

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA



**“EFECTOS DEL MODELO DE TERAPIA SISTÉMICA BREVE CON MODIFICACIÓN
A LA TÉCNICA PARA EL ABORDAJE DE CASOS DE PACIENTES CON RIESGO
SUICIDA”**

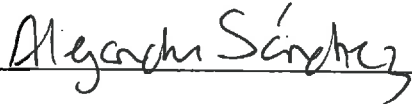
Por

DR. ADRIÁN KAWAS MORALES

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

DICIEMBRE, 2021

Aprobación de la tesis:



DRA. RAQUEL ALEJANDRA SÁNCHEZ NUÑEZ

Directora de la tesis



DR. ALFREDO BERNARDO CUÉLLAR BARBOZA
Coordinador de Enseñanza



DR. ERASMO SAUCEDO URIBE
Coordinador de Investigación



DR. STEFAN MAURICIO FERNÁNDEZ ZAMBRANO
Jefe de Servicio e Departamento



DR. MED. FELIPE ARTURO MORALES MARTINEZ
Subdirector de Estudios de Posgrado

Agradecimientos

A Cristina, mi familia, mis colegas y maestros: nada verdaderamente significativo se logra por cuenta propia.

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción.....	7
2. Pregunta de investigación.....	10
3. Justificación.....	10
4. Hipótesis.....	11
5. Objetivos.....	11
6. Materiales y métodos.....	12
7. Consideraciones éticas y de confidencialidad.....	17
8. Resultados.....	19
9. Conclusiones.....	28
10. Bibliografía.....	31
11. Anexos.....	35
12. Resumen Autobiográfico.....	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfica 1. Porcentajes de éxito y fracaso por subcategorías.....	20
Gráfica 2. Porcentajes de éxito por edad.....	21
Gráfica 3. Porcentajes de éxito por sexo.....	21
Gráfica 4. Porcentajes de éxito por diagnóstico.....	22
Gráfica 5. Medias de puntajes en escala de Riesgo Suicida de Plutchik.....	24
Gráfica 6. Medias de puntajes en subescala de CGI-GI.....	25
Gráfica 7. Medias de puntajes en subescala de CGI-SI.....	25

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución por sexo.....	19
Tablas 2 y 3. Distribución por edad.....	19
Tabla 4. Distribución por diagnóstico primario.....	19
Tabla 5. Distribución por uso de medicamentos.....	19
Tabla 6. Descripción de resultados de puntajes en escala de Riesgo Suicida de Plutchik	23
Tabla 7. Descripción de resultados de puntajes en subescala de CGI-GI.....	23
Tabla 8. Descripción de resultados de puntajes en subescala de CGI-SI.....	23
Tabla 9. Descripción de resultados de puntajes en escala de MADR-S.....	24
Tabla 10. Descripción de resultados de puntajes en escala de Manía de Young.....	24
Tabla 11. Análisis correlacional desglosado de las variables cuantitativas.....	26

1. Introducción

El intento suicida es el riesgo principal para suicidio o nuevos intentos suicidas. El riesgo suicida se incrementa con cada intento suicida, aproximadamente el 25% lo intentara de nuevo en el primer año. Es necesario fortalecer los servicios de salud mental con intervenciones clave que combinen el tratamiento farmacológico con la psicoterapia breve.

En la intervención en crisis (IC) de pacientes que atraviesan una descompensación aguda o ideación suicida, es necesario el papel activo del terapeuta, con el objetivo de movilizar los recursos del paciente identificado y de la familia. Es necesario cambiar el abordaje del paciente: cambiando el ¿por qué? (causa – efecto) por ¿Qué? (conductas, lenguaje y creencias). Se ve a la conducta desde el contexto del sistema y el interés se desplaza al marco de referencia interaccional o interpersonal.

Los conceptos a los que hace referencia el modelo de IC para pacientes con riesgo suicida, es de la Terapia Sistémica Breve (TSB): basada en la Pragmática de la Comunicación, la Teoría General de los Sistemas y Terapia Estratégica. Estas tres formas fundamentan el modelo, aunque diferentes entre sí, tienen un denominador común, y es precisamente partir de esa capacidad que tienen los seres humanos para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, incluso, salir fortalecidas de ellas; esa posibilidad de reestructuración cognitiva, de construir escenarios que permitan continuar creciendo a pesar de las situaciones traumáticas, buscando un sentido por el cual seguir viviendo.

La TSB trata de modificar el equilibrio de la relación patogénica entre los miembros de la familia, a fin de facilitar nuevas formas de relación y modificar el síntoma del paciente identificado. Un síntoma (por ejemplo, intento de suicidio, descompensación aguda o crisis) de cualquier miembro de la familia en un momento determinado se ve como expresión de un sistema familiar o sistema biopsicosocial disfuncional.

La TSB se basa en la importancia de la asignación de significado a las experiencias traumáticas, de la relevancia de la expresión emocional y del apoyo social; en el supuesto de que las narrativas no representan la identidad ni los problemas de las personas, sino más bien las narrativas son la identidad y los problemas. Por lo tanto, modificando la narrativa es posible modificar la ideación suicida, o reestablecer el funcionamiento previo a la crisis de los individuos.

Según Watzlawick (2008), el terapeuta que aborda situaciones de crisis podrá apoyarse de las siguientes estrategias psicoterapéuticas:

- Estimular la catarsis
- Respaldarse en los afectos
- Reducir la complejidad
- Redefinir significados
- Erradicar la queja y la rumia
- Incrementar la creatividad para centrarse en soluciones
- Ampliar la tolerancia al fracaso
- Incrementar autoestima
- Evitar abstracciones

La aportación que la teoría sistémica breve hace a la modalidad de Intervención en Crisis es en la evaluación de avances:

- Externalizar el problema
- Pregunta milagro
- El uso de la narrativa para modificar el significado de la crisis
- Reencuadre
- Alianza terapéutica temprana
- Psicoeducación
- Planeación de la meta
- Seguimiento

En un metaanálisis publicado en 2008 (Tarrier et al) se describen distintas psicoterapias de modalidad breve y con corte cognitiva conductual, que son eficaces en el abordaje de paciente con riesgo suicida.

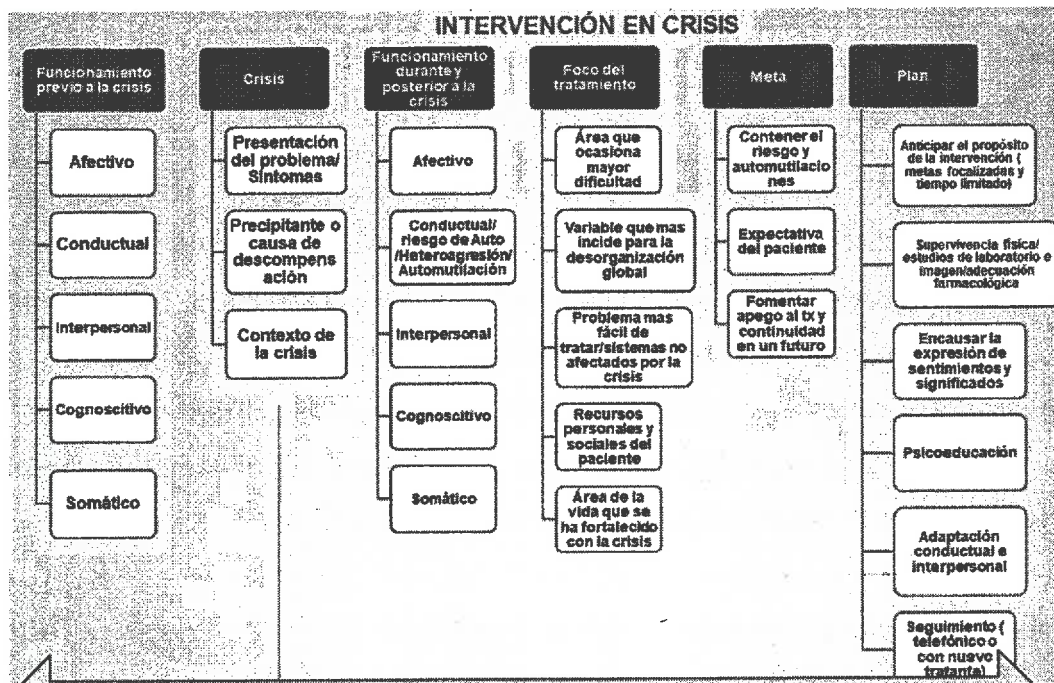
La modalidad de TSB con modificaciones a la técnica para pacientes con riesgo suicida en intervención en crisis (TSB-IC) se utiliza como tratamiento psicoterapéutico de manera habitual en pacientes con riesgo suicida que son atendidos en el servicio de IC por la consulta externa del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario (CUADRO 1). Esta modalidad de tratamiento psicoterapéutica basada Basado en el Manual de Terapia Sistémica Breve de García y Ceberio (2016). Esta modalidad psicoterapéutica suele acompañarse de tratamiento farmacológico coadyuvante para los pacientes del servicio de IC que lo requieren.

Las características técnicas de esta modalidad de terapia son:

- Intervención breve: alrededor de 8-10 sesiones. En el transcurso de 1 a 2 meses. Se elaboran metas focalizadas para el tratamiento.
- Con modificación en el abordaje sistémico: abordaje que incluye al individuo como paciente identificado y al resto de su entorno familiar o social, como parte fundamental del tratamiento. El abordaje consiste en solicitar al paciente que acuda a las sesiones de tratamiento acompañado de personas que considere de su confianza, realizar intervenciones verbales y se les solicitará que hagan tareas dentro del consultorio o para llevar a cabo en casa (por ejemplo: seleccionar fotografías que le permitan calmar al paciente, realizar un botiquín de primeros auxilios psicológicos, etc.). Se respetan los principios básicos de la Terapia Sistémica Breve, sin embargo, se individualiza el abordaje de acuerdo a las particularidades que cada caso amerite.

El servicio de IC del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario es una clínica especializada dentro del departamento de psiquiatría, cuenta con 10 años de experiencia y con 5 años de aplicación del modelo TBS-IC, es un servicio dirigido a pacientes con riesgo de suicidio, episodios depresivos graves, descompensación de un trastorno psiquiátrico previo o síntomas de primera vez que requieren un abordaje intensivo y que el paciente o familiar decidieron rechazar internamiento intrahospitalario. Atiende de manera anual a 1, 125 pacientes, y es un centro de referencia para pacientes del noreste de México. Cuenta con 30 residentes de psiquiatría, 40

profesores de psiquiatría, personal de enfermería, y es un servicio adscrito al gobierno de México para apoyar a pacientes que atreviesen crisis o situaciones socio-ambientales catastróficas.



CUADRO 1: TBS-IC. Descripción del tratamiento habitual de terapia breve sistémica con modificación a la técnica para Intervención en Crisis de pacientes con riesgo suicida. Departamento de Psiquiatría. Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".

2. Pregunta de investigación

¿La terapia sistémica breve con modificaciones a la técnica es eficaz como modelo de abordaje psicoterapéutico para pacientes con riesgo de suicidio?

3. Justificación

Existe la necesidad de implementar intervenciones breves y de acción dirigida a la meta eficaces en la atención de pacientes con riesgo suicida, ya que los servicios de hospitalización psiquiátrica para la contención de riesgo suicida suelen ser insuficientes y no estar al alcance de todos los pacientes, sin mencionar a todos aquellos que voluntariamente rechazan dicha opción.

Los resultados observados permitirán tomar acciones tendientes a mejorar y a innovar las herramientas de trabajo en relación a la ideación suicida o crisis, contando con datos más sólidos y objetivos sobre las estrategias terapéuticas actualmente empleadas en el servicio de IC.

4. Hipótesis

- **Hipótesis de trabajo:**

El uso del modelo de terapia sistémica breve con modificación a la técnica es eficaz para el tratamiento psicoterapéutico coadyuvante en la reducción del riesgo suicida de los pacientes con riesgo suicida por cualquier causa.

- **Hipótesis nula:**

El uso del modelo de terapia sistémica breve con modificación a la técnica no es eficaz para el tratamiento psicoterapéutico coadyuvante en la reducción del riesgo suicida de los pacientes con riesgo suicida por cualquier causa.

5. Objetivo

Objetivo primario

- Conocer la eficacia de la Terapia Sistémica Breve con modificación a la técnica aplicada en condiciones habituales en la reducción del riesgo suicida, en pacientes con riesgo suicida por cualquier causa.

Objetivos secundarios

- Conocer la eficacia de la Terapia Sistémica Breve con modificación a la técnica aplicada en condiciones habituales en la reducción de severidad clínica, en pacientes con riesgo suicida por cualquier causa.

- Conocer la eficacia de la Terapia Sistémica Breve con modificación a la técnica aplicada en condiciones habituales en la reducción de síntomas afectivos, en pacientes con riesgo suicida por cualquier causa.
- Describir las características demográficas y clínicas de la población de muestra para el presente estudio.
- Correlacionar los datos clínicos y demográficos de la población de estudio con los índices de eficacia en disminución de riesgo suicida y síntomas afectivos.

6. Materiales y métodos

- **Diseño metodológico del estudio**

- Ensayo clínico piloto
- Longitudinal
- Prospectivo
- Analítico
- Comparativo
- No ciego

- **Población de estudio y cálculo de la muestra**

En general, los cálculos del tamaño de la muestra pueden no ser necesarios para algunos estudios piloto. Es importante que la muestra para un piloto sea representativa de la población objetivo del estudio. También debe basarse en los mismos criterios de inclusión/exclusión que el estudio principal. Como regla general, un estudio piloto debe ser lo suficientemente grande como para proporcionar información útil sobre los aspectos que se están evaluando para su viabilidad. Por lo tanto, se decidió una muestra por conveniencia de: 30 pacientes.

Los criterios de inclusión para los pacientes reclutados fueron:

- Mayores de 17 años y menores de 75 años
- Sexo masculino y femenino
- Que entiendan y hayan firmado el consentimiento informado, aceptando participar en el estudio.
- Que cuenten con alguna conducta suicida.

- Pueden estar tomando o no estas tomando psicofármacos
- Pacientes que rechacen internamiento hospitalario o se encuentran en lista de espera.

Los criterios de exclusión fueron:

- Que no hayan firmado el consentimiento informado.
- Que sean menores de 17 años o mayores de 75 años.
- Que se canalicen a internamiento hospitalario
- Que se encuentren en otra modalidad psicoterapéutica, al momento de la realización de la selección
- Que cuenten con diagnóstico de Discapacidad Mental, Trastorno Cerebral Orgánico, o alguna demencia

Los criterios de eliminación fueron:

- Que decidan abandonar voluntariamente el estudio.
- Que durante el desarrollo del estudio incumplan con las estrategias dictadas por los protocolos de tratamiento del presente estudio.

Reclutamiento:

- Los pacientes se reclutaron del servicio de Intervención en Crisis de la consulta externa del Departamento de Psiquiatría del Hospital universitario de la U.A.N.L. en el periodo entre diciembre del 2019 y agosto del 2021.
- **Diseño del estudio**

CUADRO 2: Fases del estudio de investigación

El protocolo de investigación consistió únicamente en la aplicación de escalas clinimétricas para medir el efecto de la TSB-IC en pacientes con riesgo suicida, que se aplica cómo forma habitual como tratamiento psicoterapéutico en el servicio de IC del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario.

El protocolo se dividió en 3 fases.

Fase 1. Detección de pacientes y evaluación pre-intervención

Previo al tratamiento psicoterapéutico habitual a evaluar de TSB-IC se reclutaron pacientes del servicio de IC que cumplieron con los criterios de inclusión, se obtuvo el consentimiento informado y se aplicaron las siguientes escalas clínicas por un evaluador clínico independiente al servicio de IC (Dr. Adrián Kawas, tesista):

- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik
- Escala de Impresión Global (CGI)
- Escala de Young para manía
- Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADR-S)

Tras explicar al paciente el propósito del estudio y la forma en que se llevará a cabo, se entregó el consentimiento informado por escrito con la información necesaria para el entendimiento del sujeto sobre el protocolo en un lenguaje accesible, y se procedió a realizar una lectura en voz alta al paciente del consentimiento informado, dando posteriormente tiempo suficiente para que pueda volver a leer el documento; debido a cambios a modalidad remota en los servicios de consulta externa del Departamento de Psiquiatría por cuarentena por COVID-19 durante el periodo de reclutamiento, se les dio al paciente y/o tutores la opción obtener el consentimiento informado y firma del mismo fuera del sitio de investigación (en el domicilio del paciente). De igual forma, se dio al paciente la oportunidad de expresar sus dudas e inquietudes, buscando responder a las mismas. Una vez comprobado que el participante no tiene dudas sobre el trabajo, con pleno conocimiento de la naturaleza del procedimiento, riesgos a los que se sometería, con la capacidad de libre elección, sin coacción alguna y que confirmó voluntariamente su deseo de participar, se solicitó su consentimiento informado por escrito firmado y fechado, y también se solicitó la firma de 2 testigos presenciales. En caso de tratarse de un paciente menor de edad de 17 años, se utilizó un asentimiento informado para menores para explicar el protocolo al paciente, y un consentimiento informado para los padres. Si el paciente y los padres del mismo acceden al mismo, se solicitará al paciente su asentimiento informado firmado y fechado, y a los padres su consentimiento informado firmado y fechado; también se solicitará la firma de 2 testigos presenciales.

Fase 2. Durante Intervención de TSB -IC

En la fase 2 se reaplicaron las mismas escalas durante el transcurso del tratamiento psicoterapéutico habitual en las sesiones 2, 4, 6, 8 y 10 por un evaluador clínico independiente al servicio de IC (Dr. Adrián Kawas, tesista). Al terminar el tratamiento se aplicaron nuevamente dichas escalas que miden de manera objetiva la mejoría del paciente. Debido a cambios a modalidad remota en los servicios de consulta

externa del Departamento de Psiquiatría por cuarentena por COVID-19, se le dio la opción de realizar la aplicación de escalas de seguimiento del protocolo por vía remota (a través de videollamada).

Una vez finalizado el tratamiento habitual de TSB-IC, se les propuso continuar bajo otra modalidad de psicoterapia como se hace regularmente, esto ya fuera del protocolo de investigación.

Fase 3. Seguimiento Post-Intervención

Durante la Fase 3 se les llamó a los pacientes al mes y a los 3 meses después de finalizada la intervención para darle seguimiento al protocolo de investigación. Se volvieron a aplicar las escalas de Riesgo Suicida de Plutchik y CGI.

En caso de que durante la intervención de TSB se realice un ingreso hospitalario, el protocolo se dará por finalizado.

MÉTODO	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 4	Sesión 6	Sesión 8	Sesión 10	1y 3 meses después
Detección del paciente y definición del problema (DSM-5)	✓						
Aplicación de escalas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Riesgo suicida Plutchik							
- CGI							
Intervención sistémica breve	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
- Enfocado en soluciones							
- Búsqueda de excepciones							
- Pregunta milagro							
- MADRS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
- Young de manía							

CUADRO 3: Cronograma del estudio.

Una vez cubierta la muestra necesaria para la realización del estudio, esta información se vació en una base de datos diseñada utilizando el programa de Excel, para su posterior análisis estadístico utilizando la versión más reciente del programa SPSS.

Eventos de interés y diferentes variables

- Se recopilaron los siguientes datos personales: edad, sexo, ocupación, escolaridad, religión, estado civil.
- Historia clínica general: diagnóstico principal, uso de psicofármacos, ausencia de enfermedades relevantes o inestables.
- **Variable independiente**
 - TSB con modificación a la técnica: enfocado en soluciones, búsqueda de excepciones, pregunta milagro, definición de meta terapéutica, indicadores de cambio que el mismo sujeto evalúa con preguntas de escalas.
- **Variable dependiente**
 - i. Escala de riesgo suicida de Plutchik:(Plutchik, Van Praag, Conte & Ricard, 1989). Validación al español de Rubio et al. (1998) y la revisión de Sábado y Monforte (2010). Se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas, con respuesta si/no. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems. Se contempla que una puntuación igual o superior a 6 indica la presencia de riesgo suicida. En la versión original se reportó cocientes de consistencia interna por ítem en un rango de .84 - .90 y su fiabilidad test-retest es de .89. La adaptación al español reportó una consistencia interna de .90 en la revisión de Sábado y Monforte (2010) fue de .81.
 - ii. Escala de impresión clínica global (CGI): Diseñada por W, Guy (1976). Consta de dos subescalas:1) Gravedad del cuadro clínico (GGI). Utiliza un único ítem en una escala de Likert de 8 valores desde 0 (no evaluado), hasta 7 (extremadamente enfermo). 2) Mejoría debida a intervenciones terapéuticas. También utiliza un único ítem en una escala de Likert de 8 valores desde 0 (no evaluado) hasta 7 (mucho peor) o de 5 valores. Existen versiones auto y heteroaplicada.

- iii. Escala de Young para manía: elaborada por Young RC y cols en 1978, con la intención de construir una escala para la valoración de presencia y gravedad de síntomas de manía que pudiera ser administrada por clínicos tras una breve entrevista, y se disponemos de la traducción al español de Marcos T. (1997). Es un instrumento de cuantificación de síntomas que consta de 11 ítems, con 5 opciones en cada uno, que reflejan grados crecientes de intensidad sintomática.
- iv. Escala de Depresión MADR-S: Escala elaborada por A.S. Montgomery y M.A. Asberg (1979) con la finalidad de medir la gravedad de la depresión. Se trata de una escala heteroaplicada por un entrevistador. La evaluación se basa en una entrevista clínica que va desde preguntas de carácter general sobre los síntomas hasta preguntas más detalladas que permiten una evaluación precisa de la gravedad. El evaluador debe decidir si la valoración corresponde a las respuestas definidas en los niveles de la escala (0, 2, 4, 6) o a las situadas entre ellas (1, 3, 5).

- Criterios de éxito

Se consideró éxito en el tratamiento a la disminución del riesgo suicida medido en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (punto de corte: <6 puntos), además de una disminución en la Escala de Impresión de Clínica Global del paciente.

- Criterios de fracaso

Se consideró fracaso al no encontrar mejoría clínica de los síntomas medidos con las escalas aplicadas en cada sesión programada del estudio ni mejoría en la Escala de impresión clínica global del paciente, así como el abandono al tratamiento o el internamiento psiquiátrico.

7. Consideraciones éticas y de confidencialidad

Al tratarse de una población de estudio con riesgo suicida, es importante aclarar algunas consideraciones que fueron aprobadas por el Comité de Ética de la Subdirección de Investigación de la Facultad de Medicina de Universidad Autónoma de Nuevo León para el para la realización del protocolo de investigación de la presente tesis:

- Se contó con un consentimiento informado por escrito.
- Pacientes estuvieron bajo seguimiento estrecho y con citas frecuentes.
- Supervisión frecuente de los casos por parte de maestro responsable del servicio de IC.
- La recomendación para el manejo del paciente con riesgo suicida es internamiento hospitalario; sin embargo, se les ofrece esta modalidad de intervención en crisis para aquellos que rechacen internamiento o se encuentren en lista de espera.
- El protocolo consistió únicamente en la aplicación de escalas para medir el efecto de la terapia que ya se aplica cómo forma habitual de tratamiento.

En cuanto a la confidencialidad la Facultad de Medicina y Hospital Universitario, así como investigador principal, el tesista y colaboradores fueron los responsables de salvaguardar la información de acuerdo con las regulaciones locales, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de la información clínica contenida en las escalas aplicadas, documentos o cualquier otro registro o información que contengan datos del paciente. Esta información no contiene el nombre completo ni domicilio del paciente, pero puede contener otra información acerca del participante, tal como iniciales, registro del expediente y fecha de nacimiento. Toda esta información tiene como finalidad garantizar la integridad científica de la investigación y proteger la confidencialidad de los participantes. Todo documento escrito sobre el participante fue salvaguardado en un expediente confidencial que está bajo llave, y sólo tendrán acceso el tesista, la directora de tesis y colaboradores. No se difundirá, distribuirá o comercializará con los datos personales de los sujetos de investigación.

8. Resultados

Sexo	Porcentaje	Frecuencia
Femenino	70.0	21
Masculino	30.0	9
Total	100.0	30

Tabla 1. Distribución por sexo.

Edad	Porcentaje	Frecuencia
17-24	46.7	14
25-34	40	12
>35	13.3	4
Total	100.0	30

	Edad
N	30
Media	26.63
Mediana	25.50
Moda	20
Desv. Desviación	7.823
Mínimo	17
Máximo	49

Tablas 2 y 3. Distribución por edad.

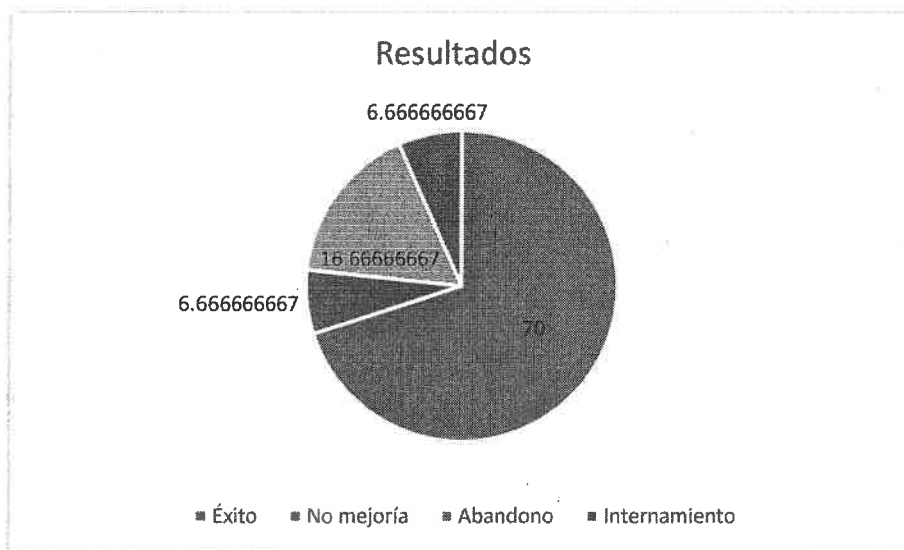
Diagnóstico	Porcentaje	Frecuencia
Episodio depresivo mayor grave	73.3	22
Trastorno bipolar tipo II	3.3	1
Trastorno de estrés postraumático	6.7	2
Trastorno límite de la personalidad	13.3	4
Trastorno por abuso de sustancias	3.3	1
Total	100.0	30

Tabla 4. Distribución por diagnóstico primario.

Medicamentos	Porcentaje	Frecuencia
Antidepresivos	80.0	24
Antipsicóticos	20.0	6
Total	100.0	30

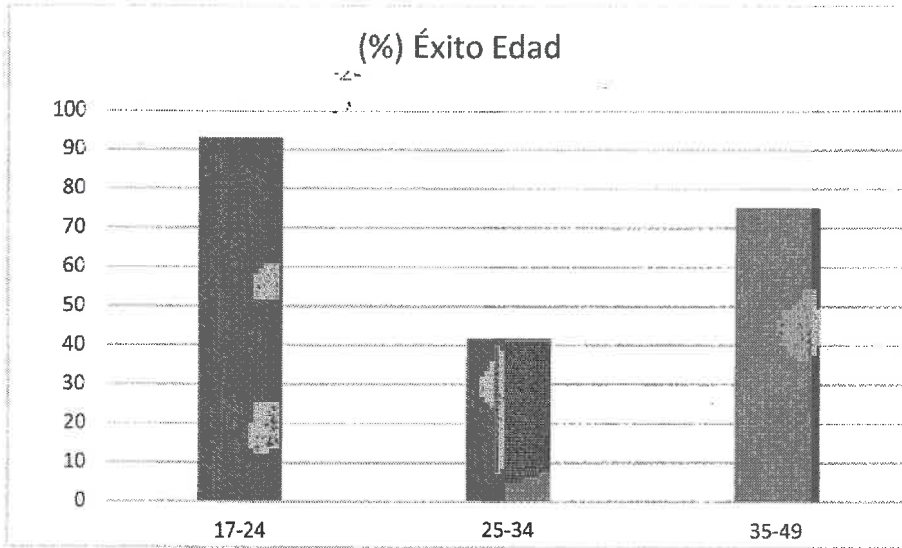
Tabla 5. Distribución por uso de medicamentos.

- En cuanto a distribución por género, de la muestra total de pacientes reclutados (30 pacientes), el 70% (21 pacientes) fueron mujeres y el 30% (9 pacientes) fueron hombres.
- En cuanto a distribución por edad, de la muestra total de pacientes reclutados el 46.7% (14 pacientes) tuvieron entre 17 y 24 años, el 40% (12 pacientes) tuvieron entre 25 y 34 años, y el 13.3% (4 pacientes) más de 35 años, con una media 26.6 años, un mínimo de 17 años y un máximo de 49 años.
- En cuanto a distribución por diagnóstico, de la muestra total de pacientes reclutados el 73.3% (22 pacientes) contaron con diagnóstico de episodio depresivo mayor grave, el 13.3% (4 pacientes) con trastorno límite de personalidad, el 6.7% (2 pacientes) con trastorno de estrés postraumático, el 3.3% (1 paciente) con trastorno bipolar tipo II y el 3.3% (1 paciente) con trastorno por abuso de sustancias.
- En cuanto a distribución por grupos de medicamentos prescritos, de la muestra total de pacientes reclutados el 80% (24 pacientes) fueron prescritos con antidepresivos, y el 20% fueron prescritos con antipsicóticos.



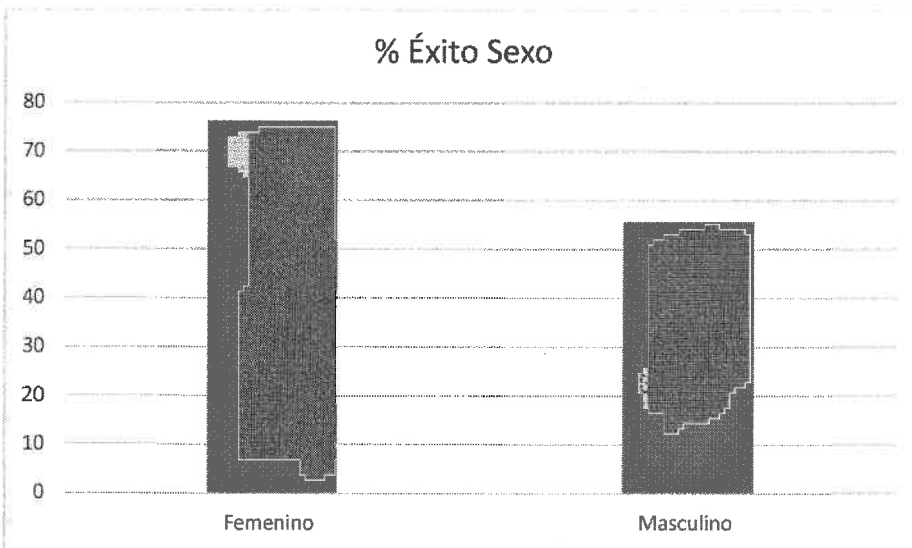
Resultado	(%)
Éxito	70
No mejoría	6.7
Abandono	16.7
Internamiento	6.7

Gráfica 1. Porcentajes de éxito y fracaso por subcategorías.



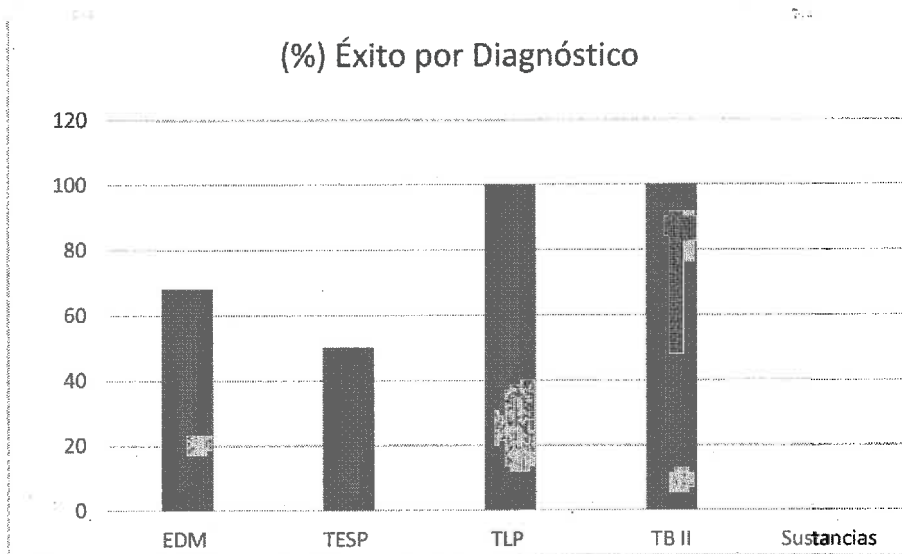
Edad	(%) Éxito
17-24	92.8
25-34	41.7
35-49	75

Gráfica 2. Porcentajes de éxito por edad.



Sexo	% Éxito
Femenino	76.2
Masculino	55.6

Gráfica 3. Porcentaje de éxito por sexo.



Dx	(%) Éxito
EDM	68.2
TESP	50
TLP	100
TB II	100
Sustancias	0

Gráfica 4. Porcentaje de éxito por diagnóstico.

- De la muestra de pacientes reclutados (30 pacientes), el 70% (21 pacientes) cumplieron con los criterios de éxito al terminar la intervención con TSB-IC, lo cual incluye el no presentar riesgo suicida medido por la escala de Riesgo Suicida de Plutchik (puntaje <6 puntos se consideran sin riesgo suicida), además de presentar mejoría en la escala de CGI en ambas subescalas de gravedad de la enfermedad y mejoría global.
- De los pacientes reclutados, el 30% (9 pacientes) cumplió con los criterios de fracaso, de los cuáles el 6.7% (2 pacientes) se debió a continuar presentando riesgo suicida por la escala de Riesgo Suicida Plutchik (puntaje ≥ 6 se considera con riesgo suicida) al término de la intervención con TSB-IC, el 16.7% (5 pacientes) por abandono al tratamiento previo a cumplir la intervención con TSB-IC, y el 6.7% (2 pacientes) por haber requerido internamiento psiquiátrico durante la intervención con TSB-IC.
- Por edad, el porcentaje de éxito en el subgrupo de pacientes de 17 a 24 años (14 pacientes) fue de 92.8% (13 pacientes); en el subgrupo de pacientes de 25 a 34 (12 pacientes) fue de 41.7% (5 pacientes); y en el subgrupo de pacientes mayores de 35 a 49 años (4 pacientes) fue de 75% (3 pacientes).
- Por género, el porcentaje de éxito en el subgrupo de pacientes femeninas (21 pacientes) fue de 76.2% (16 pacientes); en el subgrupo de pacientes masculinos (9 pacientes) fue de 55.6% (5 pacientes).

- Por diagnóstico, el porcentaje de éxito en el subgrupo de pacientes con episodio depresivo mayor (22 pacientes) fue de 68.2% (15 pacientes); en el subgrupo de pacientes con trastorno de estrés postraumático (2 pacientes) fue de 50% (1paciente); en el subgrupo de pacientes con trastorno límite de personalidad (4 pacientes) fue de 100% (4 pacientes); y en el subgrupo de pacientes con trastorno por abuso de sustancias (1 paciente) fue de 0% (0 pacientes).

	Plutchik 1	Plutchik 6	Plutchik 10	Plutchik S1	Plutchik S3
N	30	23	23	23	23
Media	11.63	6.43	3.78	2.43	2.04
Mediana	12.00	7.00	4.00	2.00	2.00
Moda	12	7	3	2	2
Desv. Desviación	1.520	2.465	1.204	0.945	1.022
Mínimo	8	2	2	1	1
Máximo	14	11	6	5	6

Tabla 6. Descripción de resultados de puntajes en escala de Riesgo Suicida de Plutchik en sesiones 1, 6 y 10, y seguimiento a 1 y 3 meses posterior a la intervención con TSB-IC.

	CGI-GI 1	CGI-GI 6	CGI-GI 10	CGI-GI S1	CGI-GI S3
N	30	23	23	23	23
Media	3.78	2.52	1.74	1.43	1.17
Mediana	4.00	2.00	2.00	1.00	1.00
Moda	4	2	2	1	1
Desv. Desviación	0.434	0.898	0.689	0.507	0.491
Mínimo	3	1	1	1	1
Máximo	5	5	3	2	3

Tabla 7. Descripción de resultados de puntajes en subescala de CGI-GI en sesiones 1, 6 y 10, y seguimiento a 1 y 3 meses posterior a la intervención con TSB-IC.

	CGI-SI 1	CGI-SI 6	CGI-SI 10	CGI-SI S1	CGI-SI S3
N	30	23	23	23	23
Media	5.93	2.52	1.74	1.43	2.04
Mediana	6.00	2.00	2.00	1.00	2.00
Moda	6	2	2	1	3
Desv. Desviación	0.365	0.898	0.689	0.507	0.878
Mínimo	5	1	1	1	1
Máximo	7	5	3	2	3

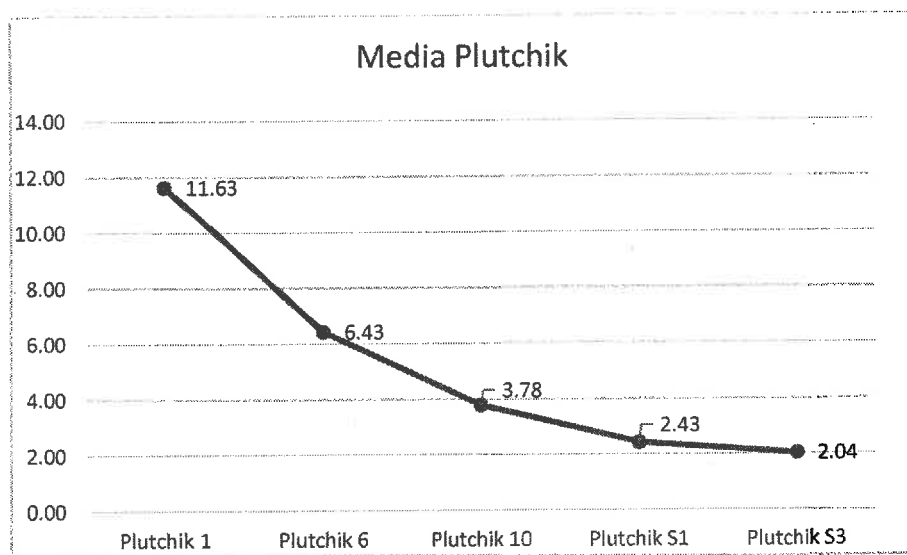
Tabla 8. Descripción de resultados de puntajes en subescala de CGI-SI en sesiones 1, 6 y 10, y seguimiento a 1 y 3 meses posterior a la intervención con TSB-IC.

	MADR-S 1	MADR-S 6	MADR-S 10
N	30	23	23
Media	32.90	25.09	20.30
Mediana	31.50	25.00	20.00
Moda	31	22	17
Desv. Desviación	6.088	4.842	4.405
Mínimo	18	16	13
Máximo	49	35	30

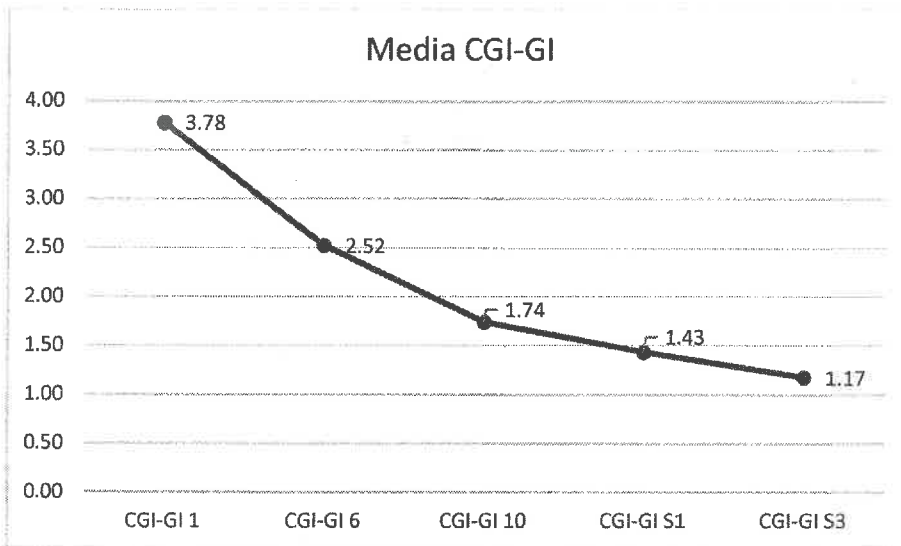
Tabla 9. Descripción de resultados de puntajes en escala de MADR-S en sesiones 1, 6 y 10 de la intervención con TSB-IC.

	Young 1	Young 6	Young 10
N	30	23	23
Media	1.93	0.57	0.35
Mediana	2.00	0.00	0.00
Moda	1	0	0
Desv. Desviación	1.596	0.945	0.832
Mínimo	0	0	0
Máximo	6	3	3

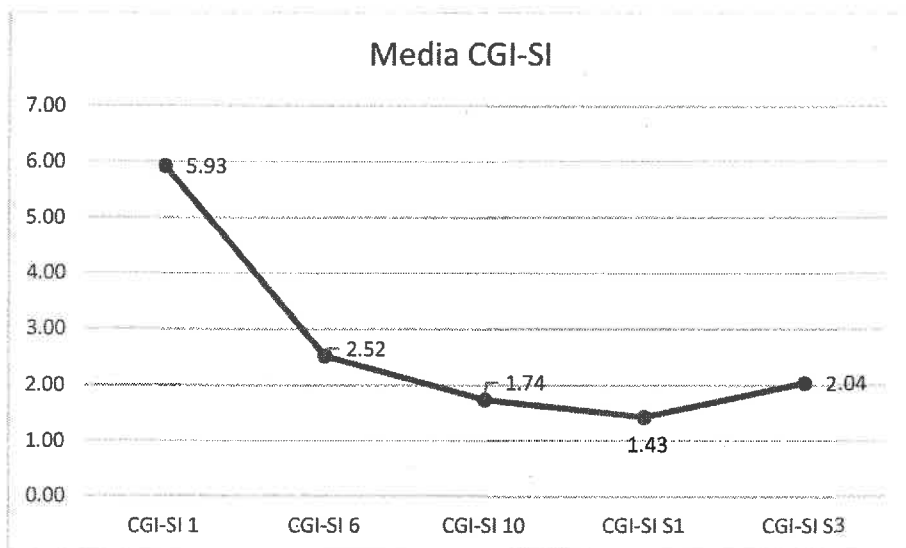
Tabla 10. Descripción de resultados de puntajes en escala de Manía de Young en sesiones 1, 6 y 10 de la intervención con TSB-IC.



Gráfica 5. Medias de puntajes en escala de Riesgo Suicida de Plutchik en sesiones 1, 6 y 10, y al seguimiento a 1 y 3 meses posterior a la intervención con TSB-IC.



Gráfica 6. Medias de puntajes en subescala de CGI-GI en sesiones 1, 6 y 10, y al seguimiento a 1 y 3 meses posterior a la intervención con TSB-IC.



Gráfica 7. Medias de puntajes en subescala de CGI-SI en sesiones 1, 6 y 10, y al seguimiento a 1 y 3 meses posterior a la intervención con TSB-IC.

		Media	N	Desviación	p
Cruce 1	Plutchik 1	11.43	23	1.562	0.0001
	Plutchik 6	6.43	23	2.465	
Cruce 2	Plutchik 1	11.43	23	1.562	0.0001
	Plutchik 10	3.78	23	1.204	
Cruce 3	Plutchik 1	11.43	23	1.562	0.0001
	Plutchik S1	2.43	23	0.945	
Cruce 4	Plutchik 1	11.43	23	1.562	0.0001
	Plutchik S3	2.04	23	1.022	
Cruce 5	Plutchik 6	6.43	23	2.465	0.0001
	Plutchik 10	3.78	23	1.204	
Cruce 6	Plutchik 6	6.43	23	2.465	0.0001
	Plutchik S1	2.43	23	0.945	
Cruce 7	Plutchik 6	6.43	23	2.465	0.0001
	Plutchik S3	2.04	23	1.022	
Cruce 8	Plutchik 10	3.78	23	1.204	0.0001
	Plutchik S1	2.43	23	0.945	
Cruce 9	Plutchik 10	3.78	23	1.204	0.0001
	Plutchik S3	2.04	23	1.022	
Cruce 10	Plutchik S1	2.43	23	0.945	0.047
	Plutchik S3	2.04	23	1.022	
Cruce 11	CGI-GI 1	3.78	23	0.422	0.0001
	CGI-GI 6	2.52	23	0.898	
Cruce 12	CGI-GI 1	3.78	23	0.422	0.0001
	CGI-GI 10	1.74	23	0.689	
Cruce 13	CGI-GI 1	3.78	23	0.422	0.0001
	CGI-GI S1	1.43	23	0.507	
Cruce 14	CGI-GI 1	3.78	23	0.422	0.0001
	CGI-GI S3	1.17	23	0.491	
Cruce 15	CGI-GI 6	2.52	23	0.898	0.0001
	CGI-GI 10	1.74	23	0.689	
Cruce 16	CGI-GI 6	2.52	23	0.898	0.0001
	CGI-GI S1	1.43	23	0.507	
Cruce 17	CGI-GI 6	2.52	23	0.898	0.0001
	CGI-GI S3	1.17	23	0.491	
Cruce 18	CGI-GI 10	1.74	23	0.689	0.05
	CGI-GI S1	1.43	23	0.507	
Cruce 19	CGI-GI 10	1.74	23	0.689	0.0001
	CGI-GI S3	1.17	23	0.491	
Cruce 20	CGI-GI S1	1.43	23	0.507	0.30
	CGI-GI S3	1.17	23	0.491	
Cruce 21	CGI-SI 1	5.87	23	0.344	0.0001
	CGI-SI 6	2.52	23	0.898	
Cruce 22	CGI-SI 1	5.87	23	0.344	0.0001
	CGI-SI 10	1.74	23	0.689	
Cruce 23	CGI-SI 1	5.87	23	0.344	0.0001
	CGI-SI S1	1.43	23	0.507	
Cruce 24	CGI-SI 1	5.87	23	0.344	0.0001

	CGI-SI S3	2.04	23	0.878	
Cruce 25	CGI-SI 6	2.52	23	0.898	0.0001
	CGI-SI 10	1.74	23	0.689	
Cruce 26	CGI-SI 6	2.52	23	0.898	0.0001
	CGI-SI S1	1.43	23	0.507	
Cruce 27	CGI-SI 6	2.52	23	0.898	0.094
	CGI-SI S3	2.04	23	0.878	
Cruce 28	CGI-SI 10	1.74	23	0.689	0.005
	CGI-SI S1	1.43	23	0.507	
Cruce 29	CGI-SI 10	1.74	23	0.689	0.200
	CGI-SI S3	2.04	23	0.878	
Cruce 30	CGI-SI S1	1.43	23	0.507	0.013
	CGI-SI S3	2.04	23	0.878	
Cruce 31	MADR-S 1	32.22	23	5.885	0.0001
	MADR-S 6	25.09	23	4.842	
Cruce 32	MADR-S 1	32.22	23	5.885	0.0001
	MADR-S 10	20.30	23	4.405	
Cruce 33	MADR-S 6	25.09	23	4.842	0.0001
	MADR-S 10	20.30	23	4.405	

Tabla 11. Análisis correlacional desglosado de las variables cuantitativas.

- La media del puntaje en la escala de Riesgo Suicida de Plutchik al inicio de la intervención con TSB-IC (N=30), fue de 11.63; este valor se redujo a una media de 6.43 a la mitad de la intervención, en la sesión 6 (N=23, $p<0.0001$), a una media de 3.78 al concluir la intervención en la sesión 10 (N=23, $p<0.0001$), a una media de 2.43 al seguimiento 1 mes posterior a la intervención (N=23, $p<0.0001$), y a una media 2.04 al seguimiento a 3 meses de concluir la intervención (N=23, $p<0.0001$).
- La media del puntaje en la subescala de CGI-GI al inicio de la intervención con TSB-IC (N=30), fue de 3.78; este valor se redujo a una media de 2.52 a la mitad de la intervención, en la sesión 6 (N=23, $p<0.0001$), a una media de 1.74 al concluir la intervención en la sesión 10 (N=23, $p<0.0001$), a una media de 1.43 al seguimiento 1 mes posterior a la intervención (N=23, $p<0.0001$), y a una media 1.17 al seguimiento a 3 meses de concluir la intervención (N=23, $p<0.0001$).
- La media del puntaje en la subescala de CGI-SI al inicio de la intervención con TSB-IC (N=30), fue de 5.87; este valor se redujo a una media de 2.52 a la mitad de la intervención, en la sesión 6 (N=23, $p<0.0001$), a una media de 1.74 al concluir la intervención en la sesión 10 (N=23, $p<0.0001$), a una media de 1.43 al seguimiento 1 mes posterior a la intervención (N=23, $p<0.0001$), y a una media 2.04 al seguimiento a 3 meses de concluir la intervención (N=23, $p<0.0001$).
- La media de reducción en puntaje de la escala de Riesgo Suicida de Plutchik del inicio a la terminación de la intervención con TSB-IC (N=23), fue de una reducción del 66.7% de los puntos.

- La media de reducción en puntaje de la escala de MADR-S del inicio a la terminación de la intervención con TSB-IC (N=23), fue de una reducción del 36.4% de los puntos.
- El porcentaje de pacientes que no presentaban riesgo suicida de acuerdo al puntaje de la escala de Riesgo Suicida de Plutchik a la mitad de la intervención (N=23), fue de 43.4% (10 pacientes).

9. Conclusiones

Nuestro protocolo de investigación se trató de un estudio clínico piloto longitudinal con el propósito de establecer la prueba de concepto que la TSB-IC para pacientes suicidas utilizada de manera habitual en nuestro servicio de IC es eficaz como abordaje psicoterapéutico en la disminución del riesgo suicida, a través de la aplicación de escalas. De acuerdo a nuestros criterios de éxito, lo cual incluye el no presentar riesgo suicida medido por la escala de Riesgo Suicida de Plutchik (puntaje <6 puntos se consideran sin riesgo suicida), además de presentar mejoría en la escala de CGI en ambas subescalas de gravedad de la enfermedad y mejoría global, la TSB-IC fue efectiva como abordaje psicoterapéutico para la reducción de riesgo suicida en un **70%** de los pacientes de nuestro estudio al final de la intervención.

Observamos una disminución en el riesgo suicida del inicio a la terminación de la intervención con TSB-IC en la población de estudio, reflejada en la disminución de los puntajes de la escala de Riesgo Suicida de Plutchik (media al inicio de 11.63 puntos contra media de 3.78 puntos a la sesión 10), lo cual fue estadísticamente significativo ($p < 0.0001$); además observamos una disminución del riesgo suicida entre el inicio de la intervención y el punto medio de la intervención (media al inicio de 11.63 puntos contra media de 6.43 puntos a la sesión 6), y entre el punto medio y la terminación de la intervención (media de 6.43 puntos y de 3.78 puntos, respectivamente), ambas reducciones siendo estadísticamente significativo ($p < 0.0001$); también observamos una mejoría clínica reflejada en la reducción en las subescalas de CGI-GI (media al inicio de 3.78 puntos contra media de 1.74 puntos a la sesión 10) y CGI-SI (media al inicio de 5.87 puntos contra media de 1.74 puntos a la sesión 10), ambas estadísticamente significativas ($p < 0.0001$); de igual manera, se observó una reducción en las subescalas CGI-GI Y CGI-SI al punto medio de la intervención (medias de 2.52 puntos ambas a la sesión 6) estadísticamente significativas ($p < 0.0001$). Nos pareció relevante que, para el punto medio de la intervención, el 43.4% de los pacientes que continuaron en el estudio no presentaban riesgo suicida de acuerdo con la escala de Riesgo Suicida de Plutchik (puntaje <6), y que para el final de la intervención existía una media en la reducción del puntaje del 66.7%.

De igual manera, se observó que la reducción en el riesgo suicida se mantenía a 1 mes y 3 meses después de concluida la intervención con TSB-IC de acuerdo a los puntajes en la escala de Riesgo Suicida de Plutchik (media de 2.43 y de 2.04 puntos, respectivamente), en ambos puntos de corte siendo estas reducciones estadísticamente significativas ($p < 0.0001$); es importante destacar que algunos de los ítems que evalúa la escala de Riesgo Suicida de Plutchik no son modificables (ítem 11 y 15), o difícilmente se modificarían (ítem 1 y 10), lo cuáles continuaron estando presentes en la mayoría de los pacientes del estudio. En el seguimiento a 1 y 3 meses, también se observó mejoría clínica en las subescalas de CGI-GI (media de 1.43 y 1.17 puntos a 1 y 3 meses, respectivamente) y de CGI-SI (media de 1.43 y 2.04 puntos a 1 y 3 meses, respectivamente), que fueron estadísticamente significativos ($p < 0.0001$). Se observó igualmente una disminución en los síntomas depresivos medidos a través de la escala MADR-S (media de 32.22 puntos al inicio y de 20.3 al término de la intervención), estadísticamente significativa ($p < 0.0001$), aunque esta reducción pareciera ser más discreta, ya que la media de reducción de puntaje de la MADR-S al finalizar la intervención de 36.4%. En cuanto a la Escala de Manía de Young, ninguno de los pacientes presentó un puntaje mayor a 6 en ningún punto del estudio, por lo que no se consideraron dichas escalas para el análisis.

De estas observaciones podemos concluir que hubo una mejoría en la reducción de riesgo suicida y una mejoría clínica a lo largo de las sesiones de la intervención con TSB-IC en la muestra de nuestro estudio, y que esta reducción en riesgo suicida y la mejoría clínica son significativos en todos los puntos de referencia que analizamos, y que se sostienen hasta por lo menos 3 meses.

Existen varias limitaciones con el presente estudio; el cambio observado es atribuible al procedimiento de la intervención con TSB-IC como tratamiento psicoterapéutico coadyuvante para los pacientes con riesgo suicida; sin embargo, factores comunes a todos los tratamientos psicológicos (variables del terapeuta, variables del paciente y relación terapéutica) afectan potencialmente los resultados obtenidos, y es difícil separar en este momento la mejoría atribuible al tratamiento farmacológico y otros factores externos a la intervención a estudiar. Los participantes son reclutados del servicio de Intervención en Crisis de consulta externa, expuestos a un sinnúmero de variables más allá del tratamiento. Además, no utilizamos un grupo comparativo de control, lo cual les daría un mayor peso estadístico a nuestras observaciones. Por último, debido a la muestra limitada de nuestro estudio, no sería posible comparar subgrupos para obtener conclusiones sin incurrir en un sesgo por baja potencia estadística en cuanto a diferencias por sexo, edad,

diagnóstico o tratamiento farmacológico; los resultados por subgrupos que se presentan en este estudio son solamente descriptivos.

Sin embargo, consideramos que los alcances de este estudio pueden establecer las bases para comparación de subgrupos de pacientes con riesgo suicida, además con grupos controles a futuro (con pacientes hospitalizados por riesgo suicida, por ejemplo). Con base en los resultados obtenidos en esta investigación, se buscará con la elaboración de un manual para el Servicio de Intervención en Crisis del Departamento de Psiquiatría UANL, en el cual se describa en detalle el modelo de la TSB-IC para el abordaje de pacientes con riesgo suicida y los principios teóricos que lo sustentan.

10. Bibliografía

- Alan Carr 2009. The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems The Author. *Journal compilation 2009 The Association for Family Therapy and Systemic Practice*
- Bellak, L. & Small, L. (1986). *Psicoterapia Breve y de Emergencia*. Mexico: PAX, (5ª reimpresión), Efectividad de la técnica de la Intervención en Crisis en un servicio de urgencia, *Terapia Psicológica* 2004 Vol.22, Nº2, 177-184
- Berg, I. K., & Dolan, Y. (2001). *Tales of solutions: A collection of hope-inspiring stories*. New York: Norton.
- Beyebach, M M 2009 *Journal of Systemic Therapies*, Vol. 28, No. 3, pp. 18-35 Integrative brief solution focused family therapy: A provisional roadmap.
- Bloom, B.L.(2001). Planned short-term psychotherapy for depression: Recent controlled outcome studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 1(2),169-189.
- Bloom, PhD (2002) *Brief Psychotherapy With Children and Adolescents: Recent Treatment Outcome Studies* Bernard L. *Brief Treatment and Crisis Intervention* / 2:3 Fall 2002
- Bowen, M; *De la familia al individuo*, Ed. Paidós Barcelona-España,1991, p 53
- Davidson, C.L., Wingate, L.R., Rasmussen, K.A., & Shish, M.L. (2009). Hope as a predictor of interpersonal suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39 (5), 499-507.
- Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process*, 25, 207-221.
- De Shazer, S. & Berg, I.K. (1997). What works? Remarks on research aspects of solution focused brief therapy. *Journal of Family therapy*, 19, 121-124.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*.(pp. 3-17). New York: W. W.Norton
- De Shazer, S., Berg I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., y Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process*, 25, 207-221.
- De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., McCollum, E., Trepper, T., & Berg, I.K. (2007). *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*. Binghamton, NY: The Haworth Press
- De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E., & Berg, I. K. (2007). *More than miracles. The state of the art in solution-focused brief therapy*. New York: Haworth Press
- De Shazer, Steve (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.
- Epstein, N. and Baucom, D. (2002) *Enhanced Cognitive-Behavioural Therapy For Couples: A Contextual Approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- García, F., Ceberio, M., (2016) *Manual de Terapia Sistémica Breve*. Editorial Mediterráneo.
- Gottman, J. (1999) *The Marriage Clinic: A Scientifically-Based marital Therapy*.New York: Norton.
- Greene G.J., Lee, M.L., Trask, R. & Rheinscheld, J. (2000). How to work with clients' strengths in crisis intervention: A solution-focused approach

- Greene, G; 1996. Client Strengths and Crisis Intervention: A Solution-Focused Approach Article in Crisis Intervention and Time-Limited Treatment ·
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2012. Guías de Práctica de Clínica en el SNS: Avalía-t 2010/02.
- Haley, J.(1976). Problem-solving therapy: New strategies for effective family therapy. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Haley, J; 2003, Trastornos de la Emancipación Juvenil y Terapia Familiar, 3Ed. Amorrortu S.A. Buenos Aires, pp58-77
- Kaplan, H., et. al. Sinopsis de Psiquiatría, 8a. ed, Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires-Argentina 2001, p 985
- Kim (2008) Examining the Effectiveness of Solution Focused Brief Therapy: A MetaAnalysis Using Random Effects Modeling . Research on Social Work Practice 18 issue: 2, page(s): 107-116
- Kim, J 2008 Examining the Effectiveness of Solution Focused Brief Therapy: A MetaAnalysis Using Random Effects Modeling University of Texas at Austin Austin, Texas, 19 th National Symposium on Doctoral Research in Social Work
- Kim, J. 2004 A Solution-Focused Approach to Crisis intervention with Adolescents Laura M. Hopson, MSSW by The Haworth Press, Inc. All rights reserved. Digital Object Identifier: 10.1300/J394v1n02_07
- Konrad, Michael (2017) A novel therapy for people who attempt suicide.
- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. American Journal of Psychiatry, 151,1771–1776.
- Linehan, M.M., Goodstein, J.L., Nielsen, S.L., & Chiles, J.A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,276-286.
- Loughran, May 2011. Understanding Crisis Therapies An Integrative Approach to Crisis Intervention and Post Traumatic Stress
- Miller K, Barber J, Brief Intervention Strategies for the Prevention of Youth Suicide, Brief Treatment and Crisis Intervention/ 2:3 Fall 2002
- Minuchin, S. (1974). Families and family therapy. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., & Fischman, C. (1981). Family therapy techniques. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Neimeyer, R.A., Fortner, B. y Melby, D. (2001). Personal and Professional Factors and Suicide Intervention Skills. Suicide & Life-Threatening Behavior, 31(1), 71-82.
- Neimeyer, R.A., Fortner, B. y Melby, D. (2001). Personal and Professional Factors and Suicide Intervention Skills. Suicide & Life-Threatening Behavior, 31(1), 71-82.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria en salud. Recuperado de [hp://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supre_miss_protocol_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supre_miss_protocol_spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria en salud. Recuperado de [hp://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supre_miss_protocol_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supre_miss_protocol_spanish.pdf)
- Payne, Martín. "Terapia Narrativa", Ed. Paidós, Barcelona. 2002, Pág. 47
- Roberts, A.R. (2002). Assessment, Crisis Intervention, and Trauma Treatment: The Integrative ACT Intervention Model. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2(1), 1-1
- Roberts, A.R. (2002). Assessment, Crisis Intervention, and Trauma Treatment: The Integrative ACT Intervention Model. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2(1), 1-1
- Roberts, A.R. (2005). Bridging the Past and Present to the Future of Crisis Intervention and Crisis Management. En Roberts, A.R. (Ed.) *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research*. 3a. ed. Nueva York: Oxford University Press
- Roberts, A.R. (2005). Bridging the Past and Present to the Future of Crisis Intervention and Crisis Management. En Roberts, A.R. (Ed.) *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research*. 3a. ed. Nueva York: Oxford University Press
- Roberts, A.R. (Ed.) (2000). *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and research*. 2a. ed. Nueva York: Oxford University Press.
- Roberts, A.R. (Ed.) (2000). *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and research*. 2a. ed. Nueva York: Oxford University Press.
- Roberts, A.R. y Everly, G.S. (2006). A Meta-Analysis of 36 Crisis Intervention Studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), 10-21.
- Roberts, A.R. y Everly, G.S. (2006). A Meta-Analysis of 36 Crisis Intervention Studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), 10-21.
- Roberts, A.R. y Owens, A.J. (2005). The Seven-Stage Crisis Intervention Model: A Road Map to Goal Attainment, Problem Solving, and Crisis Resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(4), 329-339.
- Roberts, A.R. y Owens, A.J. (2005). The Seven-Stage Crisis Intervention Model: A Road Map to Goal Attainment, Problem Solving, and Crisis Resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(4), 329-339.
- Rocomora, 2013, La intervención en crisis en las conductas suicidas. Ed. Desclée De Brouwer, S.A. Henao, 6 – 48009 Bilbao
- Santana-Campas, Santoyo-Telles, (2018). Psychometric properties of the Plutchik suicide risk scale in a sample of young Mexicans deprived of liberty, *Av.psicol.* 26(1) 2018.
- Slaikeu, Karl A. (1999). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. 2da. Ed. México: El Manual Moderno
- Tarrrier N, Taylor K, Gooding P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. *Behavior modification*. 2008;32(1):77-108

- White M; Epston, D; Medios Narrativos para fines terapéuticos, Ed. Paidós S.A. Barcelona- España 1993
- White, M., Epston, E. (1989). Narrative means to therapeutic ends. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

11. Anexos

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

<i>Instrucciones:</i> Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.		
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SÍ	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SÍ	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SÍ	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SÍ	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SÍ	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SÍ	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SÍ	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SÍ	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SÍ	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SÍ	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SÍ	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SÍ	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SÍ	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SÍ	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SÍ	NO

Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI)

Gravedad de la enfermedad (CGI-SI)

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

0. No evaluado
1. Normal, no enfermo
2. Dudosamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos

Mejoría global (CGI-GI)

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos? (Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento)

0. No evaluado
1. Mucho mejor
2. Moderadamente mejor
3. Levemente mejor
4. Sin cambios
5. Levemente peor
6. Moderadamente peor
7. Mucho peor

Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS)

1. Tristeza aparente

El paciente expresa abatimiento, tristeza y desesperación a través de la voz, el gesto y la expresión mímica. Evalúese en función de la gravedad e incapacidad para ser animado.

0. No tristeza
- 1.
2. Parece desanimado, pero se anima fácilmente
- 3.
4. Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo
- 5.
6. Parece desgraciado todo el tiempo. Extremadamente abatido

2. Tristeza expresada

El enfermo aporta datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente de que lo exprese por su apariencia o no. Incluye ánimo bajo, abatimiento, desesperanza, sentimiento de desamparo.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, duración e influenciabilidad del humor por las circunstancias:

0. Tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales
- 1.
2. Tristeza que cede (se anima) sin dificultad
- 3.
4. Sentimientos de tristeza o abatimiento profundo, pero el humor es todavía ligeramente influenciable por las circunstancias externas
- 5.
6. Continua e invariable tristeza, abatimiento, sentimiento de desgracia

3. Tensión interior

El paciente expresa sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia o duración de la tranquilidad perdida:

0. Placidez aparente. Sólo manifiesta tensión interna
- 1.
2. Ocasionales sentimientos de nerviosismo y malestar indefinido
- 3.
4. Continuos sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentemente y que el paciente puede dominar, pero con dificultad
- 5.
6. Angustia o temor no mitigado. Pánico abrumador

4. Sueño reducido

El paciente expresa una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a cómo duerme cuando se encuentra bien.

0. Sueño como los normales
- 1.
2. Leve dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido: sueño ligero
- 3.
4. Sueño reducido o interrumpido al menos durante 2 horas
- 5.
6. Menos de 2 o 3 horas de sueño

5. Disminución del apetito

El paciente expresa una reducción del apetito respecto al que tiene cuando se encuentra bien.

Evalúese la pérdida del deseo de alimento o la necesidad de forzarse uno mismo a comer.

0. Apetito normal o aumentado
- 1.
2. Apetito ligeramente disminuido
- 3.
4. No apetito. Los alimentos saben mal
- 5.
6. Necesidad de persuasión para comer

6. Dificultades de concentración

El paciente expresa dificultades para mantener su propio pensamiento o para concentrarse. Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia y grado de la incapacidad producida.

0. Ninguna dificultad de concentración
- 1.
2. Dificultades ocasionales para mantener los propios pensamientos
- 3.
4. Dificultades en la concentración y el mantenimiento del pensamiento que reduce la capacidad para mantener una conversación o leer
- 5.
6. Incapacidad para leer o conversar sin gran dificultad

7. Laxitud. Abulia

El paciente expresa o presenta dificultad para iniciar y ejecutar las actividades diarias.

0. Apenas hay dificultades para iniciar las tareas. No hay inactividad
- 1.
2. Dificultad para iniciar actividades
- 3.
4. Dificultades para comenzar sus actividades rutinarias, que exigen un esfuerzo para ser llevadas a cabo
- 5.
6. Completa laxitud, incapacidad para hacer nada sin ayuda

8. Incapacidad para sentir

El paciente expresa un reducido interés por lo que le rodea o las actividades que normalmente producían placer. Reducción de la capacidad para reaccionar adecuadamente a circunstancias o personas.

0. Interés normal por las cosas y la gente
- 1.
2. Reducción de la capacidad para disfrutar de los intereses habituales
- 3.
4. Pérdida de interés en lo que le rodea, incluso con los amigos o conocidos
- 5.
6. Manifiesta la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizado, anestesiado, con incapacidad para sentir placer o desagrado, y con una falta absoluta y/o dolorosa pérdida de sentimientos hacia parientes y amigos

9. Pensamientos pesimistas

El paciente expresa pensamiento de culpa, autorreproche, remordimiento, inferioridad, ideas de ruina, ideas de pecado.

0. No hay pensamientos pesimistas
- 1.
2. Ideas fluctuantes de fallos, autorreproches o autodepreciaciones
- 3.
4. Persistentes autoacusaciones o ideas definidas, pero todavía razonables de culpabilidad o pecado. Pesimismo
- 5.
6. Ideas irrefutables de ruina, remordimiento o pecado irremediable. Autoacusaciones absurdas e irreducibles

10. Ideación suicida

El paciente expresa la idea de que la vida no merece vivirse, de que una muerte natural sería bienvenida, o manifiesta ideas o planes suicidas.

0. Se alegra de vivir. Toma la vida como viene
- 1.
2. Cansado de vivir. Ideas suicidas fugaces
- 3.
4. Manifiesta deseos de muerte, ideas suicidas frecuentes. El suicidio es considerado como una solución, pero no se han elaborado planes o hecho intención
- 5.
6. Planes explícitos de suicidio cuando exista una oportunidad. Activa preparación para el suicidio

Escala de Young para la Evaluación de la Manía (Young Mania Rating Scale, YMRS)

1. *Euforia*

0. Ausente

1. Posible o moderada, sólo cuando se le pregunta
2. Clara aunque subjetiva y apropiada al contenido: optimista, seguro de sí mismo/a, alegre
3. Elevada e inapropiada
4. Claramente eufórico/a, risa inadecuada, canta durante la entrevista, etc.

2.

Hiperactividad

0. Ausente

1. Subjetivamente aumentada
2. Vigoroso/a, hipergestual
3. Energía excesiva, hiperactividad fluctuante, inquietud (puede ser calmado/a)
4. Agitación o hiperactividad constante (no puede ser calmado/a)

3. *Impulso sexual*

0. Normal, no aumentado

1. Posible o moderadamente aumentado
2. Claro aumento al preguntar
3. Referido como elevado de forma espontánea, contenido sexual del discurso, preocupación por temas sexuales
4. Actos o incitaciones sexuales evidentes (hacia pacientes, personal o entrevistador)

4. *Sueño*

0. No reducido

1. Disminución en menos de 1 hora
2. Disminución en más de 1 hora
3. Refiere disminución de la necesidad de dormir
4. Niega necesidad de dormir

5. *Irritabilidad*

0. Ausente

2. Subjetivamente aumentada
4. Irritabilidad fluctuante durante la entrevista, episodios recientes de rabia o enfado
6. Predominantemente irritable durante la entrevista, brusco y cortante
8. Hostil, no colaborador/a, entrevista imposible

6. *Expresión verbal*

0. No aumentada

2. Sensación de locuacidad
4. Aumentada de forma fluctuante, verborrea ocasional
6. Claramente aumentada en ritmo y cantidad, difícil de interrumpir, intrusiva
8. Verborrea ininterrumpible y continua

7. *Trastornos del curso del pensamiento y el lenguaje*

0. Ausentes

1. Circunstancialidad, distraibilidad moderada, aceleración del pensamiento
2. Distraibilidad clara, descarrilamiento, taquipsiquia
3. Fuga de ideas, tangencialidad, discurso difícil de seguir, rimas, ecolalia
4. Incoherencia, ininteligibilidad, comunicación imposible

8. *Trastornos del contenido del pensamiento*

0. Ausentes

2. Planes discutibles, nuevos intereses
4. Proyectos especiales, misticismo
6. Ideas grandiosas o paranoides, ideas de referencia
8. Delirios, alucinaciones

9. *Agresividad*

- 0. Ausente, colaborador/a
- 2. Sarcástico/a, enfático/a, lacónico/a
- 4. Querulante, pone en guardia
- 6. Amenaza al entrevistador, habla a gritos, entrevista difícil
- 8. Claramente agresivo/a, destructivo/a, entrevista imposible

10. *Apariencia*

- 0. Higiene e indumentaria apropiada
- 1. Ligeramente descuidada
- 2. Mal arreglado/a, moderadamente despeinado/a, indumentaria sobrecargada
- 3. Despeinado/a, semidesnudo/a, maquillaje llamativo
- 4. Completamente desaseado/a, adornado/a, indumentaria extravagante

11. *Conciencia de enfermedad*

- 0. Presente, admite la enfermedad, acepta tratamiento
- 1. Según él/ella, posiblemente enfermo/a
- 2. Admite cambio de conducta, pero niega enfermedad
- 3. Admite posible cambio de conducta, niega enfermedad
- 4. Niega cualquier cambio de conducta

12. Resumen autobiográfico

El Dr. Adrián Kawas Morales nació y creció en Monterrey, N.L., cursando sus estudios de primaria, secundaria y preparatoria en el Colegio Regiomontano Contry; realizó sus estudios universitarios en la Facultad de Medicina de la UANL, graduándose como Médico Cirujano Partero en 2015; realizó su año Servicio Social en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario, donde después continuó trabajando como Coordinador de Estudios en el Centro de Neurociencias Avanzadas UANL (CENAU) del mismo departamento durante un año y medio, previo a ingresar a la especialidad en Psiquiatría en la misma institución en el periodo de marzo del 2018 a febrero del 2022.

