



Universidad
Católica
de Valencia
San Vicente Mártir

Facultad de Psicología

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Revisión sistemática sobre intervenciones eficaces en adultos con conducta suicida

Presentado por: D. Juan José Mora Ascó

Dirigido por: Dra. María Sandra Pérez Rodríguez

En Valencia, a 25 de mayo del 2020

Dedicatoria:

Esta revisión sistemática, redactada a caballo entre Gandía y Valencia, está dedicada:

A mi tutora, Sandra Pérez, por brindarme la oportunidad de crecer a su lado desde el plano académico, personal y profesional durante la realización de mi Trabajo Fin de Grado, y por regalarme día tras día su apoyo incondicional.

A las profesoras y profesores de la Universidad Católica de Valencia, por transmitirme los numerosos y necesarios conocimientos de nuestra querida Psicología, y por convertirme en una persona más al servicio de la sociedad.

A mis amigos y familia, y en especial a mi pareja y a mi hermana, por ser luz en mi vida y hombro en el que sostenerme en cada uno de mis desánimos.

A mis padres, por ser modelo de vida, esfuerzo y dedicación, por confiar en mí y luchar en todo momento para que mis logros fuesen posibles, y por ser fuente inagotable de fuerza y amor incondicional.

Finalmente, a mi sobrino y ahijado, Andreu, ese niño que desde pequeño quiere ir a “la Uni del tío, con su tren”. Que la vida te guarde y procure el mejor y más prometedor de los futuros, y que los que te acompañemos en él podamos verte disfrutarlo muchos años, estando siempre a tu lado.

A todos y cada uno de vosotros, gracias de corazón.

Juan José Mora Ascó

Logopeda y, por fin, Psicólogo.

Índice

| | |
|--|----|
| Resumen | 1 |
| Introducción | 2 |
| Evolución histórica del concepto de suicidio | 2 |
| Justificación | 4 |
| Objetivos | 5 |
| <i>Objetivo general</i> | 5 |
| <i>Objetivos específicos</i> | 5 |
| Método | 5 |
| Metodología | 5 |
| Estrategia de búsqueda | 6 |
| Criterios de selección de los estudios | 6 |
| Selección de los estudios | 7 |
| Análisis y síntesis de datos | 8 |
| Resultados | 8 |
| Características de los estudios incluidos | 8 |
| Resultados del estudio | 23 |
| Intervenciones cara a cara paciente y terapeuta | 23 |
| Intervenciones Web y App | 26 |
| Intervenciones de contacto: cartas, mensajes, e-mails | 27 |
| Discusión | 28 |
| Hallazgos de la revisión sistemática | 28 |
| Puntos fuertes y limitaciones del estudio | 31 |
| Conclusiones | 32 |
| Referencias | 33 |

Índice de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1: Criterios de selección de los estudios | 7 |
| Tabla 2: Datos sociodemográficos muestras participantes | 10 |
| Tabla 3: Intervenciones cara a cara..... | 12 |
| Tabla 4: Intervenciones nuevas tecnologías | 18 |
| Tabla 5: Intervenciones de contacto | 21 |

Índice de abreviaturas y siglas

| | |
|---------|--|
| ACT | Aceptance and Commitment Therapy (Terapia de Aceptación y compromiso) |
| ALGOS-S | Programa de contactos para la prevención del suicidio |
| | Attempted Suicide Short Intervention Program (Programa de Intervención |
| ASSIP | Breve en Intentos de Suicidio) |
| BCBT | Brief Cognitive Behavioral Therapy (Terapia Cognitivo Conductual Breve) |
| | Collaborative Assessment Management (Gestión de Evaluación |
| CAMS | Colaborativa) |
| | Cognitive Behavioral Suicide Prevention Therapy (Terapia Cognitivo |
| CBSP | Conductual para Prevención del Suicidio) |
| CDS | Contrato De Seguridad |
| CF | Cognición Focalizada |
| Cond. | Conducta |
| CS | Conducta Suicida |
| DBT | Dialectical Behavior Therapy (Terapia Conductual Dialéctica) |
| E-CAU | Collaborative Assessment Usual (Evaluación Colaborativa Usual) |
| E-CRP | Enhanced Crisis Response Plan (Plan Intervención en Crisis Mejorado) |
| GC | Grupo Control |
| GE | Grupo Experimental |
| H | Horas |
| HB | Hope Box (Caja de Esperanza) |
| | Dialectical Behavior Therapy Online (Terapia Dialéctica Conductual en |
| i-DBT | Línea) |
| Int. | Intentos |
| IS | Ideación Suicida |
| | Opportunistic Cognitive Behavioral Therapy (Terapia Cognitivo Conductual |
| OCB | Opportunista) |
| OSTA | Programa de contactos para la prevención del suicidio |
| PP | Psicología Positiva |
| PRC | Plan de Respuesta a Crisis |
| PRC-E | Plan de Respuesta a Crisis Mejorado |
| PRC-S | Plan de Respuesta a Crisis Estándar |
| PRT | Progressive Relaxation Training (Entrenamiento en Relajación Progresiva) |
| S-CRP | Standard Crisis Response Plan (Plan Intervención en Crisis Estándar) |
| Sgto. | Seguimiento |
| Sint. | Síntomas |
| TAU | Treatment As Usual (Tratamiento Habitual) |
| TCC | Terapia Cognitivo Conductual |
| TEP | Trastorno de Estrés Postraumático |
| TLP | Trastorno Límite de la Personalidad |
| Tno | Trastorno |
| Tº | Tratamiento |
| VHB | Virtual Hope Box (Caja de Esperanza Virtual) |

Resumen

Introducción: Los adultos presentan un alto riesgo de suicidio y, a día de hoy, no se dispone de estudios que analicen las diferentes intervenciones que existen para la reducción de la ideación suicida y los intentos de suicidio. La presente revisión sistemática analiza la eficacia de las intervenciones indicadas aplicadas para disminuir la conducta suicida.

Método: En las bases de datos Medline, PsycINFO, CINAHL, Psychology and Behavioral Sciences Collection, ERIC y Educational Research Complete se buscaron ensayos controlados aleatorizados desde el año 2009 hasta el 2019, que informan sobre los efectos de las intervenciones, utilizando el modelo de síntesis narrativa para analizar y sintetizar la información.

Resultados: Veintitrés estudios cumplieron los criterios de inclusión. Se encontraron un total de tres tipologías de intervención: cara a cara tradicional, nuevas tecnologías y de contacto. Las intervenciones más utilizadas y más efectivas fueron las tradicionales.

Conclusiones: Las intervenciones cara a cara demuestran ser las más eficaces para disminuir la ideación suicida y los intentos de suicidio, y más específicamente aquellas que incluyen componentes cognitivos y conductuales. Las terapias que utilizan las nuevas tecnologías y las que utilizan contactos esporádicos presentan un carácter reforzante en últimas fases de intervención.

Palabras clave: suicidio, ideación suicida, intervención, adultos, revisión sistemática

Abstract

Introduction: Adults show a high-risk suicide rate and, to date, there are no studies that analyze the interventions that exist to reduce suicidal ideation and suicide attempts. The present systematic review analyzes the efficacy of the indicated interventions applied to decrease suicidal behavior.

Method: A search in the Medline, PsycINFO, CINAHL, Psychology and Behavioral Sciences Collection, ERIC and Educational Research Complete databases was conducted for randomized trials from 2009 to 2019 reporting on the efficacy of interventions, The narrative synthesis model was used to analyze the information.

Results: Twenty-three studies met the inclusion criteria. A total of three types of intervention were found: traditional face-to-face interventions, interventions based on new technologies and contact interventions. The most used and most effective ones were traditional face-to-face intervention.

Conclusions: Face-to-face interventions have proven to be the most effective ones in terms of reducing suicidal ideation and suicide attempts, and -more specifically- those that include cognitive and behavioral components. Therapies that use new technologies and those that use occasional contact have a reinforcing character in the late intervention phases.

Key words: suicide, suicidal ideation, intervention, adults, systematic review

Introducción

Evolución histórica del concepto de suicidio

La opinión respecto al suicidio ha sido variable a lo largo de la historia, en función de los cambios sociales, los valores culturales, la evolución de la ciencia, la ideología política y las creencias religiosas. La concepción del suicidio como patología es reciente, puesto que hasta hace relativamente poco, este acto ha sido considerado motivo suficiente para excomulgar a quienes habían cometido intentos fallidos y no enterrar a los fallecidos, afectando estos hechos socialmente al propio sujeto y a sus allegados. A fin de evitar las mencionadas repercusiones, psiquiatras como Esquirol o Maudsley plantearon la idea de que el suicida respondía con ese tipo de conductas a un proceso de alteración mental estrictamente biológico y, años más tarde, Durkheim incluyó al enfoque biológico la perspectiva sociológica como factor fundamental en los actos suicidas (Navarrete, Herrera y León, 2019).

Actualmente es posible definir el suicidio, según Barroso (2019), como el acto voluntario y deliberado por el que un sujeto acaba con su propia vida, existiendo por tanto previo a este suceso y durante el mismo la intención de morir. En la misma línea, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013) define el intento de suicidio como un comportamiento llevado a cabo con la intención de morir, que puede llegar a provocar síntomas médicos de gravedad considerable si no se cumple con el fin último de la conducta. En el DSM-5 (APA, 2013) la conducta suicida ha sido considerada como un diagnóstico propio en la sección III descrita como “Trastorno del comportamiento suicida”, diferenciada de la “Autolesión no suicida”, y de cuyo diagnóstico se excluye la gravedad de los resultados médicos derivados del intento fallido que lleva a su diagnóstico, y los orígenes del comportamiento en delirios o motivos políticos y religiosos. Siguiendo las ideas anteriores, O’Connor y Nock (2014) describen el término suicidio como el conjunto de pensamientos y comportamientos relacionados con el acto deliberado de una persona de terminar con su vida, haciendo hincapié así en el tiempo implicado para la planificación, la libertad existente en el proceso y el sufrimiento previo.

Atendiendo a su estudio, Klonsky, May y Shaffer (2016) destacan una serie de conductas que se incluyen dentro del continuo de la conducta suicida, siendo estas la ideación, los planes y los intentos suicidas. La ideación contempla todas las ideas, deseos y pensamientos que presenta el sujeto en torno al suicidio. Los planes de suicidio incluyen un conjunto de ideas y conductas que indican premeditación y organización, y cuyo fin es cometer un acto suicida siguiendo como guía el método previamente establecido. En tercer lugar, los intentos suicidas

abarcan todos aquellos actos suicidas previos que no han tenido como resultado la muerte del individuo, y que determinan la capacidad del mismo para llevar a cabo nuevos intentos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) cerca de 800.000 personas se suicidan cada año en el mundo, siendo muchos los intentos de suicidio que se engloban detrás de cada acto consumado, suponiendo este tipo de conducta la segunda causa de defunción más común en el grupo de edad de entre 15 y 29 años (adolescencia y adultez temprana). Enfocando el análisis en el ámbito nacional, se debe destacar que según los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística (2019), la muerte por suicidio afectó en el año 2018 a un total de 3539 personas, siendo el equivalente aproximado a unas diez muertes diarias.

Es importante entender que el espectro de conductas suicidas es amplio, y que ello incide en la complejidad de los programas de prevención y control de este tipo de conductas. La OMS (2019) estima que alrededor de un 20% de los suicidios consumados e intentos de suicidio a nivel mundial se llevan a cabo mediante el envenenamiento con sustancias de uso común (plaguicidas y productos desinfectantes), el ahorcamiento y el uso de armas de fuego.

Son diversas las causas que pueden llevar a una persona a cometer un acto suicida. Diversos autores (Brooks, Burrus y Mukherje, 2018; Mars et al., 2019; Nock, 2008) han planteado tres tipos de factores de riesgo para el suicidio. En primer lugar, los factores sociodemográficos incluyen el sexo (masculino para el suicidio consumado y femenino para los intentos de suicidio), la edad comprendida entre la adolescencia o vejez (siendo la franja de edad de mayor número de suicidios la incluida entre los 40 y 59 años (INE, 2018), el bajo nivel educativo y la situación de desempleo (Chang, Stuckler, Yip y Gunnell, 2013). En segundo lugar se encuentran los factores psicológicos, dentro de los cuales se destaca la presencia de trastornos mentales, entre ellos, trastornos afectivos, trastornos de personalidad, adicción al alcohol y/o drogas, impulsividad, reactividad emocional, presencia de anhedonia y desesperanza, presencia de autolesiones (Pérez et al., 2018) y la existencia de una historia personal de intentos de suicidio, siendo esta última variable, según Hawton et al. (2016), el principal predictor del riesgo de llevar a cabo conductas suicidas (hasta el 30% repite la conducta suicida (APA, 2013). Por lo que respecta a los factores biológicos, se distingue la heredabilidad del 50% y la presencia de hipofunción serotoninérgica (Baca y Aroca, 2014; Nock, 2008). Y, finalmente, los factores ambientales, entre los que se destacan la presencia de dificultades familiares, problemas conyugales, aspectos legales, la profesión desempeñada en el ámbito laboral (p.ej. profesionales que tienen acceso a fármacos o armas de fuego), la

vivencia de una historia personal de maltrato, la presencia de una enfermedad terminal (Hawton y van Heeringen, 2009) o el estrés ambiental (Kwon et al., 2016).

Además de remarcar los factores de riesgo se han identificado como factores de protección frente al acto suicida las creencias religiosas, el embarazo, el nacimiento y crianza de los hijos, la presencia de un apoyo social positivo (Baca y Aroca, 2014) y el sentido de la vida (Heisel, Neufeld y Flett, 2016; Marco, Cañabate, Llorca y Pérez, 2019).

Puesto que el suicidio es una realidad que afecta a la sociedad desde la concepción de la misma y es destacada su importancia como causa de defunción de muchos individuos, la comunidad científica ha desarrollado intervenciones que, en materia preventiva, buscan evitar los actos suicidas en determinadas poblaciones de riesgo, atendiendo a los factores descritos en los párrafos anteriores (Zalsman et al., 2016). Autores como Soto-Sanz et al. (2019) y Petrie et al. (2019) dividen estas intervenciones en las categorías universal, selectiva e indicada. La intervención universal hace referencia a aquellos trabajos que son llevados a cabo por organismos gubernamentales en toda la población de una sociedad, como por ejemplo las campañas de sensibilización. En segundo lugar, el enfoque preventivo incluye los trabajos en poblaciones consideradas como de riesgo, como pueden ser intervenciones en contexto escolar con adolescentes o en residencias de la tercera edad con ancianos. Finalmente, las intervenciones indicadas están enfocadas a personas individuales que presentan riesgo elevado de suicidio y un determinado patrón conductual favorable a este, como pueden ser los casos de personas con depresión o trastorno de personalidad límite.

Como se puede observar, y según Soto-Sanz et al. (2019), actualmente los esfuerzos de lucha contra el suicidio se llevan a cabo implementando programas de prevención, coincidiendo la comunidad científica en que su aplicación es posible y positiva. Pese a ello, algunos países, como España, no cuentan todavía con un plan a nivel nacional para prevenir la conducta suicida, siendo aplicadas intervenciones específicas en algunas Comunidades Autónomas.

Justificación

Actualmente, las revisiones teóricas existentes sobre el tratamiento del suicidio centran sus objetivos en revisar los efectos de un único tipo de intervención psicológica, incluyendo en sus muestras tanto a pacientes adultos como adolescentes. Hasta la fecha, es posible encontrar líneas temáticas de revisión tales como la terapia cognitiva (Lapierre et al., 2011; Leavey y Hawkins, 2017), la terapia breve (McCabe, Garside, Backhouse y Xanthopolou, 2018), las

intervenciones de contacto activo (Inagaki, Kawashima, Yonemoto y Yamada, 2019), y los tratamientos psicológicos basados en las TIC (Perry, Werner, Calear y Christensen, 2016).

La presente revisión sistemática busca sintetizar y analizar las intervenciones en conducta suicida llevadas a cabo exclusivamente en población adulta, centrando la atención especialmente en las orientaciones terapéuticas psicológicas implementadas a pacientes que contaban con ideación suicida o intentos previos no consumados, excluyendo los programas preventivos universales y selectivos. Este trabajo permitirá comparar la estructura y eficacia de los distintos tipos de intervenciones que han sido aplicados hasta la fecha, facilitando el conocimiento de un esquema global de tratamientos eficaces en el campo de la intervención en suicidio.

Objetivos

Objetivo general

Identificar los tipos de programas enfocados a la intervención indicada del suicidio en población adulta.

Objetivos específicos

Primero, identificar los tipos de intervención en suicidio e ideación suicida y los componentes que se incluyen en estos y, en segundo lugar, analizar la eficacia de los distintos tipos de programas existentes para la intervención en ideación y conducta suicida.

Método

Metodología

El presente estudio está estructurado acorde al formato de revisión sistemática, cuyo fin último es dar respuesta a los objetivos planteados en el apartado anterior. Las revisiones sistemáticas deben seguir unos estándares para asegurar que se tratan de investigaciones basadas en la evidencia. Atendiendo a lo dispuesto por el Joanna Briggs Institute (Pearson, Wiechula, Court y Lokwood, 2005), existen dos pasos esenciales a la hora de plantear un trabajo de revisión. El primero de ellos es disponer de criterios de inclusión y exclusión que permitan cribar los estudios que se encuentren en las distintas búsquedas bibliográficas, y el segundo disponer de unos indicadores de calidad metodológica de los estudios, a fin de filtrar aquellos trabajos que hayan sido seleccionados tras el primer cribado. Ambos pasos permiten identificar las investigaciones que se deben incluir en la revisión teórica.

El esquema de revisión utilizado en este trabajo sigue las reglas descritas en la declaración PRISMA, que según Moher et al. (2009) atiende a cuatro estadios esenciales: 1) Identificación: búsqueda bibliográfica de artículos en bases de datos y eliminación de los resultados duplicados; 2) Cribado: selección de artículos según su título y resumen atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión seleccionados; 3) Idoneidad: elección de los artículos atendiendo a los indicadores de calidad metodológicos y según la información contenida; 4) Inclusión: recopilación de datos relevantes y redacción de los resultados de la investigación.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica de la presente revisión teórica se llevó a cabo a través de PUBMED y EBSCOhost Research Databases, siendo la primera base de libre acceso. Las bases de datos consultadas por su implicación en la temática del presente trabajo fueron: PUBMED, PsycINFO, CINAHL, Psychology and Behavioral Sciences Collection, ERIC y Educational Research Complete.

Los términos utilizados en la búsqueda fueron: “Suicide”, “Intervention”, y “Adults”. Durante las búsquedas se utilizó el operador booleano “AND”, a fin de lograr la inclusión completa de los términos que fueran situados antes y después de cada uno de ellos. Además de lo descrito anteriormente, fueron utilizadas como herramientas restrictivas de búsqueda la limitación a diez años (2009 a 2019), la elección como grupo de edad a la población adulta, la selección de trabajos con una metodología basada en ensayos clínicos aleatorizados y, finalmente, la especificación de los idiomas inglés y español.

Criterios de selección de los estudios

Los criterios de inclusión y exclusión de trabajos fueron creados a partir de los ítems expuestos en los indicadores PICOS, siendo estos: muestra, intervención, comparador y diseño de la investigación. Los criterios seguidos en el proceso de filtrado pueden ser observados en la Tabla 1.

Tabla 1

Criterios de selección de los estudios clasificados según los indicadores PICOS

| Indicador PICOS | Criterios selección estudios |
|-----------------------------|--|
| Muestra | Inclusión - Población adulta |
| | Exclusión - Población infantil y adolescente |
| Intervención | Inclusión - Intervención psicológica con medidas iniciales y finales. |
| | Exclusión - Intervención médica, intervención psicológica sin medidas iniciales y finales |
| Comparador | Inclusión - Se comparan dos intervenciones no médicas |
| | Exclusión - Se compara una intervención psicológica con una médica, o dos médicas |
| Objetivo de la intervención | Inclusión - Reducir la ideación suicida o los actos suicidas recientes (12 últimos meses) |
| | Exclusión - Otros: ansiedad, estrés, insomnio. |
| Diseño del estudio | Inclusión - Ensayos clínicos controlados y aleatorizados |
| | Exclusión - Casos clínicos, revisiones, metaanálisis, trabajos académicos fin de título, estudios cualitativos, entrevistas, editoriales y comentarios. |

Selección de los estudios

Tras llevar a cabo las búsquedas bibliográficas en las bases de datos mencionadas anteriormente y extraer la información básica atendiendo al manual de Colaboraciones Cochrane (Higgins y Green, 2011), se realizó un análisis de los resultados obtenidos siguiendo el método de revisión por pares. Dos investigadores independientes analizaron los estudios contenidos en cada una de las búsquedas, a fin de asegurar que los artículos incluidos en el trabajo cumplieren los criterios de inclusión descritos en la Tabla 1. En aquellos estudios en los que existía discrepancia, se solicitó el análisis de un tercer revisor que, tras analizar la

investigación, emitía una valoración que era considerada como resolución del estudio de inclusión o exclusión.

Análisis y síntesis de datos

La presente revisión sistemática sigue la estructura de redacción del modelo de síntesis narrativa (Popay et al., 2006), describiendo las intervenciones indicadas llevadas a cabo en pacientes adultos con ideación o conductas suicidas. Previo a la utilización del modelo de síntesis narrativa se consideró la opción de utilizar la estructura de metaanálisis para sintetizar los resultados cuantitativos de la eficacia, pero la heterogeneidad de los instrumentos de medición utilizados no permitió dicho formato.

Resultados

Durante la realización de las búsquedas bibliográficas un total de 382 citas fueron identificadas, de las cuales 23 artículos superaron los criterios de inclusión, tal y como se puede identificar en la parte inferior de la Figura 1. En esta figura se puede observar el proceso de filtrado que se ha llevado a cabo con las citas iniciales.

Características de los estudios incluidos

Los 23 artículos incluidos seguían una metodología experimental, con estructura de ensayos controlados aleatorizados, en ellos se realizaron comparaciones de las puntuaciones entre grupo experimental y control, y en los que participaron un total de 4355 sujetos. Además, uno de los artículos utilizó la estrategia del contrabalanceo, a fin de asegurar que ambos grupos del estudio recibieran las dos condiciones de tratamiento.

Respecto a los países donde se llevaron a cabo los estudios, once de los artículos fueron llevados a cabo en Estados Unidos, cuatro en Francia, dos en Dinamarca, y uno en Suiza, Australia, Japón, Taiwan, Reino Unido y Noruega. La media de edad de los participantes se situó en los 35 años (ver Tabla 2, datos sociodemográficos), sin existir diferencias estadísticamente significativas representativas en la división de sujetos por su sexo (el número total de participantes mujeres es igual al 45%), siendo la mayoría de pacientes población caucásica, por ser llevados a cabo la mayor parte de los estudios seleccionados en Europa y Estados Unidos. Las intervenciones implementadas en los estudios eran indicadas, siempre conducidas por profesionales sanitarios especializados en la atención a pacientes con conducta suicida.

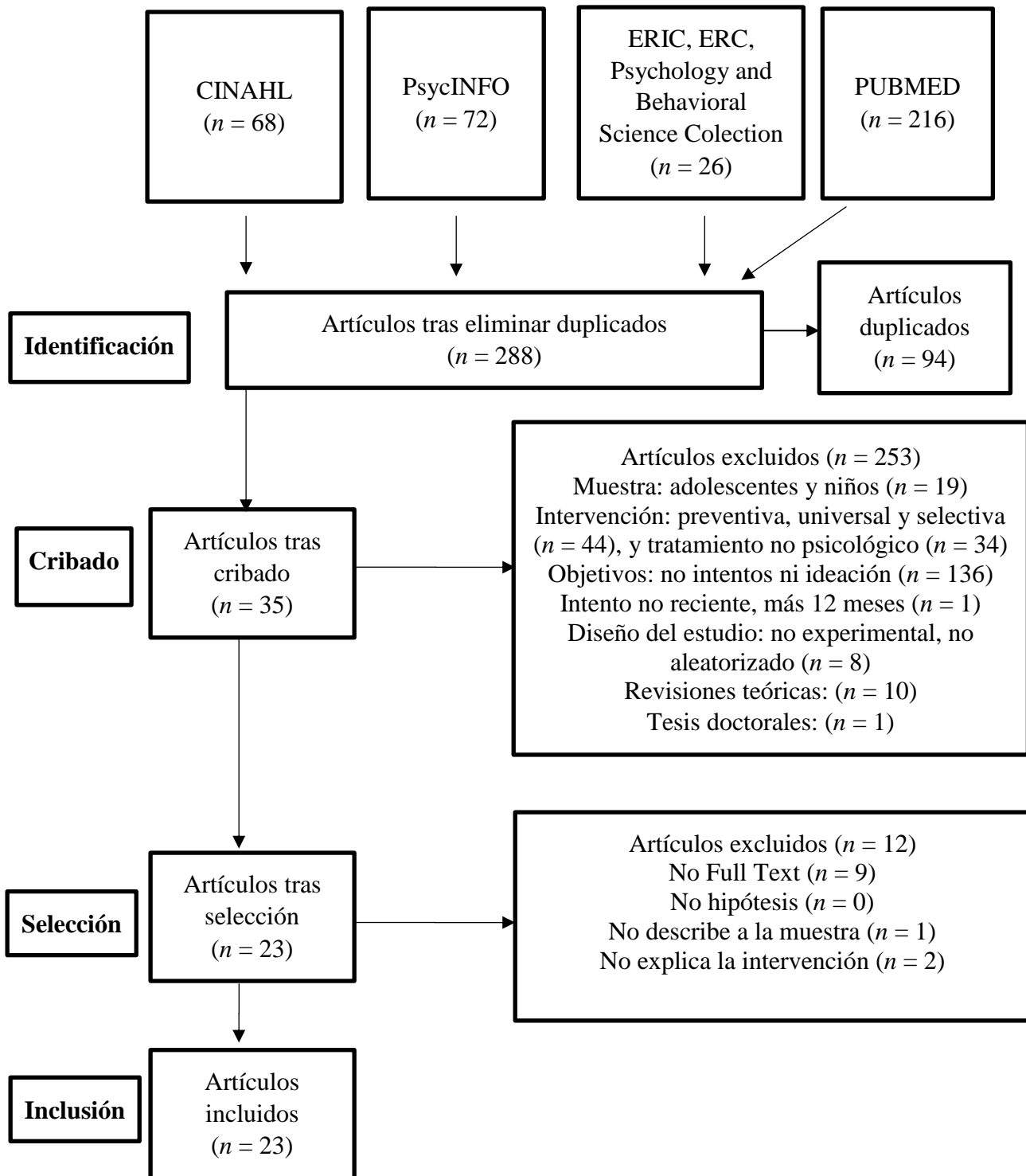


Figura 1: Diagrama de flujo PRISMA de la revisión bibliográfica. Extraído de Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Metaanalyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6 (6): e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed100009

Tabla 2

Datos sociodemográficos de las muestras participantes

| Primer autor | Año | Muestra (n) | Edad media | Muestra mujeres (%) | Muestra hombres (%) | Muestra caucásica (%) |
|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| Andreasson | 2016 | 108 | 31.69 | 74.1 | 25.9 | NS |
| Bryan | 2017 | 97 | 27.4 | 12.5 | 87.5 | 72.4 |
| Bryan | 2018 | 97 | 26.1 | 22 | 78 | 74 |
| Bryan | 2018 | 152 | 27.5 | 13 | 87 | 71 |
| Bryan | 2016 | 152 | 27.4 | 12.5 | 87.5 | 72.4 |
| Bush | 2014 | 18 | 41.4 | 44.4 | 55.6 | 77.78 |
| Celano | 2016 | 65 | 44 | 69 | 31 | 87 |
| Ducasse | 2018 | 40 | 38.19 | 87.1 | 12.9 | NS |
| Ducasse | 2019 | 201 | 44.06 | 64.67 | 35.33 | NS |
| Furuno | 2018 | 914 | 42.3 | 56 | 44 | NS |
| Gysin-Maillart | 2016 | 120 | 38 | 55 | 45 | NS |
| Jobes | 2017 | 148 | 26.8 | 20 | 80 | 53 |
| Kascow | 2016 | 51 | 51.1 | 5.88 | 94.12 | 66 |
| Linehan | 2015 | 99 | 30.3 | 100 | 0 | 71 |
| Messiah | 2019 | 1040 | 30 | 63.75 | 36.26 | NS |
| Morley | 2014 | 185 | 36 | 37 | 63 | NS |
| Mouaffak | 2015 | 320 | 38.8 | 27.07 | 72.93 | NS |
| O'Toole | 2018 | 129 | 30.55 | 61 | 49 | NS |
| Praat | 2015 | 62 | 35.2 | 0 | 100 | 85 |
| Rudd | 2015 | 152 | 27.4 | 12.5 | 87.5 | 72.35 |
| Ryberg | 2019 | 78 | 35.9 | 53 | 47 | NS |
| Wang | 2015 | 67 | 37.95 | 73.4 | 26.6 | NS |
| Wilks | 2018 | 60 | 38 | 69.5 | 30.5 | 82.1 |
| | Datos totales | 4355 | 35.05 | 44.93 | 55.52 | |

Los estudios analizados en la presente revisión sistemática pueden ser divididos en tres tipologías distintas. Así, encontramos las intervenciones psicológicas llevadas a cabo de modo presencial y tradicional ($n = 15$) (Andreasson et al., 2016; Jobes et al., 2017; Ryberg, Zahl, My Diep, Landro y Fosse, 2019; Bryan et al., 2018; Bryan, Peterson y Rudd, 2018; Bryan et al., 2017; Bryan, Rudd, Peterson, Young-McCaughan y Wertenberger, 2016; Pratt et al., 2015; Rudd et al., 2015; Linehan et al., 2015; Ducasse et al., 2018; Ducasse et al., 2019; Wang et al., 2015; Furuno et al., 2018; Morley, Sitharthan, Haber, Tucker y Sitharthan, 2014), las intervenciones llevadas a cabo con el uso de sistemas web y App ($n = 5$) (Bush et al., 2015; Celano et al., 2016; Kasckow et al., 2016; O'Toole, Arendt y Pedersen, 2018; Wilks et al., 2018), y las intervenciones de contacto a través de cartas, mensajes o correos ($n = 3$) (Gysin-Maillart, Schwab, Soravia, Megert y Michel, 2016; Mouaffak, Marchand, Castaigne y Arnoux, 2015; Messiah, Notredame, Demarty, Duhem y Vaiva, 2019), destacando que todas ellas comparten el objetivo de disminuir la ideación suicida o los intentos de suicidio.

Tabla 3

Intervenciones llevadas a cabo cara a cara entre paciente y terapeuta

| Primer autor, año publicación, país y tipo de intervención | Diseño del estudio | Población del estudio | Intervención grupo experimental | Intervención grupo control | Medidas de los resultados | Resultados |
|--|--------------------|---|--|---|---|---|
| Andreasson et al. (2016) Dinamarca Indicada | Experimental | Adultos, 18 - 65 años, reclutados a través del Centro de Excelencia para la Prevención del Suicidio de Dinamarca. Con intentos recientes de suicidio (<1 mes). Sintomatología TLP. Total 108 pacientes, 57 GE - 51 GC. | Dialectical Behavior Therapy (DBT) Sesiones de terapia individual (1h), trabajo en grupo (2h), contacto telefónico con terapeuta (1h), y supervisión del terapeuta. Módulos mindfulness, regulación emocional, distrés y eficacia interpersonal. Duración 16 semanas. | Apoyo psicoterapéutico CAMS. Sesiones 45-60 min. Evaluación e intervención. Módulos: análisis motivos suicidas directos e indirectos, habilidades de afrontamiento y plan de respuesta a crisis. CAMS finaliza tras 3 contactos donde la evaluación es no suicida, máximo 16 semanas. | Síntomas TLP (Zanarinis Rating Scale for BPD). Intención e ideación suicida (Beck's Hopelensess Scale, Beck Suicide Ideation Scale) Síntomas depresivos (Hamilton Depression Rating Scale, Beck Depression Inventory) | En la semana 28, 9 participantes habían fallecido. Intentos de suicidio: 36% GE y 23% GC. Personas sin intentos: 31.6% GE y 31.4% GC. No diferencias significativas entre tratamientos. |
| Jobes et al. (2017) EEUU Indicada | Experimental | Adultos, más de 18 años, soldados activos. Con ideación suicida. Total 148 pacientes, 73 GE - 75 GC. | CAMS Componentes: identificar y tratar motivos suicidas, establecer un plan de reducción al acceso de medios letales y aumentar estrategias de afrontamiento. Finaliza a las 3 sesiones de manejo efectivo Ambas condiciones tienen una duración de doce semanas. | E-CAU Tratamiento usual de la ideación suicida en personal militar. | Ideación suicida (Scale for Suicide Ideation-Current) Intentos de suicidio (Suicide Attempt Self-Injury Count) | A los tres meses la ideación fue del 37% en CAMS y del 61% en E-CAU. A los doce meses del 38% en CAMS y al 40% en E-CAU. No hay evidencia de mejores resultados a nivel estadístico entre intervenciones. Tasa de intentos de suicidio base en CAMS 23% y en E-CAU 22%, a los 12 meses 11% en CAMS y 5% en E-CAU. |

| | | | | | | |
|---|--------------|---|--|--|---|---|
| Ryberg et al. (2019) Noruega Indicada | Experimental | Adultos, más de 18 años, con ideación suicida. Total de 78 participantes, 37 GE - 41 GC. | CAMS Sesiones semanales de 50-60 minutos. Componentes: plan de estabilización con restricción de acceso a medios letales, la identificación de señales de advertencia, las estrategias de afrontamiento y la creación de contactos sociales. | TAU Sesiones ambulatorias semanales de 45 minutos. Componentes: evaluación del riesgo de suicidio, procedimientos para garantizar transiciones seguras hacia el alta y creación de un plan de crisis. | Ideación suicida (Beck's Scale for Suicide Ideation - Current) Intentos suicidas (The Suicide Attempt Self-Injury Count) Distrés (The Outcome Questionnaire-45) | A los 6 meses los participantes CAMS presentan menor IS respecto a participantes TAU (d = 1.20). A los 12 meses TAU mejora, diferencia deja de ser significativa (d = 0.89). Sin diferencias en intentos de suicidio. Distrés mejora en ambos sin diferencias. |
| Bryan et al. (2018) EEUU Indicada | Experimental | Adultos, más de 18 años, soldados activos con ideación suicida reciente o intentos de suicidio. Total 97 participantes, 65 GE - 32 GC. | Plan respuesta en crisis estándar (S-CRP) Componentes: entrenamiento identificación señales alerta, las estrategias autogestión, el desarrollo soporte social, los servicios crisis y contacto profesionales. Plan respuesta en crisis mejorado (E-CRP) Anteriores componentes e identificación razones para vivir. | Tratamiento usual (TAU) Objetivos: contacto con profesionales de la salud, los servicios de respuesta a crisis y el contrato verbal de seguridad. Los planes de intervención fueron seguidos durante seis meses. | Intentos de suicidio (Suicide Attempt Self-Injury Interview) Ideación suicida (Scale for Suicide Ideation) Percepción de los pacientes (Entrevista estructurada creada para el estudio) | Los pacientes situados en el grupo E-CRP y S-CRP informaron menor ideación suicida que GC. Participantes GE asocian trabajo estrategias de autogestión y apoyo social, con menor ideación a 6 meses. Resultados no representativos. |
| Bryan (2018) EEUU Indicada | Experimental | Adultos más de 18 años, soldados activos, con ideación suicida o intento previo reciente. Total de 152 participantes, 76 GC - 76 GE, | Terapia Breve Cognitivo Conductual (BCBT) Total 12 sesiones, organizadas tres fases: 1) habilidades de regulación emocional (5 sesiones), 2) reestructuración cognitiva (5 sesiones), 3) prevención recaídas (5 sesiones). GE recibió también intervención de GC. | Tratamiento usual (TAU) Trº habitual: psicoterapia individual, terapia farmacológica, terapia grupal, asesoramiento sobre abuso sustancias, terapia pareja y grupos apoyo. | Intentos de suicidio ; Ideación suicida (Suicide Atemp Self-Injury Interview); Síntomas depresivos (Beck Depression Inventory); Síntomas estrés postraumático (Posttraumatic Stress Disorder Inventory) | Pacientes severidad baja – moderada ideación/intentos no diferencias significativas entre condiciones trº; pacientes severidad elevada, diferencia significativa. Reducción int. suicidas del de 79% en GE. |

| | | | | | | |
|--|--------------|--|--|--|---|--|
| Bryan et al. (2016) EEUU Indicada | Experimental | Adultos, más de 18 años, soldados activos, con ideación suicida. Total 152 participantes, 76 GC - 76 GE. | Terapia Breve Cognitivo-Conductual (BCBT) TAU y 12 sesiones (1h) de BCBT. Componentes: evaluación narrativa (experimentación detalles y emociones, afrontamiento, creación planes respuesta, regulación emocional, mindfulness), entrenamiento resolución conflictos y reestructuración cognitiva (afrontar culpa, carga, sensación inutilidad), y prevención recaídas. | Tratamiento usual (TAU) Tt° estándar servicios salud militares en casos ideación suicida. Componentes: psicoterapia individual, farmacoterapia, terapia grupo, grupos soporte y hospitalizaciones. Seguimiento 24 meses. | Ambivalencia suicida (Dos ítems de la Beck Scale for Suicide Ideation); Intentos suicidas (Suicide Attempt Self-Injury Interview) | 26 participantes intentaron suicidarse en 31 ocasiones en seguimiento, 8 en GE y 18 en GC. Participantes GE deseo vida superior a GC ($p=0.041$), y no diferencias significativas en deseo muerte, pero mayor en GC. |
| Praat et al. (2015) Reino Unido Indicada | Experimental | Adultos, más de 18 años, hombres reclusos, con riesgo de suicidio extremo. Total 62 participantes, 31 GC – 31 GE. | Terapia Cognitivo-Conductual (CBSP) Modelo SAMS (Johnson et al., 2008). Módulos: atención señales, reestructuración cognitiva, manejo de estado ánimo y activación conductual, resolución de problemas, y mejora de autoestima y autoconcepto. 20 sesiones, 2 por semana (1h) fase inicial, y 1 por semana (1h) cuando hay compromiso terapéutico. | Tratamiento Usual (TAU) Tt° común en situación de reclusión. Componentes: evaluación del riesgo, plan de gestión externa del riesgo (p.ej. monitorización y observación), y reuniones de revisión. Además evaluación y farmacoterapia. No terapia psicológica. | Ideación suicida (Beck's Scale for Suicidal Ideation); Probabilidad de suicidio (Suicide Probability Scale); Intentos de suicidio (Registro CS durante intervención); Desesperanza (Beck Hopelessness Scale); Síntomas depresión y ansiedad (Beck Depression/Anxiety Inventory); Autoestima (Self-Concept Questionnaire) | A 6 meses cond. suicida disminuyó 50% en CBSP; se mantuvo en TAU. N° participantes con CS disminuyó en TAU del 42% al 23%, y en CBSP del 39% al 23%. Participantes CBSP no más cond. suicida que línea base, 9 participantes TAU si mostraron más. Al fin tt° 56% sujetos CBSP consiguen mejoras significativas en todas las medidas, en TAU el 23%. En sgto. CBSP mejora del 53% y TAU 44%. |
| Rudd et al. (2015) EEUU Indicada | Experimental | Adultos, más de 18 años, soldados activos, con ideación suicida o intentos previos. Total 152 participantes, 76 GE – 76 GC. | Terapia Cognitivo-Conductual Breve (BCBT) TAU y 12 sesiones (1h) de TCC de modo semanal o quincenal. Tres fases: 1) 5 sesiones evaluación intento suicida, análisis de factores implicados, desarrollo plan de respuesta a crisis, relajación, y desarrollo de | Tratamiento Usual (TAU) Tt° administrado por servicios militares y atención primaria. Componentes: psicoterapia individual y grupal, medicación, tratamiento para abuso sustancias y grupos apoyo, según disponibilidad proveedores de salud primaria. | Intentos de suicidio (comparación de número de intentos previos y en seguimiento); Ideación suicida (Beck's Scale for Suicidal Ideation); Síntomas depresivos (Beck Depression Inventory-II); Síntomas ansiedad (Beck Anxiety Inventory); Desesperanza (Beck | Sgto. 2 años, 8 participantes (14%) del GE intentaron suicidio, frente a 18 (40%) de GC. A los 3 meses no diferencias significativas entre GE (95% CI= 0.94-0.98) y GC (95% CI= 0.88-0.95). A los 12 meses si diferencias significativas, y a los 24 meses aumenta, con probabilidad libre de intentos de 95% CI del 0.81- |

| | | | | | | |
|--|--------------|---|--|---|---|---|
| | | | habilidades positivas; 2) 5 sesiones de reestructuración cognitiva, prevención de suicidio, y práctica de habilidades aprendidas; 3) 2 sesiones de revisión de hitos conseguidos, almacenados en diario. | | Hopelessness Scale); Estrés postraumático (PTSD Checklist-Military version) | 0.91 en GE y de 0.55-0.73 en GC. Resto de medidas, GE mejores resultados, sin diferencias significativas. |
| Linehan et al. (2015) EEUU Indicada | Experimental | Adultos, mujeres, 18 - 60 años, diagnóstico TLP e intentos de suicidio o ideación suicida. Comportamientos suicidas recientes (pasado año). Total 99 participantes, 33 GE – 66 GC. | Standard Dialectical Behavior Therapy (DBT-S) Cuatro fases (1 por semana): terapia individual, entrenamiento habilidades grupales, consulta terapéutica y sesiones asistencia telefónica. Uso estrategias de TCC, terapia dialéctica, terapia aceptación y compromiso, y mindfulness. | DBT Skills Training Sustituye terapia individual por aprendizaje y entrenamiento de habilidades en grupo, y por manejo de casos manual. DBT Individual Elimina trabajo grupal y entrenamiento habilidades. Terapias individuales centradas en habilidades propias de los pacientes, guiando su uso y mejora. | Intentos suicidas (Suicide Attemp Self-Injury Interview); Ideación suicida (The Suicidal Behaviors Questionnaire); Razones para vivir (Reasons for Living Inventory); Síntomas depresivos y ansiosos (Hamilton Rating Scale for Depression – Hamilton Rating Scale for Anxiety) | Tres ttº son eficaces para reducir int. suicidio, IS, gravedad de autolesiones, uso de servicios médicos y mejora de razones para vivir, sin diferencias significativas. Casos en que DBT tenía aprendizaje de habilidades hubo más efectividad para reducir autolesiones no suicidas, y mejora de síntomas depresivos y ansiosos. DBT estándar fue mejor, mantiene efectos 1 año después. |
| Ducasse et al. (2018) Francia Indicada | Experimental | Adultos, 18 - 65 años, registrados en Departamento de Psiquiatría del Hospital de Montpellier. Diagnóstico de tno. de Conducta Suicida (DSM-5). Total 40 participantes, 21 GE - 19 GC. | Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Aplicación de programa estándar ACT, 7 sesiones semanales (2h). Estructura sesión: revisión de tareas, nuevas habilidades, nuevas tareas y resumen por escrito. Duración: 7 semanas | Progressive Relaxation Training (PRT) Programa de relajación progresiva estandarizado, siete sesiones semanales (2h). Misma estructura de sesión que en ACT. | Ideación suicida (Columbia-Suicide Severity Rating Scale) Además fueron medidos: Síntomas psicopatológicos (p.ej. Mini-International Neuropsychiatric Interview); Impulsividad y hostilidad (p.ej. Barrat Impulsiviti Scale,); ATC (p.ej. Acceptance and Action Questionnaire-II) | Cambio de intensidad y gravedad de ideación superior en GE (disminución de -1.88 por semana, tamaño de efecto -0.07) que GC (disminución de -0.79, tamaño de efecto -0.17), sin cambios en seguimiento. Int. suicidas durante ttº: 2 en GC, y 0 en GE. Int. suicida tras tratamiento: 3 en GC y 1 en GE. ACT mejora sintomatología ansiosa y depresiva, y calidad de vida (con significación estadística). |

| | | | | | | |
|---|--------------|--|---|--|---|---|
| Ducasse et al. (2019) Francia Indicada | Experimental | Adultos, 18 - 65 años, admitidos en unidad de psiquiatría, con ideación suicida activa. Total 201 pacientes, 100 GC - 101 GE. | Gratitude journal Descripción por escrito de cosas o eventos gratos sucedidos en el día (p.ej. acto de bondad, solidaridad, intercambio positivo con personas, tener buena salud). Duración: 7 días. | Food diary Redactar una lista acerca de los alimentos ingeridos durante el día. Duración equivalente al GE. | Ideación suicida (Columbia-Suicide Severity Rating Scale, Scale for Suicidal Ideation); Desesperanza y optimismo (escalas numéricas de Huffman); Síntomas depresivos y ansiosos (Beck Depression Inventory, State Anxiety Inventory-state Questionnaire) | Diferencias entre grupos en medidas de ansiedad, depresión y dolor emocional fueron representativas, mejor en diario de gratitud ($P < 10^{-3}$). Tras t^o , no diferencias en severidad e intensidad de IS. Positivo poner en práctica el tratamiento más tiempo. |
| Wang et al. (2015) Taiwan Indicada | Experimental | Adultos, más 18 años, con asistencia a servicios de salud. Total 67 participantes, 34 GC – 33 GE | Green Cards (Tarjetas de afrontamiento) TAU y entrenamiento para creación y aplicación de tarjetas de afrontamiento, proporcionadas en casa, tras visitas de los profesionales. Componentes: autoconciencia de suicidio e ideación, estrategias de afrontamiento (cambio foco atención y actividades agradables), recursos para búsqueda de ayuda, y línea telefónica 24 horas con dirección para atención médica. Duración de ambas intervenciones: 3 meses. | Tratamiento usual (TAU) – Manejo de casos Etapas: evaluación, establecimiento de relación, tratamiento de crisis y cierre. Componentes: evaluación de la crisis, apoyo emocional y psicológico, y derivación a otros recursos. | Ideación y planes suicidas (Suicidal Risk Inventory); Comorbilidad sintomatológica (Brief Symptoms Rating Scale) Desesperanza (Beck Hopelessness Scale); Ocurrencia de intento (Intentos de suicidio en los tres meses de intervención comparados con la línea base) | Primeras medidas durante t^o , no existen diferencias representativas. Tras t^o GE muestra más beneficios en síntomas comórbidos que GC. Intento de suicidio no manifiesto en GE y si en GC (5 sujetos, 7.71%). GE muestra mayor tiempo libre de ideación que GC (p valor a 2 meses = .040; y a 3 meses = .021). |
| Bryan et al. (2017) EEUU Indicada | Experimental | Adultos, 19 - 53 años, soldados activos, con IS e int. de suicidio. Reclutados en servicios de emergencia y clínicas de salud. Total 97 participantes, 32GC - 32 en plan de respuesta a crisis, y 33 en plan de respuesta a crisis mejorado (GE). | Standard Crisis Response Plan (Plan de Respuesta a Crisis Estándar) TAU excepto contrato verbal, sustituido por colaboración terapeuta-paciente. Componentes: identificación señales advertencia de crisis emocionales, habilidades de afrontamiento y autogestión, y | Contract For Safety (Contrato De Seguridad) Componentes: evaluación riesgo, escucha activa, provisión recursos para crisis, derivación a profesionales de salud mental, y creación contrato verbal de seguridad. Recursos se escribieron en una | Intentos de suicidio (Número de intentos llevados a cabo) Ideación suicida (Beck Scale Suicide Ideation) Utilización de servicios de salud mental (Número de usos) | En seis meses de seguimiento, intentos suicidio: 2 en PRC-M (6.2%), 1 en PRC-E (3.1%) y 5 en CDS (19.0%). Diferencia entre PRE y CDS estadísticamente significativa ($p = .0028$), 76% menor probabilidad de suicidio en GE (IC 95% = 0.06-0.96). Diferencia significativa mayor entre el PRC-E y CDS ($p = .038$), participantes PRC-E |

| | | | | | | | |
|---|--------------|--|--|--|--|--|--|
| | | | mejora apoyo social. Recursos fueron escritos en tarjetas. | | tarjeta y fueron entregados al paciente. | | 85% menor probabilidad de suicidio respecto a CDS. |
| | | | Enhanced Crisis Response Plan (Plan Respuesta Mejorada) | | | | Ideación suicida disminuye todas condiciones, pero disminución más rápida y significativa en la PRC que en CDS (p<.001), sin diferencias en grupos PRC. |
| | | | Todos componentes del Plan Estándar, más trabajo de reconocimiento y asimilación de razones para vivir, escritas en reverso de tarjeta. Duración: 6 meses. | | | | Sujetos PRC menos días de uso de servicios de salud y menos pacientes que CDS. |
| Furuno et al. (2018) Japón Indicada | Experimental | Adultos, más 20 años, adscritos a departamentos de psiquiatría de 17 hospitales japoneses, con ideación suicida e intentos de suicidio recientes. Total 914 pacientes, 460 GE - 454 GC. | Assertive case management (Manejo asertivo de casos) Primera evaluación de ideación suicida, relación con la familia y cuidadores, problemas sociales del paciente y uso de recursos sociales. Tras evaluación, los terapeutas guían a pacientes hacia tratamiento psiquiátrico y otros cuidados médicos y sociales. Se programan contactos frecuentes con pacientes o familiares para analizar situación durante intervención. Duración: 18 meses. | Enhanced usual care (Tratamiento usual mejorado) Pacientes evaluados de forma habitual, recibieron psicoeducación y se les proporcionó una hoja de información durante cada visita de evaluación. | Intentos de suicidio (número de intentos de suicidio durante el tratamiento) Autolesiones no suicidas (número de autolesiones con fines no suicidas por participante) | | Sujetos con tres o más intentos o autolesiones: 35 (8%) en GC y de 18 (4%) en GE. Los participantes sin autolesión o suicidio en GE fueron 352 (77%) y 348 (76%) en GC. Número de intentos de suicidio por persona y año fue menor en el GE que en GC, también con autolesiones no suicidas aunque no significativa. Episodios de autolesión menores en casos en pacientes sin intento (27% menor). Intervención GE eficaz en disminución de intentos y autolesiones. |

| | | | | | | |
|--|--------------|--|---|--|--|--|
| Morley et al. (2014) Australia Indicada | Experimental | Adultos, 18 - 65 años, con consumo de sustancias e intento de suicidio reciente o planificación. Total 185 participantes, 122 GE - 63 GC. | Opportunistic Cognitive Behavioral Intervention (OCB) 8 sesiones (60-75 min.). Uso de estrategias cognitivas y conductuales. Objetivos: consumo sustancias, síntomas depresivos e IS. Se incluyó plan de autocontrol de consumo. Participa persona de confianza del paciente, entrenada en manejo de crisis, para asegurar realización de actividades y medicación. Tras tres meses, sesiones grupales para analizar progreso. Duración: 6 meses. | Treatment as usual (TAU) TAU en servicios estándares, tratan consumo de sustancias con manejo de casos y farmacoterapia. Casos graves que presentan intentos de suicidio recientes derivados a servicios médicos. | Ideación suicida (Beck Scale for Suicide Ideation); Síntomas de ansiedad y depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale); Consumo de alcohol (Self-Efficacy Scale) | Resultados muestran una disminución de ideación suicida, consumo de sustancias, y síntomas depresivos, pero no existen diferencias significativas entre GC y GE. |
|--|--------------|--|---|--|--|--|

Tabla 4

Intervenciones llevadas a cabo a través de nuevas tecnologías

| Primer autor, año publicación, país y tipo de intervención | Diseño del estudio | Población del estudio | Intervención grupo experimental | Intervención grupo control | Medidas de los resultados | Resultados |
|--|--------------------|--|---|--|---|--|
| Bush et al. (2015) EEUU Indicada | Experimental | Adultos, soldados veteranos, con diagnóstico TLP, bipolar, depresión o TEP, inscritos en TCC, y con alto riesgo suicida. Total 18 participantes, 9 GE – 9 GC, contrabalanceo. | Virtual Hope Box (Caja de esperanza virtual, VHB) APP intervención CS. Secciones: apoyo colectivo, distracción o relajación con audios, vídeos e imágenes, ejercicios atención plena, y frases afrontamiento-recuerdo. Creación individual. Duración: 6 y 8 semanas. | Hope Box (Caja de esperanza, HB) Caja física personalizada. Contenido: objetos personales, fotografías núcleo social, cartas recordatorio logros o aspiraciones. Consulta caja permite distracción y ver motivos vivir. | En tratamiento (entrevista telefónica): Frecuencia de uso; propósito de uso; y logro de objetivo. Tras tratamiento (cuestionario): Frecuencia de uso; facilidad de uso; funcionalidad; comprensión; y recomendación de uso. | Resultados positivos en dos intervenciones, puntuaciones superiores en GE (entre 78 - 100% apoyo pacientes, GC no supera 78% en ningún parámetro). Apartados más consultados: distracción, recuerdos e inspiración. APP no sustituye intervención tradicional, pero uso es positivo. |

| | | | | | | |
|---|--------------|--|--|---|--|---|
| Celano et al. (2016) | Experimental | Adultos, más 18 años, admitidos unidades psiquiátricas, síntomas depresivos, ideación suicida, intentos recientes. Total 65 pacientes, 33 GC - 32 GE. | PP intervention (Intervención psicología positiva) Seis ejercicios de psicología positiva. Estructura sesión telefónica: revisión actividad anterior, lectura parte manual de actividad a trabajar, presentación de actividad, plan de acción semanal, y recuerdo registro sentimientos y emociones. Sesión finaliza con integración de habilidades aprendidas a vida diaria. | CF intervention (Cognición enfocada) Terapia centrada cognición y atención, recuerdos neutros. Primera sesión presencial en hospital se asignó manual de intervención y primer ejercicio: anotación de tres eventos neutros ocurridos cada día de semana anterior, sin asociación emoción. Ejercicio inicial revisado día siguiente vía telefónica, y posteriores desarrollados y revisados vía telefónica. | Desesperanza, IS y SD (Beck Hopelessness scale, Concise Health Risk Tracking scale, 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology) ; Optimismo, gratitud y afecto positivo (Life Orientation Test Revised, Gratitude Questionnaire-6, Positive and Negative Affect Schedule); Readmisiones, CS e IS (Autoinformes seguimiento 6 y 12 semanas); Impacto FQ (Ítem 10 del cuestionario QIDS) | Intervención CF asociada mejoras en desesperanza en semana 6, y menor IS y depresión a 6 y 12 semanas. Tt°. PP a distancia puede no ser positivo en pacientes con depresión moderada. Int. de suicidio fueron 6, 3 por grupo, y autolesiones fueron 6,4 en GE y 2 en GC. |
| Kaskow et al. (2016) EEUU Indicada | Experimental | Adultos, más 18 años, veteranos del ejército, con esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos, e cond. suicida reciente. Total 51 pacientes, 26 GE – 25 GC. | Telehealth monitoring (Telesalud) Proporción dispositivo de salud tras alta. Otorgaron instrucciones uso dispositivo, e indicación posibilidad de contacto con servicio soporte. Monitoreo diario responde y genera preguntas a participantes: suicidio, sínt. depresivos, adherencia tt° médico. Uso diálogo online, asistencia y psicoeducación. 10-15 minutos diarios, los participantes responden a preguntas presionando botones dispositivo. Se dio número teléfono para crisis. Si participantes no respondían a diálogos, personal contacta con ellos y tomaba medidas. | Intensive case management (Manejo intensivo de casos) Manejo ordinario de casos por personal de unidad de psiquiatría, tras alta de paciente. El tt° usual incluía evaluación semanal, llevada a cabo cara a cara o telefónica, mensual cuando puntuaciones mejoraban. Ambos grupos recibieron atención TAU. Duración: 3 meses. | Ideación suicida (Beck Scale Suicidal Ideation); Síntomas depresivos (Hamilton Depression; Rating Scale, Calgary Scale for Depressive Symptoms); Síntomas psicológicos generales (Personal Health Questionnaire 9) | Ambos mostraron mejoras en cond. suicida, si bien es cierto que participantes GE consiguieron remitir ideación más rápido que GC, diferencias no significativas. En sínt. depresivos, no se detectan diferencias entre grupos. |

| | | | | | | |
|--|--------------|--|---|---|--|---|
| O'Toole et al. (2018) Dinamarca Indicada | Experimental | Adultos, 18 - 65 años, admitidos en clínica asociada a hospital universitario Dinamarca, con conductas suicidas e intentos de suicidio. Total 129 participantes, 69 GC - 60 GE. | LifeApp'tite Mobile Application (APP móvil) Aplicación móvil, instrucción a los participantes sobre su funcionamiento. Módulos: psicoeducación y estrategias afrontamiento, autoevaluaciones riesgo suicida, plan actuación crisis, acceso caja esperanza creada por paciente, lugares donde ir si necesidad ayuda, y ejercicios autoayuda. Tras evaluar diariamente estado ánimo, App sugiere puesta en práctica de actividad (p.ej. distracción, atención plena, actividades agradables, habilidades sociales). GE recibe condición TAU. | Treatment as usual (TAU) Incluye psicoterapia apoyo y resolución de problemas orientada tt° CAMS (Collaborative Assesment and Management of Suicidality). Terapia en sesiones semanales profesionales expertos. | Riesgo de suicidio (Suicide Status Form II-R); Síntomas depresivos (Major Depression Inventory); Evaluación uso APP (Medidas de la propia aplicación) | Disminución mayor del riesgo de suicidio en la situación TAU, que en GE (d=1.27, d=0.86, respectivamente). No diferencias en síntomas depresivos. Tt° App con TAU redujo tiempo de intervención tradicional. App compleja de utilizar al no limitar opciones trabajo ofrecidas y no manual de instrucciones. |
| Wilks et al. (2018) EEUU Indicada | Experimental | Adultos, reclutados modo online, con ideación suicida y adicción al alcohol. Total 60 participantes, 31 GE - 29 GC. | iDBT-ER (Terapia dialéctica conductual online) iDBT-ER componentes de terapia DBT, duración 8 semanas, 2 destinadas a atención plena, 2 a consumo alcohol, 3 a regulación emocional y a trabajar tolerancia del malestar. Sesión 30-50 minutos, 2-3 tareas. Modelo sesión: vídeo explicativo, visualización web puntos importantes y participación actividad guiada. Ánimo a practicar habilidades a través de correos o mensajes texto diarios. | Wailist (Lista de espera) GC mantenido en lista de espera, iniciaron tt° experimental tras ocho semanas. Recibieron cuestionarios semanales que analizaban la cond. suicidas y consumo de alcohol. Si puntuaciones altas cond. suicidas, derivados profesional que analiza riesgo suicidio del paciente. | Ideación suicida (Scale for Suicidal Ideation); Consumo de alcohol (Alcohol Use Disorders Identification Test, Timeline Followback); Regulacion emocional (Difficulties in Emotion Regulation Scale) | Rápida disminución de IS, severidad consumo alcohol, y desregulación emocional en GE. En 2° mes iDBT-ER, tasas recuperación del 13.6% en ideación, 9.1% en consumo alcohol y 4.5% en regulación emocional; frente GC con un 7.7%, 3.6% y 3.6%, respectivamente. Participantes tt° inmediato, gran tamaño de efecto en IS (d=0.81) y consumo alcohol (d=0.75), y medio en regulación emocional (d=0.42). Uno de cada tres no completó el tt°. Menos sesiones que DBT para regulación emocional. |

Tabla 5

Intervenciones llevadas a cabo por contacto SMS o e-mail

| Primer autor, año publicación, país y tipo de intervención | Diseño del estudio | Población del estudio | Intervención grupo experimental | Intervención grupo control | Medidas de los resultados | Resultados |
|--|--------------------|---|--|--|---|---|
| Gysin-Maillart et al. (2016) Suiza Indicada | Experimental | Adultos con intento de suicidio reciente, y sin diagnóstico de tnos. mentales. Total 120 pacientes, 60 GC – 60 GE. | Protocolo de tratamiento ASSIP Inicio cara a cara, cuatro sesiones ttº cognitivo-conductual (grabación entrevista, visualización entrevista, análisis señales advertencia, análisis autoinstrucciones preventivas de conductas suicidas, diálogo señales riesgo, y búsqueda ayuda). Después, envió cartas semiestandarizadas, firmadas por terapeuta, con dos enunciados personalizados, cada 3 meses primer año, y cada 6 meses el segundo. Se animó a emitir respuesta. | Tratamiento habitual (TAU) Evaluación inicial, y envío de resultados a profesionales responsables de ttº habitual para manejo de casos. | Relación terapeuta paciente (Penn Helping Alliance Questionnaire); Síntomas depresivos (Beck Depression Inventory); Ideación suicida (Beck Scale for Suicide Ideation); Intentos de suicidio y uso de servicios de salud (ocasiones que comenten intentos o requieren atención sanitaria) | 24 meses seguimiento, 5 intentos de suicidio en GE (probabilidad supervivencia 95% IC=0.90-1) y 41 en GC (probabilidad de supervivencia 95% IC=0.71-0.87). Participantes ASSIP 72% menos días atención hospitalaria que TAU a 12 meses, y 63% a 24 meses. Porcentaje pacientes atendidos menor en ASSIP, no significativo. Síntomas depresivos e IS disminuyeron en dos ttº. |

| | | | | | | |
|--|--------------|---|---|---|--|--|
| Mouaffak et al. (2015) Francia Indicada | Experimental | Adultos, con ideación suicida o intentos de suicidio recientes, alta de servicios de salud. Total 320 pacientes, 160 GE – 160 GC. | Programa OSTA Primero, carta informando de intervenciones programadas, y tarjeta recursos y número teléfono para recurrir si crisis. Se indicó por carta la necesidad de actualización vía contacto. Tras alta, recibieron llamadas continuas, a 2 semanas, al mes y 3 meses y 12 meses, se evaluaba estado psicopatológico y riesgo suicidio. Ante riesgo suicidio, organización visita urgente a servicio de salud. Profesionales atención recibieron contacto continuo de expertos OSTA. | Tratamiento estándar Recibieron carta informando del resultado de aleatorización, y notificaciones sobre necesidad de informar cambios de contacto (teléfono/dirección). | Intentos de suicidio en primeros 12 meses y compromiso con servicio de salud (entrevistas telefónicas con participante, persona confianza o servicios sanitarios). | Poca diferencia en números de suicidio y compromiso con servicios salud. Primeros 12 meses, proporción de intentos de suicidio en GE fue del 14.5% ($n=22$) y GC fue del 14% ($n=21$). Los datos intentos y reintentos no diferencias significativas. A 12 meses de seguimiento, el 24.2% de GE habían iniciado seguimiento médico, mientras GC 31%. Contactos poco frecuentes. |
| Messiah et al. (2019) Francia Indicada | Experimental | Adultos, más 18 años, con ideación suicida e intentos previos (no más de tres en tres años). Total de 1040 participantes, 520 GC – 520 GE. | Intervención Algos S Participantes primeros intentos suicidas recibieron tarjeta con número de teléfono para casos de crisis. Participantes multireincidentes recibieron llamada telefónica entre día 10 y 21 después intento. Objetivos contacto: apoyo psicológico, evaluar salud mental, evaluar adherencia a ttº médico, y animar para contactos con terapeutas. Si pacientes buen estado, remisión a TAU; si no contactados se inició envío de cartas en meses 2, 3, 4 y 5; y aquellos en que se contactaba y riesgo suicidio, envío cartas y consultas emergencia en 24 horas. | Tratamiento usual (TAU) Tratamiento estándar para situaciones de intento de suicidio, seguidas en servicio de emergencia donde pacientes eran atendidos. | Intentos de suicidio Riesgo de suicidio | Riesgo de suicidio más bajo en GE de un intento que GC (95%CI=0.25-0.85, 95%CI=0.31-0.81, respectivamente). En grupo de participantes multireincidentes no diferencia respecto a GC. Tarjetas de crisis eficaces en pacientes con un intento suicida. Llamadas telefónicas demostraron no eficacia en caso de participantes con múltiples intentos, pero útiles para predecir intentos suicidas. |

Resultados del estudio

Intervenciones psicológicas cara a cara paciente y terapeuta

La primera tipología de intervención destacada en la Tabla 3, es la llevada a cabo por contacto cara a cara entre paciente y terapeuta. Como se puede observar, esta opción sigue siendo la más común dentro de la intervención en pacientes con conducta suicida.

En este grupo de intervenciones participaron un total de 2552 pacientes, 1326 en los grupos experimentales y 1226 en los grupos control, de los cuales el 43% eran mujeres y el 57% eran hombres, con una media de edad de 33 años.

Dentro de las intervenciones por contacto entre paciente y terapeuta es posible diferenciar otros tres tipos de estudios, atendiendo a las terapias llevadas a cabo en los mismos. Así, encontramos trabajos que implementan intervenciones de tipo cognitivo-conductual, los que aplican terapias relacionadas con la psicología positiva y el mindfulness y, en último lugar, aquellos que analizan el manejo de pacientes con conducta suicida.

En primer lugar, *las intervenciones cognitivo-conductuales* incluyen la aplicación de estrategias cognitivas, el afrontamiento de los pensamientos relacionados con el suicidio y, al mismo tiempo, estrategias conductuales que permitan intervenir en la conducta suicida manifiesta, como es el caso del intento de suicidio.

Un total de cuatro estudios analizaron la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en comparación con el tratamiento usual (TAU) aplicado a pacientes con intentos de suicidio, tres de ellos en versión breve (Bryan et al., 2018; Bryan et al., 2016; Rud et al., 2015) y uno utilizando el formato tradicional (Praat et al., 2015). En tres estudios (Bryan et al., 2018; Bryan et al., 2016; y Rud et al., 2015) fue analizado un formato de terapia cognitivo-conductual desarrollada en doce sesiones, con componentes semejantes, y cuyos pacientes eran personal militar en activo. En líneas generales, los estudios muestran una menor ideación suicida y una disminución mayor de los intentos de suicidio en el grupo de TCC frente a TAU, mostrando diferencias estadísticamente significativas en aquellos pacientes que presentan mayor severidad, y manteniéndose los efectos durante el seguimiento posterior a la intervención. Del mismo modo, la terapia cognitivo-conductual de veinte sesiones aplicada a reclusos por Praat et al. (2015) mostró mejoras en los mismos aspectos que la versión breve, además de tener efectos positivos en el nivel de desesperanza, depresión y ansiedad, aunque las diferencias disminuyeron durante el seguimiento.

En otro trabajo, Morley et al. (2014) compararon el tratamiento OCB (Opportunistic Cognitive Behavioral Intervention, *Intervención Cognitivo Conductual Oportunista*) de ocho sesiones con TAU en pacientes con conducta suicida y consumo de sustancias. Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos tipos de intervención.

Además de las intervenciones cognitivo-conductuales, existen dos estudios en los que se pone en práctica un plan terapéutico específico, CAMS (Collaborative Assessment and Management of Suicidality, *Evaluación Colaborativa y Gestión de Suicidios*), con un enfoque conductual, frente al tratamiento usual. Ambos grupos de investigadores, Jobes et al. (2017) y Ryberg et al. (2019) ponen en práctica la intervención con pacientes adultos que presentan ideación suicida, siendo en el primer caso personal militar en activo. Ambas investigaciones muestran una considerable disminución de la ideación suicida en los primeros seguimientos a favor de CAMS, que decrece hasta no ser significativa en seguimiento.

En segundo lugar, se encuentran los estudios relacionados con las *intervenciones cara a cara basadas en la psicología positiva y mindfulness*, que presentan componentes de intervención de la psicología positiva, la terapia dialéctica, y la terapia de aceptación y compromiso (ACT).

Andreasson et al. (2016) y Linehan et al. (2015) analizaron los efectos de la Terapia Conductual Dialéctica (DBT), el primer grupo de autores frente a la intervención CAMS, y el segundo frente a DBT con variaciones dentro de sus componentes típicos. Según el estudio de Andreasson et al. (2016) los intentos de suicidio fueron superiores en el grupo que recibió DBT frente al grupo CAMS, aunque las diferencias no fueron significativas. El análisis de Linehan et al. (2015) demostró que las tres variantes de la DBT fueron eficaces para reducir los intentos de suicidio y la ideación suicida, pero la DBT estándar demostró una mayor efectividad al mantener los resultados durante el seguimiento.

Además de la DBT, en este modelo de terapias se incluye la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), cuyos efectos fueron analizados en el trabajo de Ducasse et al. (2018), frente a la relajación progresiva. Durante las siete semanas de duración de ambas terapias, la ACT demostró una mayor disminución en la ideación suicida y en los intentos de suicidio, mejorando a nivel global la calidad de vida de los pacientes tras la intervención.

Siguiendo la línea de la psicología positiva, Ducasse et al. (2019) analizaron los cambios que se producían tras la aplicación de la tarea “diario de gratitud” frente a la tarea sustituta “diario de alimentación”, en adultos admitidos en unidades de psiquiatría por presentar

ideación y riesgo de suicidio. La redacción de eventos positivos sucedidos a diario permitió establecer diferencias en sintomatología comórbida (ansiedad, depresión y emociones negativas), pero no existieron cambios significativos en la intensidad de la ideación suicida.

Otro de los estudios incluidos en la presente revisión sistemática puso a prueba la efectividad del empleo de las *Tarjetas Verdes* (Wang et al., 2015), fichas que contenían mensajes de apoyo y recuerdo de las habilidades practicadas y trabajadas, así como recursos de ayuda, frente al tratamiento común en pacientes que asisten a servicios de salud por presentar conducta suicida, ambos grupos en tratamiento durante tres meses. Este trabajo concluyó que las tarjetas verdes parecen tener efectos sobre la ideación, los intentos y los síntomas patológicos concomitantes (ansiedad y depresión), superiores a tratamiento común.

El tercer tipo de estudios hace hincapié en los *contactos iniciales que se mantienen con los pacientes tras el intento de suicidio, y las decisiones que se toman respecto al seguimiento inmediato*. Se trata de las primeras tomas de contacto con los profesionales que van a velar por la integridad física de las personas que presentan sintomatología relacionada con el suicidio, por lo que el modo en que se hace y las medidas que se toman son importantes en la evolución de los pacientes. Bryan et al. (2017) y Bryan et al. (2018) analizan los efectos de la aplicación del plan de respuesta a crisis y el plan de respuesta a crisis mejorado, posicionándolos frente al contrato verbal de seguridad y frente a la atención TAU, respectivamente. En ambos estudios la atención de plan de respuesta a crisis se asocia con una menor ideación suicida y, más específicamente, según Bryan et al. (2017), la atención PRC-E (Plan de Respuesta a Crisis Estándar) se relaciona con un menor nivel de probabilidad de suicidio y con la disminución de la atención sanitaria, mayor que en la versión modificada. De un modo semejante, Furuno et al. (2018) comprobaron la eficacia del tratamiento habitual mejorado con psicoeducación (grupo control), frente al manejo asertivo de casos (grupo experimental), el cual mostró un menor número de intentos de suicidio y autolesiones, aunque las segundas no presentaron diferencias estadísticamente significativas respecto a la intervención control.

En líneas generales, la TCC tradicional, la DBT, y la ACT parecen ser las intervenciones más eficaces llevadas a cabo en pacientes con conducta suicida, junto con la atención PRC, la estrategia de las tarjetas verdes y el manejo asertivo de casos, mientras que los efectos mostrados por la intervención CAMS, OCB, TAU y diario de gratitud son más limitados en cuanto a sus resultados sobre la ideación y los intentos de suicidio.

Intervenciones Web y App

Este apartado incluye aquellos estudios en los que se han analizado los resultados de la aplicación de sistemas de intervención online (ver Tabla 4), bien sea utilizando aplicaciones móvil, dispositivos especiales para su aplicación, o llamadas telefónicas y programas informáticos que permitan el desarrollo de una sesión a distancia. En este grupo de estudios participaron 323 sujetos, 147 en el grupo experimental y 176 en el grupo control, con una media de edad de 41 años, de entre los cuales un 49% eran mujeres.

Bush et al. (2015) y O'Toole et al. (2018) comprobaron la eficacia de las intervenciones utilizando Apps. Las dos aplicaciones facilitaban el acceso a una caja de esperanza virtual, pero la App proporcionada por el equipo de O'Toole permitió además la aplicación de otras técnicas cognitivo-conductuales. La LifeApp'tite Mobile Application (O'Toole et al., 2018) mostró ser ineficaz para el tratamiento de pacientes con conductas suicidas y para los síntomas comórbidos, siendo más eficaz el tratamiento control basado en la terapia CAMS. En contra de estos resultados, el estudio de Bush et al. (2015) demostró que los pacientes percibían más útil la versión virtual de la caja de esperanza que la versión física de esa estrategia de intervención, siendo su uso superior, pese a que su eficacia para la ideación e intentos de suicidio no se mostró elevada.

Por otra parte, Kaskow et al. (2016) utilizaron un dispositivo especial de telesalud. A diferencia de las anteriores App, los investigadores proporcionaron explicaciones de su uso tras el alta del paciente, y dieron la posibilidad de acceder a un servicio de soporte. El diálogo y la psicoeducación fueron proporcionados a diario. A diferencia de las App, el dispositivo de telesalud si mostró una disminución más rápida de la ideación suicida que el manejo de casos ordinario presencial.

Además de los medios anteriores, algunos autores (Celano et al., 2016; Wilks et al., 2018) describieron los efectos de las modalidades online de las intervenciones presenciales. Atendiendo a los resultados, Celano et al. (2018) comprobaron que los ejercicios de psicología positiva no presenciales no mejoraban la sintomatología de los pacientes (en aquellos de gravedad moderada y grave), mientras que la cognición enfocada a distancia si los disminuyó levemente. A diferencia de los anteriores autores, Wilks et al. (2018) indicaron que la iDBT online disminuyó la ideación, el consumo de sustancias y mejoró la regulación emocional, siendo las tasas de recuperación y el tamaño del efecto mayores, que tras la aplicación del mismo tipo de intervención a aquellos pacientes que al inicio se encontraban en lista de espera.

Atendiendo a los resultados de los estudios anteriores, las intervenciones online, como sustitución del cara a cara tradicional, demuestran tener eficacia en pacientes con conductas suicidas con un mayor efecto que las aplicaciones móviles. Los dispositivos especiales de Telesalud son más eficaces que las App, aunque pueden mediar factores no dependientes de los instrumentos en la eficacia de estos.

Intervenciones de contacto: cartas, mensajes, e-mails

La tercera tipología de intervención en conducta suicida, cuyos ejemplos se encuentran en la Tabla 5, hace referencia a las relaciones terapéuticas establecidas a través de contactos periódicos realizados por vías de comunicación no presencial. En estas investigaciones participaron un total de 1480 pacientes, 740 en cada grupo (experimental vs control), con una media de edad de 35.6 años, de entre los cuales un 48.61% fueron mujeres.

Tras analizar los resultados derivados de la búsqueda bibliográfica, tres de los estudios encontrados cumplían con los criterios de inclusión de la presente revisión y, al mismo tiempo, podían ser incluidos en esta subdivisión de las intervenciones terapéuticas. Así, los estudios de Gysin-Maillart et al. (2016), Mouaffak et al. (2015) y Messiah et al. (2019) analizaron los efectos que se producen en pacientes franceses con ideación e intentos de suicidio que son sometidos a contactos continuos.

En su investigación, Gysin-Maillart et al. (2016) destacaron que el envío de cartas semiestandarizadas cada tres meses, tras la aplicación de la intervención cognitivo conductual (programa ASSIP), permite mantener los resultados obtenidos, siendo los cambios en ideación, intentos, síntomas depresivos y atención hospitalaria más notables que en la condición TAU (manejo de casos). Al contrario que el programa ASSIP (Gysin-Maillart et al., 2016), el programa OSTA (Mouaffak et al., 2015), que consistió en la realización de llamadas telefónicas programadas tras el alta hospitalaria, no mostró diferencias significativas con la intervención estándar, a excepción de la cantidad de empleo de servicios de salud, siendo esta tasa superior en el grupo control. Finalmente, la intervención Algos S (Messiah et al., 2019), consistente en el reparto de tarjetas de crisis, junto con la realización de llamadas telefónicas y el envío de cartas si no se respondía a las mismas, mostró mayor eficacia en pacientes con menor gravedad, y los contactos telefónicos y cartas, pese a no eliminar la conducta suicida, contribuyeron a su predicción y a la toma de medidas que permitió la protección de la vida de los pacientes.

Discusión

Hallazgos de la revisión sistemática

En este trabajo nos planteamos llevar a cabo una revisión sistemática respondiendo a la pregunta ¿Qué programas se están empleando para la reducción de la ideación y conductas suicidas en pacientes adultos de riesgo y cuál es la eficacia de dichas intervenciones? Hasta donde sabemos, la presente revisión sistemática es la primera llevada a cabo en España para evaluar la eficacia de los diferentes tipos de intervenciones diseñadas para reducir la ideación suicida y los intentos de suicidio en pacientes adultos, utilizando únicamente ensayos controlados aleatorizados para la recopilación de datos.

La elevada especificidad de las pautas de selección propuestas en la Tabla 1 permitió acotar en gran medida la búsqueda. Tras describir los criterios de inclusión y exclusión, la selección de los estudios permitió incluir 23 investigaciones que, tras cumplir los criterios y superar la revisión de los investigadores, podrían ser consideradas de elevada calidad y fueron utilizadas para la extracción de resultados en la presente revisión sistemática.

Hemos encontrado tres tipos de trabajos: 1) las intervenciones psicológicas cara a cara paciente y terapeuta, 2) las intervenciones Web y App, y 3) las intervenciones de contacto a través de cartas, mensajes y e-mails. Además, destacamos que dentro del primer clúster se agrupan las intervenciones cognitivo-conductuales, las basadas en psicología positiva y mindfulness, y las que analizan los contactos iniciales con el paciente y las primeras decisiones tomadas al respecto.

En líneas generales, se debe destacar que las intervenciones llevadas a cabo a nivel individual y de modo tradicional, son capaces de reducir la presencia de ideación suicida e intentos de suicidio, y que las intervenciones que utilizan como medio de trabajo las nuevas tecnologías y los programas terapéuticos de contacto online presentan resultados ambiguos, ya que difieren las conclusiones ofrecidas por cada uno de los estudios analizados.

Dentro de las intervenciones llevadas a cabo de modo tradicional, muestran mayor eficacia en los estudios de la presente revisión la Terapia Dialéctica Comportamental (estándar), la Terapia Cognitivo-Conductual (estándar y breve), la Terapia de Aceptación y Compromiso y el Plan de Respuesta a Crisis (PRC), así como el uso de las tarjetas de afrontamiento (Green Cards).

Además de lo descrito anteriormente, en las investigaciones, tanto la TCC como la atención PRC son comparadas con intervenciones usuales, y ambas obtienen mejoras muy positivas en los pacientes, siendo apoyados estos resultados por los estudios de Heisel et al. (2009) y Tarrier, Taylor y Gooding (2008), donde señalan que la TCC constituye una terapia eficaz para combatir la conducta y las cogniciones suicidas frente al tratamiento habitual, y en las investigaciones de Ono et al. (2008) y Okolie et al. (2017) que afirman que el Plan de Respuesta a Crisis actúa positivamente disminuyendo la sintomatología relacionada con el suicidio, y previniendo los nuevos intentos en población adulta. Los argumentos anteriores destacan, por tanto, que los enfoques de trabajo que entrelazan de un modo organizado la perspectiva conductual con la cognitiva permiten, en gran medida, la mejora de la conducta suicida en la muestra descrita en la presente revisión.

De modo diferente, las intervenciones que utilizan las nuevas tecnologías muestran resultados ambiguos en función de qué medio utilicen. Destacan como más eficaces aquellas líneas de trabajo que utilizan un formato semejante al cara a cara tradicional pero en versión online, y aquellas que convierten estrategias tradicionales físicas, de difícil transporte y manejo, en una herramienta móvil de sencillo uso, asegurando ambas condiciones de tratamiento una aplicación relativamente fácil y accesible en cualquier contexto donde el paciente se encuentre. Dentro del uso de App o dispositivos especiales (Telesalud), O'Toole et al. (2018) y Kaskow et al. (2016) destacan la dificultad de manejo que presentan este tipo herramientas, sobre todo en aquellos pacientes que no cuentan con tanta adherencia y contacto con las TIC, siendo normalmente de mayor edad, por lo que otorgar un manual de instrucciones con su explicación presencial y un servicio de soporte eficaz y eficiente con atención continuada para la resolución de dudas, permite mejorar la práctica de este tipo de intervención y podría explicar la diferencia entre los efectos de los dos estudios mencionados.

Además de los anteriores resultados, se deben destacar los obtenidos por las intervenciones de contacto, situándose estas en la misma dirección que la propuesta por Fleischman et al. (2008). Es cierto que las mejoras en ideación suicida y conducta suicida no son tan notables si se aplica únicamente este tipo de intervención, como si ocurre en otros formatos de trabajo, pero existe una especial utilidad de estos protocolos en materia de análisis de la sintomatología, y para la detección y evitación de nuevos intentos de suicidio. Por ello, la aplicación de estos en forma de graduación del alta utilizando contactos periódicos, permiten obtener información del estado del paciente y, en caso necesario, la activación de los recursos sanitarios que permitan como último fin la preservación de su vida.

Pese a que algunas intervenciones son capaces de disminuir la ideación suicida y los intentos de suicidio durante su aplicación, es cierto que los efectos positivos iniciales parecen decrecer hasta equilibrarse, en algunos casos, con los producidos por los tratamientos usuales. En esta línea, la revisión llevada a cabo por Petrie et al. (2019) sugiere que la intervención promueve una disminución de la sintomatología pero no evita la aparición de nuevos intentos de suicidio tras poner fin a la misma, lo que guarda estrecha relación con la consideración de la presencia de intentos de suicidio previos como el factor de riesgo principal para llevar a cabo intentos futuros (Hawton et al., 2016).

En los estudios analizados fueron aplicadas intervenciones de diversa extensión temporal, algunas de ellas puestas en práctica en versión estándar y en versión breve (TCC). Los resultados de las versiones breves bien estructuradas son positivos, como lo son también en sus versiones estándar, si bien es cierto que intervenciones muy reducidas como el caso de la OCB (ocho sesiones) y del Diario de Gratitud (siete días) pueden ser insuficientes para producir mejoras destacables. En la misma línea, Petrie et al. (2019) afirman que el tamaño del efecto de la intervención en cuanto a conducta suicida puede estar asociado al tiempo destinado a la misma, además de a la intensidad temporal de las sesiones y a la correcta estructuración de los objetivos, por lo que una excesiva brevedad puede no ser recomendable.

Tras el análisis de los estudios, es posible observar ciertos fundamentos comunes que existen en las terapias tradicionales analizadas. Es interesante conocer los componentes bien establecidos en cada una de las intervenciones, a fin de integrarlos en programas de trabajo que consigan una mayor eficacia para disminuir la ideación y conductas suicidas. Dentro de este tipo de intervenciones destacan, como se ha indicado anteriormente, la TCC y la atención PRC y, con un menor apoyo atendiendo al número de estudios que las contienen y a sus características, la ACT y la DBT. Los componentes comunes de la Terapia Cognitivo Conductual y el Plan de Respuesta a Crisis son la identificación de señales de riesgo, la reestructuración cognitiva, el apoyo social y las estrategias de autogestión, estos últimos componentes, según Bryan et al. (2017), especialmente eficaces en la disminución de las cogniciones suicidas. Por lo que respecta a la DBT y a la ACT, ambas terapias comparten el empleo del *mindfulness* y la conciencia plena, y el entrenamiento en regulación emocional como estrategias de abordaje de la conducta suicida.

Futuras investigaciones deberían analizar la eficacia específica de las intervenciones, comparando entre aquellas que se muestran positivas en la disminución de la ideación y la

conducta suicida, a fin de conocer qué programas terapéuticos son los más eficaces y qué componentes específicos de estos son los responsables del cambio. En la misma línea, sería conveniente llevar a cabo investigaciones con muestras españolas, a fin de obtener datos representativos en nuestro país. Además de lo descrito en las líneas anteriores, puede ser adecuado proponer y aplicar un modelo de intervención integrador, que aúne un período inicial de intervención tradicional cara a cara que integre componentes de las terapias más eficaces y que, en fases posteriores de la intervención, incluya el uso de Apps que puedan ser consultadas siempre que el paciente lo requiera (p.ej. caja de esperanza virtual), así como el contacto por medio de mensajes, llamadas telefónicas, o vídeo llamada en últimas fases de intervención, o bien en situaciones de recaída.

Puntos fuertes y limitaciones del estudio

El presente trabajo presenta una serie de limitaciones, siendo estas la limitación poblacional y cultural, la ausencia de análisis Cochrane y la baja generalizabilidad de los resultados debido a la limitación en las muestras. El elevado filtrado llevado a cabo tras la obtención de los resultados de las búsquedas bibliográficas, limitó los estudios incluidos a 23, restringiendo gran parte de la población a sujetos caucásicos occidentales de Europa y Estados Unidos, excluyendo a España de entre los países de origen. Además de ello, por motivos de organización y complejidad del análisis, no se llevó a cabo una tabla de descripción siguiendo los criterios Cochrane para el examen metodológico de las investigaciones, dejando este a cargo de los dos investigadores participantes, siguiendo un proceso de análisis por pares, que en caso de discrepancia incluía a un tercer revisor. Ambas limitaciones descritas anteriormente afectan directamente a la generalizabilidad de los resultados, debiendo ampliar las investigaciones en esta línea para conseguir resultados bien contrastados entre culturas y muestras representativas de diversas poblaciones.

No obstante, y a pesar de las limitaciones, este trabajo realiza una serie de aportaciones, que se convierten a su vez en puntos fuertes de la investigación. En primer lugar, destaca el uso de un enfoque sistemático de filtrado de los estudios y la calidad de las investigaciones incluidas, todas ellas estudios controlados y aleatorizados, que permiten extraer conclusiones más sólidas. Asimismo, el presente estudio ha explorado tres tipos de intervenciones, cara a cara, mediante tecnologías APP o herramientas online, y programas de seguimiento o “surveillance” mediante contactos puntuales, suponiendo, por tanto, una aproximación comprehensiva a todos los tipos de intervenciones más comúnmente empleadas en el manejo de la conducta suicida en la actualidad.

Conclusiones

Tras llevar a cabo las búsquedas bibliográficas de la presente revisión teórica, se encontraron un total de tres tipologías de intervención indicada, destinadas a trabajar con adultos que presentaban ideación suicida e intentos de suicidio, siendo estas las intervenciones tradicionales cara a cara, las intervenciones que utilizan las nuevas tecnologías y, finalmente, las intervenciones de contacto tras el intento de suicidio.

Se destaca, dentro de las tipologías, la eficacia de las intervenciones tradicionales cara a cara y, de un modo más específico, de la Terapia Cognitivo Conductual, el Plan de Respuesta a Crisis y, en menor grado, de la Terapia Dialéctica y la Terapia de Aceptación y Compromiso.

De modo distinto, las intervenciones de contacto y las que utilizan como base las nuevas tecnologías muestran resultados ambiguos, siendo positivo su uso si se aplican como refuerzo de las intervenciones llevadas a cabo de modo presencial con el terapeuta, o en las últimas fases de la intervención tradicional como una forma de graduación del alta.

Referencias

- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagnéy Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Andreasson, K., Krogh, J., Wenneberg, C., Jessen, H. K., Krakauer, K., Gluud, C., Thomsen, R.R., Randers, L., & Nordentoft, M. (2016). Effectiveness of dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality treatment for reduction of self-harm in adults with borderline personality traits and disorder: A randomized observer-blinded clinical trial. *Depression and Anxiety*, *33*(6), 520-530.
- Baca García, E., & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*, *37*(5), 373-380.
- Barroso Martínez, A. A. (2019). Una revisión bibliográfica crítica a la investigación del suicidio con perspectiva de género. *Medicina Social*, *12*(2), 127-134.
- Brooks, S. E., Burruss, S. K., & Mukherjee, K. (2019). Suicide in the Elderly: A Multidisciplinary Approach to Prevention. *Clinics in geriatric medicine*, *35*(1), 133-145.
- Bryan, C. J., May, A. M., Rozek, D. C., Williams, S. R., Clemans, T. A., Mintz, J., Leeson, B., & Burch, T. S. (2018). Use of crisis management interventions among suicidal patients: Results of a randomized controlled trial. *Depression and anxiety*, *35*(7), 619-628.
- Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R., Maney, E., & Rudd, M. D. (2017). Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in US Army soldiers: a randomized clinical trial. *Journal of affective disorders*, *212*, 64-72.
- Bryan, C. J., Peterson, A. L., & Rudd, M. D. (2018). Differential effects of brief CBT versus treatment as usual on posttreatment suicide attempts among groups of suicidal patients. *Psychiatric services*, *69*(6), 703-709.
- Bryan, C. J., Rudd, M. D., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., & Wertenberger, E. G. (2016). The ebb and flow of the wish to live and the wish to die among suicidal military personnel. *Journal of affective disorders*, *202*, 58-66.

- Bush, N. E., Dobscha, S. K., Crumpton, R., Denneson, L. M., Hoffman, J. E., Crain, A., Cromer, R., & Kinn, J. T. (2015). A virtual hope box smartphone app as an accessory to therapy: Proof-of-concept in a clinical sample of veterans. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *45*(1), 1-9.
- Celano, C. M., Beale, E. E., Mastromauro, C. A., Stewart, J. G., Millstein, R. A., Auerbach, R. P., Bedoya, C.A., & Huffman, J. C. (2017). Psychological interventions to reduce suicidality in high-risk patients with major depression: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, *47*(5), 810-821.
- Chang, S. S., Stuckler, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *Bmj*, *347*, 5239.
- Ducasse, D., Dassa, D., Courtet, P., Brand-Arpon, V., Walter, A., Guillaume, S., Jaussent, I., & Olié, E. (2019). Gratitude diary for the management of suicidal inpatients: A randomized controlled trial. *Depression and anxiety*, *36*(5), 400-411.
- Ducasse, D., Jaussent, I., Arpon-Brand, V., Vienot, M., Laglaoui, C., Béziat, S., Calati, R., Carrière, I., Guillaume, S., Courtet, O., & Olié, E. (2018). Acceptance and commitment therapy for the management of suicidal patients: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, *87*(4), 211-222.
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N. J., De Silva, D., Phillips, M., Vijayakumar, L., Värnik, A., Schlegel, L., & Tran Thi Thanh, H. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, *86*, 703-709.
- Furuno, T., Nakagawa, M., Hino, K., Yamada, T., Kawashima, Y., Matsuoka, Y., Shirakawa, O., Ishizuka, N., Yonemoto, N., Kawanishi, C., & Hirayasu, Y. (2018). Effectiveness of assertive case management on repeat self-harm in patients admitted for suicide attempt: findings from ACTION-J study. *Journal of affective disorders*, *225*, 460-465.
- Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the attempted suicide short intervention program (ASSIP). *PLoS medicine*, *13*(3).

- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet Psychiatry*, 373, 1372-1381.
- Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L. T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 740-750.
- Heisel, M. J., Duberstein, P. R., Talbot, N. L., King, D. A., & Tu, X. M. (2009). Adapting interpersonal psychotherapy for older adults at risk for suicide: Preliminary findings. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(2), 156.
- Heisel, M. J., Neufeld, E., & Flett, G. L. (2016). Reasons for living, meaning in life, and suicide ideation: investigating the roles of key positive psychological factors in reducing suicide risk in community-residing older adults. *Aging & Mental Health*, 20(2), 195-207.
- Higgins, J. P., & Green, S. (Eds.). (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Vol. 4). Hoboken, USA: John Wiley & Sons.
- Iglesias, F. (2013). Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en conducta suicida. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(5), 279-86.
- Inagaki, M., Kawashima, Y., Yonemoto, N., & Yamada, M. (2019). Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 19(1), 44.
- Instituto Nacional de Estadística. (2019). Notas de prensa: Defunciones según la Causa de Muerte Año 2018. Madrid: INE. Recuperado de https://www.ine.es/prensa/edcm_2018.pdf
- Jobes, D. A., Comtois, K. A., Gutierrez, P. M., Brenner, L. A., Huh, D., Chalker, S. A., Ruhe, G., Kerbat, A.H., Atkins, D.C., Jennings, K., Crumlish, J., Corona, C.D., O'Connor, S., Hendricks, K. E., Schembari, B., Singer, B., & Crow, B. (2017). A randomized controlled trial of the collaborative assessment and management of suicidality versus enhanced care as usual with suicidal soldiers. *Psychiatry*, 80(4), 339-356.

- Kasckow, J., Zickmund, S., Gurklis, J., Luther, J., Fox, L., Taylor, M., Richmond, I., & Haas, G. L. (2016). Using telehealth to augment an intensive case monitoring program in veterans with schizophrenia and suicidal ideation: A pilot trial. *Psychiatry research, 239*, 111-116.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual review of clinical psychology, 12*, 307-330.
- Kwon, A., Song, J., Yook, K. H., Jon, D. I., Jung, M. H., Hong, N., & Hong, H. J. (2016). Predictors of suicide attempts in clinically depressed Korean adolescents. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience, 14*(4), 383.
- Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Hirofumi, O., Scocco, P., Gallo, J., Szanto, K., Conwell, Y., Draper, B., & Quinnett, P. (2011). A Systematic Review of Elderly Suicide Prevention Programs. *Crisis, 32*, 88-98.
- Leavey, K., & Hawkins, R. (2017). Is cognitive behavioural therapy effective in reducing suicidal ideation and behaviour when delivered face-to-face or via e-health? A systematic review and meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy, 46*(5), 353-374.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., McDavid, J., Comtois, K.A., & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA psychiatry, 72*(5), 475-482.
- Marco, J. H., Cañabate, M., Llorca, G., & Pérez, S. (2019). Meaning in life moderates hopelessness, suicide ideation, and borderline psychopathology in participants with eating disorders: a longitudinal study. *Clinical psychology & psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.2414
- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., Wilkinson, P., & Gunnell, D. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *The Lancet Psychiatry, 6*(4), 327-337.
- McCabe, R., Garside, R., Backhouse, A., & Xanthopoulou, P. (2018). Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review. *BMC psychiatry, 18*(1), 120.

- Messiah, A., Notredame, C. E., Demarty, A. L., Duhem, S., Vaiva, G., & AlgoS investigators. (2019). Combining green cards, telephone calls and postcards into an intervention algorithm to reduce suicide reattempt (AlgoS): P-hoc analyses of an inconclusive randomized controlled trial. *PloS one*, *14*(2), e0210778.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Prisma Group. (2009). Reprint preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Physical therapy*, *89*(9), 873-880.
- Morley, K. C., Sitharthan, G., Haber, P. S., Tucker, P., & Sitharthan, T. (2014). The efficacy of an opportunistic cognitive behavioral intervention package (OCB) on substance use and comorbid suicide risk: A multisite randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, *82*(1), 130.
- Mouaffak, F., Marchand, A., Castaigne, E., Arnoux, A., & Hardy, P. (2015). OSTA program: a French follow up intervention program for suicide prevention. *Psychiatry research*, *230*(3), 913-918.
- Navarrete Betancort, E. M., Herrera Rodríguez, J., & León Pérez, P. (2019). Los límites de la prevención del suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, *39*(135), 193-214.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, *30*(1), 133-154.
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, *1*(1), 73-85.
- Okolie, C., Dennis, M., Thomas, E. S., & John, A. (2017). A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *International psychogeriatrics*, *29*(11), 1801-1824.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Nota descriptiva: Suicidio. Ginebra: World Health Organization. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

- Ono, Y., Awata, S., Iida, H., Ishida, Y., Ishizuka, N., Iwasa, H., Kamei, Y., Motohashi, Y., Nakagawa, A., Nakamura, J., Nishi, N., Orsuka, K., Oyama, H., Sakai, A., Sakai, H., Suzuki, Y., Tajima, M., Tanaka, E., Uda, H., Yonemoto, N., Yotsumoto, T., & Watanabe, N. (2008). A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan: a novel multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan, NOCOMIT-J. *BMC Public Health*, 8(1), 315.
- O'Toole, M. S., Arendt, M. B., & Pedersen, C. M. (2019). Testing an app-assisted treatment for suicide prevention in a randomized controlled trial: effects on suicide risk and depression. *Behavior therapy*, 50(2), 421-429.
- Pearson, A., Wiechula, R., Court, A., & Lockwood, C. (2005). The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 3(8), 207-215
- Pérez, S., Ros, M. C., Folgado, J. E. L., & Marco, J. H. (2019). Non - suicidal Self - injury Differentiates Suicide Ideators and Attempters and Predicts Future Suicide Attempts in Patients with Eating Disorders. *Suicide and Life - Threatening Behavior*, 49(5), 1220-1231.
- Perry, Y., Werner-Seidler, A., Calear, A. L., & Christensen, H. (2016). Web-based and mobile suicide prevention interventions for young people: a systematic review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25(2), 73.
- Petrie, K., Crawford, J., Baker, S. T., Dean, K., Robinson, J., Veness, B. G., & Harvey, S. B. (2019). Interventions to reduce symptoms of common mental disorders and suicidal ideation in physicians: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 225-234.
- Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., Britten, N., Roen, K., & Duffy, S. (2006). Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews. *A product from the ESRC methods programme Version, 1*, 92.
- Pratt, D., Tarrier, N., Dunn, G., Awenat, Y., Shaw, J., Ulph, F., & Gooding, P. (2015). Cognitive-behavioural suicide prevention for male prisoners: a pilot randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 45(16), 3441-3451.

- Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., Williams, S.R., Arne, K. A., Breitbach, J., Delano, K., Wilkinson, E., & Bruce, T. O. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *American journal of psychiatry*, *172*(5), 441-449.
- Ryberg, W., Zahl, P. H., Diep, L. M., Landrø, N. I., & Fosse, R. (2019). Managing suicidality within specialized care: A randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, *249*, 112-120.
- Soto-Sanz, V., Ivorra-González, D., Alonso, J., Castellvi, P., Rodríguez-Marín, J., & Piqueras, J. A. (2019). Revisión sistemática de programas de prevención del suicidio en adolescentes de población comunitaria. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* *6*(3), 1-14.
- Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behavior modification*, *32*(1), 77-108.
- Wang, Y. C., Hsieh, L. Y., Wang, M. Y., Chou, C. H., Huang, M. W., & Ko, H. C. (2016). Coping card usage can further reduce suicide reattempt in suicide attempter case management within 3-month intervention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *46*(1), 106-120.
- Wilks, C. R., Lungu, A., Ang, S. Y., Matsumiya, B., Yin, Q., & Linehan, M. M. (2018). A randomized controlled trial of an Internet delivered dialectical behavior therapy skills training for suicidal and heavy episodic drinkers. *Journal of affective disorders*, *232*, 219-228.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J.P., Sáiz, P.A., Lipsicas, C.B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, *3*(7), 646-659.