

Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor

Jeannette Rosselló
Yovanska Duarte-Vélez¹
Guillermo Bernal
María Gema Zuluaga

Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico

Compendio

En Puerto Rico existe una alta prevalencia de depresión e ideación suicida (IS) en adolescentes. Este estudio examinó la respuesta a una terapia cognitivo-conductual para la depresión con un protocolo para el manejo del riesgo suicida incorporado. Participaron 115 adolescentes con depresión mayor. Se realizaron análisis descriptivos, pruebas *t* de medidas repetidas, análisis de significancia clínica e índice de cambio confiable, correlaciones y de regresión múltiple. La IS al comienzo del tratamiento no tuvo un efecto sobre el tratamiento para la depresión. Un 34.8% de los/as participantes demostraron un índice de cambio confiable de las puntuaciones del pre al post tratamiento en IS y un 89.6% evidenciaron cambio clínico significativo en post-tratamiento. El nivel de desesperanza y la IS al comienzo del tratamiento mostraron un valor predictivo hacia el nivel de IS al finalizar el tratamiento. En conclusión, la mayoría de los/as adolescentes con depresión e IS tratados con la TCC redujeron significativamente sus pensamientos suicidas.

Palabras Claves: Terapia cognitivo-conductual, ideación suicida, depresión, adolescencia, puertorriqueños/as

Suicide ideation and treatment response in Puerto Rican adolescents with depression

Abstract

In Puerto Rico a high prevalence of depression and suicidal ideation (SI) exists among adolescents. This study examined treatment response to a cognitive-behavioral therapy (CBT) for depression that integrated a protocol for the management of suicide risk. One hundred fifteen adolescents with Major Depressive Disorder participated. Descriptive analyses, *t tests*, clinical significance and reliable change index analyses, correlations and multiple regressions were conducted. SI at treatment onset did not have an effect on treatment for depression. Thirty-four percent of participants exhibited a reliable change of SI scores from pre- to post-treatment, 89.6% demonstrated clinically significant changes at post-treatment. Hopelessness level and SI at treatment onset were predictive of post-treatment suicidal ideation. Most adolescents with depression and SI treated with CBT significantly reduced their suicidal thoughts.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, suicide ideation, depression, adolescents, Puerto Ricans

La depresión es una condición de alta prevalencia entre adolescentes en Puerto Rico (Canino et al., 2004), siendo el suicidio una de sus posibles consecuencias. Diversos estudios han evidenciado que existe una fuerte relación entre el comportamiento suicida y la depresión (Barbe et al., 2004). Se estima que hasta un 60% de los casos de suicidios de adolescentes han reflejado un trastorno de depresión al momento de la muerte (Brent, Baugher, Bridge, Chen, & Chiappetta, 1999; Shaffer et al., 1996). De la misma forma, otros estudios han demostrado que al momento del intento o de la ideación suicida entre el 40 y 80% de los/as

adolescentes reunían los criterios para el diagnóstico de depresión (Goldston et al., 1998; Gould et al., 1998; Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1996; Reinherz et al., 1995). Por otra parte, en muestras clínicas de adolescentes hasta el 85% de los/as pacientes con depresión mayor o distimia han informado tener pensamientos suicidas y de éstos/as, se ha estimado que un 32% harán uno o más intentos suicidas más tarde en sus vidas (Kovacs, Goldston, & Gatsonis, 1993).

En Puerto Rico, la tasa de suicidios en la población general es menor que en los Estados Unidos, sin embargo es mayor que la reportada por el grupo de latinos en los Estados Unidos (Departamento de Salud de Puerto Rico, 2000-2006; U.S. Department of Health and Human Services, 2007). Según las Estadísticas

¹ Instituto de Investigación Psicológica (IPsi); P.O. Box 23174; San Juan, PR 00931-3174; Email: ymduarte@ipsi.uprrp.edu

Vitales del Departamento de Salud en Puerto Rico, entre el 2000 al 2006 se completó un promedio de un suicidio anual en el grupo de los/as adolescentes entre los 10 a 14 años, mientras que en el grupo de 15 a 19 años se efectuaron un promedio de nueve suicidios por año (Departamento de Salud de Puerto Rico, 2000-2006). Estudios en este país también evidencian una alta relación entre la ideación suicida y la depresión en adolescentes en muestras de comunidad (Duarté-Vélez & Rosselló, 1999; Rosselló & Berríos, 2004). En una encuesta realizada Duarté-Vélez y Rosselló (Duarté-Vélez & Rosselló, 1998, November) encontraron que de 179 estudiantes de escuela superior un 12.3% reportó haber tenido por lo menos un intento suicida en sus vidas, 32.4% contestó de manera afirmativa el reactivo "He pensado en quitarme la vida, pero no lo haría" y 1.1% contestó "Quiero quitarme la vida".

Estudios empíricos han establecido la eficacia de diversas modalidades de psicoterapia en el tratamiento de adolescentes con depresión, condición altamente relacionada a la ideación suicida (Asarnow et al., 2005; Brent et al., 1997; Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hops, & Seeley, 1999; Harrington et al., 1998; May et al., 2007; Reinecke, Ryan, & DuBois, 1998; Reynolds & Coats, 1986; Tads Team et al., 2004; Weersing & Weisz, 2002; Wood, Harrington, & Moore, 1996). En estudios previos realizados en Puerto Rico se documentó la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) en la reducción de síntomas de depresión en adolescentes (Rosselló & Bernal, 1999; Rosselló, Bernal, & Rivera-Medina, 2008). Sin embargo, existen pocas investigaciones sobre la eficacia de los tratamientos psicosociales para adolescentes con depresión e ideación suicida (King et al., 2006). Usualmente los estudios que incluyen adolescentes con depresión excluyen aquellos/as con ideación suicida alta o no se enfocan en evaluar cómo el tratamiento ha influenciado la ideación o el comportamiento suicida. Por lo tanto, no está claro de qué manera el tratamiento para la depresión ayuda a disminuir o eliminar los pensamientos y el riesgo suicida.

Existen algunas investigaciones en los Estados Unidos de intervenciones psicosociales de tipo ambulatorias para adolescentes con depresión y algún tipo de comportamiento suicida, ya sea como ideación o intentos. En una investigación, se asignó a un grupo de adolescentes con depresión de manera aleatoria, balanceando por ideación suicida clínicamente significativa, a uno de tres posibles tratamientos: Terapia Cognitiva Conductual (TCC), Terapia Sistemática-Conductual Familiar (TSCF) y Terapia de Apoyo (TA) (Brent et al., 1997). Los tres tratamientos fueron equivalentes en reducir el comportamiento suicida, definido en este estudio como el tener al menos ide-

ación suicida con un plan específico. Sin embargo, en un re-análisis de los datos de este ensayo clínico Barbe y colaboradores (Barbe et al., 2004) concluyeron que aquellos/as adolescentes con depresión y comportamiento suicida que participaron del estudio tenían una mayor probabilidad de darse de baja del tratamiento y mayor tendencia a continuar deprimidos/as al finalizar el mismo. También concluyeron que aquellos/as que presentaban comportamiento suicida que participaron de la TA tenían mayor probabilidad de continuar deprimidos/as. Estos observaron que el comportamiento suicida y la respuesta al tratamiento estuvo mediada por la severidad de los síntomas de la depresión y la desesperanza presentada previa al inicio del tratamiento.

En otro estudio en los Estados Unidos, *Treatment for Adolescents with Depression Study* (TADS), se asignaron de manera aleatoria a adolescentes con depresión a cuatro condiciones de tratamiento: medicamento únicamente, TCC sólo, TCC + medicación y un grupo placebo. En este estudio se examinó el impacto del tratamiento para la depresión en la ideación suicida. Un 29% de su muestra cumplió con los criterios de ideación suicida alta según el punto de corte del instrumento Suicide Ideation Questionnaire-Junior en la evaluación inicial (Tads Team et al., 2004). Los/as investigadores/as encontraron que la TCC sola y combinada con medicamento tuvo el efecto de disminuir la ideación suicida en los/as participantes.

De acuerdo a la literatura revisada la TCC ha tenido efectos positivos en el tratamiento para adolescentes con depresión e ideación suicida en poblaciones norteamericanas (Barbe et al., 2004; Brent et al., 2004; Tads Team et al., 2004). Sin embargo, el comportamiento suicida al inicio del tratamiento se relacionó con una pobre respuesta al tratamiento para la depresión o con una menor adherencia (Barbe et al., 2004; Tads Team et al., 2004). En Puerto Rico, no se ha examinado el impacto de la ideación suicida en la TCC para la depresión, ni el impacto de este tratamiento en la ideación suicida. Debido a la alta incidencia del comportamiento suicida y a la alta prevalencia de la depresión en los/as adolescentes puertorriqueños/as, se propuso el presente estudio. Este tiene como objetivo general desarrollar conocimiento sobre el tratamiento de adolescentes con un diagnóstico de depresión mayor que presentan ideación suicida; específicamente conocer cómo la TCC para la depresión con un protocolo para el manejo de riesgo suicida integrado impacta la ideación suicida; identificar variables que pudieran predecir el nivel de ideación suicida al finalizar el tratamiento; entender cómo la ideación suicida impacta la respuesta a la TCC para adolescentes con depresión; y realizar recomendaciones para el tratamiento de adolescentes con depresión e ideación suicida.

Las hipótesis formuladas fueron las siguientes: 1) la TCC tendrá un efecto positivo en reducir la severidad de la ideación suicida; 2) la severidad en la ideación suicida, los síntomas de depresión, el nivel de funcionalidad y el nivel de desesperanza al inicio del tratamiento serán variables predictoras del nivel de ideación suicida al terminar el tratamiento; 3) la severidad de la ideación suicida en los/as participantes antes de comenzar el tratamiento tendrá un impacto en la respuesta al tratamiento de la depresión.

Método

Participantes

Los datos analizados en este estudio provienen de la información recopilada como parte del proyecto "Parent Psychoeducational Intervention in CBT for depressed Latino Adolescents" cuyo Investigador Principal es el Dr. Guillermo Bernal. Este proyecto estaba dirigido a examinar el impacto de una intervención psicoeducativa para madres y padres en el tratamiento para la depresión de adolescentes puertorriqueños/as. Para participar en este estudio los/as adolescentes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: tener entre 13 y 17.5 años de edad, participar de manera voluntaria, tener el consentimiento de sus tutores para participar, presentar síntomas de depresión clínicamente significativos y cumplir con los criterios del Trastorno de Depresión Mayor.

Los criterios de exclusión fueron: tener un diagnóstico actual de cualquier desorden sicótico o síndrome orgánico cerebral; tener historial de desorden bipolar o esquizoafectivo; reunir los criterios diagnósticos del DSM-IV para otro desorden actual en el eje I (tal como ansiedad, pánico, fobia o desorden obsesivo-compulsivo) que sea primario al desorden de depresión mayor; presencia de abuso físico o sexual; capacidad intelectual bajo lo normal (coeficiente intelectual menor a 80); abuso o dependencia a sustancias en los pasados 12 meses; presencia de dolor crónico; estar recibiendo tratamiento psicológico o farmacológico para la depresión; haber tenido una hospitalización durante los últimos seis meses debido a intento suicida; la negativa de los tutores legales para participar de la intervención psicoeducativa para madres y padres en caso de ser necesario; y presencia de riesgo suicida inminente o de suficiente gravedad para considerar insuficiente un tratamiento ambulatorio sin psicofármacos. De determinarse un alto riesgo suicida los/as adolescentes eran referidos a servicios de emergencia para una evaluación psiquiátrica de inmediato o a otro tipo de tratamiento, según la peligrosidad del caso.

Luego del cernimiento y de una evaluación diagnóstica estructurada, se reclutaron un total de 121

adolescentes con un trastorno de depresión mayor (TDM). La edad promedio fue de 15, así como la edad de mayor frecuencia (n = 29; 24%). El 53.7% (n = 65) eran féminas. Un 94% (n = 114) se identificó como puertorriqueño/a, un 2.5% (n = 3) como dominicano/a y un 3.3% (n = 4) con otro grupo hispano o latino. La mayoría estaban cursando entre el octavo y el undécimo grado (87.6%; n = 106). El 62% estaban matriculados/as en escuelas públicas mientras que el 36% asistían a colegios privados (dos no asistían a la escuela). En cuanto a la constitución familiar al momento del estudio, se informó lo siguiente: 38% de los/as participantes pertenecían a familias cuyos progenitores estaban casados; 35.5% divorciados, 15.7% separados, 5% viudos, 2.5% convivían sin estar legalmente casados y 3.3% reportaron otro tipo de estructura o situación familiar. Con respecto a la zona de residencia el 75.2% indicó estar residiendo en el área urbana, mientras que el 24.8% dijo estar viviendo en zona rural. De todos/as los/as participantes (n = 121), 115 completaron la evaluación realizada al finalizar el tratamiento, por lo tanto, éstos/as constituyeron la muestra para el análisis de los datos.

Instrumentos de evaluación

Inventario de Depresión para Niños/as (Children's Depression Inventory - CDI). Es un instrumento de auto-reporte compuesto por 27 reactivos dirigidos a evaluar la severidad de los síntomas de depresión (Kovacs, 1992). El mismo fue traducido y adaptado para la población puertorriqueña por Rosselló, Guisasa, Ralat, Martínez y Nieves (1992). En el presente estudio tuvo una consistencia interna de alfa .84.

Cuestionario de Ideación Suicida para Adolescentes (Suicide Ideation Questionnaire Junior - SIQ-Jr). Este cuestionario de auto-reporte consiste de 15 reactivos dirigidos a evaluar la severidad y frecuencia de la ideación suicida (IS) (Reynolds, 1988). El mismo obtuvo una confiabilidad de .92 para la muestra del presente estudio. Este instrumento fue traducido al español y adaptado para la población de adolescentes puertorriqueños/as por Duarté-Vélez, Lázaro y Rosselló (2002, November).

Escala de Desesperanza para Niños/as (Hopelessness Scale for Children - HSC). Esta es una escala de 17 reactivos que evalúa pensamientos de desesperanza, definidos como expectativas negativas sobre sí mismo/a y del futuro (Kazdin, French, Unis, Esveldt-Dawson, & Sherick, 1983). Este instrumento fue traducido y adaptado para la población de adolescentes puertorriqueños/as (Duarté-Vélez, Lázaro, & Rosselló, 2002, November). Obtuvo un coeficiente de confiabilidad de .83 para la población bajo estudio.

Escala de Evaluación Global para Niños/as (The Global Assessment Scale for Children - C-GAS) (Shaffer et al., 1983). Esta constituye una medida para estimar el funcionamiento global y psiquiátrico del adolescente según el juicio clínico del evaluador/a. Ha probado tener niveles aceptables de confiabilidad y validez concurrente y discriminante en muestras de población puertorriqueña (Bird, Canino, Stipek, & Shrout, 1987).

Terapia Cognitiva Conductual

Las intervenciones de TCC estuvieron basadas en el manual desarrollado por Muñoz y Miranda (1986) el cual consiste de una intervención grupal dirigida a adultos hispanos diagnosticados con depresión (Muñoz & Mendelson, 2005). Dicho manual fue adaptado culturalmente basado en criterios de validez ecológica (Bernal, Bonilla, & Bellido, 1995; Bernal & Sáez-Santiago, 2005). Dos ensayos clínicos han demostrado su eficacia para la depresión en adolescentes, primero comparando la TCC y la Terapia Interpersonal (TI) con una lista de espera (Rosselló & Bernal, 1999) y luego evaluando la TCC versus la TI en formato individual y grupal. Los manuales más recientes para esta intervención están disponibles a través de la siguiente dirección electrónica: http://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales_tara/individual_participante_esp.pdf.

Las sesiones de TCC consistieron de 12 sesiones manualizadas en formato individual, en las que se cubrieron tres módulos principales (4 sesiones por cada uno): cómo los pensamientos, las actividades y las relaciones interpersonales afectan el estado de ánimo.

Protocolo para el Manejo del Riesgo Suicida

El Protocolo para el Manejo del Riesgo Suicida tuvo como objetivo principal durante toda la investigación evaluar el nivel de riesgo suicida, activar intervenciones específicas orientadas al manejo de la IS, orientar a los tutores legales sobre las medidas de prevención y determinar si era necesario algún cambio en el plan de tratamiento. Los/as participantes que manifestaron estar experimentando IS antes y durante el tratamiento fueron evaluados por medio de una entrevista semi-estructurada en la cual se auscultaba el nivel de peligrosidad suicida. La evaluación consistía en determinar el nivel de severidad de los pensamientos así como su frecuencia, recoger el historial de comportamiento suicida del adolescente y su familia, auscultar el nivel de apoyo social de sus tutores primarios, la accesibilidad a medios letales y la intención de llevar a cabo un plan suicida. El protocolo para el manejo de riesgo suicida fue desarrollado por la Dra. Duarté-Vélez con la colaboración de la Dra. Rosselló. El mismo es una adaptación del *Protocolo para el Manejo de Riesgo*

Suicida en Adolescentes en las Escuelas (Duarté-Vélez & Rosselló, 2002).

Como parte del protocolo si los/as adolescentes presentaban ideas suicidas durante el tratamiento una intervención manualizada se incorporaba con los siguientes objetivos: 1) evaluar el nivel de peligrosidad suicida antes y después de la sesión, 2) identificar el patrón de interacción negativa entre eventos, pensamientos, sentimientos y acciones en la crisis suicida, 3) ayudar a el/la adolescente a identificar pensamientos y acciones más saludables que lo protejan de atentar contra su vida, 4) identificar eventos estresantes en el entorno social que requieran otro tipo de intervención de la terapeuta y 5) activar las medidas de seguridad que fuesen necesarias con los tutores legales. Algunas de las estrategias clínicas utilizadas incluyeron la búsqueda de solución de problemas dirigido al evento estresante principal, la reestructuración cognitiva utilizando como punto de partida las razones para vivir del/la adolescente, la identificación de situaciones de mayor riesgo para concienciar el evitarlas, la identificación y activación de su red de apoyo y la participación en actividades placenteras.

Se establecía un contrato con el/la adolescente en el cual él/ella se comprometía a no permanecer solo/a en los momentos en que tuviera ideas suicidas y a evitar situaciones que le pusieran en mayor riesgo. Además se comprometía a contactar a su red de apoyo para verbalizarles lo que estaba pensando y sintiendo y a llamar a su terapeuta o a una línea de emergencia (cuyo número de teléfono se le proveía) en caso de que sintiera que no podía controlar sus pensamientos suicidas. En una sesión conjunta subsiguiente a la individual, se orientaba a la madre o el padre sobre la vulnerabilidad de el/la adolescente y la presencia de ideas suicidas, se repasaban las medidas de seguridad y el plan de prevención y finalmente de ser necesario, se negociaban acuerdos para manejar la situación estresante del/ de la adolescente.

Terapistas y la integridad del tratamiento

Las sesiones de TCC fueron ofrecidas por estudiantes a nivel doctoral del programa graduado de psicología clínica de la Universidad de Puerto Rico. Previo al inicio de las sesiones, las terapistas recibieron adiestramiento en el modelo de TCC con adolescentes y en el protocolo para el manejo de riesgo suicida. Una vez iniciadas las intervenciones, las terapistas fueron supervisadas semanalmente por tres psicólogas clínicas licenciadas con peritaje en el modelo de tratamiento. Se tomaron múltiples medidas para asegurar la integridad del tratamiento, entre ellas, se utilizó un manual de tratamiento y se grabaron las sesiones en formato digital para evaluar posteriormente la integridad del

tratamiento. El porcentaje de integridad obtenido fue de 96%.

Análisis de los datos

Con el fin de poner a prueba las hipótesis de este estudio se realizaron diferentes análisis estadísticos utilizando el programa de ordenador SPSS (por sus siglas en inglés). Todos los análisis se realizaron en dos tiempos: el primer tiempo, consistió de las medidas tomadas antes del tratamiento (pre-tratamiento), mientras que el segundo tiempo estuvo constituido por las medidas tomadas al finalizar el tratamiento (post-tratamiento).

Hipótesis uno. Para evaluar si la TCC tendría un efecto positivo en reducir la IS se realizó una prueba t de medidas repetidas con el SIQ-Jr en pre y post tratamiento. Para evaluar cuantos participantes respondieron al tratamiento en IS se llevó a cabo un análisis para determinar el índice de cambio confiable y un análisis de cambio clínico significativo.

Hipótesis dos. Con el fin de evaluar el valor predictivo de la IS, los síntomas de depresión, el nivel de funcionalidad y la desesperanza en pre-tratamiento hacia la IS en post-tratamiento se realizó una matriz de correlaciones entre el SIQ-Jr, el CDI, el CGAS, y el CDA en pre-tratamiento y el SIQ-Jr en post-tratamiento. Finalmente, se entraron todas las variables de pre-tratamiento en una regresión múltiple simultáneamente hacia el SIQ-Jr en post-tratamiento para evaluar el valor predictivo de cada una controlando por las demás. En estos análisis hubo problemas de homogeneidad por lo que se realizaron todas las regresiones nuevamente utilizando el procedimiento "iteratively reweighted least squares" (Caroll & Ruppert, 1988). Se reportaron los resultados de la cuarta secuencia de análisis, según los criterios de haber alcanzado homogeneidad en las puntuaciones de beta.

Hipótesis tres. Para evaluar el impacto de la IS en el tratamiento para la depresión, se realizó un análisis de regresión lineal en la cual la variable dependiente fue el CDI en post-tratamiento. En un primer paso se entró el CDI en pre-tratamiento para controlar por esta variable y en un segundo paso se entró el SIQ-Jr en pre-tratamiento. En esta regresión no hubo problemas de homogeneidad en el modelo propuesto.

Resultados

El promedio de sesiones completadas fue de 11.4 (ds = 3.68), con un mínimo de asistencia a una sesión y un máximo de 22 sesiones con una duración aproximada de 62 minutos por sesión (promedio ponderado tomando en consideración el número de sesiones). Del

total de los/as participantes (n = 121) un 77% (n = 93) completó al menos 8 sesiones del manual de tratamiento y un 15% continuó recibiendo sesiones adicionales luego del protocolo básico de tratamiento. Un 20.7 % (n = 25) de los/as participantes presentaron IS alta según el SIQ-Jr (puntuación > 31) en pre-tratamiento. La misma cantidad pensó en quitarse la vida durante el mes previo a la evaluación. Al finalizar el tratamiento 5% (n = 6) de la muestra total mantenían puntuaciones correspondientes a IS alta.

De estos seis adolescentes, cuatro tenían IS alta al comienzo del tratamiento. Los otros dos no habían manifestado IS en pre-tratamiento, lo que significa que empeoraron en cuanto a su nivel de IS. Por otro lado, al observar los/as participantes con IS alta en pre-tratamiento (n = 25), un 76% (n = 19) no cumplieron con este criterio en post-tratamiento, un 16% (n = 4) continuaron con IS alta y un 8% (n = 2) no completó la evaluación de post-tratamiento (un caso no vino a ninguna sesión de terapia y el otro sólo asistió a tres sesiones).

Hipótesis uno. La prueba t de medidas repetidas para evaluar el impacto del tratamiento en el nivel de IS en la muestra total nos indica que hubo una reducción significativa en las puntuaciones del SIQ-Jr de pre-tratamiento (= 18.76; ds = 17.74) a post-tratamiento [= 6.59; ds = 10.53, t(114) = 7.96, p < .0001 (95% Intervalo de confianza de la diferencia: 9.15 – 15.20)]. Un 34.8% de los/as participantes demostraron un índice de cambio confiable, según el punto de corte recomendado de 1.96 como un indicador de cambio real (Rivera & Bernal, 2008) de las puntuaciones del pre al post en el SIQ-Jr. Por otro lado, el índice de cambio clínico significativo se calculó tomando en cuenta el promedio obtenido (= 11.33; n = 233) en una muestra de comunidad de adolescentes puertorriqueños/as (Duarté-Vélez, 2007) y el promedio obtenido en pre-tratamiento (= 19.05). Se obtuvo un índice de cambio significativo de 15.19. Según este índice un 89.6% de los/as participantes evidenciaron cambio clínico significativo en la medida de IS en post-tratamiento. Por lo tanto, la hipótesis uno se confirma la TCC redujo la severidad de la IS y un alto porcentaje de los/as participantes se beneficiaron del tratamiento en términos de reducción en los niveles de la IS.

Hipótesis dos. La matriz de correlaciones para evaluar el valor predictivo de cada variable en pre-tratamiento hacia las puntuaciones del SIQ-Jr en post-tratamiento indicaron un valor estadísticamente significativo para cada una y en la dirección esperada (ver Tabla 1).

Tabla 1
Matriz de correlaciones entre las variables predictoras y la ideación suicida en post-tratamiento ($N = 115$)

Variabes	1	2	3	4	5
1. Ideación Suicida Post	--				
2. Ideación Suicida Pre	.421**	--			
3. Síntomas Depresión	.266**	.644**	--		
4. Desesperanza	.279**	.106**	.297	--	
5. Funcionamiento Global	-.218*	-.169*	-.242**	-.308**	--

Nota. IS = ideación suicida, Post = post-tratamiento, Pre = Pre-tratamiento

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Sin embargo, la hipótesis dos se confirma parcialmente, al entrar todas las variables en un análisis de regresión múltiple sólo la IS y los pensamientos de

desesperanza en pre-tratamiento pudieron explicar parte de la varianza en la puntuación del SIQ-Jr en post-tratamiento al controlar por las demás (ver Tabla 2).

Tabla 2
Resumen de análisis de regresión múltiple simultánea para explicar ideación suicida en post-tratamiento ($N = 115$)

Variabes	B	EE	β
Ideación Suicida	.248	.057	.461***
Síntomas Depresión	-.154	.117	-.146
Pensamientos de Desesperanza	.808	.254	.285**
Funcionamiento Global	-.064	.148	-.038

Nota. R^2 ajustado = .263; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Hipótesis tres. Los resultados del análisis de regresión nos indican que la IS en pre-tratamiento no tuvo un impacto sobre la depresión en post-tratamiento ($\beta = .075$, $p = .519$) cuando controlamos por el nivel de depresión en pre-tratamiento. La correlación Pearson entre la IS y los síntomas de depresión en pre-tratamiento fue de .64 ($p < .001$). Los resultados no confirman la hipótesis tres que establecía que la IS tendría un efecto sobre la respuesta al tratamiento para la depresión.

Discusión

Atendiendo la alta prevalencia de la depresión en Puerto Rico en la población de adolescentes (Canino et al., 2004) el presente estudio examinó cómo afecta

la IS en la respuesta al tratamiento de la depresión y cómo el tratamiento impactó a la IS. Un aspecto novedoso de este estudio es que muy pocos han evaluado la aplicabilidad de la TCC en el manejo de la ideación suicida en adolescentes con depresión (Brent et al., 1997).

La TCC en el manejo de la ideación suicida

Los resultados del presente estudio indican que la TCC con el protocolo para el manejo de riesgo suicida incorporado es un acercamiento prometedor para el tratamiento de la IS en adolescentes puertorriqueños/as con un diagnóstico de depresión mayor. Estos resultados son consonos con el efecto de la TCC en la IS encontrados por Brent y colaboradores (1997) y por el grupo de TADS (Tads Team et al., 2004). Los/as investigadores/as del TADS concluyeron que la TCC en combinación

con la medicación es mejor en la reducción de IS que la TCC sola o la medicación únicamente (Tads Team et al., 2004). Sin embargo, al evaluar el efecto que tuvo cada una (la medicación vs. la TCC) se estimó que el efecto mayor en la disminución de la IS lo tuvo la TCC.

La TCC utiliza unas estrategias principales dirigidas a desarrollar destrezas tales como reestructuración de pensamientos desadaptativos, identificación de sentimientos y emociones, adquisición de destrezas para la solución de problemas y para una comunicación más efectiva, fortalecimiento de redes de apoyo y la participación en actividades agradables. Entendemos que estas estrategias utilizadas con todos/as los/as participantes aportó a la reducción significativa de la IS. Sin embargo, es importante reconocer la variabilidad en la experiencia terapéutica de acuerdo a las diferencias individuales y a la diversidad en la complejidad de las situaciones experimentadas por los/as adolescentes que participaron en este estudio. Por lo tanto, unos/as adolescentes necesitaron más sesiones de terapia, más tiempo individual y más intervenciones con la madre/padre que otros/as. De igual forma, el protocolo para el manejo de riesgo suicida incorporado (según descrito) permitió evaluar y tratar a cada participante según su necesidad y su nivel de riesgo.

Por otro lado, aunque el índice de cambio confiable y el de cambio clínico significativo son altos también evidencian que hay un 65% de la muestra en el que no se puede asegurar un cambio significativo (según el índice de cambio confiable) y un 10% en el que no se corroboran cambios clínicos significativos. Al comparar estos resultados con el estudio de TADS, podemos observar que en ambos estudios hubo un grupo de adolescentes que no logró beneficiarse del tratamiento. El TADS, por ejemplo, reportó que un 29% de su muestra comenzó con IS clínicamente significativa ($SIQ-Jr > 31$) y que al finalizar el tratamiento, un 10.3 % permaneció en el mismo nivel. En el presente estudio la proporción de participantes que inició el tratamiento con IS clínicamente significativa ($SIQ-Jr > 31$) fue de un 21%, mientras que al finalizar el mismo, sólo un 5% del total de la muestra manifestó un nivel de IS alta. Estos resultados apuntan a que aunque la mayoría de los/as adolescentes deprimidos/as con IS tratados con la TCC reducen significativamente sus pensamientos suicidas, hay un grupo de adolescentes con mayor resistencia al tratamiento que requieren de mayor investigación clínica. Los resultados discutidos a continuación en relación a los factores que predicen la IS al terminar el tratamiento nos pueden proveer información sobre las características que tienen estos/as adolescentes.

Los/as adolescentes que reportaron mayor IS al comienzo del tratamiento y estaban más desesperanzados

fueron quienes tuvieron mayor nivel de IS al finalizar el mismo. Por lo tanto, aunque la tendencia del grupo fue a mejorar, quienes peor llegaron (con pensamientos más severos, tanto en la ideación suicida, como en una visión pesimista y pobre sobre su futuro) peor terminaron. La TCC está dirigida principalmente a modificar los pensamientos disfuncionales por unos más saludables, lo que no sabemos es cuanto esfuerzo se dedicó en cada caso a el manejo de pensamientos disfuncionales del presente y cuanto estuvo dirigido a pensamientos disfuncionales sobre el futuro. Se podría suponer que en los casos más severos lograr una visión más optimista sobre el futuro requiere dedicarle más tiempo en terapia o tal vez de otras estrategias terapéuticas, entre otras posibilidades. Sin duda lograr esperanza sobre el futuro debe ser una meta específica y una medida clave dentro del progreso terapéutico en los/as adolescentes con IS.

Cuanto afecta la ideación suicida a la respuesta del tratamiento para la depresión

Resultados de diferentes investigaciones apuntan a que el comportamiento suicida dificulta la mejoría en el tratamiento para la depresión (Barbe et al., 2004; Kovacs, 1992; Kovacs et al., 1993; Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1994; Rosselló & Berríos, 2004). Sin embargo, al evaluar cuanto la IS complicó la respuesta al tratamiento para la depresión encontramos que esta no tuvo un valor predictivo al controlar por la depresión de los/as participantes al inicio del tratamiento. Este resultado fue contrario a la hipótesis propuesta y a lo esperado según otras investigaciones. Sin embargo, si lo analizamos desde una perspectiva clínica no podemos dejar de tomar en cuenta la alta correlación entre la ideación suicida y la depresión de los/as adolescentes al comienzo del tratamiento. Los/as adolescentes altamente deprimidos/as también presentaban altos niveles de ideación suicida. Por lo cual, aunque la severidad de la depresión por sí sola al inicio del tratamiento pudo explicar la severidad de la depresión al terminar el tratamiento podemos entender la IS como un aspecto que complica y empeora la depresión. Una posible explicación para entender estos resultados en comparación con otros estudios es la diversidad de maneras de evaluar el comportamiento suicida y a los distintos niveles de severidad en los que se pueden enfocar dentro de este comportamiento. De igual forma, dependiendo del nivel de severidad del comportamiento suicida de el/la adolescente podría ser la respuesta al tratamiento, pero esta es una pregunta que amerita mayor investigación.

En conclusión, la TCC puede ser una herramienta muy asertada para adolescentes deprimidos/as que presentan IS, prestando particular atención clínica al nivel de severidad de la ideación suicida y a los pensa-

mientos de desesperanza al momento de comenzar el tratamiento. Sin embargo, parece ser necesario contar con otros acercamientos terapéuticos para aquellos casos más severos.

Limitaciones del estudio

Precisamente dentro de las limitaciones de este estudio podemos resaltar el hecho de que adolescentes con características altamente relacionadas a un alto riesgo suicida no fueron parte de la muestra de este estudio debido a los criterios de exclusión, como lo es estar recibiendo tratamiento farmacológico para la depresión, intentos suicidas recientes, presentar abuso o dependencia a sustancias en los pasados 12 meses y presencia de abuso físico o sexual. Por lo tanto, no podemos generalizar su aplicabilidad y eficacia a todo tipo de adolescentes con un diagnóstico de depresión mayor con IS debido a que la población en mayor riesgo suicida está representada en los criterios de exclusión. Otra limitación de este estudio es que su diseño es de tipo exploratorio cuasi-experimental (antes y después, sin un grupo control) en lo que respecta a la evaluación del impacto del tratamiento a la IS.

En futuras investigaciones se recomienda explorar qué factores fueron los más determinantes para el cambio: si fue la TCC, si fueron las sesiones para el manejo del riesgo suicida, o si fue algún otro factor como el deseo de cambio, el recibir servicios, entre otros. De igual forma, se recomienda realizar estudios de tipo cualitativo, como estudios de caso o de contenido para evaluar de manera detallada el proceso de los casos que empeoran o no responden a la terapia para poder desarrollar nuevas estrategias terapéuticas que atiendan las necesidades de los casos más complejos y difíciles de tratar.

Implicaciones clínicas

A pesar de que hay un campo fértil de investigación en el área de la eficacia y efectividad de tratamientos para adolescentes que presentan depresión y comportamiento suicida, existen alternativas de tratamiento. El tratamiento aquí evaluado demostró tener un alcance prometedor para atender a adolescentes con depresión e IS en Puerto Rico. Los hallazgos demuestran que en el tratamiento de adolescentes con depresión es indispensable evaluar de manera estructurada el riesgo suicida y estar alertas a la posibilidad de la consideración del suicidio. De igual forma, es importante atender desde el inicio la severidad de los síntomas de la depresión, la ideación suicida y los pensamientos de desesperanza. Se recomienda la modalidad de TCC junto a un protocolo para el manejo de riesgo suicida como el que se utilizó en el presente estudio para minimizar los riesgos y potenciar la respuesta al tratamiento.

Referencias

- Asarnow, J. R., Jaycox, L. H., Duan, N., LaBorde, A. P., Rea, M. M., Murray, P., et al. (2005). Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: A randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 293(3), 311-319.
- Barbe, R. P., Williamson, D. E., Bridge, J. A., Birmaher, B., Dahl, R. E., & Ryan, N. D. (2004). Gender differences among depressed suicidal children. *European Psychiatry*, 19, 237s-237s.
- Bernal, G., Bonilla, J., & Bellido, C. (1995). Ecological validity and cultural sensitivity for outcome research: Issues for the cultural adaptation and development of psychosocial treatments with Hispanics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(1), 67-82.
- Bernal, G., & Sáez-Santiago, E. (2005). Toward culturally centered and evidence-based treatments for depressed adolescents. In W. Pinsof & J. Lebow (Eds.), *Family Psychology: The Art of the Science* (pp. 471-489). New York: Oxford University Press.
- Bird, H. R., Canino, G., Stipek, M. R., & Shrout, P. (1987). Use of the mini-mental state examination in a probability sample of a Hispanic population. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 175(12), 731-737.
- Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T. H., & Chiappetta, L. (1999). Age and sex related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1497-1505.
- Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., et al. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54(9), 877-885.
- Brent, D. A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., et al. (2004). Familial transmission of mood disorders: Convergence and divergence with transmission of suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(10), 1259-1266.
- Canino, G., Shrout, P. E., Rubio-Stipek, M., Bird, H. R., Bravo, M., Ramirez, R., et al. (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: Prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Archives of General Psychiatry*, 61(1), 85-93.
- Caroll, R. J., & Ruppert, D. (1988). *Transformation and Weighting in Regression*. London: Chapman & Hall.
- Clarke, G. N., Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H., & Seeley, J. R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(3), 272-279.
- Departamento de Salud de Puerto Rico. (2000-2006). *Estadísticas vitales: Informe anual*. Retrieved from.
- Duarte-Vélez, Y. (2007). *A socio-cognitive vulnerability model for suicide ideation in Puerto Rican adolescents*. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Puerto Rico, Río Piedras.
- Duarte-Vélez, Y., Lázaro, G., & Rosselló, J. (2002, November). Translation and adaptation of measures of suicide ideation, hopelessness and stress for adolescents. *Paper presented at 49 Annual Convention of Psychological Association of Puerto Rico, Ponce*.
- Duarte-Vélez, Y., Lázaro, G., & Rosselló, J. (2002, November). *Translation and adaptation of measures of suicide ideation, hopelessness, and stress for adolescents*. Paper presented at the 49th Annual Convention of Psychological Association of Puerto Rico.

- Duarte-Velez, Y., & Rosselló, J. (2002). Protocol for assessment of adolescent suicide risk in a school setting. *Unpublished manuscript, research: Suicide risk in Puerto Rican adolescents (pre-doctoral Fellowship F-31)*.
- Duarte-Vélez, Y., & Rosselló, J. (1998, November). *Descriptive profile of Puerto Rican adolescents of the metropolitan area in suicide risk for from cognitive-behavioral perspective*. Paper presented at the 45 Annual Convention of Psychological Association
- Duarte-Vélez, Y., & Rosselló, J. (1999). Suicide risk, depressive symptomatology and dysfunctional thoughts on Puerto Rican adolescents. *Interamerican Journal of Psychology* 33(1), 219-234.
- Goldston, B., Sergent, S., Reboussin, B., Reboussin, D., Kelly, A., & Frazier, P. (1998). Psychiatric diagnoses of previous suicide attempters, first-time attempters, and repeat attempters on an adolescent inpatient psychiatric unit. *Child Adolescent Psychiatry*, 37(9), 924-932.
- Gould, M. S., King, R., Greenwald, S., Fisher, P., Schwab-Stone, M., Kramer, R., et al. (1998). Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 37(9), 915-923.
- Harrington, R., Kerfoot, M., Dyer, E., McNiven, F., Gill, J., & Harrington, V. (1998). Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(5), 512-518.
- Kazdin, A. E., French, N. H., Unis, A. S., Esveldt-Dawson, K., & Sherick, R. B. (1983). Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 504-510.
- King, C. A., Kramer, A., Preuss, L., Kerr, D. C., Weisse, L., & Venkataraman, S. (2006). Youth-nominated support team for suicidal adolescents (Version 1): A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 199-206.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI) Manual*. New York, New York: Multi-Health Systems, Inc.
- Kovacs, M., Goldston, D., & Gatsonis, C. (1993). Suicidal Behaviors and Childhood-Onset Depressive-Disorders - a Longitudinal Investigation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(1), 8-20.
- Lewinsohn, P., Rohde, P., & Seeley, J. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 25-46.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *J Consult Clin Psychol*, 62(2), 297-305.
- May, D. E., Kratochvil, C. J., Puumala, S. E., Silva, S. G., Rezac, A. J., Hallin, M. J., et al. (2007). A manual-based intervention to address clinical crises and retain patients in the treatment of adolescents with depression study (TADS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(5), 573-581.
- Muñoz, & Mendelson. (2005). Toward evidence-based interventions for diverse populations: The San Francisco General Hospital prevention and treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 790-799.
- Muñoz, R. F., & Miranda, J. (1986). *Group therapy manual for cognitive-behavioral treatment of depression*. San Francisco: University of California, San Francisco.
- Reinecke, M. A., Ryan, N. E., & DuBois, D. L. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(1), 26-34.
- Reinherz, H., Giaconia, R., Silverman, A., Friedman, A., Pakiz, B., Frost, A., et al. (1995). Early psychosocial risk for adolescent suicidal ideation and attempts. *Child Adolescent Psychiatry*, 34(5), 599-611.
- Reynolds, W. (1988). *Suicidal Ideation Questionnaire: Professional Manual*. FL: Psychological Assessment Resources.
- Reynolds, W. M., & Coats, K. I. (1986). A comparison of cognitive-behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 653-660.
- Rosselló, J., & Bernal, G. (1999). Treatment of depression in Puerto Rican adolescents: The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 734-745.
- Rosselló, J., Bernal, G., & Rivera-Medina, C. (2008). Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Culture and Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14(3), 234-245.
- Rosselló, J., & Berríos, M. (2004). Ideación suicida, depresión, auto-estima, actitudes disfuncionales y eventos de vida negativos en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2), 40-48.
- Rosselló, J., Guisalo, E., Ralat, S., Martínez, S., & Nieves, A. (1992). La evaluación de la depresión en un grupo de jóvenes puertorriqueños. [Evaluation of depression in a group of Puerto Rican youth]. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 8(1), 155-162.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., et al. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40(11), 1228-1231.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., et al. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53(4), 339-348.
- Tads Team, March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., et al. (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression - Treatment for adolescents with depression study (TADS) randomized controlled trial. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 292(7), 807-820.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2007). Death rates for suicide, by sex, race, Hispanic origin, and age: United States, selected years 1950-2005. Retrieved from.
- Weersing, V. R., & Weisz, J. R. (2002). Community clinic treatment of depressed youth: Benchmarking usual care against CBT clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 299-310.
- Wood, A., Harrington, R., & Moore, A. (1996). Controlled trial of a brief cognitive-behavioural intervention in adolescent patients with depressive disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(6), 737-746.

Received 30/01/2010
 Accepted 30/01/2011

Jeannette Rosselló. Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico
Yovanska Duarte-Vélez. Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico
Guillermo Bernal. Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico
María Gema Zuluaga. Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico

