC están diseñadas para explotar las fortalezas y capacidades del paciente y para enseñar nuevas habilidades. La alianza terapéutica es activa y colaborativa. En esencia, el terapeuta funciona como maestro y entrenador, y trabaja junto con el paciente. Al comienzo del tratamiento, el terapeuta y el paciente establecen conjuntamente los objetivos a cumplir en la terapia. El establecimiento de metas es particularmente importante en la ideación y comportamiento suicida porque aumenta la motivación y ayuda al paciente a dirigir sus esfuerzos para cambiar los comportamientos que tienen más probabilidades de mejorar su estado de ánimo (es decir, el sueño, el apetito, la actividad). El terapeuta y el paciente trabajan juntos para ayudar al paciente a lograr las metas que se determinaron como el enfoque del tratamiento y para aumentar el pensamiento más objetivo y funcional (Sudak, 2012).

Educar al paciente es otro enfoque temprano importante en el tratamiento. Se enseña a los pacientes sobre el constructo de suicidabilidad y comportamiento suicida; así como de la desesperanza como enfermedad y sobre el modelo y la justificación de los procedimientos de la TCC. Las herramientas empleadas para facilitar el aprendizaje incluyen revisar el conocimiento adquirido de una sesión a otra ("puente") y resumir los puntos clave dentro y al final de la sesión. Las preguntas socráticas y los experimentos conductuales son esenciales ingredientes utilizados a medida que avanza el tratamiento porque es mucho más probable que los pacientes creen en la información que descubren por sí mismos (Sudak, 2012).

La planificación del tratamiento es otra característica de la TCC. La terapia se estructura con cuidado y sensibilidad para maximizar la eficacia del tratamiento y minimizar la ansiedad del paciente. El terapeuta es responsable de mantener la meta de la terapia enfocada y encaminada. Los elementos comunes a la mayoría de las sesiones incluyen establecer una agenda en conjunto, identificar problemas específicos para discutir en la sesión y luego trabajar directamente para resolverlos. Además, el terapeuta suele resumir los puntos importantes tratados en la sesión y pide directamente la retroalimentación del paciente sobre su comprensión de la sesión y sus reacciones ante ella. Esto aumenta el compromiso del paciente y corrige cualquier concepto erróneo que pudiera ocurrir. Los planes de tratamiento

se individualizan de acuerdo con la conceptualización del paciente. Un paciente con anergia severa y anhedonia, por ejemplo, requerirá cantidades significativas de activación conductual (ver “Activación conductual”) al principio del tratamiento antes de instituir la modificación cognitiva. Los pacientes que están altamente desesperanzados y con tendencias suicidas requerirán métodos directos para modificar este pensamiento y participar en el tratamiento desde el principio (ver “Desesperanza e ideación suicida”). Los pacientes con “emergencias” interpersonales (p. ej., desempeño escolar o laboral que podría conducir al despido) pueden requerir una resolución directa de problemas e intervención interpersonal al principio del tratamiento para mitigar problemas importantes de la vida que complicarían el tratamiento. En general, los pacientes comienzan con intervenciones diseñadas para remediar los déficits conductuales y normalizar las actividades de la vida diaria (Sudak, 2012).

Las sesiones posteriores enseñan a los pacientes a identificar "pensamientos automáticos", pensamientos que ocurren rápidamente en respuesta a situaciones particulares y que están asociados con un cambio de humor negativo o comportamientos indeseables (consulte "Intervenciones cognitivas"). Luego se le indica al paciente que use el razonamiento inductivo para examinar estos pensamientos y generar alternativas más precisas o funcionales. Finalmente, los temas comunes sugeridos por patrones de pensamientos automáticos y una comprensión de las experiencias de vida interpersonales y de desarrollo específicas del paciente ayudan al terapeuta y al paciente a conceptualizar conjuntamente las reglas y creencias particulares que generan la vulnerabilidad del paciente al estado de ánimo deprimido en presencia de eventos activadores particulares (Sudak, 2012).

Los experimentos conductuales y las técnicas experimentales se suman al razonamiento inductivo para evaluar y modificar estas ideas. Se ha demostrado que el cambio de creencias transmite una ventaja particular al aumentar la durabilidad de la respuesta al tratamiento (DeRubeis & Feeley, 1990; Hollon ET AL., 1990).

Debido a que los pacientes con depresión severa frecuentemente manifiestan desesperanza al principio del tratamiento, el terapeuta debe intervenir para contrarrestar activamente el pensamiento desesperanzado del paciente antes de que el paciente conozca las herramientas utilizadas en la TCC que evalúan y modifican el pensamiento negativo irracional. Esto no significa que el terapeuta le diga al paciente que no piense que las cosas no tienen remedio;

en cambio, el terapeuta guía al paciente en la sesión para que examine la evidencia sobre si su situación es realmente desesperada, resaltando quizás la evidencia positiva que el paciente descarta u omite debido a la naturaleza generalizada del estado de ánimo. El terapeuta también modifica los pensamientos automáticos “en el acto” con pacientes desesperanzados, particularmente si los pacientes hacen preguntas retóricas (p. ej., “¿de qué sirve?”). Se le pide al paciente que responda estas preguntas con seriedad y el terapeuta usa preguntas socráticas para guiar al paciente a conclusiones más racionales (Sudak, 2012).

El proceso de TCC también puede combatir la desesperanza. La colaboración del terapeuta con el paciente y la capacidad de educar al paciente sobre el constructo de suicidabilidad y comportamiento suicida; así como de la desesperanza y sobre la relación entre el pensamiento, el estado de ánimo y el comportamiento es una herramienta poderosa para infundir esperanza. Proporcionar un plan específico para ayudar al paciente que esté respaldado por una justificación sólida y evidencia empírica de eficacia es un agente potente para levantar la moral; establecer objetivos proporciona indicadores tangibles para mejorar la función (Sudak, 2012).

Los pacientes con tendencias suicidas y tratados con TCC pueden obtener beneficios específicos con respecto al comportamiento suicida en sí mismo, independientemente del diagnóstico del paciente. Varios estudios han demostrado que la TCC aplicada específicamente a pacientes con comportamiento suicida puede disminuir la frecuencia de dicho comportamiento en el futuro, en comparación con el tratamiento habitual (Brown et al., 2005; Tarrier et al., 2008). La actividad del terapeuta y el optimismo preciso sobre la eficacia de la TCC para la vulnerabilidad suicida es una fuerza poderosa por sí sola para combatir el pensamiento suicida y la desesperación. Además, las estrategias específicas de la TCC cuando se aplican a los pensamientos suicidas estén o no relacionados con la vulnerabilidad suicida, han demostrado ser útiles para disuadir los intentos de suicidio (Brown et al., 2005). En primer lugar, los terapeutas identifican las fortalezas del paciente y lo ayudan a acceder a los recuerdos de afrontamiento previo eficaz. El objetivo de esta intervención es aumentar la flexibilidad del pensamiento del paciente y generar opciones para enfrentar problemas de vida distintos al suicidio. Otro procedimiento importante es identificar razones específicas para vivir y seguir participando en la vida (Wright et al., 2010).

La desesperanza y los pensamientos suicidas se controlan de sesión en sesión y se convierten en el tema principal de la agenda si están presentes. El terapeuta y el paciente hacen planes específicos, detallados y por escrito para actividades fuera de las sesiones que incluyen qué hacer si el paciente comienza a sentirse peor. Estos son a menudo en forma de tarjetas de afrontamiento, tarjetas escritas que tienen “viñetas” que contienen la esencia de las soluciones desarrolladas en la sesión. En una situación clínica, cuando los pensamientos suicidas y desesperanzadores se han reestructurado con éxito en una sesión, se le da al paciente la nueva forma de pensar, además de un plan de acción para contrarrestar dichos pensamientos, y un plan de crisis si estas estrategias son ineficaces, para que las lea y las use regularmente (Sudak, 2012).

Bibliografía

- Brown G, Have TT, Henriques GR, et al. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;294:563–70.
- DeRubeis RJ, Feeley M. Determinants of change in cognitive therapy of depression. *Cogn Ther Res* 1990;14:469–82
- Hollon SD, Evans MD, DeRubeis RJ. Cognitive mediation of relapse prevention following treatment for depression: implications of differential risk. In: Ingram RE, editor. *Psychological aspects of depression*. New York: Plenum; 1990. p. 117–36.
- Sudak D. M. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression. *The Psychiatric clinics of North America*, 35(1), 99–110. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.10.001>
- Tarrier N, Taylor K, Gooding P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicidal behavior: a systemic review and meta-analysis. *Behav Modif* 2008;32(1):77–108.
- Wright JS, Sudak DM, Turkington D, et al. Treating hopelessness and suicidality. In: *High yield cognitive-behavior therapy for brief sessions: an illustrated guide*. Washington, DC: APPI Press; 2010. p. 145–66.

CAPITULO 5

PLAN DE SEGURIDAD

En las primeras fases del tratamiento es importante desarrollar un plan de seguridad en colaboración con el paciente, este debe contener una serie de etapas o pasos escalonados y que sean fáciles de seguir en caso de presentar una crisis aguda de suicidio o alguna urgencia por causarse alguna lesión seria. La intervención con el plan de seguridad (IPS) es una herramienta que puede ayudar a detener la crisis, no permitir los pensamientos automáticos escalonados relacionados con la ideación suicida, la desesperanza o las autolesiones. El IPS es considerada la mejor practica para este fin según el centro de prevención de suicidio (www.sprc.org) y por la Fundación Americana de Prevención del suicidio (www.afsp.org) (Sokol & Fox, 2019).

El primer paso en le IPS es identificar los pensamientos, imágenes, emociones, conductas que representen un signo de alarma significativa para el suicidio. Ayudar al paciente para que ellos puedan dar referencia de estos signos de alarma, ya que esto dará una oportunidad para intervenir cuando ellos comiencen a experimentar ideación suicida. En particular, estos signos de alarma presentan buenas oportunidades de interceder para reducir los sentimientos de desesperanza; así mismo, y a la par, puede identificar otros signos de alarma que ya se han relacionado en la literatura con suicidio. Algunos de ellos son:

1. Realizar comentarios vagos sobre estar ausente
2. Regalar o donar sus cosas personales a otras personas
3. Hablar sobre sentimientos de desesperanza o pensamientos de estar estancado o sin salida
4. Aumentar el consumo de sustancias
5. distanciamiento de amigos y de actividades sociales
6. Escribir cartas de despedida o de disculpas
7. Poner sus pendientes financieros, escolares o proyectos en orden o dejarlos encargados a otras personas

8. Cancelar sesiones
9. Referirse a sí mismo de manera negativa o dudar de sus capacidades

Si se identifican estos o cualesquiera otros signos de alarma para el suicidio, se debe comenzar inmediatamente con la activación conductual para movilizar al paciente a actos específicos que delimiten estas amenazas; no podemos esperar a que el paciente tenga motivación para realizar estas activaciones, debemos indicar actividades que lo obliguen a levantarse, vestirse; se puede entablar una cita con algún familiar o amigos. Además de cuestionar y analizar la veracidad de los pensamientos automáticos y negativos sobre sí mismo, ayudándole a generar la duda de la veracidad de esos pensamientos y de que no todo es real o cierto.

El segundo paso es proveer y psico educar sobre estrategias que los pacientes pueden usar por si mismos cuando ellos comiencen a experimentar algún signo de alarma. La intención es distraer la atención hasta declinar el acto suicida. La distracción impide que los pacientes sigan pensando sobre el suicidio y resulta ser la vía más efectiva para tender una crisis aguda. Por lo que el trabajo colaborativo con los pacientes para desarrollar una lista de estrategias cognitivas internas de distracción que ellos pudiera usar ante una la crisis suicida. Algunas de estas estrategias serían:

- 1.- Tomar un baño
- 2.- Hacer ejercicio
- 3.- Dar un paseo
- 4.- Jugar videojuegos
- 5.- Escuchar música
- 6.- Ver la televisión
- 7.- Jugar con alguna mascota
- 8.- Resolver un rompecabezas o sopas de letras
- 9.- Leer
- 10.- Hacer yoga
- 11.- Cocinar

El trabajo de los pacientes es pronosticar, identificar y evitar cualquier situación que obstaculice o que impida la realización a alguna de las actividades mencionadas. La meta principal de esto es distraer a los pacientes de la ideación suicida, además de activarlos y obtener sensaciones de placer, agrado y logro. Cuando los pacientes afrontan por si mismos, incrementan el sentido de autoeficacia y ganan control sobre sus ideas y pensamientos relacionados con el suicidio (Stanley and Brown, 2012).

La falta de motivación para la activación conductual en estos pacientes es muy común, por lo que una estrategia para incentivar la realización de estas actividades es calendarizarlas y utilizar economía de ficha para las actividades realizadas, debemos recordar el primer paso a lograr en los pacientes con ideación suicida o alta vulnerabilidad al suicidio es la activación conductual, antes de la reestructuración cognitiva.

El tercer y cuarto paso consisten en pasar de la activación conductual hacia la asistencia de fuentes externas.

El tercer paso consiste en identificar fuentes externas que sirvan de distracción, con quienes pueda realizar actividades sociales o tener algún plan social, tales como miembros de la familia, amigos, o cualquier persona que pueda proveer de alguna distracción durante el periodo de crisis; también puede involucrarse en grupos de autoayuda tales como reuniones en grupos AA o Neuróticos anónimos, inscribirse a algún gym o clase deportivas, clases de baile, reuniones con compañeros de trabajo, asistir al supermercado, o realizar compras en plazas comerciales.

El cuarto paso es identificar fuentes de ayuda externa que le brinden apoyo, es importante que el paciente incluya números de teléfono y otra información de contacto que facilite su acceso a estas fuentes de apoyo en un momento de crisis.

Si no existe alguna figura de asistencia externa antes mencionada, el **quinto paso** es desarrollar una lista de profesionales a los que se pueda contactar en caso de signos de alarman. En esta lista se pueden incluir nombres y datos de profesionales de la salud, números locales de emergencias o alguna línea de ayuda gubernamental.

El sexto paso es asegurar que el medio ambiente del paciente este a salvo. Es indispensable que los pacientes no tengan acceso a medios letales, se le puede cuestionar sobre los métodos posibles que había considerado para ejecutar el suicidio en una crisis, asegurarse de que el paciente no tenga acceso a ellos. Se le pide al paciente que lo elimine o que restrinja el acceso

a ellos, o buscar la colaboración de alguna otra persona que pueda limitar el acceso a estos elementos. Se puede pedir que algún familiar o compañeros de vivienda aseguren los objetos y los mantengan alejados y fuera del alcance del paciente. Pedir al paciente por escrito su compromiso para mantenerse a salvo (Sokol & Fox, 2019).

Identificar razones para vivir

Para completar el plan de seguridad en una fase aguda y durante el tratamiento de suicidabilidad, se puede pasar directamente a atender la desesperanza que está asociada al riesgo suicida. Una estrategia de tratamiento es incrementar la esperanza y esto se hace solicitando al paciente enlistar las razones para vivir. Esto puede ser difícil para pacientes que están listos para cometer el acto suicida, ya que estos no encuentran ninguna razón para vivir. En estos pacientes se deben validar las experiencias internas, al mismo tiempo que se desarrolla la voluntad para trabajar la razón de vivir. Los pacientes pueden no tener deseos de vivir en el pasado y pueden no querer vivir en el momento presente, pero al menos reconocer que siguen vivos, respiran, sienten, piensan, imaginan y que este es un punto sólido para comenzar.

La meta de la vida es crecer y ayuda mucho a los pacientes el entender racionalmente lo que significa crecer, superar, alcanzar; mientras sigan respirando y su corazón latiendo están en un proceso constante de crecimiento natural. Es importante trabajar con los pacientes en crear una lista de razones para vivir, para ellos en ese momento será difícil generarla, pero el trabajo terapéutico es razonar dicha lista; se necesita examinar todas las esferas de la vida del paciente, social, ocupacional, personal, académica, romántica, etc. Todo aquello que provea de razones para vivir. Buscar datos en su vida que le recuerden acerca de personas, lugares y objetos que le importen, cosas que le interesen ahora o para el futuro; cosas que disfrute y que le brinden algún sentido de placer o de dominio (Sokol & Fox, 2019).

La caja de la esperanza

La caja de la esperanza es una técnica útil para este momento de la intervención, se trata de armar una caja física donde se puedan introducir objetos que simbolicen cada una de las razones por vivir, previamente identificadas, también puede incluir objetos o cosas que

ayuden para distraer la atención, juegos favoritos y divertidos, así como cosas u objetos que le provoquen placer primario (por los sentidos) o placer secundario (aprendido, como cosas que domina al hacerlas).

Las cajas de esperanza sirven como un medio para practicar la regulación emocional y el manejo de la angustia, el desarrollo de la autoeficacia y para hacer frente a la crisis suicida; puede ser un mecanismo importante para atender y mantener a la mano los símbolos o íconos relacionados con las razones para vivir.

Existe una aplicación para teléfono en inglés llamada The Virtual Hope Box, La aplicación para teléfonos inteligentes Virtual Hope Box (Bush et al., 2016) fue diseñada para ser una contraparte virtual de la caja de esperanza física tradicional porque muchas veces es poco práctico para los pacientes llevar su caja de esperanza física con ellos. El VHB es una aplicación móvil que brinda una forma más conveniente para que las personas accedan de forma privada a los elementos dentro de su caja de esperanza durante una crisis, independientemente de su ubicación. La aplicación presenta diferentes variedades de estrategias de afrontamiento, que incluyen distracción, apoyo social atractivo y herramientas de relajación. En un ensayo controlado aleatorio informado previamente (Bush et al., 2016), examinamos si los participantes asignados a usar el VHB reportarían una ideación suicida reducida con el tiempo en comparación con los asignados al grupo de tratamiento habitual mejorado (eTAU). Los resultados mostraron una disminución estadísticamente significativa en la gravedad de la ideación suicida para ambos grupos; sin embargo, no hubo diferencia perceptible entre los grupos de tratamiento en la magnitud de la disminución.

En México, la universidad de Guanajuato está desarrollando una aplicación para teléfonos celulares (Denneson et al., 2019)

Puntos clave en el desarrollo de planes de seguridad

1. Colaborar, grabando instrucciones breves en las propias palabras del paciente.
2. El plan está disponible por escrito.
3. Se le indica al paciente que siga los pasos del plan en orden, que se detenga cuando pasen los impulsos y que ir al hospital si es inminente actuar por impulsos.
4. Racionalizar

- a) Las situaciones de emergencia se pueden mejorar teniendo un plan.
 - b) Los impulsos suicidas suben y bajan; un plan para controlarlos puede salvarle la vida.
5. “Piensa en la última vez que tuviste un intenso deseo de suicidarte. Volvamos como si estaban en una máquina del tiempo. Descríbalo como una película en cámara lenta cuadro por cuadro. ¿Qué sucedió justo antes de que comenzara?”
 6. Busca componentes del modo suicida pensamientos, imágenes, emociones, acciones, fisiología (Sudak, 2018)

Bibliografía

Bush, N. E., Smolenski, D. J., Denneson, L. M., Williams, H. B., Thomas, E. K., & Dobscha, S. K. (2016). A virtual hope box smartphone app for emotional regulation and coping with distress: A randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, In press

Denneson, L. M., Smolenski, D. J., Bauer, B. W., Dobscha, S. K., & Bush, N. E. (2019). The Mediating Role of Coping Self-Efficacy in Hope Box Use and Suicidal Ideation Severity. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 23(2), 234–246.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1456383>)

Sokol, L., & Fox, M. G. (2019). *The Comprehensive Clinician's Guide to Cognitive Behavioral Therapy*. PESI Publishing.

Stanley, B., & Brown, GK. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19,256-267.

Sudak, D. (2018). *Cognitive Behavioral Therapy for Suicidal Behavior*. Suicide Prevention Resource Center. Samhsa

CAPITULO 6

ENTREVISTA ESTRUCTURADA Y FORMULACIÓN DE CASO

Entrevista estructurada

Las entrevistas estructuradas se han convertido en un estándar de oro para el diagnóstico; tanto en investigación como en el trabajo clínico. El objetivo de esta valoración es describir las quejas, la apariencia y la identificación del paciente en un formato. Consiste en hacer preguntas pre-especificadas al paciente en una secuencia fija, estructurando sus respuestas como positivas, negativas o en algún umbral (Gorgens, 2011).

Este formato incluye las experiencias del paciente de manera sistematizada con la intención de obtener datos lo más “objetivos” posibles (Nordgaard, Sass, & Parnas, 2013), excluyendo el sesgo que puede arrojar una entrevista de estilo libre, pues se ha reportado la poca fiabilidad (Duckworth, 1978). Justamente el desarrollar una entrevista estructurada surge como una necesidad de mejorar la fiabilidad de las evaluaciones psiquiátricas, pues el proyecto de diagnóstico de Estados Unidos y Reino Unido patrocinado por la OMS (Cooper, 1972) demostró hábitos de diagnóstico marcadamente diferente entre médicos estadounidenses y británicos, pero que estas diferencias podían minimizarse mediante el uso de una entrevista estructurada estandarizada y con criterios diagnósticos compartidos, siendo un impulso importante para los diagnósticos basados en criterios y definiciones operativas (Spitzer, 1983).

La TCC efectiva requiere que los pacientes sean evaluados de manera minuciosa para que, posteriormente, el caso pueda ser formulado con precisión. La atención a los problemas del paciente, su funcionalidad actual, sus síntomas, historial, esfuerzos, valores, atributos positivos, fortalezas y habilidades ayudan a generar una conceptualización inicial y deben explorarse desde el inicio; sin embargo, la evaluación no se limita solamente a la sesión inicial, sino que continúa recopilando datos en cada sesión (Beck J. , 2021).

Judith Beck (2021) propone que los objetivos para la sesión de evaluación de la TCC estándar sean los siguientes:

1. Recopilación de información para hacer un diagnóstico preciso y crear una conceptualización cognitiva inicial y un plan de tratamiento.
2. Determinar si el terapeuta puede ser el adecuado (por el nivel de atención, la frecuencia de las sesiones y la duración del tratamiento).
3. Estipular si se pueden o se deben indicar servicios o tratamientos complementarios.
4. Iniciar la alianza terapéutica con el cliente (y miembros de la familia, si corresponde).
5. Educar al cliente sobre la TCC y
6. Establecer un plan de acción sencillo.

Es deseable que antes de la primera sesión, se recopile la mayor cantidad de información, por lo que será necesario determinar el mecanismo a través del cual podamos obtener estos datos; de esta manera la primera sesión podrá agilizar y el tiempo se podrá destinar para cubrir otras necesidades, como la aplicación de cuestionarios, por ejemplo.

En la sesión de evaluación usted deberá:

1. Saludar al cliente.
2. Decidir si puede ser útil la colaboración de algún miembro de la familia o amigo.
3. Establecer la agenda y transmitir las expectativas apropiadas para la sesión.
4. Realizar la evaluación psicosocial.
5. Establecer metas amplias.
6. Relacionar el diagnóstico tentativo con un plan de tratamiento general y educar al cliente sobre la TCC.
7. Establecer en colaboración un plan de acción.
8. Establecer expectativas para el tratamiento.
9. Resumir la sesión y obtener retroalimentación.

En esta primera sesión no se deben dejar de lado los principios éticos y legales de donde se ejerce. Es una buena idea que los clientes lean y firmen un formulario de consentimiento para el tratamiento que incluya elementos como los riesgos y beneficios del tratamiento, los

límites de confidencialidad, informes obligatorios y privacidad de los registros (Beck J. , 2021).

La entrevista propuesta para este programa se encuentra en el anexo 1.

Formulación de caso

Dado que la TCC trata con personas que presentan variaciones (edad, religión, estatus socioeconómico, comorbilidades, gravedad de síntomas, estado civil, empleo, familia, grado de apoyo social, etc.) relacionadas tanto al origen como a la experiencia de un problema psicológico, esta terapia, debidamente aplicada, cubre en un primer momento la necesidad de formular el caso para, posteriormente, diseñar un plan de tratamiento específico a cada paciente. De esta manera, la TCC no se reduce a la aplicación de “recetarios” disponibles para aplicar a cualquier paciente (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006).

La formulación de caso (o conceptualización de caso) se empezó a utilizar en los ochentas por terapeutas cognitivos y conductuales y es una estrategia para resumir información de forma breve y coherente de manera gráfica (Sperry & Sperry, 2015). Este paso es fundamental en la teoría y práctica de la psicoterapia (Eells, 2022), pues mediante este proceso, el terapeuta y el paciente trabajan en colaboración para describir y explicar el problema que el paciente presenta a terapia (Easden & Fletcher, Therapist competence in case conceptualization and outcome in CBT, 2018).

Estas conceptualizaciones deben basarse en las fortalezas, como en los problemas. Esta formulación puede plasmarse con la ayuda de diagramas, que permitan organizar la información y su llenado inicia desde la primera sesión, continuando en las siguientes para buscar datos pertinentes durante el tratamiento. (Beck J. S., 2021).

Hay varias formas y formatos para conceptualizar un caso en TCC y pueden centrarse en la comprensión de situaciones problemáticas o interacciones de una situación problemática; generalmente se centra en identificar antecedentes situacionales, conjuntamente con experiencias cognitivas, emocionales, fisiológicas y conductuales, así como sus consecuencias (Padesky & Mooney, 1990).

Una Conceptualización Cognitiva Basada en Fortalezas (CC-BF) ayuda a prestar atención y organizar los patrones de cogniciones y comportamientos útiles del cliente. El diagrama debe contener la historia de vida relevante del paciente (logros, fortalezas, recursos, cualidades personales, etc.), las creencias fundamentales adaptativas, creencias intermedias adaptativas y patrones de conducta adaptativos ejemplificado en tres situaciones que plasmen el modelo cognitivo; todo esto antes del inicio de las dificultades actuales. Una Conceptualización Cognitiva Basada en Problemas (CC-BP) es una organización tradicional de esta información, y contraria a la anterior, ésta organiza la información desadaptativa recopilada de los pacientes. También contiene de forma esquemática la historia de vida relevante del paciente o sus precipitantes, sus creencias básicas, sus creencias intermedias y sus estrategias de afrontamiento ejemplificadas con tres situaciones que desglosen el modelo cognitivo; en este caso todo esto será del episodio actual (Beck J. S., 2021).

La conceptualización de casos de TCC requiere de un terapeuta que demuestre una toma de decisiones clínicas hábil para explorar todos los elementos de una conceptualización (a) e integrar habilidosamente cada componente de manera coherente y significativa (b) (Easden & Kazantzis, 2017).

Wright, Basco y Thase proponen un formato que considera dentro de su formulación aspectos como las influencias formativas, factores situacionales, biológicos, genéticos y/o médicos, las fortalezas y recursos del paciente, así como las metas del tratamiento (Wright, Brown, Thase, & Ramírez-Basco, 2017). Para el presente programa, se hará uso de la formulación de caso de estos autores, adjuntada en el anexo 2.

Anexo 1. Entrevista estructurada

Folio:

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

A. DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE COMPLETO: _____
EDAD ESTADO CIVIL FECHA DE NACIMIENTO
HIJOS SI NO NUMERO DE HIJOS
ESCOLARIDAD _____ OCUPACION _____
DOMICILIO _____

FAMILIOGRAMA

EVALUACIONES

NOMBRE	FECHA DE APLICACIÓN	NOMBRE	FECHA DE APLICACIÓN

DIAGNOSTICO(S)

B. MOTIVO DE CONSULTA

C. HISTORIA DEL EPISODIO ACTUAL

D. HISTORIA PSIQUIATRICA

E. HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

F. HISTORIA MEDICA

G. EXAMEN GENERAL

H. ANTECEDENTES DE LA CONDUCTA SUICIDA

En el último mes...

Intencionalidad/Deseo de muerte	SI No	Frecuencia:	¿Cuántas veces?	¿Cuándo ocurrió por última vez?
Intento de suicidio	SI No	Frecuencia:	¿Cuántas veces?	¿Cuándo ocurrió por última vez?
Auto-lesiones	SI No	Frecuencia:	¿Cuántas veces?	¿Cuándo ocurrió por última vez?
Conductas preparatorias	SI No	Frecuencia:	¿Cuántas veces?	¿Cuándo ocurrió por última vez?

Anexo 2. Formulación de caso (Wright, Thase y Ramírez-Basco)

Nombre del paciente:		Edad:	Fecha de realización:
Diagnóstico/Sintomas			
Influencias formativas:			
Factores situacionales:			
Factores biológicos, genéticos y médicos:			
Fortalezas/Recursos:			
Metas del Tratamiento:			
Evento 1	Evento 2	Evento 3	
Pensamientos Automáticos	Pensamientos Automáticos	Pensamientos Automáticos	
Emociones	Emociones	Emociones	
Conductas	Conductas	Conductas	
Esquemas:			
Hipótesis de trabajo:			
Plan de tratamiento:			

Bibliografía

- Alavi, A., Sharifi, B., Ghanizadeh, A., & Dehbozorgi, G. (2013). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Decreasing Suicidal Ideation and Hopelessness of the Adolescents with Previous Suicidal Attempts. *Iranian Journal of Pediatrics*, 23(4), 467-472. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3883378/>
- Babeva, K., Klomhaus, A. M., Sugar, C. A., Fitzpatric, O., & Asarnow, J. R. (2020). Adolescent Suicide Attempt Prevention: Predictors of Response to a Cognitive-Behavioral Family and Youth Centered Intervention. *Suicide & life-threatening behavior*, 50(1), 56-71. doi:10.1111/sltb.12573
- Beck, A. (1993). Cognitive Therapy: Past, Present, and Future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194-198. doi:10.1037/0022-006X.61.2.194
- Beck, J. (2021). *Cognitive Behavioral Therapy: Basics and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J. S. (2021). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* (3 ed.). New York, Estados Unidos: The Guilford Press.
- Brown, G., Karlin, B., Trockel, M., Gordienjo, M., Yesavage, J., & Taylor, B. (2016). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Veterans with Depression and Suicidal Ideation. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 20(4), 677–682. doi:10.1080/13811118.2016.1162238
- Brown, G., Ten, T., Henriques, G., Xie, S., Hollander, J., & Beck, A. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*, 294(5), 563–570.
- Cooper, J. E. (1972). Psychiatric diagnosis in New York and London: A comparative study of mental hospital admissions. *Oxford university Press*, 130 - 131. doi:10.1017/S0033291700046444

- Crosby, A., LaVonne, O., & Melanson, C. (2011). *Self-directed violence surveillance; uniform definitions and recommended data elements*. Estados Unidos: National Center for Injury Prevention and Control.
- Duckworth, G. S. (1978). Man or machine in psychiatric diagnosis. *The American journal of psychiatry*, 135(1), 64–68. doi:10.1176/ajp.135.1.64
- Easden, M., & Fletcher, R. (2018). Therapist competence in case conceptualization and outcome in CBT. *Psychotherapy Research*, 1-19. doi:10.1080/10503307.2018.1540895
- Easden, M., & Kazantzis, N. (2017). Case conceptualization research in cognitive behavior therapy: A state o the sciencie review. *Journal of Clinical Psychology*, 356-384. doi:10.1002/jclp.22516
- Eells, T. D. (2022). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. (T. D. Eells, Ed.) Louisville: The Guilford Press.
- Gorgens, K. (2011). Structured Clinical Interview For DSM-IV (SCID-I/SCID-II). *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*, 2410–2417. doi:10.1007/978-0-387-79948-3_2011
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 170, 205–228. doi:10.1192/bjp.170.3.205
- Hawton, K., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, D., House, A., & van Heeringer, K. (2000). Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2, CD001764. doi:10.1002/14651858.CD001764
- Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 182, 537–542. doi:10.1192/bjp.182.6.537

- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEGI]. (2019). *Instituto Nacional de Estadística e Informática*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística e Informática: <https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/pxwebv2/pxweb/es/Salud/>
- Iyengar, U., Snowden, N., Asarnow, J. R., Moran, P., Tranah, T., & Ougrin, D. (2018). A Further Look at Therapeutic Interventions for Suicide Attempts and Self-Harm in Adolescents: An Updated Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in psychiatry, 9*, 583. doi:10.3389/fpsyt.2018.00583
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Lutz, J., Marshal, N., Kramer, A., Suresh, M., Gould, C., Jordan, J., . . . Beaudreau, S. (2019). A Case Report of Problem Solving Therapy for Reducing Suicide Risk in Older Adults with Anxiety Disorders. *Clinical Gerontologist, 1-8*. doi:10.1080/07317115.2019.1617378
- Lynch, T., Trost, W., Salsman, N., & Linehan, M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual review of clinical psychology, 3*, 181-205. doi:10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229
- Mathers, C., & Loncar, D. (2002). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine, 3*(11), e444. doi:10.1371/journal.pmed.0030442
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., . . . Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 53*(10), 1082–1091. doi:10.1016/j.jaac.2014.07.003
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo-Conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México D.F: Manual Moderno.
- Nezu, A., Nezu, C. M., & D'Zurilla, T. (2012). *Problem-Solving Therapy: A Treatment Manual*. Springer Publishing Company.

- Nock, M., Guilherme, B., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, *30*(1), 133-154.
doi:10.1093/epirev/mxn002
- Nock, M., Joiner, T., Gordon, K., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research*, *144*(1), 65-72. doi:10.1016/j.psychres.2006.05.010
- Nordgaard, J., Sass, L. A., & Parnas, J. (2013). The psychiatric interview: validity, structure, and subjectivity. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *263*(4), 353–364. doi:10.1007/s00406-012-0366-z
- O'Connor, R. y. (2014). The psychology of suicidal behavior. *Lancet Psychiatry*, *1*, 73-85.
doi:10.1016/S2215-0366(14)70222-6
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (19 de Julio de 2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud.:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/97892?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (16 de Junio de 2021). *World Health Organization*. Obtenido de World Health Organization:
<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/suicide-data>
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Rosenbau, J. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *54*(2), 97–107.e2.
- Padesky, C., & Mooney, K. (1990). Presenting the cognitive model to clients. *International Cognitive Therapy Newsletter*, *6*, 13-14.
- Posner, K., Brodsky, B., Yershova, K., Buchanan, J., & Mann, J. (2014). *The classification of suicidal behavior*. Inglaterra, Reino Unido: Oxford University Press.
doi:10.1093/oxfordhb/9780195388565.001.0001

- Rangel, J. N., & Jurado, S. (2022). Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y salud*, 32(1), 39-48.
- Rosenbaum, J., Huges, J., Babeva, K., & Sugar, C. A. (2017). Cognitive-Behavioral Family Treatment for Suicide Attempt Prevention: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(6), 506–514. doi:10.1016/j.jaac.2017.03.015
- Rudd, D., Bryan, C., Wertenberg, E., Peterson, A., Young-McCaughan, S., Mintz, J., . . . Bruce, T. (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. *The American journal of psychiatry*, 172(5), 441-9. doi:10.1176/appi.ajp.2014.14070843
- Silverman, M. B. (2007a). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors, Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263.
- Silverman, M. y. (2016). Why there is a need for an international nomenclature and classification system for suicide. *Crisis*, 37(2), 83-87.
- Sperry, L., & Sperry, J. (2015). *Cognitive Behavior Therapy of DSM-5 Personality Disorders: Assessment, Case Conceptualization, and Treatment*. Boca Raton, Florida: Routledge.
- Spitzer, R. (1983). Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24(5), 399-411. doi:10.1016/0010-440x(83)90032-9
- Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behavior modification*, 77-108. doi:10.1177/0145445507304728
- Termansen, P. E., & Bywater, C. (1975). S.A.F.E.R.: A follow-up service for attempted suicide in Vancouver. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 20(1), 29-34. doi:10.1177/070674377502000106

- Turecki, G., & Brent, D. (2016.). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet.*, 1227–1239. doi:10.1016/S0140-6736(15)00234-2
- Wenzel, A. (2013). *Strategic Decision Making in Cognitive Behavioral Therapy*. Washington, Estados Unidos: American Psychological Association.
- Wenzel, A. (2017). Basic Strategies of Cognitive Behavioral Therapy. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(4), 597–609. doi:10.1016/j.psc.2017.07.001
- Wright, J., Brown, G., Thase, M., & Ramírez-Basco, M. (2017). *Learning Cognitive-behavior Therapy: An Illustrated Guide* (2 ed.). Ann Arbor, Michigan, Estados Unidos: Amer Psychiatric Pub.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., Van Heeringer, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., . . . Sáiz, P. A. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet.*, 3(7), 646–659. doi:10.1016/S2215-0366(16)30030-X

CAPITULO 7

ACTIVACIÓN CONDUCTUAL

La activación conductual es un elemento esencial de la TCC para suicidabilidad y comportamiento suicida; así como para pacientes con ideación e intentos suicidas. La activación conductual empleada sola es tan eficaz como la TCC o la farmacoterapia para la (Dimidjian et al., 2006) y puede ser más útil que la TCC estándar en pacientes con comorbilidad sustancial (Coffman et al 2007). Lewinsohn originalmente describió e investigó el uso de métodos conductuales como tratamiento para la depresión (Lewinsohn, 1974). El fundamento de estas intervenciones es la idea de que el comportamiento que tiene sentido para una persona deprimida y con ideación suicida (es decir, inactividad, retraimiento social) causa bajos niveles de refuerzo positivo en la vida de esa persona. Las intervenciones conductuales contrarrestan la tendencia a evitar y retraerse que es común tanto en la depresión como en los pacientes con vulnerabilidad suicida. El objetivo es aumentar el sentido de autoeficacia del paciente y abordar las necesidades urgentes, como dormir, comer y cuidarse a sí mismo, que pueden haberse descuidado durante el episodio depresivo o crisis suicida (Sudak, 2012).

El primer paso en esta intervención consiste en enseñar al paciente a autocontrolarse para evaluar los niveles de actividad actuales. El terapeuta y el paciente identifican conjuntamente las actividades previamente valoradas por el paciente que el paciente ha disminuido y cualquier actividad de la vida diaria que el paciente está evitando. Si los pacientes no pueden identificar ninguna actividad que sea de su interés, se puede emplear el Programa de eventos placenteros (MacPhillam and Lewinsohn, 1982) para ayudar al paciente a recordar actividades anteriores que fueron placenteras o para proporcionar nuevas actividades asequibles y accesibles que puedan aumentar el disfrute. Las actividades identificadas se asignan para intentarlas en momentos específicos del día, particularmente aquellos momentos que están asociados con un aumento de los síntomas de depresión y crisis suicidas. Por tanto, la actividad se produce de acuerdo con un plan, en lugar de que el paciente espere a que se produzca la motivación y la energía. Entonces los pacientes se les pide que observen los cambios que ocurren en su estado de ánimo cuando participan en actividades planificadas. Este experimento prueba las predicciones erróneas que hace el paciente sobre el éxito o el

fracaso y evalúa el resultado de la acción sobre el estado de ánimo del paciente. Además de asignar actividades placenteras, el terapeuta puede ayudar al paciente a hacer planes paso a paso para actividades que parecen demasiado abrumadoras y ayudar al paciente a planificar, solucionar problemas y ejecutar tales actividades (p. ej., asignación de tareas graduadas). La activación conductual también es una herramienta excelente para emplear en la atención primaria cuando los pacientes están deprimidos, con o sin tratamiento farmacológico adyuvante. En este contexto, es importante asegurarse de que la tarea identificada sea importante para el paciente y que la cantidad de actividad prescrita no sea demasiado abrumadora. Cuanto más específica es una tarea, más probable es que se realice, y los recordatorios escritos de lo que el paciente intentará hacer son cruciales: una prescripción para una actividad específica, con quién, cuándo y la justificación ideal para la actividad. También es de vital importancia que el médico pregunte sobre la asignación en la próxima visita o el paciente no le dará suficiente valor a la realización de las tareas. Los médicos familiarizados con admisiones más prolongadas de pacientes hospitalizados ya sea por depresión mayor o suicidabilidad han visto la activación del comportamiento en el trabajo, ya que los programas para pacientes hospitalizados obligan a los pacientes a estar despiertos y participar en las actividades diarias. En un entorno ambulatorio, incluidos los entornos de atención primaria, los proveedores deben ser persistentes y no desanimarse por la experiencia de los pacientes deprimidos por la inercia. La solución constante y creativa de los obstáculos, tanto reales como percibidos, es la clave del éxito (Sudak, 2012).

Otro beneficio de la activación conductual es que los patrones de pensamiento que tiene el paciente que están asociados con la abstinencia y la evitación (p. ej., "No sirve de nada", "No tengo la energía", "Me sentiré peor si lo intento y fallo") se vuelven evidentes cuando se le indica al paciente que participe en una actividad. Estos pensamientos pueden evaluarse y probarse aumentando la actividad. La activación conductual también se dirige a los déficits de habilidades que ponen al paciente en riesgo de tener dificultades en las interacciones sociales (p. ej., falta de comunicación asertiva o habilidades sociales deficientes). Tal entrenamiento asegura que las futuras interacciones sociales puedan ser más gratificantes y satisfactorias y mejorar el estado de ánimo (Sudak, 2012).

Bibliografía

- Coffman SJ, Martell CR, Dimidjian S, et al. Extreme nonresponse in cognitive therapy: can behavioral activation succeed where cognitive therapy fails? *J Consult Clin Psychol* 2007;75(4):531–41.
- Dimidjian S, Hollon SD, Dobson S, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol* 2006;74(4):658–70
- Lewinsohn PM. A behavioral approach to depression. In: Friedman RM, Katz MM, editors. *The psychology of depression: contemporary theory and research*. New York: John Wiley & Sons; 1974. p. 157–85
- MacPhillamy DJ, Lewinsohn PM. The pleasant events schedule: studies on reliability, validity, and scale intercorrelation. *J Consult Clin Psychol* 1982;50(3):363–80
- Sudak D. M. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression. *The Psychiatric clinics of North America*, 35(1), 99–110. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.10.001>

CAPITULO 8

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Después de que los pacientes participen en la activación conductual, el terapeuta continúa trabajando con el paciente para lograr los objetivos del tratamiento, y el enfoque específico cambia para identificar, examinar y generar formas más lógicas y funcionales de pensar sobre las experiencias personales, ya que los cambios cognitivos se asocian con la mejora del paciente (Garratt and Ingram, 2007)

Varios mecanismos pueden producir cambios en el pensamiento en la TCC. El cambio de comportamiento puede cambiar los procesos cognitivos en varios niveles, ya que los pacientes sacan nuevas conclusiones de las experiencias de la vida real (Sudak, 2012).

Los objetivos de las sesiones de CBT son pensamientos automáticos, errores cognitivos y atribuciones erróneas, que se identifican y luego se examinan para generar ideas, reglas y conclusiones más precisas y funcionales. El proceso de identificar los pensamientos automáticos, los pensamientos que se encuentran justo debajo de la superficie de la conciencia, suele ser más fácil cuando se le enseña al paciente a buscarlos identificando primero los cambios de humor. Los cambios de humor se reconocen fácilmente porque una de las funciones de la emoción humana es hacer que uno preste atención. En el momento de un cambio de humor, al paciente se le enseña a preguntar "¿Qué estaba pasando por mi mente?"

y su relación con el estado de ánimo y el comportamiento. Después de que el paciente pueda identificar fácilmente los pensamientos automáticos, el siguiente paso es usar el análisis lógico para ver si el pensamiento es verdadero, parcialmente verdadero o falso. Se presta especial atención a la evaluación de las pruebas que respaldan o refutan los pensamientos, obteniendo perspectiva al observar posibles respuestas alternativas (p. ej., preguntarle al paciente si le diría tal cosa a un amigo en tal circunstancia) o preguntar qué investigación la paciente podría realizar para determinar si el pensamiento en cuestión es verdadero. A medida que el paciente comienza a ver que los pensamientos se pueden cambiar, y que cuando se sustituyen por alternativas creíbles y más precisas, él o ella se siente y funciona

mejor, se refuerza el modelo de tratamiento. Se instruye al paciente para que practique la evaluación del pensamiento negativo en situaciones problemáticas típicas fuera de la sesión. Una consideración importante del tratamiento es qué hacer si el pensamiento o la creencia automática que tiene el paciente es realmente cierto. Los terapeutas no siempre pueden saber de antemano sea o no este el caso. Los pacientes que se enfrentan a eventos vitales difíciles pueden trabajar con los terapeutas para identificar si sus pensamientos sobre tales eventos representan problemas que deben resolverse o si han atribuido algún significado erróneo a las circunstancias difíciles de la vida. Por ejemplo, el padre de un niño con cáncer puede creer que algo que él o ella hizo causó el cáncer; tal pensamiento magnificaría el sufrimiento en un momento ya doloroso. En tal situación, la terapia se centraría en el duelo, el afrontamiento activo y la evaluación precisa de la responsabilidad (Sudak, 2012).

Una vez que el paciente es capaz de cambiar los pensamientos automáticos con cierta destreza, el terapeuta puede cambiar el enfoque terapéutico para descubrir las reglas, suposiciones y creencias que hacen que el paciente sea más vulnerable a los acontecimientos de la vida y al pensamiento negativo. Descubrir las atribuciones erróneas y el significado que subyace a los pensamientos automáticos comunes puede ayudar al paciente a comprender la base del pensamiento que tiene. Este proceso está reservado para sesiones posteriores porque tales significados y creencias fundamentales pueden ser extremadamente dolorosos de descubrir. El terapeuta y el paciente comparten la conceptualización específica del desarrollo del paciente de tales creencias sobre el mundo, el yo y los demás para facilitar el autoconocimiento del paciente y aumentar la motivación para cambiar (Sudak, 2012).

Cambiar creencias y suposiciones es un proceso más desafiante que cambiar pensamientos automáticos. Cuando los pacientes son reacios a cambiar, el primer paso es examinar las ventajas y desventajas de cambiar las creencias o identificar otras formas posibles y alcanzables de creer. Muchos pacientes tienen dificultad para renunciar a ideas que parecen protectoras o que son tan fundamentales para su identidad. Se han identificado varios métodos para ayudar a los pacientes a cambiar sus creencias. Estos incluyen el continuo cognitivo (Greenberger and Padesky, 1995) pruebas históricas de creencias (Beck, 1990) y comportarse “como si” la creencia fuera verdadera (Dobson, 2008). La terapia cognitiva basada en ensayos es una herramienta más nueva que se enfoca en activar creencias positivas en sesión con resultados prometedores (deOliveira, 2009). Los pacientes con dificultades del

Eje II pueden necesitar ayuda para generar creencias positivas y más funcionales; a menudo, sus experiencias de vida han sido tan privativas y su disfunción interpersonal duradera es tan grave que no pueden desarrollar ideas alternativas sobre sí mismos o sobre los demás sin la ayuda del terapeuta. Finalmente, se le enseña al paciente que fortalecer nuevas creencias requerirá recopilar datos de apoyo durante algún tiempo, y la tarea implica completar registros que recopilan evidencia de apoyo día a día (Sudak, 2012).

Bibliografía

Beck JS. Cognitive therapy: basics and beyond. New York: Guilford; 1990.

deOliveira IR. Trial-based thought record (TBTR): Preliminary data on a strategy to deal with core beliefs by combining sentence reversion and the use of an analogy to a trial. *Rev Brasil Psiquiatr* 2008;30:12–8

Dobson KS. Cognitive therapy for depression. In: Whisman MA, editor. *Adapting cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press; 2008. p. 3–35

Garratt G, Ingram RE. Cognitive processes in cognitive therapy: evaluation of the mechanisms of change in the treatment of depression. *Clin Psychol Sci Pract* 2007;14(3):224–39

Greenberger D, Padesky CA. *Mind over mood*. New York: Guilford; 1995

Sudak D. M. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression. *The Psychiatric clinics of North America*, 35(1), 99–110. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.10.001>

CAPITULO 9

TERMINACIÓN

La terminación en la TCC para la suicidabilidad y el comportamiento suicida es algo diferente de la terminación en otros enfoques terapéuticos. El terapeuta siempre proporcionó materiales escritos y resumió el aprendizaje del paciente a lo largo del tratamiento y el proceso inicial de finalización implica revisar lo que el paciente ha aprendido. Entonces el paciente y el terapeuta predice y proporciona soluciones para aquellas situaciones que pueden ser un problema para el paciente en el futuro (prevención de recaídas). Las "sesiones de refuerzo" (sesiones de terapia que se programan a intervalos gradualmente más largos) aseguran la durabilidad de lo que el paciente ha aprendido. Las sesiones de refuerzo no están diseñadas para "recibir las noticias". Más bien, se instruye al paciente para que se prepare identificando los problemas que han ocurrido en el intervalo y especificando qué herramientas usó de la terapia que usó. Este material se revisa en la sesión con el objetivo de consolidar el aprendizaje y solucionar problemas en el uso de habilidades por parte del paciente (Sudak, 2012).

Bibliografía

Sudak D. M. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression. *The Psychiatric clinics of North America*, 35(1), 99–110. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.10.001>

CAPITULO 10

LA ESTRUCTURA DE LAS SESIONES INDIVIDUALES Y LA ESTRUCTURA DEL PLAN TERAPÉUTICO

Las metas terapéuticas (Sudak, 2018).

1. Desarrollar alternativas para:
 - a) El suicidio
 - b) La visión fatalista del futuro e ideas sobre que la vida es insoportable
 - c) El comportamiento suicida durante estados elevados de estrés y ansiedad
2. Mentalizarse sobre las emergencias:
 - a) El paciente debe desarrollar su capacidad de emplear sus habilidades en presencia de eventos negativos, para garantizar la prevención de recaídas.

Estructura de las sesiones individuales:

Inicio. - Al iniciar cada sesión se revisarán las tareas o actividades en casa, atendiendo dificultades para realizar las tareas, recompensando comportamientos adaptativos y cumplimiento de tareas. En caso de no hacer actividades en casa, realizarlas en la sesión individual.

Desarrollo. - Atender los objetivos determinados para cada sesión. Brindando estrategias para atender la activación conductual o la reestructuración cognitiva

Finalización. - Retroalimentación por parte del paciente sobre los principales aprendizajes, terminando con una conclusión final que se escribe en el diario terapéutico, se pueden generar tarjetas terapéuticas con los pensamientos modificados (en el caso de la reestructuración cognitiva) o las conclusiones finales.

Plan de tratamiento

El plan de tratamiento será estructurado en 5 módulos, iniciando con el plan de seguridad, la activación conductual, la reestructuración cognitiva y finalmente atender recaídas; estructurados de la siguiente manera:

MODULO/ SESIONES	TEMA	ESTRATEGIA	ACTIVIDADES Y TAREA EN CASA
Modulo I “Arranque y encuadre” 1 sesión	Encuadre trabajo terapéutico	Encuadre y lectura de hoja de reglamento	Firma de consentimiento y firma de carta compromiso personal y familiar *
	Modelo cognitivo conductual	Psicoeducación sobre el Modelo cognitivo conductual	Presentación power point sobre modelo cognitivo- conductual y terapias basadas en evidencia Lectura del manual Capitulo 1 – 3. Escribir preguntas o dudas
Modulo II “Ponernos a salvo” 3 sesiones	Plan de seguridad	Psicoeducación sobre plan de seguridad Crear caja de la esperanza	Presentación power point sobre plan de seguridad Lectura del manual Capitulo 5. Escribir preguntas o dudas Crear la caja de la esperanza
1 sesión			
1 sesión			
1 sesión			
1 sesión	Plan de seguridad	Paso 1 y 2 del plan de seguridad	Presentación power point sobre plan de seguridad Lectura del manual Capitulo 5. Tarea: Actividades paso 1 y 2 del plan de seguridad
1 sesión	Plan de seguridad	Paso 3 y 4 del plan de seguridad	Presentación power point sobre plan de seguridad Lectura del manual Capitulo 5. Escribir preguntas o dudas Tarea: Actividades paso 3 y 4 del plan de seguridad
1 sesión	Plan de seguridad	Paso 5 y 6 del plan de seguridad	Presentación power point sobre plan de seguridad

			Lectura del manual Capítulo 5. Escribir preguntas o dudas Tarea: Actividades paso 5 y 6 del plan de seguridad
Modulo III “Activarse es vivir” 6 sesiones	Activación conductual	Monitoreo de actividades y revisión de calidad de sueño y alimentación	Presentación power point sobre Activación conductual e importancia de la calidad de sueño y de ingesta de alimentos para la regulación emocional y como estresores fisiológicos Tarea: realizar un horario de actividades
1 sesión			
1 sesión	Activación conductual	Anexar al horario actividades de placer y dominio	Listas de actividades de placer y dominio Atender deficiencias detectadas en la calidad de sueño y en la ingesta de alimentos Tarea: realizar un horario de actividades anexando las actividades de placer y dominio
1 sesión	Activación conductual	Seguimiento y reforzamiento de actividades realizadas (economía de fichas)	Economía de fichas Tarea: registrar actividades realizadas y reforzar
1 sesión	Activación conductual	Seguimiento y reforzamiento de actividades realizadas (economía de fichas)	Economía de fichas Tarea: registrar actividades realizadas y reforzar
Modulo IV “la verdad de mis pensamientos” 6 sesiones	Reestructuración cognitiva	Identificar Pensamientos Automáticos, Creencias Intermedias y Creencias Centrales	Presentación power point sobre la Interpretación cognitiva Flecha descendente para identificar Pensamientos Automáticos, Creencias Intermedias y Creencias Centrales
1 sesión			

1 sesión	Reestructuración cognitiva	Identificar Pensamientos Automáticos, Creencias Intermedias y Creencias Centrales	Presentación power point sobre la Interpretación cognitiva Flecha descendente para identificar Pensamientos Automáticos, Creencias Intermedias y Creencias Centrales
1 sesión	Reestructuración cognitiva	Identificar pensamientos distorsionados	Presentación power point sobre pensamientos distorsionados y su relación con las Creencias Centrales
1 sesión	Reestructuración cognitiva	Regulación emocional	Presentación power point sobre emociones
1 sesión	Reestructuración cognitiva	Analizar la veracidad de mis pensamientos catastróficos	Estrategia de reatribución Estrategia de probabilidad de la catástrofe y lo ideal
1 sesión	Reestructuración cognitiva	veracidad de mis pensamientos catastróficos	Estrategia de evidencias en favor y en contra sobre pensamientos catastróficos
Modulo V “que hacer ante la emergencia” 4 sesiones	Crear un plan de emergencia ante recaída	Recuento de estrategia y habilidades cognitivas aprendidas	Se enlistan las estrategia y habilidades cognitivas aprendidas
1 sesión			
1 sesión	Crear un plan de emergencia ante recaída	Identificar situaciones de alto riesgo e recaídas	Se enlistan situaciones de alto riesgo e recaídas y se atienden con las estrategia y habilidades cognitivas aprendidas
1 sesión	Evaluación y retroalimentación positiva		Se avalúan cuantitativamente el porcentaje de avance de cada una de las metas establecidas al principio del tratamiento
1 sesión	Despedida y cierre		Se establecen acuerdos y se enlistan las sugerencias

Sudak, D. (2018). Cognitive Behavioral Therapy for Suicidal Behavior. Suicide Prevention Resource Center. Samhsa

CAPITULO 11

EL TRABAJO CON EL AMBIENTE FAMILIAR

Algunos estudios recientes (O'Connor et al., 2013; Olson et al., 1983) revelaron que un mejor funcionamiento familiar estaba asociado con mayores niveles de salud física y mental de los miembros de la familia, así como una mejor adaptación social (Beavers & Hampson, 2000; Wang & Yu, 2017), mientras que la disfunción familiar estaba asociada con problemas explícitos e implícitos en los adolescentes. Por ejemplo, la literatura ha demostrado una correlación directa y negativa entre el funcionamiento familiar y la incidencia de depresión, ansiedad, ideas suicidas, etc., en adolescentes (Paashaus et al., 2019). Además, numerosos estudios han demostrado que el rechazo parental está asociado con pensamientos y comportamientos autodestructivos en los adolescentes (Shek, 2002; Cruz et al., 2013), que niveles más bajos de cuidado parental estaban significativamente asociados con niveles más altos de ideas suicidas (Hardt et al., 2010), y que el rechazo/descuido parental se asociaba con un mayor riesgo de intentos suicidas en adolescentes (Donath et al., 2014). También se ha informado que un funcionamiento familiar deficiente predijo niveles más altos de ideas suicidas en estudiantes de secundaria (Wang et al., 2010), y que una mayor cercanía, adaptación y apoyo familiar podían reducir la incidencia de ideas suicidas (Yang et al., 2022)

La identificación de factores protectores

Se debe prestar atención a los factores protectores relacionados con la familia. Las creencias religiosas y la presencia de niños pequeños son factores clave de protección contra los intentos de suicidio. Se han recomendado varios factores a considerar al identificar los factores protectores, como el propósito de vivir, las responsabilidades hacia otros miembros de la familia, explorar el núcleo de uno mismo y la regulación emocional (Edwards et al., 2021). Estos factores pueden desempeñar un papel importante en la prevención del suicidio y en la promoción de una mayor resiliencia en el contexto familiar (Arafat et al., 2022).

Entrenamiento para Cuidadores

Los miembros de la familia pueden ser entrenados como cuidadores en el caso de pacientes con una alta vulnerabilidad suicida. Los padres de familia o tutores directos podrían recibir capacitación para identificar síntomas de riesgo y signos de alarma, tales como cambios recientes en el estado de ánimo, cualquier indicio de abuso de sustancias, aislamiento social y eventos negativos en la vida (Arafat y Kabir, 2017); así como todos aquellos signos de alarma citados anteriormente en el capítulo 5 de este manual. También deberían estar informados sobre los servicios preventivos disponibles y los listados que el propio paciente ha hecho en su plan de seguridad (Capítulo 5).

Continuidad de la atención médica

Los miembros de la familia pueden ser un vínculo entre el equipo de apoyo de salud mental y el paciente, especialmente después de un alta de hospital, que puede vivirse como un momento arriesgado y aterrador para el paciente (Arafat & Kabir, 2017; Edwards et al., 2021; Zalsman et al., 2016)

Fomentar la comunicación y la conexión familiar

La comunicación efectiva y las relaciones familiares de apoyo pueden ayudar a un miembro de la familia en tratamiento o post tratamiento por suicidabilidad. La promoción de la cohesión familiar, la flexibilidad y la expresividad podría proteger contra el desarrollo de depresión, desesperanza, ansiedad y comportamiento suicida posterior (Ahookhosh et al., 2017; Gouveia-Pereira et al., 2014).

Bibliografía

- Ahookhosh, P. , Bahmani, B. , Asgari, A. , & Hassanian Moghaddam, H. (2017). Family relationships and suicide ideation: The mediating roles of anxiety, hopelessness, and depression in adolescents. *International journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 6(1), e31573. 10.5812/ijhrba.31573
- Arafat, S. M. Y. , & Kabir, R. (2017). Suicide prevention strategies: Which one to consider?. *South East Asia Journal of Public Health*, 7(1), 1–5. 10.3329/seajph.v7i1.34671

- Arafat, S. M. Y., Saleem, T., Edwards, T. M., Ali, S. A., & Khan, M. M. (2022). Suicide prevention in Bangladesh: The role of family. *Brain and behavior*, 12(5), e2562. <https://doi.org/10.1002/brb3.2562>
- Beavers W.R., Hampson R. The Beavers Systems Model of family functioning. *J. Fam. Ther.* 2000;22:128. doi: 10.1111/1467-6427.00143
- Cruz D., Narciso I., Pereira C.R., Sampaio D. (2013). Risk Trajectories of Self-Destructiveness in Adolescence: Family Core Influences. *J. Child Fam. Stud.* 23:1172–1181. doi: 10.1007/s10826-013-9777-3
- Donath C., Graessel E., Baier D., Bleich S., Hillemacher T. (2014). Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents? *BMC Pediatr*;14:113. doi: 10.1186/1471-2431-14-113
- Edwards, T. M. , Patterson, J. E. , & Griffith, J. L. (2021). Suicide prevention: The role of families and carers. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(3), e12453. 10.1111/appy.12453
- Gouveia-Pereira, M. , Abreu, S. , & Martins, C. (2014). How do families of adolescents with suicidal ideation behave?. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 171–178. 10.1590/S0102-79722014000100019
- Hardt J., Herke M., Schier K. (2010). Suicidal Ideation, Parent–Child Relationships, and Adverse Childhood Experiences: A Cross-Validation Study Using a Graphical Markov Model. *Child Psychiatry Hum. Dev*;42:119–133. doi: 10.1007/s10578-010-0203-4.
- O'Connor R.C., Smyth R., Ferguson E., Ryan C., Williams J.M.G. (2013). Psychological processes and repeat suicidal behavior: A four-year prospective study. *J. Consult. Clin. Psychol*;81:1137–1143. doi: 10.1037/a0033751
- Olson D.H., Russell C.S., Sprenkle D.H. (1983). Circumplex Model of Marital and Family Systems: VI. Theoretical Update. *Fam. Process*;22:69–83. doi: 10.1111/j.1545-5300.1983.00069.x
- Paashaus L., Forkmann T., Glaesmer H., Juckel G., Rath D., Schönfelder A., Engel P., Teismann T. (2019). Do suicide attempters and suicide ideators differ in capability for suicide? *Psychiatry Res*;275:304–309. doi: 10.1016/j.psychres.2019.03.038

- Shek D.T.L. (2002). Family Functioning and Psychological Well-Being, School Adjustment, and Problem Behavior in Chinese Adolescents With and Without Economic Disadvantage. *J. Genet. Psychol*;163:497–502. doi: 10.1080/00221320209598698
- Wang Q., Yu G.L. (2017). A cross-sectional historical study of junior high school students' mental health. *Spec. Educ. China*;11:74–80
- Wang Q.Y., Huang Q.M., Liu X.F., Chi X.L. (2020). The effects of family functioning on adolescents' early externalizing problem behaviors: The mediating role of mental toughness and the moderating role of gender. *Psychol. Behav. Res*;5:659–665. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00212
- Yang, Q., Hu, Y. Q., Zeng, Z. H., Liu, S. J., Wu, T., & Zhang, G. H. (2022). The Relationship of Family Functioning and Suicidal Ideation among Adolescents: The Mediating Role of Defeat and the Moderating Role of Meaning in Life. *International journal of environmental research and public health*, 19(23), 15895. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315895>
- Zalsman, G. , Hawton, K. , Wasserman, D. , van Heeringen, K. , Arensman, E. , Sarchiapone, M. , Carli, V. , Höschl, C. , Barzilay, R. , & Balazs, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3, 646–659. 10.1016/S2215-0366(16)30030-X