

Revisión

Intervenciones psicológicas para pacientes con riesgo suicida: una revisión sistemática

MARINA LEIMAN, CRISTIAN JAVIER GARAY

MARINA LEIMAN
Licenciada en Psicología.
Universidad de Buenos Aires,
Facultad de Psicología.
R. Argentina.

CRISTIAN JAVIER GARAY
Doctor en Psicología.
Universidad de Buenos Aires,
Facultad de Psicología.
R. Argentina

FECHA DE RECEPCIÓN: 09/10/2017
FECHA DE ACEPTACIÓN: 10/11/2017

El suicidio supone un problema de salud pública de primer orden mundial; se trata de un fenómeno complejo, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos y ambientales. Las conductas suicidas abarcan desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible consumación del acto. El presente trabajo consistió en una revisión sistemática sobre intervenciones psicológicas con apoyo empírico en el abordaje de pacientes adultos (18 a 65 años) con riesgo suicida, durante el período 2012-2016. Se hallaron 13 ensayos clínicos aleatorizados y controlados, según los criterios de inclusión. Ninguno fue desarrollado en Iberoamérica; la mayoría evaluó estrategias de corte cognitivo-conductual y sólo 3 de ellos no demostraron la eficacia de la intervención propuesta. Si bien los estudios han abordado distintas poblaciones, todos ellos han evaluado la ideación suicida, pero con diferentes instrumentos de medición (presentando diferencias en la cantidad de ítems específicos y en la condición de reporte). Sería deseable llevar a cabo más ensayos clínicos de esta índole, pero con menor riesgo de sesgo, medidas de resultados más homogéneas y con seguimientos prolongados.

Palabras clave: Suicidio – Psicoterapia – Adultos.

Psychological Interventions for Patients with Suicidal Risk: A Systematic Review

Suicide is a major public health problem; it is a complex phenomenon, which involves psychological, social, biological and environmental factors. Suicide behavior may include suicidal ideation, a suicidal plan, the means to attempt suicide and suicide itself. This article consisted of a systematic review on psychological interventions with empirical support for adult patients (18 to 65 years old) with suicidal risk, in the period from 2012 to 2016. 13 clinical randomized controlled trials were found, according to inclusion criteria. None of them was developed in Ibero-america; most of them evaluated cognitive-behavioral strategies and only 3 of them couldn't prove the efficacy of the studied intervention. Even though these studies have dealt with different populations, all of them have evaluated suicidal ideation, but with different measurement tools (differing in the amount of specific items and in the condition). It would be desirable to perform more clinical trials of this nature, but with lower risk of bias, more homogeneous outcome measurements and longer follow-up.

Keywords: Suicide – Psychotherapy – Adults.

CORRESPONDENCIA
Lic. Marina Leiman.
Vidt 1923 4°B, C1425DJF,
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina;
marinaleiman@gmail.com

Introducción

El suicidio es un fenómeno complejo, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales. Según la Organización Mundial de la Salud [55], puede definirse como el acto deliberado de quitarse la vida a uno mismo, mientras que el intento de suicidio implica una acción auto-infligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, pudiendo tener un resultado fatal o no.

Las conductas suicidas abarcan desde la ideación suicida (el sentimiento de que la vida no vale la pena, pensamientos sobre la idea de terminar con la propia vida, entre otros), la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible consumación del acto, debiendo considerarse el riesgo que ellas conllevan [42]. Suponen un problema de salud pública de primer orden mundial, debido a la proporción de personas afectadas por año: el suicidio se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte en la mayoría de los países [55] y el número de intentos de suicidio es 15 veces mayor que el de las muertes concretadas por suicidio. En la Argentina, tuvo lugar un significativo aumento de la tasa de suicidios durante la crisis económica de finales de la década de los 90 y principios de 2000, alcanzando el punto más alto en 2003. El último estudio epidemiológico se ha llevado a cabo en el año 2013, registrando una tasa de mortalidad por suicidio de 7.4 por cada 100.000 habitantes, con una distribución bimodal: un primer pico se observó en el grupo de 15 a 24 años, con una tasa de 12.7 y el segundo, en el grupo de 75 años y más, con una tasa de 10.6 [42].

Entre los principales factores de riesgo, se pueden listar: trastornos psiquiátricos (trastorno depresivo, trastornos psicóticos, trastorno bipolar, trastornos relacionados con el consumo de sustancias), situaciones de duelo, la conducta impulsiva, casos de suicidio en la familia (con su correlato genético y social), problemas económicos, familiares, laborales, vivir en zonas con escasa luz del día, haber sido víctima de abuso físico o sexual en la niñez, ser víctima de enfermedades físicas inhabilitantes o causantes de mucho dolor, tener acceso a medios para cometer el suicidio (venenos, armas, entre otros). El grado de

riesgo varía según la edad, el sexo, el diagnóstico y si se trata de pacientes ambulatorios o institucionalizados [41, 42, 46].

A lo largo de la historia, se han presentado diversas teorías acerca del suicidio. Mientras que Sócrates habría sido el primero en debatir el aspecto moral del mismo, la primera teoría publicada fue la del sociólogo E. Durkheim [16], quien consideraba al suicidio como el resultado del grado de control que una sociedad tiene sobre sus individuos, sobre sus conductas sociales y morales. S. Freud [23, 24], partiendo de la existencia de una pulsión de vida (*Eros*) y una pulsión de muerte (*Thanatos*) en constante oposición y lucha, postuló que la primera promueve la supervivencia, mientras la segunda busca retornar al individuo a un estado inanimado. Desde su perspectiva, la depresión resulta de la hostilidad hacia un objeto de amor, vuelta contra sí mismo, por lo que el suicidio sería un asesinato invertido [10]. De manera más reciente, E. Schneidman [47] ha teorizado que la conducta suicida es el resultado del intento de un individuo de poner fin al dolor psicológico, la angustia y la pena, que han alcanzado niveles insoportables, presentándose el suicidio como la única alternativa. Siguiendo esta línea, los desarrollos de M. Linehan [35] cuentan con fuerte evidencia empírica; la autora propuso que la conducta suicida es un intento desadaptativo de regular ese dolor psicológico: las emociones negativas y dolorosas se volverían tan incontenibles que la gente adoptaría conductas desadaptativas para aliviarlas, tales como el consumo de drogas, conductas sexuales riesgosas, autolíticas y suicidas. Asimismo, estas conductas se vuelven reforzadas cuando el individuo siente alivio luego de realizarlas, o bien, cuando recibe amor y apoyo después de un intento de suicidio. Por otro lado, la teoría psicológica interpersonal del suicidio de T. Joiner [33] establece que el deseo de suicidarse se caracteriza por una percepción de ser una carga para los demás y un sentimiento de no pertenecer a nada, pero sólo se concretará si el individuo posee la capacidad de dañarse a sí mismo [50].

Siguiendo a Sadock *et al.* [46], el suicidio suele estar vinculado a un trastorno mental, generalmente depresión u otros trastornos del estado de ánimo, y puede ser abordado a

través de psicoterapia y tratamiento farmacológico. El 90% de las personas que mueren a causa de suicidio han sido diagnosticadas con un trastorno mental durante el último año y el 60% de ellas, cuenta con antecedentes de depresión [52].

Por su parte, el Programa de acción para superar las brechas en salud mental (*mhGAP Action Programme*) [43] prioriza la prevención del suicidio a través de la restricción del acceso a métodos comunes para llevarlo a cabo; a su vez, destaca la prevención y tratamiento adecuados de la depresión, del abuso de alcohol y de sustancias y también destaca la importancia del contacto de seguimiento con quienes han intentado suicidarse. El mismo propone intervenciones basadas en la evidencia y clasificadas en tres niveles: estrategias de prevención universal, diseñadas para alcanzar a la población en su totalidad, con el objetivo de maximizar la salud y minimizar el riesgo suicida; estrategias de prevención selectiva, las cuales apuntan a poblaciones de riesgo, por factores biológicos, psicológicos o socioeconómicos (como los de quienes han padecido traumas o abuso, los afectados por conflictos o desastres); estrategias de prevención indicadas, dirigidas a individuos vulnerables específicos, ya sea por presentar signos tempranos de riesgo suicida o por haber llevado a cabo un intento de suicidio [20, 32, 55].

El presente trabajo se centró en la temática de las intervenciones psicológicas con apoyo empírico en el abordaje de pacientes adultos con riesgo suicida; por población adulta, se entiende pacientes de 18 a 65 años. Se incluyeron intervenciones de diferentes modelos de abordaje, independientemente del marco teórico al que pertenecían.

Con respecto a los desarrollos previos sobre la temática en cuestión, se puede mencionar la revisión sistemática y estudio de meta-análisis realizados por Crawford *et al.* [14], donde señalan que los resultados no proveen evidencia de que la ejecución de intervenciones psicosociales, a continuación de una autolesión, tengan un marcado efecto sobre los niveles de suicidalidad.

Winter *et al.* [53] publicaron una revisión sis-

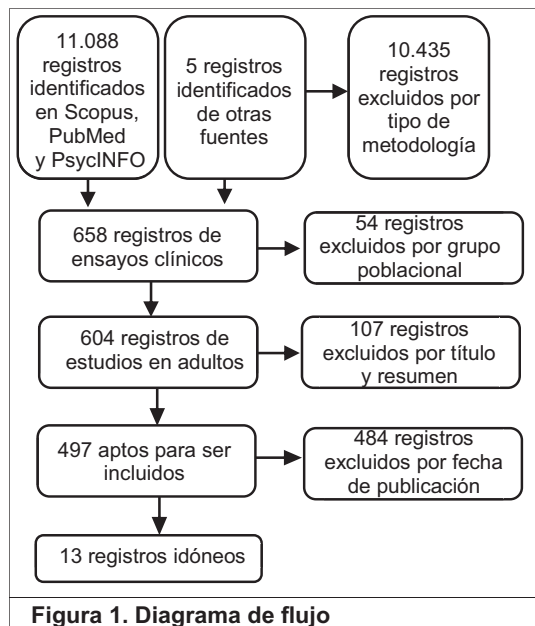
temática, a partir de distintos tipos de estudios referidos a la evaluación de cualquier forma de *counselling* o psicoterapia, en relación a con autolesiones o intentos de suicidio. Existe evidencia sobre la eficacia de la Terapia Dialéctico Comportamental (DBT), la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), la terapia de resolución de problemas y también, de otras formas de terapias. Como consecuencia, concluyeron que las personas con riesgo suicida deberían tener acceso a intervenciones psicológicas, incluyendo aquellas enmarcadas en el espectro cognitivo-conductual, pero sin necesidad de limitarse a aquellas.

Calati y Courtet [9] desarrollaron un estudio de meta-análisis y de meta-regresión, con el objetivo de determinar la eficacia de las intervenciones psicológicas en la reducción de intentos de suicidio y de conductas autolíticas sin intencionalidad suicida, en comparación con el tratamiento tradicional. Como resultado, los pacientes que recibieron tratamiento psicoterapéutico fueron menos proclives a llevar a cabo un intento de suicidio durante el seguimiento. Es decir, la psicoterapia parece ser efectiva para el tratamiento de los intentos de suicidio, particularmente en adultos externalizados, pacientes con trastorno límite de la personalidad, con y sin intentos de suicidio previos, mientras que no se halló evidencia suficiente sobre la eficacia del tratamiento psicológico en las conductas autolíticas. Sin embargo, advierten que son necesarios más estudios con menor riesgo de sesgo, con medidas de resultados más homogéneas y seguimientos más prolongados.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de ensayos clínicos aleatorizados y controlados que analizaron la eficacia de diversas intervenciones psicológicas para personas con riesgo suicida. Se llevó a cabo una búsqueda de trabajos publicados en Scopus®, PsycINFO® y PubMed Central®, utilizando los siguientes términos de búsqueda: *suicide, suicidal, psychological treatment, psychological intervention, psychosocial treatment, psychosocial intervention, psychotherapeutic intervention, psychoeducation, psychotherapy*. Los listados de referencias de los estudios identificados también fueron examinados para extraer artículos adicionales.

Se incluyeron artículos publicados en el período 2012-2016¹ en una población adulta (18-65 años), excluyendo aquellos centrados en poblaciones específicas, tales como tercera edad, veteranos de guerra, soldados, pacientes con cáncer de mama, pacientes con cáncer de próstata, pacientes con VIH (figura 1).



Resultados

Se hallaron 13 ensayos clínicos aleatorizados y controlados, publicados en el período 2012-2016, incluyendo sujetos con diferentes trastornos (tabla 1). A continuación, se describen las características principales de los estudios incluidos en la presente revisión.

El equipo de investigación conformado por Marasinghe *et al.* [38] realizó un ensayo controlado y aleatorizado para comprobar si la intervención de Tratamiento breve con teléfono móvil (TBTM), en adición al Tratamiento estándar (TAU, siglas del inglés: *Treatment As Usual*) podía mejorar los resultados relativos a la única administración del TAU en

pacientes que habían intentado suicidarse. El TBTM contó con dos fases: una cara-a-cara y otra de seguimiento a distancia (a través del teléfono móvil o de internet). La primera fase estuvo compuesta por: una tarea de salud mental; meditación incluyendo conciencia de la respiración, las emociones, actividades, acciones y pensamientos; entrenamiento en resolución de problemas, intervenciones breves para aumentar el apoyo social, intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol y otras drogas; entrenamiento en el uso de teléfonos móviles. La segunda fase comprendió: diez llamadas de 10-15 minutos de duración (en los días 2 y 4, así como en las semanas 1, 2, 4, 6, 10, 12, 18 y 24, luego del alta); un acceso continuo a 5 minutos de mensajes auditivos (sobre meditación y resolución de problemas); mensajes de texto como recordatorios semanales hasta la semana 26, incluyendo mensajes de meditación y resolución de problemas, ideas espirituales o filosóficas relevantes, apoyo social, evitación de alcohol y otras drogas, incentivando también el uso de mensajes de texto o línea telefónica de ayuda para obtener apoyo individual en caso de crisis. Se obtuvieron mejoras significativas en la reducción de la ideación suicida y depresión, en comparación con aquellos que sólo recibían TAU. También se observaron resultados diferenciales con relación al apoyo social, pero no demostró un efecto significativo en la reducción de autolesiones y del consumo de sustancias, mientras que se obtuvieron resultados diferenciales en el consumo de alcohol sólo en hombres.

Resick *et al.* [45], partiendo de la evidencia según la cual el Trastorno por estrés postraumático (TEPT) es un factor de riesgo para las conductas suicidas, se propusieron examinar los cambios producidos en la ideación suicida, a lo largo de un ensayo clínico aleatorizado que comparó dos tratamientos para el TEPT: la Exposición prolongada (EP) [21] y la Terapia de procesamiento cognitivo (TPC) [44]. Si bien los tratamientos con EP y TPC suponen efectos equivalentes en TEPT, el estudio reveló un efecto mayor en la reducción de la ideación suicida a largo plazo en las participantes que recibieron TPC.

Christensen *et al.* [12] desarrollaron un estudio

¹ Se ha incluido un artículo [11] cuya publicación en formato digital data del año 2016, pero fue publicado formalmente en el año 2017, dada su relevancia clínica y el aporte que puede brindar al presente trabajo.

Tabla 1. Estudios incluidos en la revisión

Autores	Lugar	Año	Grupo experi- mental (N)	Grupo Control (N)	Seguim. (meses)	Resultados
Marasinghe <i>et al</i> [38]	Sri Lanka	2012	34 (<i>TBTM+TAU</i>)	34 (<i>TAU</i> , en lista de espera)	12	(<i>TBTM+TAU</i>) > <i>TAU</i>
Resick <i>et al</i> [45]	USA	2012	79 (<i>TPC</i>) 84 (<i>EP</i>)	Lista de espera	60-120	<i>TPC</i> > <i>EP</i>
Christensen <i>et al</i> [12]	Australia	2013	45 (<i>TCCi+ST</i>) 38 (<i>TCCi</i>) 37 (<i>ST</i>)	35 (<i>TAU</i> , en lista de espera)	12	<i>TCCi+ST</i> ≈ <i>TCCi</i> ≈ <i>ST</i> ≈ <i>TAU</i>
Wittouck <i>et al</i> [54]	Bélgica	2014	47 (<i>TCCp+TAU</i>)	36 (<i>TAU</i>)	8	<i>TCCp</i> ≈ <i>TAU</i>
Weitz <i>et al</i> [52]	USA	2014	Evaluado con HRSD: 32 (<i>TCC</i>) 38 (<i>TIP</i>) 37 (<i>I+MC</i>) Evaluado con BDI: 33 (<i>TCC</i>) 37 (<i>TIP</i>) 37 (<i>I+MC</i>)	Evaluado con HRSD: 39 (<i>P+MC</i>) Evaluado con BDI: 40 (<i>P+MC</i>)	18	Evaluado con HRSD: (<i>TIP</i> ≈ <i>I+AC</i>) > <i>TCC</i> (<i>TIP</i> ≈ <i>I+AC</i>) > <i>P+AC</i> Evaluado con BDI: <i>TIP</i> > <i>TCC</i> <i>TIP</i> > <i>I+AC</i> <i>TIP</i> > <i>P+AC</i>
Shah <i>et al</i> [49]	USA	2014	294 (<i>IMCP</i>) 286 (<i>PSA</i>)	287	-	<i>IMCP</i> > <i>GC</i> <i>IMCP</i> > <i>PSA</i>
Barnhofer <i>et al</i> [4]	Reino Unido	2015	77 (<i>MBCT</i>)	39 (<i>TAU</i>) 78 (<i>PC</i>)	6	<i>MBCT</i> > <i>TAU</i> <i>MBCT</i> > <i>PC</i>
Ward-Cie- sielski [50]	USA	2015	46 (<i>DBT-BSI</i>)	47 (<i>ER</i>)	3	<i>DBT-BSI</i> ≈ <i>ER</i>
Gysin-Maillart <i>et al</i> [29]	Suiza	2016	60 (<i>ASSIP+TAU</i>)	60 (<i>TAU</i>)	24	<i>ASSIP+TAU</i> > <i>TAU</i>
Andreoli <i>et al</i> [1]	Suiza	2016	70 (<i>PA-P</i>) 70 (<i>PA-E</i>)	30 (<i>TAU</i>)	3	<i>PA-P</i> ≈ <i>PA-E</i> <i>PA-P</i> > <i>TAU</i> <i>PA-E</i> > <i>TAU</i>
Forkmann <i>et al</i> * [22]	Alemania	2016	35 (<i>CBASP+TAU</i>) 36 (<i>MBCT+TAU</i>)	35 (<i>TAU</i>)	*	<i>CBASP</i> ≈ <i>MBCT</i> <i>CBASP</i> > <i>TAU</i> <i>MBCT</i> > <i>TAU</i>
Armitage <i>et al</i> [3]	Kuala Lumpur	2016	75 (<i>HAV</i>) 78 (<i>ASA</i>)	73	3	<i>HAV</i> > <i>GC</i> <i>HAV</i> > <i>ASA</i>
Celano <i>et al</i> [11]	USA	2017	32 (<i>PP</i>)	33 (<i>FC</i>)	3	<i>PP</i> < <i>FC</i>

Ref.: Seguim: seguimiento; **6CIT**, Six-Item Cognitive Impairment Test; **ASA**, Autogeneración de Intenciones de Ejecución, sin ayuda; **ASSIP**, Attempted Suicide Short Intervention Program; **AUDIT**, Alcohol Use Disorder Identification Test; **BAI**, Beck Anxiety Inventory; **BDI**, Beck Depression Inventory; **BDI-II**, Beck Depression Inventory – II; **BDI-II-NL**, Beck Depression Inventory-II-Netherlands version; **BHS**, Beck Hopelessness Scale; **BSS**, Beck Scale for Suicide Ideation; **CBASP**, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy; **CES-D**, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; **CF**, intervención Focalizada en la Cognición; **CGI**, Clinical Global Impression; **CGQ**, Grief Cognitions Questionnaire; **CHRT**, Concise Health Risk Tracking scale; **DASS**, Depression, Anxiety and Stress Scales; **DBT-BSI**, Dialectical-Behavior Therapy Brief Suicide Intervention; **DBT-WCCL**, DBT Ways of Coping Checklist; **DCPL**, Drug Check Problem List; **DDS**, Demographic Data Schedule; **DERS**, Difficulties in Emotion Regulation Scale; **EM**, Escala de Motivación de Armitage; **EP**, Exposición Prolongada; **ER**, Entrenamiento en Relajación; **GAS**, Global Assessment Scale; **GC**, Grupo Control; **GHQ-28**, 28-item General Health Questionnaire; **GQ-6**, Gratitude Questionnaire-6; **GSES**, General Self-Efficacy Scale; **HAQ**, Penn Helping Alliance Questionnaire; **HAV**, Hoja de Ayuda Volitiva; **HRSD-17**, 17 item – Hamilton Rating Scale for Depression; **HRSD-24**, 24 item – Hamilton Rating Scale for Depression; **HSRS**, Health Sickness Rating Scale; **I+MC**, Imipramina + Manejo Clínico; **IMCP**, Individually tailored Multimedia Computer Program; **IPDE**, International Personality Disorder Examination; **ITG**, Dutch version of the Inventory of Traumatic Grief; **LOT-R**, Life Orientation Test-Revised; **LPC**, Lifetime Parasuicide Count; **MBCT**, Mindfulness-Based Cognitive Therapy; **MOS**, Medical Outcome Study; **P+MC**, Placebo + Manejo Clínico; **PA-E**, Psicoterapia de Abandono impartida por enfermeras; **PANAS**, Positive and Negative Affect Schedule; **PA-P**, Psicoterapia de Abandono impartida por psicoterapeutas; **PC**, Psicoeducación Cognitiva; **PHQ-9**, Patient Health Questionnaire; **PP**, intervención telefónica basada en Psicología Positiva; **PSA**, Public Service Announcement; **PSC**, Personal and Sociodemographic Characteristics; **PSS**, PTSD Symptom Scale; **QIDS-SR16**, 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Self-Report; **RCPS**, Reporte del clínico sobre la discusión de Pensamientos Suicidas; **SBQ**, Suicidal Behaviors Questionnaire; **SBQ-R**, Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised; **SC**, Sociodemographic Characteristics; **SCID**, Structured Clinical Interview for DSM-IV; **SCS**, Suicidal Cognitions Scale; **SDS**, Severity of Dependence Scale; **SF-12**, Short Form 12-item health survey; **SFQ**, Subject Feedback Questionnaire; **SI**, Semistructured Interview; **SSI**, Scale for Suicidal Ideation; **ST**, Seguimiento Telefónico Semanal; **TAU**, Treatment As Usual; **TBTM**, Tratamiento Breve con Teléfono Móvil; **TCC**, Terapia Cognitivo-Conductual; **TCCi**, Terapia Cognitivo-Conductual online; **TCCi+ST**, Terapia Cognitivo-Conductual online y Seguimiento Telefónico Semanal; **TCCp**, intervención Psicoeducativa Basada en Terapia Cognitivo-Conductual; **THI**, Treatment History Interview; **TIP**, Terapia Interpersonal; **TPC**, Terapia de Procesamiento Cognitivo; **UCL**, Utrecht Coping Checklist; **UWRAMP**, University of Washington Risk Assessment and Management Protocol; **UWRAP**, University of Washington Risk Assessment Protocol.

* El trabajo presentado por Forkmann *et al.* únicamente contempla medidas test-retest (pre y post-tratamiento), sin dar cuenta de un seguimiento de los pacientes.

para determinar si la TCC basada en el uso de internet, con y sin apoyo telefónico, reducía significativamente la ideación suicida en personas que se comunicaban a una línea telefónica de ayuda (*Lifeline*),² en comparación con el TAU. Plantearon cuatro condiciones experimentales: un tratamiento de 6 semanas de duración de TCC *online* sumado a un seguimiento telefónico semanal (TCCi+ST), un tratamiento de TCC *online* únicamente (TCCi), un seguimiento telefónico semanal únicamente (ST) y el TAU. TCCi+ST consistió en una intervención cognitivo-conductual administrada de forma *online*, combinada con una llamada semanal de 10 minutos de duración de un *counsellor*³ de la línea telefónica, con el objetivo de registrar aquellas cuestiones asociadas con el uso que los pacientes le daban a la intervención. El componente *online* se llevó a cabo a través de *BluePages*, una página web de psicoeducación, y *MoodGYM*, una aplicación *online* de 5 módulos de TCC, que captura la conducta del usuario y síntomas auto-reportados, ofreciendo un libro de trabajo *online* con enfoque TCC; además, se envió por mail a los participantes un manual con las instrucciones semanales de acceso a los programas *online*. TCCi implicó únicamente la intervención TCC *online* (sin el seguimiento telefónico), mientras que en la modalidad ST, los participantes recibían una llamada telefónica de 10 minutos, iniciada por uno de los *counsellors* de la línea telefónica y enfocada en varios factores ambientales y de estilo de vida asociados a la depresión. En TAU, los participantes no recibían llamadas ni las intervenciones *online*, pero estaban habilitados a utilizar la línea telefónica de ayuda libremente cuando lo juzgaran necesario, al igual que el resto de los

grupos. Los autores concluyeron que la ideación suicida se ve reducida con y sin intervenciones proactivas, ya que no hubo diferencias significativas entre los resultados de las mismas.

Wittouck *et al.* [54] examinaron los efectos de una intervención psicoeducativa basada en TCC (TCCp) en personas en estado de duelo por el suicidio de uno de sus allegados, ya que las pérdidas por suicidio están asociadas a una mayor vulnerabilidad depresiva y constituyen factores de riesgo para desarrollar duelos complicados, ideación suicida y suicidio inclusive. Bajo la hipótesis de que el programa TCCp brindaría beneficios adicionales al tratamiento estándar (TAU) en la reducción de reacciones de duelo desadaptativas (incluyendo auto-culpabilización, síntomas depresivos, ideación suicida y desesperanza), se clasificaron aleatoriamente a los participantes en dos grupos. Cada sesión de TCCp comprendía psicoeducación acerca del suicidio, aspectos del duelo, así como aspectos específicos del duelo por suicidio y afrontamiento del duelo; se incluyó una ilustración del proceso de suicidio, una explicación de un modelo comprensivo-explicativo de la conducta suicida y un intercambio sobre mitos acerca del contenido, curso y contexto cultural del duelo y del modelo de proceso dual del afrontamiento del duelo, aplicando esta información a la historia personal del participante. Como resultado, no hubo diferencias significativas entre los grupos TCCp y TAU, pero los autores concluyeron que la intervención estudiada podría funcionar como *counselling* de apoyo para los sobrevivientes de suicidio, ya que posibilitaría un mayor entendimiento sobre el proceso de duelo y de sus reacciones emocionales.

Weitz *et al.* [52], con el objetivo de determinar si los tratamientos diseñados para la depresión eran también efectivos para reducir la ideación suicida, tomaron los datos obtenidos en el estudio multicéntrico desarrollado por Elkin *et al.* [17, 18]. Éste incluía un programa de tratamiento de 16 semanas, comparando los efectos de TCC, Terapia interpersonal (TIP), medicación antidepresiva (imipramina) y placebo, a corto y largo plazo. La muestra estuvo compuesta por 239 participantes que cumplían los criterios para un episodio depresivo mayor (con síntomas durante las últimas dos

² *Lifeline* es una central de atención telefónica australiana, accesible las 24 horas, destinada a brindar servicios de apoyo ante las crisis y de prevención del suicidio. Las personas se comunican por pensamientos suicidas o intentos de suicidio; crisis personales; ansiedad; depresión; soledad; abusos y trauma; estresores del trabajo, la familia o la sociedad; información de auto-ayuda para familiares y amigos (cfr.: <https://www.lifeline.org.au/about-lifeline/lifeline-information/who-we-are>).

³ Los *counsellors* son profesionales no-psicólogos, especializados en ayudar a sus clientes a entender y afrontar asuntos difíciles, como también desarrollar soluciones para generar cambios en sus vidas -Cfr. Monash University. Psychology vs Counselling – What Is The Difference? Available from: <https://online.monash.edu/psychology-vs-counselling-infographic/>

semanas) y habían obtenido un puntaje de 1 o más en el ítem sobre suicidio, ya sea de la Escala de puntuación de depresión de Hamilton (*HRSD*, del inglés: *Hamilton Rating Scale for Depression*) o del Inventario de depresión de Beck (*BDI*, del inglés: *Beck Depression Inventory*). Tanto el grupo que recibía placebo como el que recibía imipramina⁴ contaban, a su vez, con sesiones de Manejo clínico (*Clinical Management*). TCC y TIP fueron administradas de acuerdo a los manuales desarrollados por los creadores de cada una [8, 34]. Los resultados indican un descenso significativo de los puntajes de los ítems relativos al suicidio en *HRSD* y *BDI*, en todos los grupos de tratamiento, respecto de la línea de base. Sin embargo, se halló que TIP y el tratamiento con imipramina redujeron los valores de ideación suicida, medidos con *HRSD*, significativamente más que el tratamiento con placebo; no se han encontrado diferencias entre los grupos de tratamiento activos y el placebo en el ítem de ideación suicida de *BDI*. Los autores concluyeron que, en base a los hallazgos obtenidos en *HRSD*, los tratamientos para la depresión, incluyendo la medicación antidepresiva y TIP, reducen la ideación suicida en pacientes que muestran riesgo suicida leve a moderado.

El equipo conformado por Shah *et al.* [49] llevó a cabo un estudio multicéntrico con el objetivo de comparar los efectos de un anuncio audiovisual de un servicio público dirigido a la depresión (*PSA*, del inglés: *Public Service Announcement*), un programa de computación multimedia interactivo, ajustado individualmente (*IMCP*, del inglés: *Individually tailored Multimedia Computer Program*) y una atención control (un breve video sobre higiene del sueño). Se buscó determinar si *PSA* o *IMCP* posibilitaba que pacientes con un elevado riesgo de depresión clínica entablaran una conversación con el proveedor de atención primaria, acerca de los pensamientos suicidas, en comparación con una atención control.⁵ *PSA* consistió en un mensaje de

salud dirigido a pacientes depresivos para incentivarlos a buscar ayuda o solicitar información; se desarrollaron cuatro tipos de mensajes distintos, según género y nivel de ingresos económicos (bajos ingresos-mujer, bajos ingresos-hombre, altos ingresos-mujer, altos ingresos-hombre). *IMCP* tenía el objetivo de estimular a los pacientes a dialogar con el médico acerca de sus síntomas emocionales y/o físicos de las últimas 2 semanas (incluyendo pensamientos de autolesión) y la posibilidad de que esos síntomas reflejaran depresión clínica; varios mensajes fueron diseñados individualmente en contenido, según síntomas emocionales y/o físicos específicos, las consultas relacionadas con la depresión, su perspectiva acerca de las causas de la depresión, estigma social y opciones de tratamiento disponibles, así como la auto-eficacia para comunicarse con clínicos acerca de cuestiones de salud mental. Comparado con el grupo control, la exposición a *IMCP* fue asociada con un 18% mayor de probabilidad de hablar sobre pensamientos suicidas, en el caso de pacientes con síntomas depresivos al menos moderados, pero no hubo efectos significativos en aquellos sin síntomas o con síntomas leves de depresión, dado su bajo riesgo suicida. Los autores concluyen que el *IMCP* podría tener un rol importante en el tratamiento de la depresión y los programas de prevención del suicidio, en una instancia de atención primaria.

Barnhofer *et al.* [4] tomaron los datos de un estudio bi-céntrico [53] para investigar si el entrenamiento en *mindfulness* podía ayudar a debilitar el vínculo entre síntomas depresivos y cogniciones suicidas y, así, reducir la vulnerabilidad de recaída en una depresión suicida. Se incluyeron los registros de aquellos participantes que habían reportado ideación o conducta suicida en el pasado y se analizaron los resultados obtenidos según la intervención que les fuera asignada aleatoriamente: Terapia cognitiva basada en atención plena o *Mindfulness* (*MBCT*, del inglés: *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*), Psicoeducación cognitiva (*PC*) o *TAU*. El entrenamiento en *mindfulness* está dirigido a lograr que los pacientes puedan «descentrarse» del pensamiento negativo y observar sus pensamientos y sentimientos como meros hechos mentales, no necesariamente verdaderos;

⁴ La dosis promedio de imipramina administrada fue de 185 mg, con un rango de 150-300 mg.

⁵ Si bien no se trataría de una intervención típicamente psicológica, llevada a cabo por un profesional *psí*, parecería ser una instancia clave para detectar ideación suicida y, de este modo, posibilitar tratamientos específicamente psicológicos.

consistió en una entrevista inicial individual, seguida de 8 clases semanales de 2 horas, incluyendo entrenamiento en habilidades de meditación. El programa siguió el manual original de *MBCT* [48], pero realizó mayor énfasis en los patrones de pensamientos y sentimientos que podrían estar asociados con una planificación suicida, factores que mantienen y exacerban dichos patrones y la preparación de planes de acción específicos para crisis suicidas. Por su parte, PC era un tratamiento control activo, en el cual los participantes recibían todos los elementos de *MBCT*, excepto la práctica de meditación, siguiendo el mismo formato de 8 clases semanales de 2 horas. La condición *TAU* comenzaba con una entrevista con un terapeuta o reclutador entrenado del estudio, quien enfatizaba la importancia de que el participante buscara un tratamiento en su centro de salud usual. Se concluyó que, en aquellos pacientes con antecedentes de depresión suicida, el entrenamiento en *mindfulness* podría reducir el riesgo de recaída en la depresión suicida.

Ward-Ciesielski [50, 51] diseñó un ensayo clínico controlado y aleatorizado para evaluar la efectividad de una intervención breve, basada en habilidades de *DBT*, dirigida a individuos suicidas que no estuvieran recibiendo un tratamiento de salud mental (*DBT-BSI*, por sus siglas en inglés: *Dialectical-Behavior Therapy Brief Suicide Intervention*), en comparación con una intervención de entrenamiento en relajación (ER), siendo ambas de un único encuentro de 45-60 minutos. *DBT-BSI* consistía en presentarle a los participantes 5 habilidades *DBT* pre-seleccionadas: *mindfulness*; *mindfulness* de las emociones actuales; acción de oposición a la emoción; distracción y «cambiar la química de tu cuerpo». Asimismo, la intervención incluyó estrategias nucleares de validación y resolución de problemas y también las estilísticas. Los procedimientos de ER, basados en los principios de la terapia de apoyo, comenzaban con una conversación acerca de los estresores actuales en la vida del participante y las maneras en que han intentado manejar el estrés; luego, se incentivaba al participante a realizar una práctica en relajación y una actividad de relajación por conciencia sen-

sorial,⁶ enfatizando la importancia de construir recursos para poder manejar los estresores y eventos difíciles, con mayor facilidad. Los resultados indicaron una mejora significativa en la ideación suicida, la severidad de la depresión y la ansiedad durante el período de seguimiento; como hallazgos secundarios, se observó que más de un tercio de la muestra comenzó un tratamiento psicoterapéutico o recibió medicación. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre las condiciones exploradas; el grado de utilización de las habilidades enseñadas y la desregulación emocional, no cambiaron significativamente a lo largo del tiempo en cada condición.

Gysin-Maillart *et al.* [29] desarrollaron un ensayo clínico para evaluar la eficacia del Programa de intervención breve para intentos de suicidio (*ASSIP*, del inglés: *Attempted Suicide Short Intervention Program*) en la reducción de la conducta suicida. Se trata de una nueva forma de terapia breve, basada en un modelo de la conducta suicida centrado en el paciente, con énfasis en la alianza terapéutica temprana y combinada con psicoeducación, una conceptualización cognitiva del caso, un plan de seguridad y un contacto continuo a largo plazo. En la primera sesión, el paciente debía contar cómo había llegado al punto de intentar suicidarse, siendo su relato filmado; partes de esa filmación eran vistas y debatidas por el paciente y el terapeuta durante la segunda sesión, para recrear la experiencia del dolor psicológico y analizar cómo el estrés podía llegar a la acción suicida; durante la última sesión, terapeuta y paciente desarrollaban una lista de metas a largo plazo, señales de alarma y estrategias de seguridad. Todas ellas eran impresas y entregadas al paciente, en un folleto del tamaño de una tarjeta de crédito, junto con una lista de números telefónicos de ayuda, para que pudiera llevarlos consigo todo el tiempo y utilizarlos en caso de crisis emocional. Durante los 2 años subsiguientes, los

⁶ En la actividad de conciencia sensorial (basada en la práctica desarrollada por Goldfried y Davison [26]) el terapeuta lee una serie de preguntas diseñadas para hacer que el paciente note o preste atención a distintas sensaciones. Por ejemplo, «¿Podés sentir tu pelo tocando tu cabeza?»; «¿Podés imaginarte algo muy lejos?»; «¿Podés notar cómo un brazo está más tibio que el otro?»

terapeutas les enviaban 6 cartas personalizadas, recordándoles del riesgo de futuras crisis suicidas y de la importancia de las estrategias de seguridad que habían desarrollado juntos. *TAU* incluía atención individual a pacientes ambulatorios, internados y de día, según el criterio de los clínicos a cargo. Como resultado, *ASSIP* fue asociada con aproximadamente un 80% de reducción del riesgo de repetición de intentos de suicidio y, además, los participantes que recibieron *ASSIP*, mostraron un 72% menos de tiempo de internación que el grupo control. No hubo diferencias entre los grupos en cuanto al auto-reporte de ideación suicida ni en los niveles de depresión. Estos hallazgos revelarían que *ASSIP*, administrado en conjunto con *TAU*, fue capaz de reducir la conducta suicida a lo largo de 24 meses, en pacientes con antecedentes recientes de intentos de suicidio.

Andreoli *et al.* [1] se propusieron determinar si la psicoterapia ambulatoria, centrada en las experiencias de pérdida y el miedo al abandono de una pareja amorosa,⁷ podía reducir el riesgo suicida y mejorar los resultados, en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Además de buscar probar la eficacia de la Psicoterapia del abandono (PA) en oposición al *TAU*, se comparó su administración por parte de psicoterapeutas certificados (PA-P) y enfermeros con experiencia en este tipo de pacientes, pero sin haber recibido un entrenamiento formal en psicoterapia (PA-E). *TAU* consistió en un tratamiento comunitario intensivo, llevado a cabo en una unidad de intervención en crisis psiquiátricas; incluía visitas de personal de enfermería (tantas como se solicitaran) durante dos semanas y luego, semana por medio, una revisión clínica semanal, el ajuste de la medicación por parte de un psiquiatra, terapia grupal, apoyo del trabajador social, cuidados diurnos y nocturnos, así como intervenciones familiares, según necesitara el paciente para evitar la recaída suicida. Después de un mes, los pacientes fueron dados de alta y derivados a un tratamiento ambulatorio con un psi-

quiatra entrenado en psicoterapia. Las intervenciones experimentales comprendían PA combinada con un protocolo de medicación antidepressiva⁸ y un programa de manejo del riesgo. PA es una intervención de 3 meses de duración, de frecuencia bisemanal, regida por un manual cognitivo/psicodinámico y específicamente dirigida a las experiencias y miedos al abandono, enfocándose en las dificultades con las relaciones amorosas que suelen correlacionar con los intentos de suicidio entre pacientes con trastorno límite de la personalidad y depresión. Los elementos de la PA provienen de *DBT* [36], de la terapia basada en mentalización [5, 6, 7] y la psicoterapia centrada en la transferencia [13]. En el caso de PA-P, ésta fue llevada a cabo por psiquiatras y psicólogos clínicos con formación en psicoterapia psicodinámica y con experiencia considerable, mientras que PA-E estuvo a cargo de enfermeros con amplia experiencia en intervención en crisis de pacientes depresivos y con trastorno límite de la personalidad, que fueron entrenados durante un año. Cuando los terapeutas no estaban disponibles, los participantes podían comunicarse con una línea telefónica (24 horas) de la sala de emergencias y recibir atención de emergencia del equipo psiquiátrico del hospital general. Con respecto a los resultados obtenidos a los 3 meses de seguimiento, se observó que los pacientes asignados a la intervención experimental PA presentaban una disminución en la probabilidad de recaída, de internación y en la repetición de intentos de suicidio, así como mejoras en términos de ideación suicida, en comparación con *TAU*; sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los grupos tratados por psicoterapeutas o por enfermeros. A nivel psicosocial, ambas formas de PA mostraron una mejor tolerancia a los síntomas, mejores relaciones interpersonales, un incremento de la autonomía y un mejor ajuste a los conflictos familiares. Por consiguiente, PA fue superior a *TAU* en la reducción de la suicidalidad, en la mejora de los síntomas y el funcionamiento, lo cual redundó en una reducción de recursos humanos y costos.

Forkmann *et al.* [22] realizaron un análisis

⁷ Estudios anteriores han indicado que las experiencias de pérdida y abandono de una pareja amorosa son las que correlacionan más frecuentemente con la conducta suicida y autodestructiva en pacientes con trastorno límite de la personalidad [56].

⁸ Los pacientes recibían venlafaxina, con una dosis inicial de 0.5 mg/kg y una dosis óptima de 2 a 3 mg/kg.

secundario de un ensayo controlado y aleatorizado bicéntrico sobre el efecto de *MBCT* y el Sistema de análisis cognitivo conductual de psicoterapia (*CBASP*, del inglés: *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*) [39], en la sintomatología depresiva de pacientes con depresión crónica [40]. El objetivo fue examinar los efectos de *MBCT* y *CBASP*, ambos aplicados en un formato de tratamiento grupal y combinados con *TAU*, en la ideación suicida, comparados con la administración de *TAU*, únicamente. Mientras *TAU* implicó un tratamiento individual administrado por un psiquiatra o un psicoterapeuta, incluyendo medicación cuando fuera necesario, *MCBT* fue un programa grupal que combinaba un entrenamiento intensivo en prácticas de meditación, junto con elementos cognitivo-conductuales. El tratamiento consistió en una entrevista individual previa, seguida de una sesión grupal semanal de 2,5 horas de duración, durante ocho semanas. Por otro lado, el *CBASP* involucraba a un terapeuta entrenado en técnicas especiales para el manejo de la conducta suicida: la Historia del otro significativo (una lista de personas significativas y su impacto en la vida del paciente) permite al paciente y al terapeuta obtener un mayor entendimiento de los pensamientos y conductas suicidas; el Involucramiento disciplinado personal del terapeuta posibilita al paciente el aprendizaje de que sus pensamientos suicidas y planes verdaderamente le conciernen y preocupan al primero; con el Ejercicio de discriminación interpersonal, el paciente suicida puede tomar conciencia de que el terapeuta reacciona de modo distinto a sus otros significativos, quienes tal vez ignoraron o castigaron la conducta suicida. Además, la implementación del Análisis situacional cuando los pensamientos o la conducta suicidas aparecen, los pacientes pueden aprender cómo reconstruirlos para lograr superar los sentimientos de desesperanza e impotencia y alcanzar resultados positivos.⁹ Se obtuvieron resultados diferentes, dependiendo de si la ideación suicida era evaluada a través de auto-reporte (con el ítem de suicidio del *Beck Depression Inventory*) o por un psicólogo

entrenado (con el ítem de la *Hamilton Rating Scale for Depression*). Si bien en el primer caso no hubo un efecto significativo del tratamiento en la ideación suicida, en el segundo caso, los grupos *MBCT* y *CBASP* mostraron una disminución significativa de la misma. Los autores concluyen que tanto *MCBT* como *CBASP* pueden ser enfoques psicoterapéuticos exitosos para el tratamiento grupal de ideación suicida en pacientes con depresión crónica.

Armitage, Rahim, Rowe y O'Connor [2] buscaron probar la eficacia de las *intenciones de ejecución*¹⁰ en la reducción de la ideación y conducta suicidas en un grupo de alto riesgo, estableciendo tres grupos: generación de intenciones de ejecución con una «hoja de ayuda volitiva» (HAV); autogeneración de intenciones de ejecución, sin ayuda (ASA); o pensar en los factores desencadenantes y cómo enfrentarse, pero sin generar intenciones de ejecución (grupo control). HAV provee un modelo estándar a partir del cual los sujetos pueden generar sus propias intenciones de ejecución; presenta situaciones críticas que pueden encontrar y respuestas que podrían usar para asegurarse de evitar autolesionarse. Como resultado, las medidas relacionadas con suicidio fueron significativamente más bajas entre los pacientes que formaron intenciones de ejecución, comparado con aquellos del grupo control. Además, la hoja de ayuda volitiva determinó menor cantidad de amenazas de suicidio y disminuyó la probabilidad de futuros intentos de suicidio, en contraste con los pacientes que autogeneraron intenciones de ejecución. Como conclusión, las intervenciones basadas en las intenciones

⁹ Si bien el *CBASP* fue originalmente desarrollado para sesiones individuales, en los últimos años se ha modificado para formato grupal.

¹⁰ La ejecución de intenciones es una herramienta basada en el modelo de fases de acción de P. M. Gollwitzer, que permite vincular el recuerdo de una situación crítica con una respuesta apropiada [3]. Se trata de una estrategia auto-regulatoria que implica la formulación de intenciones concretas y específicas, siguiendo la forma «Cuando surja la situación x, entonces realizará la respuesta y», a diferencia de las intenciones de meta, que son más generales y abstractas («¡Quiero alcanzar x!»). Está subordinado a las metas propuestas y especifica el *cuándo*, *dónde* y *cómo* de una conducta dirigida a una meta, permitiendo una mayor probabilidad de éxito en el logro de metas. Habiendo realizado un plan concreto para una situación específica, ésta adquiere representación mental y se realizará automática y eficazmente, sin necesidad de esfuerzo consciente [27].

de ejecución, sobre todo cuando se cuenta con la hoja de ayuda volitiva, muestran resultados prometedores en la reducción de futura ideación y conducta suicida.

Celano *et al.* [11] llevaron a cabo un estudio bi-céntrico para comparar la eficacia de una intervención telefónica basada en Psicología positiva (PP) con otra intervención control Focalizada en la cognición (FC), ambas desarrolladas durante 6 semanas, en una muestra de 65 pacientes recientemente hospitalizados por depresión e ideación o conducta suicida. La intervención PP consistió en seis ejercicios basados en la psicología positiva: durante cada sesión telefónica, los intervencionistas (psiquiatras, psicólogos o trabajadores sociales entrenados) y los participantes revisaban la sección semanal del manual de tratamiento, el cual resaltaba determinado constructo positivo y su rol en su recuperación; los participantes debían realizar el ejercicio, registrando los detalles del mismo, así como aquellos pensamientos y sentimientos experimentados, con el objetivo de poder explorar maneras de incorporar el ejercicio y la habilidad asociada a su vida diaria. La intervención FC de control consistía en una primera sesión en el hospital, donde se alentaba a los participantes a recordar eventos neutros y a describirlos de manera específica, evitando asignar emociones a los mismos. Dicho ejercicio era revisado con los intervencionistas al día siguiente y los ejercicios semanales subsiguientes eran asignados y revisados telefónicamente. Contrario a lo hipotetizado, la intervención FC fue superior a PP en cuanto a la mejora de los niveles de desesperanza, a las 6 semanas, y otros factores de riesgo suicida (ideación suicida y síntomas depresivos), así como en los constructos de la psicología positiva (excepto en lo relativo al afecto positivo, donde las diferencias no fueron significativas), tanto a las 6 como a las 12 semanas.

Discusión

De los 13 estudios hallados, 5 han sido desarrollados en Estados Unidos, 2 en Suiza y el resto en diferentes países (Alemania, Australia, Bélgica, Kuala Lumpur, Reino Unido, Sri Lanka).

En cuanto al marco teórico predominante, 11 de los 13 estudios evalúan estrategias de

orientación cognitivo-conductual y los 2 restantes, terapia interpersonal [52] y una intervención que combinó TCC con terapia psicodinámica [1]. Estudios de otras formas de psicoterapia no pudieron ser incluidos, por no cumplir con los estándares metodológicos indicados, por la fecha de publicación, o bien, por tratarse de un estudio piloto, sería interesante poder evaluarlos en el futuro. Se han incorporado intervenciones a distancia, que involucran el uso del teléfono y/o internet [38, 12, 11]; intervenciones focalizadas en un trastorno determinado, tales como el TEPT [55, 45], trastorno depresivo [12, 52, 49, 4, 22, 11], trastorno límite de la personalidad [1]; otras que no han sido administradas por psicoterapeutas [12, 49, 1].

Cabe destacar las dificultades ético-metodológicas, inherentes a los ensayos clínicos controlados y aleatorizados en este tipo de población. Por motivos éticos, no es posible que el diseño del estudio prive de tratamiento a los participantes y tampoco se puede administrar placebos a sujetos con riesgo suicida, dada la gravedad de las posibles consecuencias. Esto tiene implicancias metodológicas: el grupo control debería recibir un tratamiento en cierta forma activo. Para resolver esta cuestión, algunos equipos de investigación han optado por incluir un tratamiento usual o estándar (TAU) como condición control [38, 12, 55, 49, 4, 29, 1, 22], mientras que otros, proponen una variante terapéutica sin las propiedades específicas de la intervención que buscan contrastar empíricamente [52, 4, 50, 2, 11] y/o incluso utilizan la modalidad de lista de espera [38, 12, 45], donde los sujetos permanecen sin tratamiento por un tiempo determinado, pudiendo recibir la intervención posteriormente. En este último caso, no se puede hacer un seguimiento prolongado del grupo control por el mismo planteo ético, anteriormente mencionado.

Si bien los trabajos listados han hecho foco en poblaciones que presentan distintos factores de riesgo suicida, todos ellos han evaluado la ideación suicida y, gran parte, también depresión. Sin embargo, al haber utilizado distintos instrumentos de medición, no es posible realizar un análisis transversal de las intervenciones psicológicas sobre la ideación suicida. Mientras la mayoría de los estudios ha utilizado instrumentos contruidos para

evaluar depresión (*Beck Depression Inventory* [BDI] [28] / *Beck Depression Inventory-II* [BDI-II], inventarios auto-administrados; *Hamilton Rating Scale for Depression* [HRSD], escala heteroaplicada); otros, han hecho uso de instrumentos específicos para las conductas e ideación suicidas (*Lifetime Parasuicide Count* [LPC] y *Scale for Suicidal Ideation* [SSI] [31], ambas con formato de entrevista clínica; *Beck Scale for Suicide Ideation* [BSSI] [30], *Suicidal Behaviors Questionnaire* [SBQ], *Suicidal Cognitions Scale* [SCS] [19], todos ellos de auto-reporte); o bien, en menor medida, sobre la salud en general (28-item *General Health Questionnaire* [28-GHQ] y *Patient Health Questionnaire* [PHQ], de auto-reporte; *Concise Health Risk Tracking scale* [CHRT], escala mixta, que comprende una parte auto-administrada y otra, administrada por un clínico). De esto se desprenden dos cuestiones: por un lado, la cantidad de ítems dirigidos a medir la ideación suicida generalmente varía en función del constructo principal que evalúa cada instrumento, lo cual repercutirá en el resultado; por otro lado, el tipo de administración (de auto-reporte o evaluado por un clínico) también podría influir en los resultados obtenidos. Esto puede ser contemplado en los resultados del estudio desarrollado por Weitz *et al.* [52], los cuales revelan reducciones significativas de la ideación suicida en los grupos que recibieron TIP y medicación antidepressiva, al ser medida con *HRSD*, pero no cuando es medida con *BDI*. Los autores proponen que los puntajes en *BDI* pueden haber sido más bajos que los de *HRSD* porque un puntaje de 1 en *BDI* indica un nivel más severo de ideación suicida que en *HRSD* y, al ser *BDI* una medida auto-administrada, podría ser influenciada por un sesgo subjetivo.

Con respecto a la variedad de instrumentos para la evaluación de la ideación suicida, Desseilles *et al.* [15] postulan que la utilización de un único ítem de suicidio o un factor dimensional derivado de una escala de depresión, podría ser un abordaje válido para evaluar el constructo en cuestión. Además, plantean que tanto las técnicas auto-administradas como las valoradas por clínicos son útiles y correlacionan con ideación suicida. A su vez, Green *et al.* [28] sugieren que el ítem de suicidio de *BDI*

está asociado tanto con el riesgo de repetición de un intento de suicidio, como con la muerte por suicidio. Recomiendan el uso del ítem como una forma de detección breve y eficiente del riesgo suicida en la atención clínica de rutina, para luego conducir una evaluación más extensiva, en caso de obtener un resultado positivo. Por su parte, Healy *et al.* [30], han examinado la relación entre los puntajes obtenidos de la valoración clínica de la ideación suicida y *BSI* (cuando los clínicos tenían acceso a los resultados de *BSI*), en un departamento de emergencia psiquiátrica. Ambos valores resultaron ser similares, aunque los clínicos eran más proclives a puntuar a los hombres como suicidas, mientras que los puntajes de *BSI* no variaban según el sexo. Teniendo en cuenta los puntajes de *BSI*, la hospitalización fue más frecuente en pacientes con trastornos del estado de ánimo; pero según la valoración clínica, fue más frecuente en pacientes con trastorno bipolar o esquizofrenia. Ghasemi *et al.* [25] han realizado una revisión sistemática de escalas validadas para medir ideación y actitudes suicidas, concluyendo que la búsqueda de dimensiones generalmente aceptadas de ideación suicida y actitudes, así como la validación de escalas inter-culturales para ser aplicadas en diferentes poblaciones, podría ser un área prometedora de investigación.

En relación con los resultados obtenidos, 10 de los 13 estudios incluidos en esta revisión han obtenido diferencias significativas en relación al tratamiento control propuesto. Las estrategias que no alcanzaron tales diferencias fueron: la TCC *online*, la TCC *online* con seguimiento telefónico semanal y el Seguimiento telefónico semanal, comparados con *TAU*, en individuos que se habían comunicado a una línea telefónica de ayuda [12]; la intervención psicoeducativa basada en TCC, con respecto a *TAU*, en personas que se encontraban atravesando un duelo por el suicidio de uno de sus allegados [55]; *DBT-BSI*, en contraste con un entrenamiento en relajación, en sujetos con ideación suicida e intentos de suicidio, que no habían recibido tratamiento psicológico en el último mes [50].

En lo que respecta a las limitaciones de la presente revisión, puede mencionarse la diversidad de diagnósticos de las muestras de los

estudios seleccionados (trastorno depresivo mayor, depresión crónica, depresión recurrente, trastorno límite de la personalidad, trastorno por estrés post-traumático), lo cual no permite establecer una comparación entre las distintas intervenciones halladas. Esto también estaría dado por la inclusión de estudios que miden sintomatología actual y/o antecedente. Otra cuestión importante a tener en cuenta se relaciona con las diferencias en los períodos de seguimiento, en un rango que va de los 3 meses [50, 1, 2, 11] a los 60-120 [45], lo cual puede tener influencias en los resultados.

Conclusiones

El presente trabajo ha sido realizado con el propósito de explorar y reseñar las intervenciones psicológicas con apoyo empírico, en

el abordaje de pacientes adultos con riesgo suicida. Dado el marcado interés clínico por encontrar estrategias adecuadas para prevenir el suicidio, se han llevado a cabo distintos ensayos clínicos que evalúan la eficacia de tratamientos psicológicos diversos.

Se puede concluir que la mayoría de las intervenciones psicológicas relevadas ha demostrado reducciones significativas en los niveles de ideación suicida, entre otras variables. Sería relevante llevar a cabo ensayos clínicos de esta índole, pero con menor riesgo de sesgo, medidas de resultados más homogéneas y con seguimientos prolongados. Asimismo, sería necesario obtener resultados de estudios de estas características en poblaciones argentinas.

Referencias

1. Andreoli A, Burnand Y, Cochenne MF, Ohlendorf P, Frambati L, Gaudry-Maire D, Di Clemente T, Hourton G, Lorillard S, Canuto A, Frances A. Disappointed Love and Suicide: A randomized controlled trial of "Abandonment Psychotherapy" among borderline patients. *J Pers Disord.* 2016; 30(2):271-87. PMID: 26111250 DOI: 10.1521/pedi_2015_29_196
2. Armitage CJ. A volitional help sheet to encourage smoking cessation: a randomized exploratory trial. *Health Psychol.* 2008; 27(5):557-66. PMID: 18823182 DOI: 10.1037/0278-6133.27.5.557
3. Armitage CJ, Rahim, WA, Rowe R, O'Connor, RC. An exploratory randomised trial of a simple, brief psychological intervention to reduce subsequent suicidal ideation and behaviour in patients admitted to hospital for self-harm. *Br J Psychiatry.* 2016; 208(5):470-6. PMID: 26743808 DOI: 10.1192/bjp.bp.114.162495
4. Barnhofer T, Crane, C, Brennan, K., Duggan, D. S., Crane, RS, Eames, C, Radford S, Silverton S, Fennell MJ, Williams JM. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression. *J Consult Clin Psychol.* 2015; 83(6): 1013-20. PMID: 26302249 PMID: PMC4655869 DOI: 10.1037/ccp0000027
5. Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2009; 166(12):1355-64. PMID: 19833787 DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09040539
6. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* 1999; 156(10): 1563-9. PMID: 10518167 DOI: 10.1176/ajp.156.10.1563
7. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry.* 2001; 158(1):36-42. PMID: 11136631 DOI: 10.1176/appi.ajp.158.1.36
8. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
9. Calati R, Courtet, P. Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *J Psychiatr Res.* 2016; 79: 8-20. PMID: 27128172 DOI: 10.1016/j.jpsychires.2016.04.003
10. Campbell D. Pre-suicide states of mind. In: Williams P, editor. The psychoanalytic therapy of severe disturbance. London: Karnac Books; 2010. p.171-83.
11. Celano CM, Beale EE, Mastromauro CA, Stewart JG, Millstein RA, Auerbach RP, Bedoya CA, Huffman JC. Psychological interventions to reduce suicidality in high-risk patients with major depression: a randomized controlled trial. *Psychol Med.* 2017; 47(5):810-21. PMID: PMC5340604 DOI: 10.1017/S0033291716002798
12. Christensen H, Farrer L, Batterham PJ, Mackinnon A, Griffiths KM, Donker T. The effect of a web-based depression intervention on suicide ideation: secondary out-

- come from a randomised controlled trial in a helpline. *BMJ Open*. 2013; 3 (6). pii: e002886. PMCID: PMC3696875 DOI: 10.1136/bmjopen-2013-002886
13. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(6): 922-8. PMID: 17541052 DOI: 10.1176/ajp.2007.164.6.922
 14. Crawford MJ, Thomas O, Khan N, Kulinskaya E. Psychosocial interventions following self-harm. *Br J Psychiatry*. 2007; 190: 11-7. PMID: 17197651 DOI: 10.1192/bjp.bp.106.025437
 15. Desseilles M, Perroud N, Guillaume S, Jaussent I, Genty C, Malafosse A, Courtet P. Is it valid to measure suicidal ideation by depression rating scales? *J Affect Disord*. 2012; 136 (3): 398-404. PMID: 22154567 DOI: 10.1016/j.jad.2011.11.013
 16. Durkheim E. *Suicide: A study in sociology*. New York: The Free Press; 1897/1951.
 17. Elkin I, Parloff MB, Hadley SW, Autry JH. NIMH treatment of depression collaborative research program. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42(3):305-16. PMID: 2983631
 18. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, Glass DR, Pilkonis PA, Leber WR, Docherty JP, Fiester SJ, Parloff MB. National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry*. 1989; 46 (11): 971-82
 19. Ellis TE, Rufino KA. A psychometric study of the Suicide Cognitions Scale with psychiatric inpatients. *Psychol Assess*. 2015; 27 (1): 82-9. PMID: 25285716 DOI: 10.1037/pas0000028
 20. Ellis TE, Rutherford, B. Cognition and suicide: Two decades of progress. *Int J Cogn Ther*. 2008; 1 (1):47-68.
 21. Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 1993; 6 (4): 459-73.
 22. Forkmann T, Brakemeier EL, Teismann T, Schramm E, Michalak J. The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy added to Treatment as Usual on suicidal ideation in chronic depression: Results of a randomized-clinical trial. *J Affect Disord*. 2016; 200: 51-7. PMID: 27128357 DOI: 10.1016/j.jad.2016.01.047
 23. Freud S. *Duelo y Melancolía*. En: *Obras completas*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu; 1917; (14): p. 235-255.
 24. Freud S. *Más allá del principio del placer*. En: *Obras Completas*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu; 1920; (18): p. 1-62.
 25. Ghasemi P, Shaghghi A, Allahverdipour H. Measurement scales of suicidal ideation and attitudes: a systematic review article. *Health Promot Perspect*. 2015; 5 (3): 156-68. PMID: 26634193 DOI: 10.15171/hpp.2015.019
 26. Goldfried MR, Davison GC. *Clinical behavior therapy*. Oxford: John Wiley; 1994.
 27. Gollwitzer PM. Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *Am. Psychol*. 1999; 54: 493-503.
 28. Green KL, Brown GK, Jager-Hyman S, Cha J, Steer RA, Beck AT. The Predictive Validity of the Beck Depression Inventory Suicide Item. *J Clin Psychiatry*. 2015; 76 (12): 1683-6. PMID: 26717528 DOI: 10.4088/JCP.14m09391
 29. Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, Megert M, Michel K. 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 Med*. 2016; 13 (3): e1001968. PMID: 26930055 DOI: 10.1371/journal.pmed.1001968
 30. Healy DJ, Barry K, Blow F, Welsh D, Milner KK. Routine use of the Beck Scale for Suicide Ideation in a psychiatric emergency department. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006; 28 (4): 323-9. PMID: 16814632 DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2006.04.003
 31. Holi MM, Pelkonen M, Karlsson L, Kiviruusu O, Ruutu T, Heilä H, Tuisku V, Marttunen M. Psychometric properties and clinical utility of the Scale for Suicidal Ideation (SSI) in adolescents. *BMC Psychiatry*. 2005; 5: 8. DOI 10.1186/1471-244X-5-8
 32. Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y, Fawcett JA, Horton L, Meltzer H, Pfeffer CR, Simon RI. *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2010.
 33. Joiner T. *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University; 2005.
 34. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. *Interpersonal psychotherapy of depression*. Northvale: Jason Aronson; 1984.
 35. Linehan MM. Dialectical behavioral therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *J Pers Disord*. 1987; 1: 328-33.
 36. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48 (12): 1060-4. PMID: 1845222
 37. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002; 159 (6): 909-16. PMCID: PMC5072576 DOI: 10.1176/appi.ajp.159.6.909

38. Marasinghe RB, Edirippulige S, Kavanagh D, Smith A, Jiffry MT. Effect of mobile phone-based psychotherapy in suicide prevention: a randomized controlled trial in Sri Lanka. *J Telemed Telecare*. 2012; 18 (3): 151-5. PMID: 22362830 DOI: 10.1258/jtt.2012.SFT107
39. McCullough JP. Treatment of Chronic Depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. New York: Guilford Press; 2000.
40. Michalak J, Schultze M, Heidenreich T, Schramm E. A randomized controlled trial on the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy and a group version of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronically depressed patients. *J Consult Clin Psychol*. 2015; 83 (5): 951-63. PMID: 26371617 DOI: 10.1037/ccp0000042
41. Milner A, Svetcic J, De Leo D. Suicide in the absence of mental disorder? A review of psychological autopsy studies across countries. *Int J Soc Psychiatry*. 2013; 59 (6): 545-54. PMID: 22582346 DOI: 10.1177/0020764012444259
42. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Suicidio. (Recuperado 22-03-17). Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/48/215-suicidio>.
43. Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención mhGAP: para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Suiza: OMS; 2010.
44. Resick PA, Nishith P, Weaver TL, Astin MC, Feuer CA. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *J Consult Clin Psychol*. 2002; 70 (4): 867-79. PMID: 12182270 PMCID: PMC2977927
45. Resick PA, Williams LF, Suvak MK, Monson CM, Gradus JL. Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *J Consult Clin Psychol*. 2012; 80 (2): 201-10. PMCID: PMC3336190 DOI: 10.1037/a0026602
46. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Emergency Psychiatric Medicine Suicide. In: *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry*. 11th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015. p. 763-774.
47. Schneidman E. Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior. Northvale: Rowman & Littlefield Publishes, Inc; 1993.
48. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press; 2002.
49. Shah R, Franks P, Jerant A, Feldman M, Duberstein P, Fernandez y Garcia E, Hinton L, Strohecker L, Kravitz RL. The effect of targeted and tailored patient depression engagement interventions on patient-physician discussion of suicidal thoughts: a randomized control trial. *J Gen Intern Med*. 2014; 29 (8): 1148-54. DOI 10.1007/s11606-014-2843-8
50. Ward-Ciesielski EF. Brief Interventions for Suicidal Individuals Not Engaged in Treatment Washington: University of Washington; 2015.
51. Ward-Ciesielski EF, Jones CB, Wielgus MD, Wilks CR, Linehan MM. Single-session dialectical behavior therapy skills training versus relaxation training for non-treatment-engaged suicidal adults: a randomized controlled trial. *BMC Psychol*. 2016; 4 (1): 13. PMID: 27009317 DOI: 10.1186/s40359-016-0117-4
52. Weitz E, Hollon SD, Kerkhof A, Cuijpers P. Do depression treatments reduce suicidal ideation? The effects of CBT, IPT, pharmacotherapy, and placebo on suicidality. *J Affect Disord*. 2014; 167: 98-103. PMID: 24953481 DOI: 10.1016/j.jad.2014.05.036
53. Winter D, Bradshaw S, Bunn F, Wellsted D. A systematic review of the literature on counselling and psychotherapy for the prevention of suicide: 1. Quantitative outcome and process studies. *Couns Psychother Res*. 2013; 13 (3): 164-183.
54. Wittouck C, Van Autreve S, Portzky G, van Heeringen K. A CBT-based psychoeducational intervention for suicide survivors. *Crisis*. 2014; 35 (3): 193-201. PMID: 24901060 DOI: 10.1027/0227-5910/a000252
55. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization. 2014.
56. Yen S, Pagano ME, Shea MT, Grilo CM, Gunderson JG, Skodol AE, McGlashan TH, Sanislow CA, Bender DS, Zanarini MC. Recent life events preceding suicide attempts in a personality disorder sample: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Consult Clin Psychol*. 2005; 73 (1): 99-105. DOI 10.1037/0022-006X.73.1.99