21.TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LA CONDUCTA SUICIDA

Susana Al-Halabí. Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo.

Juan M. García Haro. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

Material docente original

Índice

1. INTRODUCCIÓN
1.1. Conceptualización: pensar el suicidio más allá de la complejidad
1.2. Epidemiología
1.3. Factores de riesgo y protección
1.4. Modelos explicativos
1.5. Evaluación
2. RESULTADOS Y EVIDENCIAS DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LA CONDUCTA SUICIDA
2.1. Visión de conjunto
2.2. Tratamientos psicológicos basados en la evidencia empírica
2.2.1. Terapia Cognitivo-Conductual
2.2.2. Terapia Dialéctico-Conductual
2 2.3. Evaluación Colaborativa y el Manejo del Suicidio
2.3. Intervenciones psicológicas breves basadas en la evidencia empírica
2.3.1. Plan de seguridad de Stanley y Brown
2.3.2. Contactos de apoyo y seguimiento
2.3.3. Programa de intervención breve en tentativas de suicidio
2.3.4. Hoja voluntaria de ayuda
2.4. ¿Qué hay de otras terapias psicológicas?
3. RECOMENDACIONES Y DIRECTRICES
3.1. Implicaciones para la práctica clínica
4. RECAPITULACIÓN

Referencias
Tablas y Figuras

Material docente original

1. INTRODUCCIÓN

"*Good psycotherapy saves lives*" (la buena psicoterapia salva vidas) afirma Samuel J. Knapp (2020) en su libro más reciente. Es una buena declaración de principios amparada por los numerosos estudios que apoyan la implicación de los factores psicológicos en el origen, mantenimiento, desarrollo y resolución de las crisis y conductas suicidas (Klonsky, May y Saffer, 2016; Klonsky, Saffer y Bryan, 2018; O'Connor y Nock, 2014), así como de la eficacia de los tratamientos psicológicos en su reducción y prevención (Turecki et al., 2019). Lo veremos a lo largo de este capítulo, no sin antes sumar tres consideraciones a la declaración de principios inicial que deberán guiar la lectura de este texto:

- En primer lugar, el suicidio y las conductas suicidas no son un trastorno mental ni un síntoma de ninguna "enfermedad" mental. Se trataría, entonces, de un fenómeno humano complejo, multidimensional y multifactorial, en el que participan simultáneamente realidades de diferente tipo y orden: culturales-sociales-institucionales, psico(pato)lógicas o clínicas y biológico-corporales, donde cualquier reduccionismo implica disolver la esencia misma del fenómeno. Si hay un asunto humano que desafía a la Psicología –que se piensa ingenuamente como ciencia natural del estudio de realidades fijas-ahí-dadas–, y a la Psicología Clínica –como tecnología de reparación de mecanismos disfuncionales–, éste es sin duda el problema del suicidio. Su naturaleza se escapa de las posibilidades de predicción y control de la ciencia natural.
- En segundo lugar, el suicidio es una realidad *plural* (Rendueles, 2018), de naturaleza *existencial-contextual* (abierta) y de carácter *interactivo-dinámico,* más que una realidad *única*, *natural-sustantiva* y *fija-estática* que encajaría, siguiendo la propuesta de Pérez-Álvarez (2019) de entender los problemas

Material docente original

psicológicos como *dramas sociales*, con la figura de *drama existencial*. El sentido de este drama se halla en la capacidad de acción-decisión de un sujeto que en una circunstancia determinada –construida como insufrible, irresoluble, interminable, inescapable, sin futuro y sin esperanza– decide quitarse la vida. La intencionalidad y el mundo vivido serían, por tanto, ingredientes inseparables del *drama existencial* del suicidio. Por otro lado, dicho drama implica una ruptura del yo con uno mismo, los demás y el mundo (Pompili, 2010). Este enfoque *existencial-contextual* del suicidio cumple con las condiciones de una concepción transteórica de la Psicología como *ciencia del sujeto-comportamiento-mundo* (Pérez-Álvarez, 2018a, 2018b).

- En tercer lugar, se trataría de un fenómeno que hay que comprender desde la vulnerabilidad de la condición humana; el suicidio ha estado presente en todas las épocas y culturas y transita los temas existenciales de la libertad, el sufrimiento, la soledad, la muerte y el sentido. Se da tanto en personas con diagnóstico de trastorno mental como sin él. Entre las que están diagnosticadas, el suicidio es transversal –transdiagnóstico– a todas las condiciones psicopatológicas, si bien, no se da con la misma frecuencia en cada una de ellas. Es en el trastorno depresivo donde su presencia sobresale. Esta circunstancia no debiera sorprender al lector, dado que la depresión es el diagnóstico más asociado al *dolor psicológico* y a la *desesperanza*; constructos psicológicos clave, y bien fundados empíricamente, en el origen y desarrollo de las conductas suicidas (Klonsky y May, 2015). Tampoco debiera ser interpretada como una causalidad médica lineal, sino que el factor diagnóstico sería la figura clínica de un problema existencial o sufrimiento biográfico para el que la persona no

Material docente original

encuentra mejor solución que acabar con su vida o pensar en hacerlo (García-Haro, García-Pascual y González González, 2018).

1.1. Conceptualización: pensar el suicidio más allá de la complejidad

El fenómeno del suicidio merece ante todo una reflexión filosófica. De acuerdo con la célebre cita de Albert Camus (1942/2006), puede decirse que "*juzgar si la vida vale o no vale la pena vivirla es responder a la pregunta fundamental de la filosofía*". Y también es una cuestión primordial para la Psicología, porque según se piense su *ontología* (naturaleza del fenómeno: *averías* de alguna enfermedad o malfuncionamiento interno, ya sea biológico-cerebral o mental-cognitivo-psicodinámico frente a *dramas sociales* y problemas de la vida que se enredan, dando lugar a un *bucle* del que es difícil salir sin ayuda) y su *epistemología* (modo de conocimiento: *ciencia natural-positivista* frente a *humana-contextual*), así será la metodología de investigación (unidimensional *nomotética-cuantitativa* frente a plural *nomotética-cualitativa* pero también *idiográfica-cualitativa*) y el sistema de ayuda-prevención, ya sea centrado en desactivar síntomas-trastornos según una técnica médica o psicológica de reparación de "averías", o más bien centrado en ayudar a las personas a salir del bucle o drama en el que han "entrado" o "caído", según una relación de ayuda que, en su esencia fenomenológica, consiste en un *espacio vivido* y un *rito de paso* (Pérez-Álvarez, 2019).

Desde la definición clásica de Durkheim –"se llama suicidio a todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, llevado a cabo por la propia víctima que sabía que iba a producir ese resultado" (Durkheim, 2004, p. 22)– se sigue sin contar con una definición consensuada de *suicidio*. Prueba de ello son las numerosas nomenclaturas que se han utilizado en los últimos años para referirse

Material docente original

a esta conducta (O'Carroll, Berman, Maris, Moscicki, Tanney y Silverman, 1996; Organización Mundial de la Salud, OMS, 1986; Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll y Joiner, 2007a, 2007b). Una de las definiciones más conocidas es la que aportó la OMS en 1986, según la cual se especifica el suicidio como un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando el resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados (OMS, 1986).

Según la propuesta de O'Connor y Nock (2014), se define el *suicidio* como el acto por el que un individuo intencionalmente pone fin a su propia vida. Reservan el término más general de *conducta suicida* para referirse a un conjunto de pensamientos y comportamientos relacionados con quitarse intencionadamente la vida. Entre los pensamientos se incluyen: la *ideación suicida* (pensamientos acerca de quitarse intencionadamente la vida) y el *plan suicida* (formulación del modo de quitarse la vida). Luego diferencian el *intento de suicidio* (participación en un comportamiento potencialmente autodestructivo en el que hay al menos alguna intención de morir como resultado del comportamiento) y la *autolesión*, definida por el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2011) del Reino Unido como el acto de autoenvenenamiento o autolesión intencional, independientemente del motivo (O'Connor y Nock, 2014).

Más allá de estas propuestas de delimitación conceptual, las conductas suicidas se han integrado en los diferentes sistemas de clasificación. La *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10) (OMS, 1992) no reconoce un diagnóstico propio para las conductas suicidas y los actos autodestructivos, sino que más bien los contempla como manifestaciones clínicas asociadas a otras condiciones como el *Episodio depresivo* o el *Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite,* respectivamente. La CIE-11, aprobada en la Asamblea Mundial de la Salud

Material docente original

de mayo de 2019, mantiene el mismo posicionamiento que la versión anterior. Así, diferencia entre *intento de suicidio*, *ideación suicida*, *comportamiento suicida* y *autolesión no suicida* (véase Apartado C – Términos clave). En el Capítulo 23 *Causas externas de morbilidad y mortalidad* incluye el *daño autoinfligido intencional* tipificando los métodos.

1.2. Epidemiología

Según la OMS (World Health Organization, WHO, 2018), cada año se suicidan en torno a 800.000 personas en todo el mundo, lo que supone una muerte cada cuarenta segundos y una tasa de 10.6 personas por cada 100.000 habitantes. Si bien estas cifras son preocupantes, reflejan solo la "punta del iceberg" del suicidio, pues: 1) siempre hay más suicidios de los que oficialmente se registran (Giner y Guija, 2014); 2) por cada suicidio consumado se estima que hay veinte intentos (OMS, 2014); 3) cada suicidio afecta de manera significativa a una media de seis o diez personas que mantenían una relación cercana con el suicida (los *supervivientes*); 4) la parejas y familiares que conviven con la persona potencialmente suicida soportan una alta sobrecarga emocional y ambivalencia afectiva; 5) hay muchas personas que presentan ideación suicida sin conductas suicidas; y 6) hay muchos adolescentes que presentan conductas autolesivas no suicidas.

Sin embargo, a pesar de ser un grave problema de salud pública prevenible mediante las intervenciones oportunas (WHO, 2018), se estima que la mayoría de las personas que luchan contra las ideas y conductas de suicidio –alrededor del 60%– no buscan ayuda (O'Connor y Nock, 2014).

1.3. Factores de riesgo y protección

Material docente original

Una visión de los principales factores psicológicos implicados en el suicidio y las conductas suicidas puede encontrarse en O'Connor y Nock (2014) (Tabla 1).

--- INSERTAR TABLA 1 AQUÍ---

Estos factores, solos o en combinación, pueden influir en el aumento del riesgo de suicido y deben manejarse durante la intervención clínica. Una limitación del estudio de los factores de riesgo, derivada de su metodología correlacional, es que no discriminan entre procesos explicativos, estrategias de afrontamiento o incluso consecuencias de las crisis y conductas suicidas. La *desesperanza*, la *rumiación* y la *falta de razones para vivir* pueden servir para ilustrar esa variedad de posibilidades. Por otro lado, tradicionalmente se ha dado más importancia al estudio de los factores de riesgo que a los de protección. Otros factores no incluidos en la revisión de O'Connor y Nock son el *dolor psicológico* (Ducasse et al., 2018) y la *presencia y búsqueda de sentido en la vida* (Costanza, Baertschi, Richard-Lepouriel, Weber, Pompili y Canuto, 2020). La investigación futura tendrá que discernir cuáles de estos factores son clave en el proceso suicida y cuál es el mecanismo o sentido de su funcionamiento.

Material docente original

1.4. Modelos explicativos

Se dispone de varios modelos teóricos para explicar la conducta y el riesgo de suicidio. Por un lado, están los modelos de diátesis-estrés y por otro las *teorías de-la-ideación-a-la-acción*. El primer autor en plantear un modelo de vulnerabilidad del suicidio fue J. Mann (Mann Waternaux, Haas y Malone,1999), quién postuló la existencia de ciertos factores biológicos predisponentes que, en interacción con factores de estrés precipitantes, explicarían la conducta suicida. Uno de los modelos de diátesis-estrés más recientes es la *teoría biopsicosocial* del riesgo suicida de Turecki y Brent (2016). Según esta teoría, además de los factores predisponentes y precipitantes, se incluyen unos

factores de desarrollo o mediadores tales como rasgos de personalidad, déficits cognitivos, y el abuso crónico de sustancias.

En los últimos años se viene sugiriendo que muchos de los factores clásicos de riesgo que predicen la ideación suicida (depresión, desesperanza, impulsividad) fallan a la hora de predecir quiénes de esas personas, cómo y cuándo van a realizar conductas suicidas. Según algunos autores, se precisa una comprensión más adecuada de los factores que inciden en el proceso que va desde las ideas al suicidio consumado (Klonsky, Saffer y Bryan, 2018). Para arrojar luz a este problema se va abriendo paso un nuevo marco teórico y de investigación llamado *Ideation-to-Action Theories of Suicide.* Pretende discriminar los factores que influyen en el desarrollo de la ideación suicida y los que hacen que se pase desde la ideación al intento. Dentro de estas teorías se han integrado las siguientes: 1) *Teoría Interpersonal del Suicidio* (*Interpersonal Theory of Suicide*, IPTS) (Joiner, 2005); 2) *Modelo Volitivo-Motivacional Integrado* (*Integrated Motivational-Volitional Model*, IMV) (O'Connor, 2011); 3) *Teoría de los Tres Pasos* (*Three-Step Theory*, 3ST) (Klonsky y May, 2015); y 4) *Teoría de la Vulnerabilidad Fluida* (*Fluid Vulnerability Theory*, FVT) (Rudd, 2006). La Tabla 2 presenta los factores implicados en cada uno de los dos procesos según cada teoría.

--- INSERTAR TABLA 2 AQUÍ---

Para una revisión detallada de las semejanzas y diferencias de cada una de estas teorías, así como de las implicaciones para la evaluación, la prevención y el tratamiento, véase Klonsky, May y Saffer (2016) y Klonsky, Saffer y Bryan (2018).

Material docente original

1.5. Evaluación

La evaluación clínica de la conducta suicida ha pivotado tradicionalmente en torno a un enfoque que trata de evaluar la ideación y las conductas suicidas con vistas a su

predicción y prevención. Sin embargo, esta tendencia parte de dos supuestos [1) la mejor manera de prevenir o reducir el suicidio es mediante la predicción de la conducta suicida; y 2) la mayoría de personas que intentan suicidarse lo hacen por efecto de algún trastorno mental, *ergo* la solución es tratar el trastorno subyacente] que han sido cuestionados en los últimos años y que conviene exponer brevemente.

En primer lugar, existe abundante investigación que cuestiona la utilidad de las predicciones suicidas, más allá de cierto grado, y que apuntan a la dificultad de hacer una predicción precisa o exacta del riesgo inminente de suicidio (Large, Galletly, Myles, Ryan y Myles, 2017; Large, Ryan, Carter y Kapur, 2017; McHugh, Corderoy, Ryan, Hickie y Large, 2019; Mulder, Newton-Howes y Coid, 2016; Quinlivan et al. 2017; Runeson et al. 2017; Steeg et al., 2018). En segundo lugar, hay muchas personas con ideas, intentos y suicidios consumados que no cumplen criterios de trastorno mental. Además, no está confirmado que aquellas personas que sí cumplen criterios diagnósticos se suiciden a causa de dicha condición. Para una revisión de la relación trastorno mental-suicidio véase García-Haro, García-Pascual, González González, Barrio-Martínez y García-Pascual (2020). Como efecto de estos dos supuestos, la evaluación de las conductas suicidas se ha enfocado prioritariamente hacia la estimación del riesgo, sobre todo en las personas con trastornos graves, mediante el uso de escalas de cribado (*screening*) y preguntas directas y específicas, descuidando la comprensión biográfica y la individualidad irrepetible de cada persona en su relación con el suicido.

Por tanto, es importante contar con una hipótesis de por qué esa persona concreta desea morir o intenta quitarse la vida, más allá de caer en la trampa (modelo biomédico) según la cual serían los diagnósticos los que explicarían las conductas y experiencias problemáticas. Se trataría de evaluar las *razones* o *motivaciones* que llevan a una persona a querer quitarse la vida y no tanto las supuestas *causas* o *mecanismos* del

Material docente original

suicidio. Por analogía con la frase de Pérez-Álvarez (2012) respecto de la psicosis ("nadie se vuelve loco sin una razón"), podría decirse que *nadie piensa en suicidarse sin un motivo.* Se propone aquí, por tanto, un enfoque complementario, contextual-fenomenológico, basado en la comprensión, la relación terapéutica y el tratamiento psicológico (González González, García-Haro y García-Pascual, 2019). Así, importa evaluar la vivencia en primera persona, la historia personal y la situación vital problemática, aspectos todos ellos fundamentales para conocer la experiencia y el significado de la conducta suicida, más allá de consideraciones topográfico-diagnósticas. Este tipo de exploración va más allá del enfoque *diagnosticocéntrico* al uso y converge en lo que se llama *evaluación fenomenológica centrada en la persona* (Pérez-Álvarez y García Montes, 2018, 2019). En esta misma línea, autores como Chiles, Strosahl y Roberts (2019) diferencian dos enfoques de evaluación: uno que enfatiza el manejo del riesgo y la prevención, y otro que se centra en el tratamiento. El primero partiría de la asunción de la conducta suicida como *el problema* a prevenir, mientras que el segundo trataría de ver la conducta suicida como *la solución a un problema* que no se sabe o no puede resolver de otra manera.

Desde un punto de vista psicológico interesaría, además de la ideación y de la conducta suicida, la valoración del *dolor psicológico*, del estilo personal, de las estrategias de afrontamiento, así como el *análisis funcional* de la conducta suicida en el contexto biográfico de la persona. Siguiendo el modelo de evaluación psicológica propuesto por Carrasco Ortiz (2019), se propone dividir la evaluación clínica de las conductas suicidas en tres momentos: 1) análisis fenomenológico-descriptivo, 2) análisis funcional y formulación clínica del caso y 3) evaluación del cambio y del tratamiento. La Tabla 3 ofrece un resumen de las principales diferencias entre ambos enfoques.

Material docente original

--- INSERTAR TABLA 3 AQUÍ---

La entrevista clínica y la relación terapéutica serían aquí los instrumentos fundamentales de la evaluación. Interesa mencionar la reciente validación al español de la Escala Columbia para la Evaluación de Riesgo de Suicidio (C-SSRS, por sus siglas en inglés) (Al-Halabí et al., 2016), que cuenta con el mayor respaldo científico (Interian et al., 2018). Aunque no es el objeto de este capítulo, es fundamental hacer las siguientes consideraciones prácticas sobre la entrevista y el uso de instrumentos para la evaluación de la conducta suicida:

a) La entrevista, siempre: los autoinformes (inventarios, cuestionarios y scalas) son un complemento ideal de la entrevista, pero nunca han de sustituirla. A favor del uso combinado de entrevista y autoinforme estaría el hecho de que muchas personas revelan información a través del cuestionario que no se atreven a expresar en la entrevista, y viceversa.

b) Saber hacer o el valor de la presencia: tanto o más importante que conocer los instrumentos, y saber aplicarlos bien, es saber estar-ahí delante de la persona con ideación suicida, manejando las emociones y conteniendo la angustia. Nunca se insistirá lo suficiente en señalar la importancia del entrenamiento y dominio de habilidades de entrevista terapéutica en la evaluación y ayuda a las personas en riesgo suicida. ¿Por qué? Por la propia naturaleza *interactiva-abierta-contextual-dinámica-existencial* del riesgo y del fenómeno suicida. En la crisis suicida hay siempre una gran ambivalencia o conflicto dilemático entre permanecer en la vida y decidir la muerte. Por un lado, la persona desea morir si su vida continúa de la misma manera, pero por otro desea vivir si se producen pequeños cambios significativos en ella. Hay momentos o situaciones donde la balanza puede inclinarse hacia un lado u otro. Esta variabilidad es inherente al riesgo suicida y es coherente con la *teoría de la vulnerabilidad fluida* (Rudd, 2006). De

Material docente original

acuerdo con esta naturaleza *fluctuante* e *interactiva* del proceso suicida, influenciable por la propia evaluación (Pérez-Álvarez, 2018b), la entrevista con un profesional puede llegar a ser una experiencia decisiva que fortalezca el delicado hilo de la vida, esto es, pueda devenir en un encuentro *vital*.

c) Habilidades terapéuticas: en la evaluación de personas potencialmente suicidas el manejo de habilidades de entrevista terapéutica resulta, sencillamente, decisivo. Un listado de las habilidades clínicas del evaluador puede verse en Carrasco Ortiz (2019). Hay que saber mantener un equilibrio entre el deseo de ayuda y una prudente actitud de respeto a la autonomía de la persona; entre la valoración de las dificultades y la validación de los recursos personales; entre la exploración de la situación vital precipitante y la historia biográfica que conecta pasado y presente; entre la valoración de los factores de riesgo y de protección; entre una ayuda centrada en la prevención de conductas suicidas y un apoyo que busca aumentar las *razones para vivir* (Malone, Oquendo, Haas, Ellis y Mann, 2000). Se trataría no sólo de saber evaluar, sino de devolver a la persona en crisis una comprensión empática de su problema de modo que, a través de dicha comprensión, pueda regular sus emociones y desde ahí, desde una disminución de la crisis emocional, ponderar posibles soluciones alternativas.

No conviene olvidar que saber reconocer las limitaciones y dificultades en la tarea evaluadora es una virtud clínica. Hay que saber derivar a otro profesional o dispositivo de ayuda cuando proceda.

Material docente original

2. RESULTADOS Y EVIDENCIAS DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LA CONDUCTA SUICIDA

Ponerse manos a la obra para arrojar luz sobre los tratamientos psicológicos eficaces es una tarea absolutamente necesaria (OMS, 2014), pero, quizás, un poco más compleja

que en otros problemas psicológicos encuadrados en categorías diagnósticas más "clásicas". Expongamos, pues, los problemas de los que partimos (O'Connor y Nock, 2014): 1) como comentamos en la introducción, la mayoría de las personas que viven bregando con sus pensamientos suicidas no reciben tratamiento porque no buscan ayuda, ya sea porque creen que no la necesitan, o porque consideran que pueden manejar el problema ellos mismos; 2) las personas están dispuestas a hablar de suicido, pero solo entre susurros. El colosal estigma y tabú que se extiende sobre el suicidio supone una barrera nada desdeñable para acceder a información relevante sobre el tema; y 3) la mayoría de la producción científica se ha realizado en muestras de personas del mundo occidental, a pesar de que una gran parte de los suicidios ocurren en el continente asiático.

Material docente original

2.1. Visión de conjunto

A pesar de lo anterior, se ha recorrido un buen tramo del camino para entender mejor un fenómeno tan complejo y multifactorial como el suicidio, pero aún quedan muchos kilómetros por delante en los que debería primar la transparencia y la replicabilidad de los estudios, que no siempre utilizan la metodología óptima (Pirkis, 2020). Ante semejantes premisas, no cabe duda de que necesitamos establecer puentes entre las personas que tienen riesgo de suicidio y los tratamientos psicológicos eficaces basados en la evidencia empírica. Y aquí nos encontramos con una nueva piedra en el camino: dichos tratamientos no están tan bien establecidos como desearíamos. Esta falta de consenso podría deberse a la heterogeneidad presente en la literatura científica en relación con los tipos de conducta suicida (ideación suicida, tentativa suicida, auto-lesiones sin deseo de muerte, auto-lesiones deliberadas, etc.), las variables de resultado (reducción de muertes, reducción de ingresos, reducción de ideación, aumento de la

latencia de la repetición, aumento de las razones para vivir, etc.), los tratamientos aplicados (variedad de protocolos terapéuticos con diferentes modalidades –individual, grupal, familiar–), los diagnósticos (trastorno límite de la personalidad, depresión mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia, ansiedad, anorexia nerviosa, etc.), los contextos asistenciales (públicos, privados, ambulatorio, urgencias u hospitalización), el tipo y tamaño de las muestras (adultos, jóvenes y ancianos), la variedad de los contenidos englobados bajo la etiqueta de "tratamiento control" o "tratamiento habitual", diferentes contextos de investigación (controlados o naturalísticos) o el sesgo de publicación que ha formado parte de los ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados (Calati y Courtet, 2016; Witt et al., 2018; Zalsman et al., 2016).

De hecho, aunque los hay, no son muchos los estudios que permiten establecer evidencias sólidas. Quizás esto se deba a que, aun siendo un problema de salud pública de gran calado (OMS, 2014), el suicidio no deja de ser un evento raro desde un punto de vista estadístico. No conviene olvidar, además, la necesidad de establecer el tamaño del efecto de los diferentes tratamientos e intervenciones preventivas y para qué entornos clínicos son relevantes (Hofstra et al., 2020).

A pesar de lo previamente expuesto, durante las últimas dos décadas, la investigación ha sido más prolija y se han hecho esfuerzos para desarrollar intervenciones psicológicas específicamente centradas en el suicido, más allá del tradicional –¿y agotado?– modelo que entendía que tratando los problemas psicológicos o trastornos mentales subyacentes, las personas reducirían sus pensamientos e impulsos suicidas. De hecho, una prestigiosa revisión sistemática y metaanálisis de Meerwijk, Parekh, Oquendo, Allen, Franck y Lee (2016) concluyó que las intervenciones psicológicas y conductuales que abordan la conducta suicida de forma directa son efectivas tanto a corto como a largo plazo, mientras que aquellas que lo abordan solo de

Material docente original

manera indirecta (centrándose en otros aspectos como la desesperanza, depresión, ansiedad, calidad de vida, etc.) tendrían menor eficacia o ni siquiera la tendrían (Mewton y Andrews, 2016). Así, numerosos investigadores líderes de este campo de conocimiento han sugerido que el tratamiento debería centrarse, en lugar de en los trastornos mentales *per se*, en las razones por las que las personas consideran el suicidio y prefieren morir que vivir, más allá de sus "diagnósticos" particulares (Pompili, 2018). Como apuntamos en la introducción, fenómenos tales como el sufrimiento, la desesperanza o la incapacidad para encontrar el sentido de la vida trascienden las categorías diagnósticas y están fuertemente vinculadas a los pensamientos y a otras conductas suicidas, que pueden tener lugar en el contexto de otros problemas o trastornos mentales o, incluso, en su ausencia (Al-Halabí, Mayoral y Corcoran, 2019; Cuijpers, de Beurs, van Spijker, Berking, Andersson y Kerkhof, 2013; Ducasse et al., 2018; Verrocchio, Carrozzino, Marchetti, Andreasson, Fulcheri y Bech, 2016). Por este motivo, se hace completamente necesario escuchar lo que las personas con ideación o intentos de suicidio tienen que decir respecto a su experiencia personal y abordarlo desde un punto de vista fenomenológico, explorando la individualidad irrepetible de cada persona.

Por consiguiente, entendemos que es necesaria una perspectiva que entienda la necesidad de tratamientos específicos para el suicidio, más allá de los que se precisen para otros posibles problemas psicológicos concomitantes y que se abordan detenidamente a lo largo de este libro. Es más, es posible que muchas personas con ideación suicida no tengan acceso adecuado a esos tratamientos psicológicos específicos para otros trastornos o no quieran recibirlos, motivo por el que también cobran especial relevancia aproximaciones clínicas breves para la prevención del suicidio (Turecki et al., 2019).

Material docente original

La conducta suicida no estaría, entonces, consustancialmente ligada a trastornos mentales específicos ni serían síntomas de éstos, sino –como ya mencionamos– a unas circunstancias de vida en las que el *drama existencial* cobra especial relevancia (García-Haro et al., 2018), motivo por el que no abordaremos la revisión seleccionando diferentes diagnósticos o grupos de población clínica, sino de una forma global, holística y fenomenológica-existencial (Pérez-Álvarez, 2019), tal cual viene recogida en los paradigmas actuales de la literatura científica (Turecki et al., 2019).

En este texto se ha examinado la literatura científica seleccionando, por su calidad, las revisiones sistemáticas y los metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados (ECAs, en adelante) publicados en los últimos cinco años que –a su vez– recogen los estudios de las últimas dos décadas (solo en el caso de que no existan revisiones sistemáticas o metaanálisis, hemos considerado ECAs individuales u otros estudios bien realizados). De esta manera, evitamos la sobrerrepresentación de algunos estudios, aumentamos la brevedad y la precisión – sin perder al lector en un sinfín de datos y estudios – y recogemos los análisis de calidad que se han realizado tras el incremento de publicaciones sobre suicidio que ha tenido lugar en el último lustro, coincidiendo con el primer informe de la OMS (2014) sobre el establecimiento de la prevención del suicidio como un objetivo global y prioritario. En aquellos casos en los que los metaanálisis hayan arrojado una heterogeneidad estadísticamente significativa, ésta será explícitamente comentada. En caso contrario, se asume que dicho parámetro no ha sido significativo.

Finalmente, nos gustaría informar al lector de que no abordaremos la revisión de los tratamientos psicológicos eficaces para las llamadas conductas autolíticas sin intención de muerte. Este tipo de conductas son muy complejas y, sin duda, constituyen un importante factor de riesgo para los intentos de suicidio (NICE, 2011; Windfhur,

Material docente original

Steeg, Hunt y Kapur, 2016), pero no son objeto de este capítulo. Para tal fin, se recomienda al lector que permanezca atento a la futura publicación de la nueva revisión *Cochrane* sobre las intervenciones para las autolesiones en adultos (Witt et al., 2020). En dicha revisión se incluirán los ECAs disponibles sobre las siguientes intervenciones psicológicas: terapia cognitivo-conductual, terapia dialéctico conductual, terapia basada en la mentalización, manejo de casos, intervenciones de contacto remoto (cartas, mensajes y teléfono), enfoques mejorados para la adherencia al tratamiento y otras intervenciones multimodales.

De acuerdo con Witt et al. (2020), cada una de estas intervenciones será comparada con el tratamiento habitual, que consistirá –mayoritariamente– en el cuidado clínico rutinario. Los autores prevén dotar a la comunidad científica y profesional de resultados acerca de la calidad de la evidencia disponible siguiendo los criterios *Cochrane* y el sistema GRADE. Este protocolo ha sido publicado el 2 de julio de 2020 (Art. No.: CD013668) y se espera que los resultados se hagan públicos con posterioridad a la publicación de este libro.

Material docente original

2.2. Tratamientos psicológicos basados en la evidencia empírica

2.2.1. Terapia Cognitivo-Conductual

De entre todos los tratamientos psicológicos a largo plazo, la Terapia Cognitiva (TC) y la Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) son las que han recibido mayor atención por parte de los investigadores (Brodsky et al., 2018; Turecki et al., 2019). Ambas terapias asumen que las personas son capaces de manejar sus dificultades y trastornos psicológicos si son capaces de modificar la forma en la que piensan, se comportan y abordan la resolución de problemas. En general, se trata de tratamientos estructurados, a

medio-plazo, en los que la formulación y conceptualización del problema incluye la identificación de pensamientos negativos automáticos, las situaciones que “disparan” esos pensamientos, las respuestas emocionales y conductuales que les prosiguen y el conjunto de creencias asociadas con esos pensamientos automáticos. Una vez formulado el caso, se hace una selección de herramientas específicas de carácter cognitivo y conductual para el abordaje clínico y el tratamiento del problema psicológico o trastorno mental concreto (Chang, Jager-Hyman, Brown, Cunningham y Stanley, 2016).

Son varios los metaanálisis y revisiones sistemáticas que respaldan que la TC y la TCC que abordan las conductas y pensamientos suicidas en adultos (independientemente de sus diagnósticos) pueden reducir la incidencia de éstas (Tabla 4), así como la TCC breve (Bryan, Peterson y Rudd, 2018; Rudd et al., 2015). Sin embargo, los resultados no son del todo concluyentes cuando se toma en consideración la variable de muerte por suicidio (Hofstra et al., 2020). Así, una revisión y metaanálisis de dieciocho ECAs independientes realizada por Hawton et al., (2016) concluyó que la TCC, comparada con el tratamiento habitual se asoció a una incidencia significativamente menor de la ideación suicida a los seis meses de seguimiento, pero no con una reducción de la muerte final por suicidio a los doce meses de seguimiento.

--- INSERTAR TABLA 4 AQUÍ ---

Leavy y Hawkins (2017) llevaron a cabo un metaanálisis y una revisión sistemática con veintiséis estudios con grupo de tratamiento y grupo control, cuyas principales conclusiones fueron las siguientes: por un lado, la TCC mostró un efecto medio estadísticamente significativo para reducir la ideación y la conducta suicida frente al tratamiento habitual (si bien, los autores advierten de la gran heterogeneidad de los estudios incluidos en el análisis). Por otro lado, aunque la TCC se presenta como una promesa para el abordaje clínico en adultos, cinco de los estudios informaron de

Material docente original

que el mero transcurso del tiempo y algunos componentes del tratamiento habitual, como la alianza terapéutica, también podrían reducir las conductas suicidas. No obstante, los autores señalan la dificultad de medir la competencia del terapeuta y su adherencia a la TCC. El número medio de sesiones estuvo en torno a once –ya Judith Beck (2011) había sugerido entre nueve y dieciocho sesiones en función de la gravedad de los síntomas–.

Ese mismo año, Riblet, Shiner, Young-Xu y Watts (2017) publicaron un metaanálisis de setenta y ocho ECAs en el que compararon diferentes estrategias de prevención de suicidio, de los cuales, sólo seis se centraron en TCC. Los autores alcanzaron conclusiones similares a las establecidas por Hawton et al., (2016), a saber: las terapias basadas en el paradigma cognitivo-conductual se asociaron con una menor probabilidad de suicidio en comparación con el tratamiento habitual, pero tales resultados no fueron significativos (Riblet et al., 2017). Tampoco encontraron que la terapia basada en la resolución de problemas redujera el riesgo de suicido. Una posible explicación que dan los propios autores es que su variable de análisis final fue la muerte por suicidio y no otros resultados intermedios (como la ideación suicida, los intentos, etc.). Este último dato es similar al encontrado por la revisión de Zalsman et al. (2016) que, sin embargo, sí encontraron datos que apoyan de forma significativa la eficacia de la TCC y de la TC en la reducción de la ideación suicida cuando se comparan con el tratamiento habitual o con mínima intervención.

Recientemente, D'Anci et al. (2019) examinaron un total de cuatro revisiones sistemáticas compuestas, a su vez, por un total de dieciocho ECAs. En general, estos estudios se centraron en el efecto de la TCC frente al tratamiento habitual. Los resultados mostraron que la TCC redujo los intentos de suicidio, la ideación suicida y la desesperanza en comparación con el grupo control. No obstante, no pareció eficaz para

Material docente original

prevenir o reducir el suicidio consumado (la potencia de esta conclusión fue baja) en la línea de Riblet et al. (2017) y Hawton et al. (2016).

Antes de llegar al final de esta revisión, cabe mencionar un ECA realizado por Haddock et al. (2019) que, sin acometer específicamente la eficacia de la TCC, sí abordó la viabilidad y la aceptación de la Terapia Cognitivo-Conductual para la Prevención de Suicidio (*Cognitive Behavioral Suicide Prevention Therapy*, CBSP, por sus siglas en inglés) en personas atendidas en régimen agudo. Se compararon veinte sesiones de CBSP de una hora de duración frente al tratamiento habitual (cuidados de enfermería, evaluación, mediación, revisiones, etc.) a lo largo de seis meses. Los resultados apoyaron que esta terapia no solo fue viable y aceptable para las personas ingresadas con ideación suicida, sino que además podría ser costo-efectiva (Haddock et al., 2019).

Finalmente, Turecki et al. (2019) publicaron una recopilación de la evidencia científica disponible en la prestigiosa revista *Nature Reviews*. Estos autores afirman, tal y como venimos diciendo a lo largo de estas líneas, que la TC y la TCC pueden ser eficaces para abordar los pensamientos y las conductas suicidas en adultos de alto riesgo (con diagnósticos heterogéneos y con conductas suicidas como elemento común). No obstante, como venimos señalando, la heterogeneidad en este campo es considerable e incluso un análisis ha demostrado que la eficacia de la TCC es mayor cuanto menor es la claridad con la que está descrita el tratamiento habitual (Witt et al., 2018).

Material docente original

2.2.2. Terapia Dialéctico-Conductual

La Terapia Dialéctico-Conductual (TDC en adelante) es un tipo de terapia desarrollada por Marsha Linehan en 1993 que combina varios elementos: 1) aspectos tradicionales de modificación o re-estructuración cognitiva; 2) prácticas basadas en la aceptación; y

3) la disregulación emocional como marco de referencia de los problemas psicológicos (Chang et al., 2016). Su naturaleza multicomponente también está presente en sus recursos terapéuticos: terapia individual, entrenamiento grupal en habilidades, soporte telefónico, tratamientos auxiliares y grupo de consulta para los terapeutas (Linehan et al., 2015).

Numerosos estudios individuales se han centrado en la eficacia de la TDC para personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) (Turecki et al., 2019) mostrando que puede reducir la ideación y los intentos autolíticos (autolesiones) en las personas con este diagnóstico (Hawton et al., 2016; O´Connor y Pirkis, 2016; Oud et al., 2018). Podemos decir que la literatura es consistente al respecto en esta población clínica y para ese tipo de conductas específicas, que se caracterizarían tanto por los intentos de suicidio como por las lesiones autoinfligidas sin deseo real de muerte (Brown, Linehan, Comtois, Murray y Chapman, 2009). Sin embargo, las cosas ya no están tan claras cuando se realizan revisiones sistemáticas o metaanálisis en las que se examina su eficacia como tratamiento psicológico independientemente del diagnóstico de la muestra, tal y como han afirmado Turecki et al. (2019) en el prestigioso artículo de *Nature Reviews* que se mencionó previamente.

En la revisión sistemática y metaanálisis de Hawton et al. (2016) se analizaron entre dos y cuatro ECAs (en función de la variable de resultado) con personas diagnosticadas de TLP. En comparación con el tratamiento habitual, la TDC redujo significativamente la repetición de conductas autolíticas en las personas de alto riesgo (aunque no tuvo un efecto global significativo sobre la proporción de aquellas que repitieron las conductas autolíticas –o autolesiones– a los doce y veinticuatro meses de seguimiento). De igual manera, los resultados de la revisión realizada por Zalsman et al.

Material docente original

(2016) también apoyaron que la TDC puede reducir la ideación suicida en personas diagnosticadas de TLP, especialmente mujeres.

El metaanálisis realizado por DeCou, Comtois y Landes (2019) sintetizó los resultados encontrados en dieciocho ECAs acerca de la efectividad específica de la TDC para el tratamiento de la conducta suicida. De todos los estudios, solo diez contemplaron la ideación suicida como variable de resultado. Cuando se tomaron estos estudios en conjunto no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la ideación suicida (N = 540; tamaño del efecto medio ponderado, *d* = -.229; 95% IC = -.473 a .16), aunque sí en otras variables de riesgo como las conductas autolíticas o autolesiones (N = 874; tamaño del efecto medio ponderado, *d* = -.324, 95% IC = -.471 a -.176), o la frecuencia de uso de los servicios psiquiátricos de urgencia (N = 663; tamaño del efecto medio ponderado, *d* = -.379, 95% IC = -.81 a -.176). No obstante, añaden los autores, habría que tener en cuenta que el hecho de que la TDC no parezca particularmente eficaz en la reducción de la ideación suicida, podría deberse a que no se incluyeron medidas explícitas de dicha variable.

En la revisión sistemática de D'Anci et al. (2019) se incluyeron cinco ECAs que incluyeron a personas diagnosticadas de TLP con alto riesgo de suicidio. Estos estudios comparaban la TDC con el tratamiento habitual y con otras terapias más inespecíficas. La TDC mostró ser levemente más eficaz para la reducción de conductas suicidas que la terapia centrada en el cliente en la revisión de Hawton et al. (2016) y que la lista de espera en uno de los ECAs (McMain, Guimond, Barnhart, Habinski y Streiner, 2017).

2.2.3. Evaluación Colaborativa y el Manejo del Suicidio (CAMS)

La Evaluación Colaborativa y el Manejo del Suicidio (*Collaborative Assesment and Management of Suicidality*, CAMS adelante por sus siglas en inglés) no es exactamente

Material docente original

un tipo de tratamiento psicológico, sino más bien una suerte de marco terapéutico basado en la evidencia científica que permite una intervención clínica, integradora y flexible para manejar el riesgo de suicido (Jobes, 2016). La CAMS enfatiza una evaluación colaborativa y la planificación del tratamiento a través de una herramienta clínica llamada "Formulario del Estado de Suicidio" (*Suicide Status Form,* SSF por sus siglas en inglés). Este proceso tiene como objetivo mejorar la alianza terapéutica y aumentar la motivación y adherencia al tratamiento (Jobes, Comtois, Brenner, Gutierrez y O'Connor, 2016). Para ello, se utilizan diversas aproximaciones, tales como intervenciones basadas en *mindfulness*, terapia de aceptación y compromiso o terapia cognitivo-conductual, orientadas a promover la flexibilidad psicológica y el compromiso hacia la acción. El procedimiento transita a través de seis pasos (*steps*) que ayudan a identificar y entender los problemas presentes en la vida de la persona que le llevan a considerar el suicido. Y, finalmente, se enfoca en el desarrollo de razones para vivir y en el sentido, propósito y significado en la vida (Jobes et al., 2016).

Existen estudios correlacionales y varios ECAs con poblaciones clínicas específicas (p. ej., adultos diagnosticados de TLP y soldados en activo con alta frecuencia de ideación suicida) que respaldan el uso de la CAMS y la SSF para el riesgo de suicidio (Andreasson et al., 2016; Ellis, Rufino y Allen, 2017; Hanratty, Kilicaslan, Wilding y Castle, 2019; Jobes et al., 2017; Pistorello et al., 2020), pero la literatura aún no es concluyente a este respecto (Turecki et al., 2019). Uno de los ECAs más recientemente publicados (Jobes et al., 2017) arrojó datos de la eficacia de la CAMS para reducir la ideación de suicidio frente al tratamiento habitual en una muestra de soldados en activo del Ejército de Estados Unidos con una frecuencia alta de pensamientos suicidas. El grupo que fue asignado a CAMS tuvo una probabilidad

Material docente original

significativamente menor de ideación suicida que el grupo control a los tres meses de seguimiento (*d* de Cohen = .93; *p* = .028).

Sin embargo, son menos los ECAs que se han realizado con población clínica heterogénea (Ellis et al., 2017; Ryberg, Zahl, Diep, Landrø y Fosse, 2018; Pistorello et al., 2020). Veámoslos con cierto detenimiento. Los resultados del estudio de Ellis et al. (2017) realizado con ciento cuatro personas repartidas entre CAMS y el tratamiento habitual, mostraron que, aunque todas mejoraron, aquellas asignadas a CAMS lo hicieron significativamente más en las medidas de depresión, ideación suicida, funcionamiento y bienestar. Estas diferencias se mantuvieron hasta los seis meses. Rybert et al. (2018) incluyeron setenta y ocho personas de diversos diagnósticos procedentes de centros de atención especializada, tanto ambulatorios como internos, que fueron aleatoriamente asignados al CAMS o al tratamiento habitual. Después de seis meses, los participantes de CAMS informaron de niveles más bajos de ideación suicida, de distrés y de angustia en comparación con el tratamiento habitual tanto a los seis como a los doce meses de seguimiento. En el último ECA publicado sobre la CAMS (Pistorello et al., 2020) se comparó dicha intervención frente al tratamiento habitual en una muestra de sesenta estudiantes universitarios con pensamientos de suicidio. Ambos grupos de tratamiento mostraron mejoría en todas las variables de resultado. La CAMS tuvo mayor probabilidad de disminuir la desesperanza entre los estudiantes con menos dificultades de regulación emocional, sin intentos de suicidio previos y con más edad. Por el contrario, el tratamiento habitual obtuvo mejores resultados con los estudiantes con más características TLP y antecedentes de múltiples intentos de suicidio. No obstante, no hubo grandes diferencias entre los grupos en las principales variables del estudio, lo que impide extraer conclusiones sólidas (recuérdese el pequeño tamaño muestral, que podría dar cuenta de esta ausencia de significación estadística).

Material docente original

2.3. Intervenciones psicológicas breves basadas en la evidencia empírica

Posiblemente introduzcamos cierta heterodoxia al incorporar intervenciones breves dentro de la consideración de tratamientos psicológicos (González-Pardo y Pérez Álvarez, 2007). Sin embargo, dado que la ideación suicida y la desesperanza pueden fluctuar considerablemente a lo largo del día (Figura 1), incluso de las horas (Rudd, 2006), cobra especial relevancia contar con intervenciones breves que puedan ser utilizadas en diferentes entornos clínicos y que permitan poner a salvo a la persona en riesgo de suicidio (Sáiz et al., 2014). Las "crisis" pueden variar a lo largo del tiempo en función de los acontecimientos "disparadores" o "salvadores-protectores" que puedan ir surgiendo a lo largo de la semana, el mes o en función de los eventos que tengan lugar en la vida de cada una de las personas (Figura 2) (Stanley y Brown, 2015).

La Figura 1 y la Figura 2 tratan de ilustrar, mediante ejemplos sencillos, esa variación inter-personal e intra-personal que las ideas de suicidio pueden presentar a lo largo de un día o de una semana. Se trata de situaciones cotidianas que reflejan la realidad abierta y fluctuante del riesgo, que incluso puede cambiar por contingencias del azar que equilibran o desequilibran la balanza de la ambivalencia entre vivir o morir (véase en el Apartado B el ejemplo de "El Sabor de las Cerezas"). Esos sucesos contextuales de la vida podrían mediatizar los deseos de muerte por lo que representan: sensación de pertenencia, conexión con los valores o presencia de conflicto. Nótese que el uso de los ejes cartesianos y de las líneas quebradas es puramente didáctico, pues estamos ante un fenómeno eminentemente dinámico, fluido y estrictamente personal.

--- INSERTAR FIGURA 1 Y FIGURA 2 AQUÍ ---

Las intervenciones breves pueden llevarse a cabo en una sola sesión e incluso pueden realizarse por teléfono u otros medios no presenciales. En general, el objetivo se

Material docente original

centra más en conductas específicas que en “síntomas” de suicidio, ayudando así a que las personas tomen conciencia de los problemas, los factores de riesgo y eventos personales vinculados a sus conductas de suicidio, y motivándoles para que se comprometan con su seguridad y busquen ayuda (Turecki et al., 2019). Nótese que en esta lista de intervenciones basadas en la evidencia no se encuentran los contratos de no-suicidio, que durante años fueron utilizados en diversos contextos clínicos. No obstante, no hay datos que apoyen su eficacia y apenas se utilizan, ya que han perdido el beneplácito de la comunidad científica (Turecki et al., 2019).

Material docente original

2.3.1. Plan de Seguridad de Stanley y Brown

La intervención clínica llamada “Plan de Seguridad” (*Safety Planning Intervention,* SPI en adelante por sus siglas en inglés) fue desarrollada por Stanley y Brown (2012) y está considerada como una de las mejores prácticas de intervención breve (SAMHSA, 2015). Esta intervención incorpora estrategias basadas en la evidencia científica para la reducción del riesgo suicida y está pensada para utilizarse en una única sesión, por lo que puede llevarse a cabo en cualquier contexto y resulta muy útil para las crisis suicidas, que habitualmente no suelen durar mucho tiempo (Stanley et al., 2018). El SPI debe llevarse a cabo tras una evaluación minuciosa y comprehensiva del riesgo suicida y en colaboración con la persona que necesita ayuda.

Los componentes básicos del SPI son seis: reconocer las señales de alarma de una crisis suicida inminente, emplear estrategias internas de afrontamiento, utilizar los contactos sociales como un medio de distracción de los pensamientos suicidas, ponerse en contacto con familiares o amigos que pueden ayudar a resolver la crisis suicida, ponerse en contacto con profesionales de salud mental o con instituciones

especializadas y reducir el acceso a medios potencialmente letales (Stanley y Brown, 2012).

La combinación del SPI junto con la realización de llamadas telefónicas de seguimiento se ha denominado SPI+ y también se ha mostrado efectiva tanto para reducir la incidencia de conductas suicidas como para aumentar el compromiso con el tratamiento una vez abandonado el Servicio de Urgencias (Stanley et al., 2018).

En el momento de escribir estas líneas se está llevando a cabo un ECA para determinar si una nueva intervención breve llamada SAFETEL, que combina el SPI junto con apoyo telefónico durante el seguimiento, es factible y aceptable para las personas ingresadas en hospitales del Reino Unido después de un intento de suicidio (O'Connor et al., 2019).

Material docente original

2.3.2. Contactos de Apoyo y Seguimiento

El llamado Contacto Activo de Apoyo (*Caring Contacts* en inglés) es una intervención que ya fue evaluada hace varias décadas y se refiere a la rutina de enviar mensaje breves y no demandantes (vía email, mensaje, etc.) que expresan preocupación y apoyo emocional durante el seguimiento a aquellas personas que han recibido el alta clínica (Turecki et al., 2019). Este tipo de intervención, concretamente la WHO BIC –*World Health Organization Brief Intervention and Contact* (Contacto e Intervención Breve de la Organización Mundial de la Salud) (Fleischmann et al., 2008)–, estuvo asociada con una menor probabilidad de suicidio en países de ingresos bajos y medios en el metaanálisis de Riblet et al. (2017), aunque los autores advierten de la dificultad de extrapolar los resultados a los países desarrollados. El contacto activo y el seguimiento también obtuvo resultados positivos de eficacia en el de metaanálisis de Inagaki,

Kawashima, Yonemoto y Yamada (2019), así como en el ECA posterior de Comtois et al. (2019), aunque con resultados inconsistentes.

2.3.3. Programa de Intervención Breve en Tentativas de Suicidio

El Programa de Intervención Breve en Tentativas de Suicidio *(The Attempted Sucide Short Intervention Program,* ASSIP en adelante por sus siglas en inglés) es relativamente novedoso (Michel, Valach y Gysin-Maillart, 2017) y en él se combinan diferentes componentes, tales como elementos del SPI, psicoeducación y grabaciones de la narrativa de la persona acerca de su crisis de suicido más reciente. Se administra en tres sesiones semanales durante la terapia presencial e incluye cartas personalizadas para los participantes durante 24 meses. Un ECA ha mostrado su eficacia frente al tratamiento habitual en la reducción de tentativas de suicidio (Gysin-Maillart, Schwab, Soravia, Megert y Michel, 2016) y en la mejoría en estrategias de afrontamiento (Gysin-Maillart, Soravia y Schwab, 2020), aunque no en la ideación suicida, que parece estar más relacionada con la satisfacción de la persona con la relación terapéutica (Ring y Gysin-Maillart, 2020).

2.3.4. Hoja Voluntaria de Ayuda

La Hoja Voluntaria de Ayuda (*Volitional Help Sheet*, VHS en adelante por sus siglas en inglés) es un tipo de intervención breve recientemente diseñada para mejorar el propio compromiso de la persona con no autolesionarse. Consta de una hoja con una tabla compuesta por dos columnas: en una de las columnas se recogen las situaciones críticas que pueden “disparar” las conductas autolíticas y en la otra se enumeran las posibles respuestas alternativas a tales autolesiones. En el ECA realizado por O'Connor et al. (2017) la VHS no tuvo un efecto general, aunque los análisis post-hoc sugirieron que,

Material docente original

frente al tratamiento habitual, podría ser eficaz para reducir las repeticiones de conductas autolíticas en personas que fueron previamente hospitalizadas por autolesiones. No obstante, aún se requiere de más investigación (Turecki et al., 2019).

2.4. ¿Qué hay de otras terapias psicológicas?

Existen otro tipo de tratamientos psicológicos que han recibido cierta atención en la literatura científica durante los últimos años, pero que aún necesitan de más investigación para verificar su eficacia, ya que sus resultados son preliminares y aún no ha sido objeto de estudios concluyentes o rigurosos (Hawton et al., 2016b; Turecki et al., 2019).

En este apartado se incluirían la psicoterapia interpersonal específicamente centrada en adultos mayores (Heisel, Talbot, King, Tu y Duberstein, 2015; Pinquart, Duberstein y Lyness, 2006), las intervenciones basadas en mindfulness (Chesin, Brodsky, Beeler, Benjamin-Phillips, Taghavi y Stanley, 2018; Chesin, Interian, Kline, Benjamin-Phillips, Latorre y Stanley, 2016; Collins, Stritzke, Page, Brown y Wylde, 2018), la terapia basada en la mentalización (Malda-Castillo, Browne y Perez-Algorta, 2019) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Ducasse et al., 2018; Tighe, Nicholas, Shand y Christensen, 2018). A este conjunto de terapias cabría añadirle la terapia existencial, por la importancia que este enfoque pudiera tener en un fenómeno de las características del suicidio. Parece razonable pensar que un problema existencial (Camus, 1942/2006) podría verse beneficiado por intervenciones coherentes con un enfoque existencial (Gautreau, 2018).

En el momento de escribir estas líneas, hay más de cien ensayos clínicos en curso registrados para el tratamiento del suicidio. Estos ensayos están investigando

Material docente original

diversas intervenciones, desde enfoques tanto conductuales como farmacológicos hasta nuevos medios de detección y prevención primaria.

3. RECOMENDACIONES Y DIRECTRICES

La Terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia Dialéctico-Conductual son los tratamientos psicológicos con mayor evidencia empírica para la reducción de los comportamientos suicidas. Ambas terapias han demostrado tener efectos superiores al tratamiento habitual en la reducción de la ideación y las tentativas de suicidio. Igualmente, la literatura científica también respalda el modelo de Evaluación Colaborativa y el Manejo del Suicidio (CAMS). En la Tabla 5 se recoge el grado de recomendación para tales tratamientos de acuerdo con los niveles de evidencia científica de los estudios expuestos en el apartado anterior. El lector interesado puede encontrar en los metaanálisis y revisiones sistemáticas utilizados las características detalladas de los estudios incluidos y los parámetros estadísticos de interés.

--- INSERTAR TABLA 5 AQUÍ ---

Este tipo de terapias ofrecen la oportunidad de debatir acerca de problemas existenciales en un ambiente seguro, donde el psicólogo puede validar el sufrimiento de las personas con deseos de morir o que luchan por permanecer vivas a la vez que las reorienta hacia la vida con nuevas estrategias de afrontamiento. Si bien, existen algunas consideraciones de la TCC y la TDC que tienen cierto interés (Chang et al., 2016):

- La TDC, tal cual se ha llevado a cabo en los ECAs para la prevención del suicidio, requiere más tiempo y es más intensiva que la TCC, que suele ser más concisa y limitada en el tiempo. Una razón que puede explicar esta diferencia estaría relacionada con el objetivo del tratamiento. Así, mientras que la TCC se centra en enseñar habilidades que le permitan hacer frente a la ideación y las

Material docente original

crisis suicidas, el objetivo final de la TDC es ayudar a la persona que solicita ayuda a construir una vida que merezca la pena ser vivida (en la línea de otras terapias como ACT).

- Mientras que la TDC está empíricamente validada principalmente para mujeres con diagnóstico de TLP, la TCC ha mostrado su efectividad en poblaciones transdiagnósticas.
- La TCC disminuye el riesgo de suicidio enseñando a las personas a reconocer las señales de alarma de sus conductas suicidas y nuevas estrategias conductuales para hacer frente a los pensamientos de suicidio. La TDC se centra en que la persona sea capaz de "lidiar" con la disregulación emocional y aprenda a tolerar los estresores propios de la vida.

De igual manera, se ha desarrollado un cuerpo de intervenciones breves para dar respuesta a las emergencias clínicas de las personas en situación de crisis suicidas. El Plan de Seguridad de Stanley y Brown (2012) es una de las intervenciones más efectivas y puede combinarse con otro tipo de terapias más comprehensivas. La Tabla 6 recoge el grado de recomendación de las intervenciones breves de acuerdo con los niveles de evidencia científica de los estudios desarrollados en el apartado anterior.

--- INSERTAR TABLA 6 AQUÍ ---

Más allá de la eficacia de estos tratamientos, es interesante destacar aquí que numerosos autores han demandado la necesidad de llevar a cabo estrategias no solo eficaces, sino también eficientes para la prevención del suicidio, que incluirían a los tratamientos psicológicos, pero también a otras intervenciones multinivel globales (Denchev et al., 2018; Dunlap et al., 2019; Zalsman et al., 2016). Así, McDaid (2016) establece cuatro componentes económicos clave en la selección de acciones encaminadas a la prevención del suicido: 1) El coste de la inacción: ¿cuáles son las

Material docente original

consecuencias económicas de no llevar a cabo ninguna acción contra el suicidio?; 2) El coste de la acción: ¿cuánto costaría invertir en medidas para reducir la probabilidad de suicidio?; 3) La relación entre el coste y la eficacia de la acción: ¿cuál es el balance entre el coste de una intervención y el impacto de los actos de suicidio?; 4) Incentivar la implementación: ¿qué tipo de incentivos pueden utilizarse para incrementar el uso de estrategias de prevención de suicidio eficientes en detrimento de otras que lo son menos?.

A pesar de la evidencia acerca de la eficacia de las intervenciones que se han mencionado a lo largo del texto, apenas se han realizado estudios comparativos sobre su relación entre el coste y el beneficio; es más, aún permanece poco claro cuál de tales tratamientos tienen mayor efectividad (el grado en que se obtiene el efecto pretendido en condiciones de la práctica clínica habitual) y eficiencia (el valor de la intervención con respecto al coste para el individuo o la sociedad). Los pocos estudios que se han realizado sobre el tema han examinado principalmente el uso del cribado universal y las entrevistas de seguimiento en los Servicios de Urgencias hospitalarias. Concretamente, Dunlap et al. (2019) sugieren que sí pueden ser eficientes en comparación con el tratamiento habitual en la reducción de la conducta suicida a los doce meses de seguimiento. Otro tipo de estudios han analizado programas de intervención general compuestos por múltiples profesionales en países como Canadá, Inglaterra, Holanda, Estados Unidos o Australia, pero sin centrarse específicamente en la terapia psicológica, sino más bien en aspectos relacionados con la gestión o los protocolos de actuación (McDaid, 2016). No obstante, sí se ha realizado algún estudio reciente que incluye algún tratamiento psicológico. Tal es el caso del estudio de Denchev et al. (2018), que estimaron la relación entre el coste y la eficacia de tres tipos de intervenciones para reducir el riesgo de suicidio en los Servicios de Urgencias: envío de cartas (véase

Material docente original

aparatado 2.3.2), seguimiento telefónico (véase apartado 2.3.2) y Terapia Cognitivo-Conductual para la Prevención de Suicidio (véase apartado 2.2.1). Los resultados del estudio confirmaron que todas ellas son efectivas y eficientes en comparación con el tratamiento habitual. El lector interesado puede consultar datos más específicos en dicho artículo, que incluye análisis de sensibilidad y la aplicación del método Montecarlo.

En todo caso, podría resultar ligeramente incómodo pensar en el suicidio en términos económicos, pero, desde una perspectiva ética, es importante considerarlo para que las estrategias de prevención de suicidio puedan entrar a "competir" en el terreno de la gestión de la salud pública y la promoción de la salud mental.

Material docente original

3.1. Implicaciones para la práctica clínica

Se escapa del objetivo de este capítulo abordar los múltiples componentes involucrados en el manejo del riesgo de suicidio. Pero sí cabría, al menos, mencionar que –más allá de los tratamientos psicológicos eficaces– existen multitud de variables que debemos tener en cuenta y que van a influir de forma dialéctica y decisiva en la evolución de este fenómeno más que en otros problemas psicológicos. Ya señalamos en la introducción que la forma en que preguntamos y evaluamos, estimamos el riesgo de suicidio y lo manejamos, motivamos, etc., tendrá un papel nada desdeñable en la propia evolución de riesgo de suicidio, que no deja de ser un proceso dinámico. De acuerdo con Knapp (2020), en la Tabla 7 se recogen aspectos transversales importantes en las intervenciones con personas en riesgo de suicidio independientemente del tratamiento seleccionado, cuya elección debería estar basada en diversos factores, tales como sus características clínicas y preferencias, la presencia de comorbilidad o las propias habilidades del terapeuta y su grado de competencia (Knapp, 2020). Los psicólogos deberían escoger los tratamientos eficaces con los que se sientan seguros y competentes,

y deberían trasladar esa credibilidad durante su ejercicio profesional en la certeza de que las personas que "creen" en el tratamiento tienen mayor probabilidad de obtener resultados positivos (Norcross y Lambert, 2018).

---INSERTAR TABLA 7 AQUÍ---

Del mismo modo, también es de gran interés clínico y sanitario enmarcar los tratamientos psicológicos revisados en un contexto general de intervención que cuente con respaldo científico. Así, el modelo AIM-SP (por sus siglas en inglés: *Assess, Intervene, Monitor for Suicide Prevention*) es un procedimiento de intervención comprehensivo basado en la evidencia que puede aplicarse a la práctica clínica diaria. Este modelo –en español, "Evaluar, Intervenir y Monitorizar para la Prevención del Suicidio"– propone un programa global de cuidados para las personas con riesgo de suicidio de diversos contextos clínicos (Brodsky et al., 2018; Holoshitz, Brodsky, Zisook, Bernanke y Stanley, 2019; Labouliere et al., 2018). En él se incluye un cribado universal, una evaluación comprehensiva del riesgo de suicido, y una adecuada monitorización y derivación de las personas de alto riesgo de suicidio (Figura 2) (Labouliere et al., 2018).

---INSERTAR FIGURA 2 AQUÍ---

De una forma más específica y práctica, Brodsky et al., (2018) proponen un sistema de diez pasos que puede aplicarse en la práctica clínica cotidiana (Tabla 8). De este modo, "Evaluar" haría referencia al uso sistemático de instrumentos de cribado y a la evaluación comprehensiva mediante la escala C-SSRS (Al-Halabí et al., 2016; Interian et al., 2018). "Intervenir" consistiría en llevar a cabo las intervenciones breves y terapias específicas para el suicidio revisadas en el Apartado 2 de este capítulo. Finalmente, "Monitorizar" requeriría poner en marcha estrategias de vigilancia mediante el contacto frecuente durante los periodos de alto riesgo.

Material docente original

---INSERTAR TABLA 8 AQUÍ---

4. RECAPITULACIÓN

El suicidio es una conducta compleja que rara vez está determinada por una sola causa. Como en casi todos los problemas de salud mental, están presentes múltiples factores. Y mucho sufrimiento y desesperanza. Aunque este capítulo se centra en los tratamientos psicológicos eficaces para las personas protagonistas de la crisis o queja suicida, interesa reconocer el profundo impacto psicológico que también tiene este fenómeno entre los familiares y allegados.

De acuerdo con la literatura científica, las intervenciones psicológicas son eficaces para reducir la ideación suicida y los intentos de suicidio a medio y largo plazo (Tabla 9), con especial mención a la TCC en población clínica transdiangóstica y a la TDC en personas diagnosticadas de TLP (Brodsky, Spruch-Feiner y Stanley, 2018; Calati y Courtet, 2016; D'Anci, Uhl, Giradi y Martín, 2019; Hofstra et al., 2020; Meerwijk et al., 2016; Zalsman et al., 2016). De igual manera, se ha desarrollado un cuerpo de intervenciones breves para dar respuesta a las emergencias clínicas de las personas con conductas suicidas que cuenta con suficiente aval científico (Stanley et al., 2018; Turecki et al., 2019), y se ha propuesto un contexto general de intervención que también cuenta con respaldo empírico y que puede aplicarse en la práctica clínica cotidiana a través de procedimientos que incluyan la evaluación, la intervención y la monitorización de las personas potencialmente suicidas (Labouriele et al., 2018).

---INSERTAR TABLA 9 AQUÍ---

Por lo tanto, las personas que luchan por mantenerse en la vida frente al acoso de los pensamientos suicidas y que soliciten ayuda (ya sea en el sistema público de salud o en la práctica clínica o sanitaria privada), deberían recibir una ayuda o tratamiento

Material docente original

psicológico específico basado en la evidencia, como los que se han expuesto, con independencia de si manifiestan o no otros problemas psicológicos asociados que pudieran beneficiarse de otro tipo de intervenciones psicológicas. Cierto es que los estudios no han tenido la suficiente potencia estadística para detectar una reducción significativa en relación con el suicidio consumado como evento final (Turecki et al., 2019), pero esto podría deberse a diversas cuestiones relacionadas con los problemas metodológicos (Turecki et al., 2019) y a los asuntos que aún tiene pendiente este campo de estudio. A este respecto, en la Tabla 10 se apuntan algunos de esos retos a los que tendrán que enfrentarse los investigadores (necesariamente multidisciplinares) durante las próximas décadas (Calati y Courtet, 2016; Coffey, Ahmedani y Coffey, 2019; O'Connor y Nock, 2014; Turecki et al., 2019).

---INSERTAR TABLA 10 AQUÍ---

Tras la revisión de la literatura científica, concluimos como empezamos: "*Good psycotherapy saves lives*" (la buena psicoterapia salva vidas) (Knapp, 2020). Y parece una valiosa conclusión a la que sumamos la siguiente reflexión: no hay ningún libro, no importa cuán comprehensivo sea, que pueda predecir todas las contingencias con las que un psicólogo va a tener que lidiar cuando se enfrente a la tarea de tratar a personas en riesgo de suicidio. En consecuencia, para ser eficaces, vamos a necesitar ser flexibles y –sobre todo– entender por qué hacemos lo que hacemos. En este sentido, los tratamientos basados en la evidencia nos ayudarán a tomar mejores decisiones (Knapp, 2020). En relación con esto, Roush et al. (2018) encontraron que los terapeutas con menor formación y que se sentían más ansiosos en presencia de personas con deseos de morir, tenían mayor probabilidad de avalar intervenciones con menor evidencia empírica. Sirva esto para resaltar la importancia de alcanzar unas buenas competencias profesionales y un entrenamiento y formación específicos en el manejo de la conducta

Material docente original

suicida. Tales competencias deben incluir elecciones con respaldo científico, sin olvidar la importancia de una actitud amable y de los valores de la persona como guía para tomar decisiones terapéuticas (Knapp, 2020).

La ayuda profesional que aquí se plantea no se centra tanto en desactivar un diagnóstico psicopatológico al uso (depresión, TLP, etc.) o en reparar mecanismos "averiados" mediante una técnica (Pérez-Álvarez, 2019), sino en ayudar a mejorar la existencia de una persona que lucha por mantenerse a flote frente al acoso de los deseos de morir. Si ese sufrimiento no es templado por las estrategias de afrontamiento y los valores existenciales, los pensamientos de muerte acabarán por asaltar definitivamente el barco. Los tratamientos psicológicos eficaces que aquí se han descrito cumplirían ese papel protector y, por lo tanto, se reclaman para la práctica clínica profesional.

Material docente original

Referencias

Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., … Bobes, J. (2016). Validation of a Spanish version of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 9*, 134-142.

Al-Halabí, S., Mayoral, M. y Corcoran, P. (2019). Suicidio durante el embarazo y el posparto. En M. F. Rodríguez Muñoz (Ed.), *Psicología Perinatal: Teoría y Práctica* (pp. 259-273). Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Andreasson, K., Krogh, J., Wenneberg, C., Jessen, H. H., Krakauer, K., Gluud, C. y 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*, 520-30.

Beck, J. (2011). *Cognitive behavior therapy, second edition: Basics and beyond*. New York, Estados Unidos: Guildford Press.

Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A. y Stanely, B. (2018). The Zero Suicide Model: Applying Evidence-Based Suicide Prevention Practices to Clinical Care. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 33.

Brown, M. Z., Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. y Chapman, A. L. (2009). Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: a multi-modal analysis. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 815-822.

Bryan, C. J., Peterson, A. L. y 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*, 703-709.

Material docente original

Calati, R. y Courtet, P (2016). Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *Journal of Psychiatric Research, 79*, 8-20.

Camus, A. (1942/2006). *El mito de Sísifo*. *Ensayo sobre el absurdo*. Buenos Aires, Argentina: Losada.

Chang, N. A., Jager-Hyman, S., Brown, G. K., Cunningham A. y Stanley, B. (2016). Treating the suicidal patient: Congnitive Therapy and Dialectical Behavior Therapy. En R. C. O'Connor y J. Pirkis (Eds.), *The International Handbook of Suicide Prevention* (pp. 36-60). Oxford, Inglaterra: Wiley Blackwell.

Chesin, M., Brodsky, B. S., Beeler, B., Benjamin-Phillips, C. A., Taghavi, I. y Stanley, B. (2018). Perceptions of Adjunctive Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Suicidal Behavior Among High Suicide-Risk Outpatient Participants. *Crisis, 39*, 451-460.

Chesin, M., Interian, A., Kline, A., Benjamin-Phillips, C., Latorre, M. y Stanley, B. (2016). Reviewing Mindfulness-Based Interventions for Suicidal Behavior. *Archives of Suicide Research, 20*, 507-527.

Chiles, J. A., Strosahl, K. D. y Roberts, L. W. (2019). *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients* (2ªed.). Washington DC: American Psychiatric Association.

Collins, K., Stritzke, W., Page, A. C., Brown, J. D. y Wylde, T. J. (2018). Mind full of life: Does mindfulness confer resilience to suicide by increasing zest for life?. *Journal of Affective Disorders, 226*, 100-107.

Coffey, C. E., Ahmedani, B. K. y Coffey, M. J. (2019). Challenges in Research on Suicide Prevention. *JAMA, 321*, 1105.

Material docente original

Comtois, K. A., Kerbrat, A. H., DeCou, C.R., Atkins, D. C., Majeres, J. J., Baker, J.C. y Ries, R. K. (2019). Effect of Augmenting Standard Care for Military Personnel with Brief Caring Text Messages for Suicide Prevention. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry, 76*, 474-483.

Costanza, A., Baertschi, M., Richard-Lepouriel, H., Weber, K., Pompili, M. y Canuto, A. (2020). The Presence and the Search Constructs of Meaning in Life in Suicidal Patients Attending a Psychiatric Emergency Department. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 327.

Cuijpers, P., de Beurs, D. P., van Spijker, B. A., Berking, M., Andersson, G. y Kerkhof, A. J. (2013). The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 144*, 183-190.

D'Anci, K. E., Uhl, S., Giradi, G. y Martín, C. (2019). Treatments for the revention and Management of Suicide: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine, 171*, 334-342.

DeCou, C. R., Comtois, K. A. y Landes, S. J. (2019). Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behavior Therapy, 50*, 60-72.

Denchev, P., Pearson, J. L., Allen, M. H., Claassen, C. A., Currier, G. W., Zatzick, D. F. y Schoenbaum, M. (2018). Modeling the Cost-Effectiveness of Interventions to Reduce Suicide Risk Among Hospital Emergency Department Patients. Psychiatric Services, *69*, 23-31.

Ducasse, D., Holden, R. R., Boyer, L., Artero, S., Calati, R., Guillaume, S., … Olie, E. (2018). Psychological pain in suicidality: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry, 79*, 44-51.

Material docente original

Ducasse, D., Jaussent, I., Arpon-Brand, V., Vienot, M., Laglaoui, C., Béziat, S., … Olié, E. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for the Management of Suicidal Patients: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 87*, 211-222.

Dunlap, L. J., Orme, S., Zarkin, G. A., Arias, S. A., Miller, I. W., Camargo, C. A., … Boudreaux, E. D. (2019). Screening and Intervention for Suicide Prevention: A Cost-Effectiveness Analysis of the ED-SAFE Interventions. *Psychiatric Services, 70*, 1082-1087.

Durkheim, E. (2004). *El suicidio. Estudio de sociología*. Madrid, España: Losada.

Ellis, T. E., Rufino, K. A. y Allen, J. G. (2017). A controlled comparison trial of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) in an inpatient setting: Outcomes at discharge and six-month follow-up. *Psychiatry Research, 249*, 252-260.

Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N. J., … Thanh, H. T. (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.

García-Haro, J., García-Pascual, H. y González González, M. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 38*, 381-400.

García-Haro, J. M., García-Pascual, H., González González, M., Barrio-Martínez, S. y García-Pascual, R. (2020). Suicidio y trastorno mental: una crítica necesaria. *Papeles del Psicólogo, 41,* 35-42.

Material docente original

Gautreau, D. T. (2018). *Suicide treatment and the possible contributions of existential psychotherapy: Why not treat an existential issue with an existential intervention?* (Tesis Doctoral). Alliant International Unviersity, Los Ángeles.

Giner, L. y Guija, J.A. (2014). Número de suicidios en España: Diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 7*, 139-146.

González González, M., García-Haro, J. y García-Pascual, H. (2019). Evaluación contextual-fenomenológica de las conductas suicidas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 39*, 15-31.

Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M. y 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*, e1001968.

Gysin-Maillart, A., Soravia, L. y Schwab, S. (2020). Attempted suicide short intervention program influences coping among patients with a history of attempted suicide. *Journal of Affective Disorders, 264*, 393-399.

González-Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Madrid, España: Alianza Editorial.

Haddock, G., Pratt, D., Gooding, P. A., Peters, S., Emsley, R., Evans, E., … Awenat, Y. (2019). Feasibility and acceptability of suicide prevention therapy on acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *BJPsych Open, 5*, e14.

Hanratty, D., Kilicaslan, J., Wilding, H. y Castle, D. (2019). A systematic review of efficacy of Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) in managing suicide risk and deliberate self-harm in adult populations. *Australasian Psychiatry, 27*, 559-564.

Material docente original

Hawton, K., Witt, K.G., Salisbury, T.L.T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., … van Heeringen, K. (2016a). Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry, 3*, 740-750.

Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., … van Heeringen. K. (2016b). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 5*. Art. No.: CD012189.

Heisel, M. J., Talbot, N. L., King, D. A., Tu, X. M. y Duberstein, P. R. (2015). Adapting Interpersonal Psychotherapy for Older Adults at Risk for Suicide. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 23*, 87-98.

Hofstra, E., van Nieuwenhuizen C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong S.J. y van der Feltz-Cornelis, C. M. (2020). Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry, 63*, 127-140.

Holoshitz, Y., Brodsky, B., Zisook, S., Bernanke, J. y Stanley, B. (2019). Application of the Zero Suicide Model in Residency Training. *Academic Psychiatry, 43*, 332-336.

Inagaki, M., Kawashima, Y., Yonemoto, N. y 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*, 44-201.

Interian, A., Chesin, M., Kline, A., Miller, R., St Hill, L., Latorre, M., … Stanley, B. (2018). Use of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) to Classify Suicidal Behaviors. *Archives of Suicide Research, 22*, 278-294.

Jobes, D. A. (2016). *Managing suicidal risk: A collaborative approach*. New York, Estados Unidos: The Guilford Press.

Material docente original

Jobes, D. A., Comtois, K. A., Brennerm L. A., Gutierrez, P. M. y O'Connor, S. S. (2016). International perspectives on the Epidemiology. En R. C. O'Connor y J. Pirkis (Eds.), *The Intenational Handbook of Suicide Prevention* (pp. 434-449). Oxford, Inglaterra: Wiley Blackwell.

Jobes, D. A., Comtois, K.A., Gutierrez, P. M., Brenner, L.A., Huh, D., Chalker, S.A., … 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*, 339-356.

Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press.

Klonsky, E. D., May, A. M. y Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, *12*, 307-330.

Klonsky, E. D., Saffer, B. Y. y Bryan, C. J. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Current Opinion in Psychology*, *22*, 38-43.

Klonsky, E. y May, A. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the "Ideation-to-Action" Framework. *International Journal of Cognitive Therapy, 8*, 114-129.

Knapp, S. J. (2020). *Suicide Prevention: An Ethically and Scientifically Informed Approach*. Washington DC, Estados Unidos: American Psychological Association.

Labouliere, C. D., Vasan, P., Kramer, A., Brown, G., Green, K., Rahman, M., … Stanley, B. (2018). "Zero Suicide" - A model for reducing suicide in United States behavioral healthcare. *Suicidologi, 23*, 22-30.

Large, M. M., Ryan, C. J., Carter, G. y Kapur, N. (2017). Can we usefully stratify patients according to suicide risk?. *BMJ*, *359*, j4627.

Material docente original

Large, M., Galletly, C., Myles, N., Ryan, C. J. y Myles, H. (2017). Known unknowns and unknown unknowns in suicide risk assessment: evidence from meta-analyses of aleatory and epistemic uncertainty. *BJPsych Bulletin*, *41*, 160-163.

Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A.D., … 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*, 475-482.

Leavey, K. y 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*, 353-374.

Malda-Castillo, J., Browne, C. y Perez-Algorta, G. (2019). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy, 92*, 465-498.

Malone, K. M., Oquendo, M. A., Haas, G. L., Ellis, S. P., Li, S. y Mann, J. J. (2000). Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. The *American Journal of Psychiatry, 157*, 1084-88.

Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L. y Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American Journal of Psychiatry*, *156*, 181-189.

McDaid, M. (2016). Making an economic case for investing in suicide prevention: *Quo Vadis*?. En R. C. O'Connor y J. Pirkis (Eds.), *The International Handbook of Suicide Prevention* (pp. 36-60). Oxford, Inglaterra: Wiley Blackwell.

McHugh, C. M., Corderoy, A., Ryan, C. J., Hickie, I. B. y Large, M. M. (2019). Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. *BJPsych Open*, *5*, e18.

Material docente original

McMain, S. F., Guimond, T., Barnhart, R., Habinski, L., y Streiner, D. L. (2017). A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 135*, 138-148.

Meerwijk, E. L., Parekh, A., Oquendo, M. A., Allen, I. E., Franck, L. S. y Lee, K. A. (2016). Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry, 3*, 544-554.

Mewton, L. y Andrews, G. (2016). Cognitive behavioral therapy for suicidal behaviors: improving patient outcomes. *Psychology Research and Behavior Management, 9,* 21-29.

Michel, K., Valach, L. y Gysin-Maillart, A. (2017). A Novel Therapy for People Who Attempt Suicide and Why We Need New Models of Suicide. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 14,* 243.

Mulder, R., Newton-Howes, G. y Coid, J. W. (2016). The futility of risk prediction in psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, *209*, 271-272.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2011). The long term care and treatment of self-harm. *Clinical Guide, 133.*

Norcross J. C. y Lambert M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy, 55*, 303-315.

O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., y Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide & Life-threatening Behavior*, *26*, 237-252.

O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. En R.C O'Connor, S. Platt y J. Gordon (Eds.), *International*

Material docente original

handbook of suicide prevention: research, policy and practice (pp. 181-198). Chichester, Inglaterra: John Wiley & Sons.

O'Connor, R. C., Ferguson, E., Scott, F., Smyth, R., McDaid, D., Park, A. L., … Armitage, C. J. (2017). A brief psychological intervention to reduce repetition of self-harm in patients admitted to hospital following a suicide attempt: a randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry, 4*, 451-460.

O'Connor, R. C., Lundy, J. M., Stewart, C., Smillie, S., McClelland, H., Syrett, S., … Simpson, S. A. (2019). SAFETEL randomised controlled feasibility trial of a safety planning intervention with follow-up telephone contact to reduce suicidal behaviour: study protocol. *BMJ Open, 9*, e025591.

O'Connor, R. C. y Nock, M. K. (2014): The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry, 1*, 73-85.

O'Connor, R. C. y Pirkis, J (Eds). (2016). *The International Handbook of Suicide Prevention*. Oxford, Inglaterra: Wiley Blackwell.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). *Summary Report. Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide*. Copenhague, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *La prevención del suicidio: un imperativo global*. Luxemburgo, Luxemburgo: WHO Library.

Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L., Verhoef, R. y Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 52*, 949-961.

Pérez-Álvarez, M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: Razones de la locura. *Psicothema, 24*, 1-9.

Material docente original

Pérez-Álvarez M. (2018a). Psychology as a Science of Subject and Comportment, beyond the Mind and Behavior. *Integrative Psychological & Behavioral Science*, *52*, 25-51.

Pérez-Álvarez, M. (2018b). Para pensar la psicología más allá de la mente y el cerebro: un enfoque transteórico. *Papeles del Psicólogo, 39*, 161-173.

Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo, 40*, 1-14.

Pérez-Álvarez, M. y García Montes, J. M. (2018). Evaluación fenomenológica más allá de los síntomas. En E. Fonseca (Ed.), *Evaluación de los trastornos del espectro psicótico* (pp.331-363). Madrid, España: Pirámide.

Pérez-Álvarez, M. y García Montes, J. M. (2019). La filosofía de la ciencia aplicada a la psicología clínica: pensando en psicosis. En E. Fonseca (Ed.), *Tratamientos psicológicos para la psicosis* (pp.123-144). Madrid, España: Pirámide.

Pinquart, M., Duberstein, P. R. y Lyness, J. M. (2006). Treatments for later-life depressive conditions: A meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 163*, 1493-1501.

Pirkis, J. (2020). Strengthening the Evidence Base in Suicide Prevention. *Crisis, 41*, 77-81.

Pistorello, J., Jobes, D. A., Gallop, R., Compton, S. N., Locey, N. S., Au, J. S., … Jeffcoat, T. (2020). A Randomized Controlled Trial of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) Versus Treatment as Usual (TAU) for Suicidal College Students. *Archives of Suicide Research* 1-25. Advance online publication.

Pompili, M. (2010). Exploring the phenomenology of suicide. *Suicide & Life-threatening Behavior*, *40*, 234-244.

Material docente original

Pompili M. (2018). The increase of suicide rates: the need for a paradigm shift. *Lancet, 392*, 474-475.

Quinlivan, L., Cooper, J., Meehan, D., Longson, D., Potokar, J., Hulme, T., ... Kapur, N. (2017). Predictive accuracy of risk scales following self-harm: multicentre, prospective cohort study. *British Journal of Psychiatry*, *210*, 429-436.

Rendueles, G. (2018). *Suicidio(s)*. Madrid, España: Grupo 5.

Riblet, N., Shiner, B., Young-Xu, Y. y Watts, B. (2017). Strategies to prevent death by suicide: Meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry, 210*, 396-402.

Ring, M. y Gysin-Maillart, A. (2020). Patients' Satisfaction With the Therapeutic Relationship and Therapeutic Outcome Is Related to Suicidal Ideation in the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP*). Crisis*, 1-7. Advance online publication.

Roush, J. F., Brown, S. L., Jahn, D. R., Mitchell, S. M., Taylor, N. J., Quinnett, P. y Ries, R. (2018). Mental Health Professionals' Suicide Risk Assessment and Management Practices. *Crisis, 39*, 55-64.

Rudd, M. D. (2006). Fluid vulnerability theory: a cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. En T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: theory, research and therapy* (pp. 355-368). Washington DC, Estados Unidos: American Psychological Association.

Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., … 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. *The American Journal of Psychiatry*, *172*, 441-449.

Material docente original

Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Jildevik Adamsson, I. y Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PloS One*, *12*, e0180292.

Ryberg, W., Zahl, P., Diep, L. M., Landrø, N. I. y Fosse, R. (2019). Managing suicidality within specialized care: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders, 249*, 112-120.

Sáiz, P. A., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., González, L., Fernández-Artamendi, S. y Bobes, J. (2014). Nuevas aproximaciones al problema del suicidio. En J. Ezcurra (Ed.), *Innovación y Psiquiatría* (pp. 251-260). Palma de Mallorca, España: psiquiatría.com.

SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Adminitration. (2015). *Suicide Prevention Resource Centre/American Foundation for Suicide Prevention Best Practices Registry for Suicide Prevention.* Waltham MA, Estados Unidos: SAMSHA.

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W. y Joiner, T. E. (2007a). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide & Life-threatening Behavior*, *37*, 248-263.

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W. y Joiner, T. E. (2007b). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide & Life-threatening Behavior*, *37*, 264-277.

Stanley, B. y Brown, G. K. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*, 256-264.

Material docente original

Stanley, B. y Brown, G. K. (2015). Collaborative Safety Planning to Reduce Risk in Suicidal Patients: A Key Component of the Zero Suicide Model. Recuperado de http://suicideprevention-icrc-s.org/sites/default/files/sites/default/files/events/17_7_26_icrc-sslides.pdf

Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., … Green, K. L. (2018). Comparison of the Safety Planning Intervention with Follow-up Vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. *JAMA Psychiatry, 75*, 894-900.

Steeg, S., Quinlivan, L., Nowland, R., Carroll, R., Casey, D., Clements, C., ... Kapur, N. (2018). Accuracy of risk scales for predicting repeat self-harm and suicide: a multicentre, population-level cohort study using routine clinical data. *BMC Psychiatry*, *18*, 113.

Tighe, J., Nicholas, J., Shand, F. y Christensen, H. (2018). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Suicidal Ideation and Deliberate Self-Harm: Systematic Review. *JMIR Mental Health, 5*, e10732.

Turecki, G. y Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*, *387*, 1227-1239.

Turecki, G., Brent, D.A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J. y Stanley, B.H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers, 5*, 74.

Verrocchio, M. C., Carrozzino, D., Marchetti, D., Andreasson, K., Fulcheri, M. y Bech, P. (2016). Mental Pain and Suicide: A Systematic Review of the Literature. *Frontiers in Psychiatry, 7*, 108.

Material docente original

Windfhur, K., Steeg, S., Hunt, I. S. y Kapur, N. (2016). International perspectives on the Epidemiology. En R. C. O'Connor y J. Pirkis (Eds.), *The Intenational Handbook of Suicide Prevention* (pp. 6-60). Oxford, Inglaterra: Wiley Blackwell.

Witt, K.G., Hawton, K., Hetrick, S.E., Taylor Salisbury, T.L., Townsend, E. y Hazell, P. (2020). Interventions for self-harm in adults (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *7*. Art. No.: CD013668.

Witt, K., Pache de Moraes, D., Taylor Salisbury, T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., … Hawton, K. (2018). Treatment as usual (TAU) as a control condition in trials of cognitive behavioural-based psychotherapy for self-harm: impact of content and quality on outcomes in a systematic review. *Journal of Affective Disorders, 235*, 434-447.

World Health Organization (WHO) (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Ginebra, Suiza: World Health Association.

World Health Organization (WHO) (2018). World Health Statistics data visualizations dashboard (Target 3.4 Suicide). Recuperado de https://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en

World Health Organization (WHO) (2020). *The ICD-11 classification of mental and behavioural disorders*. Ginebra, Suiza: World Health Association.

Zalsman, G., Hawton K., Wasserman D., van Heeringen K., Arensman E., Sarchiapone M., … Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry, 3*, 646-659.

Material docente original

Las tablas pueden consultarse en la publicación original.

Material docente original