

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**“EFICACIA Y SEGURIDAD DE INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN  
ADULTOS CON RIESGO DE SUICIDIO: UMBRELLA REVIEW”**

**Por**

**DR. LEONEL ESTANISLAO VILLALOBOS GUTIÉRREZ**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

**DICIEMBRE, 2023**

**“EFICACIA Y SEGURIDAD DE INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN  
ADULTOS CON RIESGO DE SUICIDIO: UMBRELLA REVIEW”**

**Aprobación de la tesis:**



---

**Dr. med. Erasmo Saucedo Uribe**  
Director de la tesis



---

**Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza**  
Coordinador de Enseñanza



---

**Dr. med. Erasmo Saucedo Uribe**  
Coordinador de Investigación



---

**Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano**  
Jefe del Servicio o Departamento



---

**Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez**  
Subdirector de Estudios de Posgrado

## DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

A mis padres, soy quien soy por ustedes. Los amo y admiro, gracias por su amor y apoyo incondicionales, por motivarme a alcanzar mis sueños y por formar a nuestra hermosa familia.

A Gaby, por apoyarme siempre y dar todo por nuestra familia. Yany y Rodolfo, por estar siempre al pendiente y desde la distancia alentarme a seguir adelante. Ita y Thalía, por recibirme y no dejarme solo durante 3 años de mi residencia y hacer el camino más llevadero. A mis 3 hermanas, Ita, Yany y Gaby, por apoyarme, darme ánimos y por ser las mejores compañeras, aliadas y cómplices. Las amo, gracias por todo.

A mis sobrinos, René y Max, por ser la alegría de la casa, por motivarme siempre a ser un buen ejemplo y a ser mejor persona. Los amo, gracias por su cariño y por comprender cuando me fue difícil estar presente en momentos importantes.

A mi novia, Itzel, por ser lo mejor de mi residencia al haber coincidido, por acompañarme y aguantar ausencias y estrés en los momentos más difíciles de este camino. Te amo por siempre.

A mis maestros y compañeros de residencia por sus enseñanzas, gracias por permitirme aprender de ustedes.

A mis pacientes, por confiar en mi trabajo, gracias por enseñarme tanto.

# TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1. RESÚMEN. ....	1
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN . ....	3
Capítulo III	
3. ORIGINALIDAD Y JUSTIFICACIÓN . ....	11
Capítulo IV	
4. OBJETIVOS . ....	14
Capítulo V	
5. DISEÑO DE ESTUDIO . ....	16
Capítulo VI	
6. METODOLOGÍA. ....	17
Capítulo VII	
7. RESULTADOS . ....	23
Capítulo VIII	
8. DISCUSIÓN . ....	33
Capítulo IX	
9. CONCLUSIÓN . ....	48
Capítulo X	
10. ANEXOS . ....	49
10.1 Tabla 1. Características de los estudios	

	incluidos. . . . .	49
10.2	Tabla 2. Evaluación de AMSTAR-2. . . . .	50
10.3	Tabla 3. Características de los estudios de depresión. . . . .	51
10.4	Tabla 4. Características de los estudios de TLP. . . . .	53
10.5	Tabla 5. Resultados por diagnóstico e Intervención terapéutica. . . . .	54
10.6	Tabla 6. Elementos de evaluación AMSTAR-2 . . .	56
10.7	Tabla 7. Dominios críticos AMSTAR-2 . . . . .	58
10.8	Tabla 8. Valoración de la confianza general en los resultados de la revisión . . . . .	59
10.9	Figura 1. Diagrama de flujo de selección de estudios . . . . .	60
Capítulo XI		
	11. BIBLIOGRAFÍA. . . . .	61
Capítulo XII		
	12. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO . . . . .	73

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
1. Características de los estudios incluidos.....	49
2. Evaluación de AMSTAR-2.....	50
3. Características de los estudios de depresión.....	51
4. Características de los estudios de TLP.....	53
5. Resultados por diagnóstico e intervención psicoterapéutica.....	54
6. Elementos de evaluación AMSTAR-2 . . . . .	56
7. Dominios críticos AMSTAR-2 . . . . .	58
8. Valoración de la confianza general en los resultados de la revisión . . . . .	59

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	<b>Página</b>
1. Diagrama de flujo de selección de estudios.....	60

## LISTA DE ABREVIATURAS

- BDI:** Beck Depression Inventory
- BSS:** Beck Scale for Suicide Ideation
- CAU:** Care-as-usual
- CAD:** Controlado antes y después
- CCT:** Terapia centrada en el cliente
- CSD:** Cornell Scale for Depression
- CT:** Comunidad terapéutica
- DBT:** Terapia dialéctica conductual
- DBTmin:** Terapia dialéctica conductual reducida
- df:** degrees of freedom
- DME:** Diferencia de Medias Estandarizada
- ECA:** Ensayo controlado aleatorizado
- EQE:** Estudios Quasi-experimentales
- F:** F-statistic
- g:** g de Hedges
- HDRS:** Hamilton Depression Rating Scale
- I<sup>2</sup>:** Estadística de heterogeneidad
- IBM:** Intervenciones basadas en mindfulness
- IC:** Intervalo de confianza
- IDS-SR:** Inventory of Depressive Symptomology Self-Report
- IS:** Ideación suicida
- LPC:** Lifetime Parasuicide Count
- MA:** Meta-análisis



**MCE:** Manejo Clínico Estructural

**MPG:** Manejo Psiquiátrico General

**n:** Tamaño de muestra

**N:** No

**N-MA-C:** No se realizó meta-análisis

**ND:** No disponible

**ECNA:** Ensayos controlados no randomizados

**O-RCT:** Incluye solo ensayos controlados aleatorizados

**OAS-M:** Overt Aggression Scale-Modified

**OR:** Razón de momios

**p:** p-value

**P:** Pregunta

**PCRCP:** Psicoterapia Centrada en Representación Psíquica

**PDD:** Psicoterapia Dinámica Deconstructiva

**PFT:** Psicoterapia con foco en la transferencia

**PGI:** Psicoterapia Grupal Interpersonal

**PY:** Sí parcial

**RR:** Riesgo relativo

**RS:** Revisión sistemática

**SACCP:** Sistema de análisis cognitivo conductual de psicoterapia

**SASII:** Suicide Attempt Self-Injury Interview

**SCS:** Suicidal Cognitions Scale

**SRM:** Suicide Risk Module of the MINI

**t:** t-statistic

**TA:** Terapia de apoyo

**TA-DC:** Terapia de apoyo para adultos mayores con deterioro cognitivo

**TAP:** Terapia de adaptación de problemas

**TAU:** Treatment-as-usual

**TBM:** Terapia basada en mentalización

**TCA:** Terapia Cognitiva Analítica

**TCBM:** Terapia cognitiva basada en mindfulness

**TCC:** Terapia Cognitivo Conductual

**TCE:** Terapia de comunidad por expertos

**TCEH:** Terapia cognitiva existencial humanística

**TE:** Terapia de esquemas

**THG:** Terapia de Humor Grupal

**TI:** Terapia Interpersonal

**TI-TLP:** Terapia Interpersonal para trastorno límite de la personalidad

**TLP:** Trastorno límite de la personalidad

**TPD:** Terapia Psicodinámica

**TRP:** Terapia de resolución de problemas

**TVI:** Terapia de validación integral

**WL:** Wait-list

**Y:** Sí

**Z:** Z-value

# CAPÍTULO I

## RESUMEN

**Título:** “Eficacia y seguridad de intervenciones psicoterapéuticas en adultos con riesgo de suicidio: Umbrella review”

**Introducción:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el suicidio se define como el acto deliberado de quitarse la propia vida. Las terapias psicológicas son cada vez más importantes para brindar intervenciones a personas en riesgo de suicidio o autolesiones repetidas, pero la evidencia de buena calidad sobre la efectividad de las intervenciones sigue siendo baja.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio es determinar la eficacia y seguridad de las psicoterapias para reducir el riesgo de suicidio en adultos con diagnóstico psiquiátrico.

**Método:** Realizamos una búsqueda sistemática en MEDLINE, Embase, Web of science, Scopus, PsycInfo y bases de datos CDSR desde el primer año disponible hasta agosto de 2023. La calidad metodológica fue evaluada mediante la herramienta AMSTAR-2. Resumimos todos los efectos comparativos de las psicoterapias sobre el suicidio.

**Resultados:** Se incluyeron 7 revisiones sistemáticas (RS) y metanálisis (MA), de los cuales 3 fueron en pacientes con depresión y 4 en trastorno límite de la personalidad (TLP). La calidad de la evidencia de los estudios incluidos varía de críticamente baja a alta. Se resumieron los resultados y los tamaños del efecto de las psicoterapias sobre el riesgo de suicidio, destacando las intervenciones basadas en la atención plena (MBI) y la terapia de resolución de problemas (PST) para la depresión, y la terapia de esquemas (SchT), la terapia basada en la mentalización (MBT), la terapia psicodinámica (PDT) y terapia dialéctica conductual (DBT) para el TLP. Sólo un estudio informó resultados de seguridad.

**Conclusión:** Según la evidencia actual, las psicoterapias en pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM) revelan que la PST y las MBI muestran mejoras estadísticamente significativas en la reducción de la ideación suicida. En el análisis del TLP, se observa que SchT puede ser especialmente efectivo para reducir las tendencias suicidas no especificadas, MBT puede ser efectivo en “autolesiones” e “ideación y conducta suicidas”, y DBT y PDT mostraron una posible efectividad en las autolesiones. comportamientos. No existe información respecto a la seguridad de las intervenciones psicoterapéuticas, lo que plantea la importancia de realizar más investigaciones al respecto. Se requiere información más precisa y específica, así como evidencia de mayor calidad para establecer conclusiones confiables.

## **CAPÍTULO II**

### **INTRODUCCIÓN**

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el acto deliberado de quitarse la vida. Su prevalencia y los métodos utilizados varían de acuerdo con los diferentes países. Representa un problema de salud pública importante, una de las principales causas de muerte a nivel mundial y, aunque se conoce cada vez más sobre las entidades patológicas en que se presenta este fenómeno, aún existe controversia sobre qué tipo de intervenciones psicoterapéuticas son de mayor beneficio para prevenir el suicidio en aquellos pacientes en riesgo.

La inclusión del trastorno de la conducta suicida en la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (APA, 2013) destaca la necesidad de estudios adicionales para identificar estrategias efectivas para su prevención y tratamiento. Sin embargo, un problema en la investigación sobre el suicidio es la confusión resultante del uso de diferentes términos para definir la conducta suicida (D. De Leo, 2006).

Esta falta de consenso podría explicarse por la alta heterogeneidad entre estudios debido a la diferencia en los fenotipos suicidas (ideación suicida, autolesiones no suicidas, intentos de suicidio y muertes por suicidio), tratamientos, diagnóstico [trastorno límite de la personalidad (TLP), trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno bipolar, esquizofrenia, anorexia y trastornos de ansiedad] y poblaciones (adultos, adolescentes)].

La literatura norteamericana distingue entre intentos de suicidio y autolesión no suicida sobre la base de la intención de morir (Crosby, 2013), mientras que en el Reino Unido y Europa, el término "autolesión" se usa para incluir cualquier acto de daño no fatal contra uno mismo, independientemente de la motivación o el método, por lo que el término "intento de suicidio" se incluye dentro del término "autolesión" en esta literatura (NICE, 2022) (Hawton K. W., 2015) (Hawton K, 2016)

La desesperanza se ha asociado con frecuencia con un mayor riesgo de suicidio (APA, 2003) (Beck A. T., 1990) (Beck A. T., 1985) (Brown G. K., 2000) (Brown G. K., 2005), lo que se refleja en la recomendación en las guías para evaluar los niveles actuales de desesperanza en los pacientes con depresión. Se ha encontrado que la reducción de la desesperanza está asociada con una disminución de las tendencias suicidas (APA, 2003) (Beck A. T., 1985) (Brown G. K., 2005) (Beck A. S., 1991) (Conner, 2001) (W., 2004).

## **Prevalencia**

El suicidio es un problema de salud mundial y un importante problema de salud pública (Kuyken, 2004) (Force., 2014). Es la segunda o la tercera causa principal de muerte en adolescentes en Occidente y una causa importante de muerte en los países en desarrollo (Force., 2014). Según la OMS, más de 800,000 personas mueren por suicidio cada año. Por cada muerte por suicidio puede haber más de 20 intentos de suicidio. Es significativo que en la población general un intento suicida previo es el factor de riesgo más importante de suicidio (Hawton K. S., 2012).

También se ha identificado que las autolesiones aumentan en muchos países en los últimos años (WHO, 2014). Un episodio de autolesión aumenta la posibilidad de suicidio hasta 100 veces (Brunner, 2014) (Kendall, 2011) por lo que es un fuerte predictor de futuros intentos de suicidio (Hawton K. B., 2015) (Lara J. Cox, 2012).

La OMS ha enfatizado la necesidad crítica de identificar intervenciones con eficacia probada para eventual muerte por suicidio (Wilkinson, 2011).

Debido a que la conducta suicida también ocurre en varios otros trastornos mentales como TLP, TDM, trastorno bipolar, esquizofrenia, anorexia y trastornos de ansiedad, no hay suficiente especificidad diagnóstica para vincular la conducta suicida exclusivamente con la depresión (Harned, 2014).

## **Diagnóstico**

Debido a la variedad de padecimientos psiquiátricos en los que se presenta el riesgo suicida, es de esperarse que difieran en sus características entre las distintas enfermedades, sin embargo, el riesgo de suicidio se define de acuerdo con el mejor juicio clínico y a los criterios usados por la persona que investiga o a través de escalas como: Clinical Global Impression - Severity of Suicidality - Revised (CGI-SS-R), derivada de la escala de impresión clínica global de severidad (CGI-S). La CGI-SS-R tiene una escala de 7 puntos que va de 0 en pacientes sin riesgo suicida, a 6 en los pacientes más severamente suicidas; InterSePT Scale for Suicidal Thinking (ISST), instrumento usado para evaluar ideación suicida actual en pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos, con 12

elementos que miden suicidalidad; Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), que evalúa la severidad del suicidio con un cuestionario basado en cinco preguntas de sí o no, puntuadas de 0 a 5, donde 0 significa sin ideación suicida, 1 deseo de morir y 5 ideación suicida activa con un plan específico.

La eficacia se refiere a la capacidad de alguna intervención en específico de producir un cambio beneficioso o terapéutico. Se puede medir mediante clinimetría con escalas como las mencionadas antes. También puede medirse mediante juicio clínico como reducción en las sobredosis, menos intentos de suicidio, reducción en las visitas a la sala de emergencias por tendencias suicidas, menor frecuencia de autolesiones y menores ingresos hospitalarios.

La seguridad se refiere a la probabilidad de presentar efectos adversos a causa de la intervención en estudio. En este caso puede ser reportado como empeoramiento en suicidalidad según escalas, incremento en número de hospitalizaciones, incremento de frecuencia de autolesiones, ideación e intentos suicidas, porcentaje de pacientes con efectos adversos, empeoramiento de cuadro clínico por clinimetría dependiendo del padecimiento. Los eventos adversos se consideraron graves si los estudios incluidos los describieron como graves o si dieron lugar a la interrupción del tratamiento, la morbilidad significativa o la mortalidad.

## **Tratamiento**

La prevención del suicidio es una prioridad sanitaria mundial; es una causa importante de muerte en los países desarrollados y en desarrollo entre los grupos



de población clave, incluidos los jóvenes, los hombres de mediana edad y las personas en la edad adulta (Hawton K. S., 2012).

Como se mencionó previamente, existen diferencias en la presentación clínica del riesgo suicida entre los distintos padecimientos psiquiátricos. En el caso de los trastornos del estado de ánimo, el riesgo suicida se presenta dentro del contexto del episodio afectivo haciendo que muchas veces, basado en los síntomas concomitantes, se pueda sospechar y por ende prevenir el intento, así mismo se espera que conforme mejore la sintomatología de la enfermedad de base disminuya el riesgo suicida. Por otro lado, en el caso de la suicidalidad caracterológica presente en los trastornos de la personalidad, principalmente en el TLP, se presenta con suicidalidad crónica, con múltiples intentos de suicidio, autolesiones e internamientos, haciendo que, muchas veces, los suicidios consumados sean poco predecibles. Del mismo modo, cuando se habla de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico para disminuir el riesgo suicida, la evidencia muestra que la respuesta es distinta entre pacientes con distintas patologías.

Varias pautas de tratamiento aconsejan tratar los trastornos depresivos en pacientes suicidas con farmacoterapia y psicoterapia (APA, 2003) (Oquendo, 2009). En el caso de la farmacoterapia, existe evidencia de que el litio reduce el comportamiento suicida fatal y no fatal en la depresión bipolar y unipolar, pero la evidencia de la medicación antidepresiva en la prevención del suicidio no es inequívoca (Van Hemert, 2012). Tampoco está claro si la sugerencia de que la

psicoterapia para la depresión tiene un efecto preventivo sobre la conducta suicida.

Docenas de ensayos controlados aleatorios (ECA) han demostrado que la terapia cognitivo-conductual (TCC) (Baldessarini, 2010) (Churchill, 2001), la psicoterapia interpersonal (Butler, 2006), la terapia de activación conductual (Cuijpers P.G., 2011) (Ekers, 2008), la terapia de resolución de problemas (Cuijpers P.v., 2007), el asesoramiento de apoyo (Malouff, 2007) y posiblemente la terapia psicodinámica (Cuijpers P.D., 2012) son eficaces en el tratamiento de la depresión. Sin embargo, aún no está claro si estos tratamientos también son capaces de reducir la conducta suicida, la ideación o el riesgo de suicidio.

En el caso del riesgo suicida en pacientes con TLP, el tratamiento más ampliamente investigado es la terapia conductual dialéctica (DBT) (Driessen, 2010), cuya eficacia ha sido confirmada por ECA (Linehan & Guilford: New York, 1993) (Linehan M. M., 1991). Los resultados principales son reducciones en las sobredosis, en las visitas a la sala de emergencias por tendencias suicidas, menor frecuencia de autolesiones y menores ingresos hospitalarios. La DBT tiene como objetivo específico modificar la regulación de las emociones, enseñando a los pacientes cómo regular las emociones negativas de formas distintas a los cortes o las sobredosis (Driessen, 2010).

También se han probado varios otros métodos de psicoterapia en ECA: terapia basada en la mentalización (Linehan M. M., 2006) (Bateman, 1999); psicoterapia centrada en la transferencia (Bateman, 2009); terapia centrada en el esquema (Clarkin, 2007); y terapia cognitiva estándar (Giesen-Bloo, 2006). Todos estas

tienen como objetivo la inestabilidad afectiva (desregulación emocional) que caracteriza al TLP (Koenigsberg, 2002) y la impulsividad (Crowell SE, 2009). La desregulación de las emociones acompañada de una falta de control sobre los impulsos hace que los pacientes sean más propensos a recurrir a acciones suicidas, y la frecuencia de los intentos de suicidio está fuertemente relacionada con estos rasgos (Paris, 2019).

En general, todos los tratamientos psicológicos que están bien estructurados y diseñados específicamente para pacientes con TLP son superiores al tratamiento clínico estándar. Un informe Cochrane (Stoffers-Winterling, et al., 2012) así como un meta-análisis sistemático (Cristea, 2017) han resumido esta evidencia, apoyando la conclusión de que las formas específicas de psicoterapia para el TLP son eficaces.

Por el contrario, la eficacia de los agentes farmacológicos en el TLP no está bien establecida. Ningún ensayo clínico ha documentado la remisión del trastorno con un tratamiento farmacológico satisfactorio, y un informe Cochrane no encontró pruebas suficientes para prescribir ningún fármaco a pacientes con TLP (Binks, 2006). Investigaciones recientes también han demostrado que los estabilizadores anticonvulsivos del estado de ánimo no son eficaces (Crawford, 2018). Existe alguna evidencia del uso de antipsicóticos durante períodos cortos (Black, 2014).

Las terapias psicológicas son cada vez más importantes para proporcionar intervenciones a las personas en riesgo de suicidio o autolesiones repetidas, pero la evidencia de buena calidad sobre la efectividad de las intervenciones sigue siendo baja (NICE, 2022) (Hawton K. W., 2015) (Hawton K, 2016). Es importante

saber cómo intervenciones específicas reducen riesgos y episodios, y cuáles son efectivas con qué grupos de personas. Varias revisiones sistemáticas y metaanálisis recientes dan fe de la existencia de ensayos que evalúan la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica con respecto a una variedad de afecciones, incluida la depresión, la ansiedad, los trastornos somatomorfos y el trastorno límite de la personalidad, y para diferentes enfoques, incluidos los de larga y corta duración para niños, adolescentes y adultos (Ougrin, 2015) (Abbass, 2014). Las conclusiones de estas revisiones son que los tamaños del efecto son en gran medida similares a los de otras terapias, como la TCC, mientras que una característica emergente de los ensayos de psicoterapia psicoanalítica es que los beneficios se mantienen y puede demostrar superioridad en el seguimiento a más largo plazo (de Maat, 2013) (Fonagy, 2015).

# CAPÍTULO III

## ORIGINALIDAD Y JUSTIFICACIÓN

### **Originalidad**

Se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura en las bases de datos de PubMed, Scopus, MEDLINE, EMBASE, and PsycINFO para identificar umbrell reviews que cumplieran los criterios de inclusión de nuestro estudio y no se encontró ninguna que estudiará la eficacia, seguridad y especificidad de intervenciones psicoterapéuticas para el control de comportamiento suicida en pacientes mayores de edad con diagnóstico psiquiátricos.

Un estudio de este tipo nos ayudaría a saber más sobre las opciones terapéuticas no farmacológicas con más eficacia y seguridad que podemos utilizar para tratar pacientes con riesgo suicida.

El riesgo de suicidio está presente en distintos padecimientos psiquiátricos por lo que la suicidalidad difiere en sus características dependiendo del padecimiento en que se manifiesta. Se le ha dado menor prioridad al efecto de la psicoterapia sobre el riesgo suicida como foco principal, tanto en su eficacia como en su seguridad. Existe evidencia de la eficacia de ciertos tipos de psicoterapia en la mejoría clínica de padecimientos psiquiátricos, sin embargo, aunque reportan el efecto sobre el riesgo suicida, no existe a la fecha un estudio que describa la eficacia y seguridad de los distintos tipos de psicoterapia sobre el comportamiento suicida independientemente del diagnóstico primario.

Mediante un umbrella review nos sería posible determinar, además de los tipos de intervenciones psicoterapéuticas más eficaces y seguras para el tratamiento de pacientes mayores de edad con riesgo suicida, si la eficacia de los distintos tipos de intervenciones psicoterapéuticas son específicas del padecimiento primario en el que se presenta el riesgo suicida o es específico de la fenomenología del suicidio, determinar qué condiciones psiquiátricas e intervenciones psicoterapéuticas requieren de más investigación y, además, puede brindarnos pistas acerca del conocimiento que tenemos actualmente sobre las bases etiológicas del suicidio, por lo cual esta idea es original, necesaria, útil y factible.

### **Justificación**

El suicidio representa un problema de salud pública importante, una de las principales causas de muerte a nivel mundial y, aunque se conoce cada vez más sobre las entidades patológicas en que se presenta este fenómeno, aún existe controversia sobre qué tipo de intervenciones psicoterapéuticas son las más eficaces y seguras, y por ende, de mayor beneficio para prevenir el suicidio en aquellos pacientes en riesgo, siendo este el foco del presente estudio.

Es necesario entender que hay una diferencia importante entre la suicidalidad que se presenta en los distintos tipos de trastornos psiquiátricos como lo son los trastornos del estado de ánimo, los trastornos psicóticos y la suicidalidad crónica que se presenta en pacientes con trastornos de la personalidad, por lo que

también se espera que los tratamientos sean diferenciados o específicos dependiendo del diagnóstico psiquiátrico en que se presente este riesgo.

El que existan diferencias en las características de la suicidalidad entre distintas patologías, nos hace pensar que la respuesta clínica pudiera ser dependiente del tipo de suicidalidad y de los diferentes tipos de intervenciones posibles. Es por esto que en este estudio buscamos estudiar y sintetizar la mayor cantidad de evidencia disponible (revisiones sistemáticas y meta-análisis) para dilucidar si la eficacia que mencionan estos estudios es específica del padecimiento en el cual se encuentra la conducta suicida o si es específica para la fenomenología de la suicidalidad. A la fecha no existe un estudio de tipo umbrella review que describa la eficacia y seguridad de los distintos tipos de psicoterapia para disminución de riesgo suicida entre los distintos tipos de trastornos psiquiátricos, lo que nos lleva a realizar el presente estudio.

# CAPÍTULO IV

## OBJETIVOS

### Objetivo primario

- Evaluar la eficacia, seguridad y especificidad de los distintos tipos de psicoterapia para el control del comportamiento suicida en pacientes psiquiátricos mayores de edad.

### Objetivos secundarios

- Comparar la eficacia y seguridad de los distintos tipos de psicoterapias en el comportamiento suicida según el diagnóstico psiquiátrico primario.
- Determinar si la eficacia y seguridad de los distintos tipos de psicoterapia en el riesgo suicida en pacientes psiquiátricos varía dependiendo del diagnóstico primario o es específico de la fenomenología del suicidio.
- Determinar la frecuencia de sobredosis, reducción en las visitas a la sala de emergencias por tendencias suicidas, la frecuencia de autolesiones y número de ingresos hospitalarios con los distintos tipos de psicoterapia aplicada en la población de estudio.
- Determinar la adherencia al tratamiento, abandono de tratamiento, hospitalizaciones, readmisión, recaída definida por criterio clínico, falta de



eficacia, número de éxitos y fallas por brazo de tratamiento de cada tipo de psicoterapia en cada diagnóstico psiquiátrico.

- Determinar la frecuencia de sesiones de psicoterapia por semana y en total del tratamiento en cada padecimiento psiquiátrico.
- Determinar el porcentaje de efectos adversos según el tipo de psicoterapia y diagnóstico psiquiátrico en que se aplica.
- Determinar si la experiencia del terapeuta repercute en la eficacia de la psicoterapia en aquellos estudios donde se reporta esta variable.

# CAPÍTULO V

## DISEÑO DE ESTUDIO

El presente estudio es un umbrella review sobre la eficacia, seguridad y especificidad de las intervenciones psicoterapéuticas para controlar comportamiento suicida en pacientes mayores de 18 años con diagnósticos psiquiátricos.

Las revisiones sistemáticas y meta-análisis que se incluirán son revisiones que incluyeron ensayos controlados aleatorizados (RCT), ensayos controlados no randomizados (NRCT) y estudios observacionales que hayan comparado la eficacia y seguridad de intervenciones psicoterapéuticas con TAU en pacientes mayores de edad con riesgo suicida en el contexto de algún padecimiento psiquiátrico, así como aquellos estudios que cumplan con los criterios de inclusión.

La población de estudio son pacientes mayores de 18 años con riesgo suicida (valorado por clinimetría y juicio clínico – ideación suicida, intentos de suicidio, autolesiones independientemente de la motivación) con diagnóstico de alguna condición psiquiátrica de acuerdo con algún criterio diagnóstico reconocido como Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID), International Classification of Diseases 10th edition (ICD-10), o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición, cuarta edición revisada, o quinta edición (DSM-IV, -TR, -5), independientemente desde el tiempo de diagnóstico.

# CAPÍTULO VI

## METODOLOGÍA

### **Estrategia de búsqueda y criterios de selección**

El protocolo del estudio fue registrado en PROSPERO 2021: CRD42021237263.

Se llevó a cabo una revisión tipo umbrella (es decir, una recopilación y evaluación sistemáticas de múltiples revisiones sistemáticas y meta-análisis publicados sobre un tema de investigación específico). Se realizaron 2 estrategias de búsqueda por un experto externo al protocolo en las bases de datos MEDLINE, Embase, Web of Science, Scopus, PsychInfo y CDSR para identificar revisiones sistemáticas o meta-análisis que abordaran estudios de tipo observacional, randomizados y no randomizados que examinaran la eficacia y seguridad de intervenciones psicoterapéuticas para el riesgo de suicidio en pacientes mayores de 18 años con un diagnóstico psiquiátrico. La primera búsqueda que se realizó fue de artículos publicados hasta el 12 de abril del 2021, posteriormente, siguiendo los lineamientos de una revisión tipo umbrella, se realizó una actualización hasta el 15 de agosto del 2023. En ambas, la estrategia de búsqueda utilizó las palabras clave (“psychiatric disorders” OR “psychiatric condition” OR “mental disorder”) AND (“psychotherapeutic counseling” OR “psychotherapy” OR “mental health programs”) AND (“suicide” OR “suicide risk” OR “self-destructive behavior” OR “attempt suicide” OR “suicidality”) AND (“systematic review” OR “meta analysis OR metaanalysis”).

La revisión de los resultados de la búsqueda se realiza en tres fases. La primera se encarga de revisar títulos y resúmenes para la selección de artículos relevantes al tema; en la segunda fase se revisan los textos completos y se incluyen si cumplen los criterios de selección establecidos; y una tercera fase de revisión de estudios primarios que se explica más adelante. De esta manera, los resultados de la búsqueda se revisaron en dos fases, donde seis autores revisaron de forma independiente y por duplicado todos los títulos y resúmenes de los estudios seleccionados y determinaron si eran consistentes con el tema. Después se buscaron los textos completos de los artículos incluidos en la primera fase para su evaluación, donde los conflictos fueron resueltos por un tercer revisor. Aquellos artículos que no estuvieran disponibles en texto completo fueron excluidos del estudio. Por último, en una tercera fase, para evitar el sesgo por repetición de sujetos de investigación de los estudios primarios en el análisis, se revisaron los estudios primarios y sus criterios de inclusión en cada revisión y/o meta-análisis, mediante la información descrita en las tablas de características de los estudios incluidos, con la finalidad de identificar aquellos estudios primarios que se repitan entre los estudios secundarios o que no cumplieran con los criterios de inclusión de la presente revisión umbrella. Una vez identificados los estudios repetidos, se decidió eliminar aquellos estudios secundarios, previamente seleccionados, en los que se repetían todos los estudios primarios o que no cumplieran con criterios. Antes de comenzar cada fase, se realizaron pruebas piloto para asegurar el acuerdo entre evaluadores hasta alcanzar un índice kappa igual o superior a 0,7. El idioma no fue una limitante al estudio.

## **Criterios de elegibilidad**

Los criterios de selección que fueron establecidos para cumplir con el objetivo de determinar el impacto de las intervenciones psicoterapéuticas sobre el suicidio, fueron las características de los estudios, el tipo de intervención y su comparador, junto con el resultado, los cuales aborda la pregunta de investigación (PICO).

Los sujetos de investigación constaron de revisiones sistemáticas y/o meta-análisis que incluyeran pacientes con las siguientes características: debían de ser pacientes  $\geq 18$  años con diagnóstico psiquiátrico establecido según lo definido por criterios diagnósticos como diagnóstico clínico confirmado por cualquiera de las siguientes herramientas y clasificaciones diagnósticas: Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID), cualquier edición de la International Classification of Diseases (ICD) o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders en su cuarta edición, cuarta edición revisada, o quinta edición (DSM-IV, -TR, -5), independientemente del tiempo de diagnóstico, sin un tiempo o número de sesiones mínima de tratamiento, y que informe suficientes datos para realizar los análisis, con o sin comorbilidades psiquiátricas; la intervención debía contar con cualquier tipo de enfoque de psicoterapia ya sea cara a cara, en su totalidad, como parte de la exposición de interés o como parte del análisis de subgrupo; se tomo como comparador cualquier tratamiento usual, otro tratamiento activo o pasivo, placebo, fármaco, otro tipo de psicoterapia, waiting list group o sin tratamiento; finalmente el resultado debía contener cualquier medición relacionada a riesgo de suicidio

(ideación o conducta suicida) y/o seguridad de la intervención como resultado primario o secundario.

Se excluyeron aquellos estudios que no especificarán el diagnóstico psiquiátrico, estudios que no evaluaran la eficacia de la psicoterapia para disminuir suicidio, estudios con intervenciones distintas a la psicoterapia cara a cara (telepsiquiatría, intervenciones vía e-mail o mensaje de texto), estudios con tratamientos que no pretendían ser completos (módulos complementarios a las psicoterapias), estudios en poblaciones vulnerables como reclusos o pacientes oncológicos para evitar riesgos de sesgo. También se excluyeron estudios en donde la población era menor a 18 años, incluso aquellos con muestras parcialmente adolescentes porque el diagnóstico y tratamiento plantea desafíos distintos en este grupo. Sin embargo, en aquellos donde no había restricción de edad y los datos eran separados por grupos de edad, sólo se excluyó la información de menores de 18 años.

### **Extracción de datos**

La extracción de datos fue realizada de forma independiente y por duplicado. Cualquier discrepancia se resolvió en reuniones de consenso con dos de los autores y un tercer revisor. Si los datos de importancia para nuestro estudio estaban incompletos, se contactaría al autor del artículo correspondiente para solicitar la información adicional, sin embargo, esto no fue necesario.

La información extraída de las revisiones incluye la información general del estudio como autor, país y fecha de publicación; número de estudios y participantes incluidos; intervenciones, medidas de resultado; tamaño del efecto con intervalo de confianza (IC) del 95 %, P, valor I<sup>2</sup>; resumen de resultados.

Se siguieron las recomendaciones de la herramienta para realizar revisiones sistemáticas y meta-análisis “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses” (PRISMA).

### **Evaluación metodológica y de calidad de la evidencia**

Dos autores evaluaron de forma independiente la calidad de la evidencia de las revisiones incluidas. La calidad metodológica fue evaluada mediante la herramienta AMSTAR-2 (A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews). La herramienta incluye una lista de verificación dividida en secciones con un total de 16 elementos, de los cuales 7 son considerados dominios críticos para determinar la confianza de la revisión sistemática y/o meta-análisis (protocolo registrado antes de la revisión, adecuada búsqueda en la literatura, justificación de estudios excluidos, evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos, métodos para el meta-análisis apropiados, consideración del riesgo de sesgo en la interpretación de los resultados de la revisión y evaluación de la presencia y el impacto probable del sesgo de publicación). Para la evaluación de los estudios, se debía contestar los elementos con respuestas: “Sí”, “Sí parcial” o “No”. La puntuación que se otorgó fue dividida en cuatro grados de calidad del estudio: alta,

moderada, baja o críticamente baja. Los 16 elementos valorados y los criterios de evaluación se muestran en los Anexos al final de este estudio.

### **Análisis estadístico**

En esta revisión tipo umbrella se realizó un análisis tipo descriptivo de los meta-análisis y revisiones sistemáticas incluidos, junto con las medidas de impacto (OR, RR, SMD, con IC del 95%) de las distintas psicoterapias en los resultados relacionados con el suicidio. En las tablas se describen las características principales de cada estudio secundario incluido y en la sección de resultados se llevó a cabo una descripción narrativa de los principales hallazgos relacionados a las intervenciones que han mostrado más eficacia sobre suicidalidad. Finalmente se llevó a cabo la discusión donde se puede resaltar las implicaciones de estos hallazgos, las fortalezas y las limitaciones de nuestro estudio. Debido a la heterogeneidad de los estudios, de las características de suicidalidad evaluadas (suicidalidad, conducta parasuicida, ideación suicida, autolesiones, conducta suicida), las formas de medición de la misma y del reporte de resultados, no fue posible realizar un meta-análisis, por lo que se optó por un análisis descriptivo.

Las medidas del tamaño del efecto de las psicoterapias sobre el riesgo de suicidio y sintomatología fueron: razón de tasas de incidencia (IRR), razón de probabilidades (OR), razón de riesgos (RR) y diferencia de medias estandarizada (g de Hedges) para medidas continuas. Principalmente, se utilizó la medida del tamaño del efecto y su IC.



# CAPÍTULO VII

## RESULTADOS

### **Selección de estudios**

Se encontraron un total de 1590 estudios, 1174 en la primera búsqueda y 416 en la actualización. Después de eliminar duplicados y después de seleccionar títulos y resúmenes, se recuperaron 53 para su posterior revisión. Después de la revisión del texto completo, se excluyeron 38 estudios por incumplimiento de los criterios de selección, resultando en un total de 15 estudios secundarios. Posteriormente fueron sometidos a una revisión detallada en la que también se evaluaron los estudios primarios que incluían. Tras esta revisión exhaustiva, se excluyeron 8 estudios por repetición de sujetos de investigación y, finalmente, se seleccionaron un total de 7 estudios para la extracción y análisis cualitativo del umbrella review. El diagrama de flujo del proceso de selección y los motivos de exclusión se muestran en la Figura 1.

### **Características de las revisiones sistemáticas.**

Los 7 estudios seleccionados fueron publicados entre 2010 y 2022. De los 7 estudios seleccionados, 5 son de la primera búsqueda (Kroger et al 2010; Cuijpers et al. 2013; Cristea et al. 2017; Okolie et al. 2017; Schmelefske et al. . 2020) y 2 de la actualización (Rameckers et al. 2021; Stoffers-Winterling et al. 2022). Sólo el estudio de Cristea et al. 2017 también evalúa la seguridad. Se realizaron tres estudios (Cuijpers et al. 2013; Okolie et al. 2017; Schmelefske et al. 2020) en

pacientes con depresión y 4 estudios en pacientes con TLP (Kroger et al 2010; Cristea et al. 2017; Rameckers et al. 2021; Stoffers-Winterling et al. 2022). Las características del SR se muestran en la Tabla 1.

### **Evaluación de la calidad de la evidencia.**

La calidad de la evidencia fue evaluada por dos revisores de forma independiente utilizando la herramienta AMSTAR-2. Dos RS (Cuijpers et al. 2013; Schmelefske et al. 2020) fueron calificadas como de baja calidad de la evidencia, principalmente al no cumplir con los dominios críticos de establecer explícitamente los métodos de la revisión antes de realizar el estudio y la revisión exhaustiva de la literatura, respectivamente. Un estudio (Rameckers et al. 2011) fue calificado con una calidad de evidencia críticamente baja, al no informar el análisis de la heterogeneidad dentro de la MA de los estudios primarios y el impacto de su riesgo de sesgo en la interpretación de los resultados. La maestría de Kroger et al. 2010 tiene evidencia de calidad moderada, lo que indica que, aunque tiene algunas debilidades, no hay fallas en los dominios críticos. Los estudios restantes (Okolie et al. 2017; Cristea et al. 2017; Stoffers-Winterling et al. 2022) fueron calificados como evidencia de alta calidad o bajo riesgo de sesgo. Los resultados se muestran en la Tabla 2.

### **Eficacia de las psicoterapias sobre el riesgo de suicidio.**

Las principales características de los estudios sobre depresión y TLP se enumeran en las Tablas 3 y 4, respectivamente, incluidas las herramientas clinimétricas utilizadas para medir los resultados relacionados con el suicidio, los resultados

resumidos y los tamaños del efecto. El número total de estudios primarios y pacientes incluidos que se muestran en las tablas no refleja el número de estudios analizados en este UR porque no todos se centran en investigar el efecto sobre la tendencia suicida. Para el análisis cualitativo se tuvieron en cuenta únicamente los resultados sobre suicidio, que se describen a continuación.

## **Depresión**

La RS de Okolie et al. 2017, evaluaron la efectividad de las intervenciones para prevenir el suicidio definido como “comportamiento suicida (suicidio, intento de suicidio, autolesión)” y reducir la “ideación suicida” en adultos mayores (>60) con depresión y/u otras discapacidades. Solo 3 de los 21 estudios incluidos evaluaron psicoterapias, dos ensayos controlados aleatorios (ECA; Kiosses et al., 2015; Gustavson et al., 2016) y un estudio cuasiexperimental (Konradt et al., 2013). Gustavson et al. Los resultados mostraron reducciones significativamente mayores en la ideación suicida en personas mayores con TDM y disfunción ejecutiva que recibieron 12 sesiones semanales de PST o Terapia de Apoyo (ST) a las 12 semanas (OR: 0,50, Z=-2,16, p=0,031) y 36 semanas ( OR: 0,50, Z=-1,96, p=0,05) postratamiento. Las personas solteras tenían menos probabilidades de mostrar una mejora en la ideación suicida (OR: 2,5, Z=2,10, p=0,036) y los participantes discapacitados tenían más probabilidades de mostrar una mejora (OR: 1,05 por aumento de unidad en WHODAS, Z=2,03, p=0,042 ). A las 36 semanas, hubo un efecto significativo para la edad (OR: 0,57 por década, Z=-2,59, p=0,01), y los que eran más jóvenes tenían menos probabilidades de tener tendencias suicidas. Kiosses et al. examinó los efectos de la Terapia de Adaptación de Problemas

(PATH) y la Terapia de Apoyo para Adultos con Deterioro Cognitivo (ST-CI) en adultos mayores con TDM y demencia. Se encontró que ambos tratamientos tuvieron reducciones comparables en la ideación suicida en los participantes después de 12 semanas (tiempo:  $F[1, 95,8]=10,06$ ,  $p=0,0020$ ). Sin embargo, no hubo diferencias significativas en el curso de la ideación suicida entre PATH y ST-CI (tiempo por interacción de tratamiento:  $F[1, 95,8]=0,75$ ,  $p=0,3897$ ). Konradt et al. investigó la eficacia de la terapia de grupo humorístico (THG) en pacientes mayores con TDM e informó mejoras en las tendencias suicidas tanto en los participantes de la intervención como en los controles no tratados (efecto principal:  $F = 21,65$ ,  $p <0,001$ ).

La SR y MA de Cuijpers, et al. 2013, estudiaron el efecto de la psicoterapia sobre el suicidio en adultos con trastorno depresivo. Sólo 3 de 13 ensayos aleatorios incluidos evaluaron el efecto de la psicoterapia versus una condición de control sobre la “ideación suicida o el riesgo de suicidio”. Dos evaluaron la TCC, uno frente a la lista de espera (WL) y la terapia cognitiva humanista existencial (EHC; Collins 1996) y uno frente al tratamiento habitual (Duarte et al. 2009); el último comparó la TCC basada en la atención plena con el tratamiento habitual (Barnhofer et al. 2009). Cuatro comparaciones entre una condición de psicoterapia y una condición de control dieron como resultado un tamaño del efecto medio  $g = 0,12$  (IC del 95%:  $-0,20-0,44$ ), no significativamente diferente de cero. La heterogeneidad fue baja ( $I^2=30,81$ ) y no significativa. Según un cálculo de potencia post hoc, estos estudios tenían potencia estadística suficiente para encontrar un tamaño del efecto de  $g=0,47$ . Los resultados combinados indicaron

efectos muy pequeños y no significativos sobre las tendencias suicidas, pero hubo muy poco poder estadístico para considerarlo como el efecto verdadero. La calidad de los estudios incluidos y los bajos niveles de tendencias suicidas de los pacientes incluidos en estos estudios posiblemente influyeron en el tamaño del efecto; además, los estudios no se dirigieron específicamente a pacientes suicidas con depresión. Concluyen que no hay investigaciones suficientes para establecer si la psicoterapia para la depresión en adultos tiene o no un efecto sobre las tendencias suicidas.

El MA sistemático de Schmelefske et al. 2020, evaluó la efectividad de las MBI en el tratamiento del suicidio definido como “ideación y/o conductas suicidas”. Aunque no hubo restricción de edad y el diagnóstico no fue un criterio de inclusión, se realizó un análisis de subgrupos donde se calculó el tamaño del efecto sobre la tendencia suicida en un subgrupo de 5 estudios de pacientes adultos con depresión. Ninguno de los 13 estudios incluidos proporcionó resultados sobre conductas suicidas, mientras que todos informaron datos sobre ideación suicida. En los 5 estudios que utilizaron muestras de individuos con trastornos depresivos (Barnhofer et al., 2015; Barnhofer et al., 2009; Crane et al., 2008; Forkmann et al., 2016; Forkmann et al. 2014) se encontró que las MBI tienen un efecto moderado significativo,  $g$  de Hedges = 0,45 (IC del 95 % [0,28; 0,62],  $p < 0,001$ ). En estudios controlados, se encontró que los MBI tenían efectos moderados significativos en estudios con muestras depresivas ( $k=4$ ),  $g$  de Hedges=0,44 (IC del 95% [0,20, 0,68],  $p<0,001$ ) sin heterogeneidad ( $I^2=0,00\%$ ,  $Q=0,61$ ). Concluyeron que las MBI tienen efectos significativos sobre la ideación suicida, así como sobre los

resultados psicológicos asociados con el suicidio (p. ej., depresión). Aunque las MBI parecen provocar aumentos significativos en la atención plena, se necesita más investigación para comprender los mecanismos a través de los cuales las MBI conducen a una disminución de la ideación suicida y otros resultados clínicos relacionados.

### **Trastorno límite de la personalidad**

El estudio de Rameckers et al. 2021, evaluó la eficacia de psicoterapias en adultos ( $\geq 18$ ) con diagnóstico primario de TLP a través de un MA multinivel. Los resultados evaluados incluyeron el dominio de síntomas del TLP, donde se consideró "suicidalidad/autolesión". Se incluyeron un total de 87 estudios. De los resultados relacionados con el suicidio, con tamaños de efecto grandes, SchT ( $g=1,161$ , IC95% [0,669, 1,653],  $p=0,013$ ) y Terapia basada en la mentalización (MBT;  $g=0,872$ , [0,612, 1,132],  $p=0,042$ ) se asociaron fuertemente con mayores reducciones en las tendencias suicidas en comparación con el efecto promedio del tratamiento. No se informó ninguna mejora en las tendencias suicidas con ningún otro tipo de psicoterapia.

El SR y MA de Stoffers-Winterling et al. 2022 evaluó el efecto de tratamientos psicoterapéuticos independientes y complementarios en adultos con TLP en comparación con tratamientos activos y condiciones de control no específicas. "Autolesión" y "resultados relacionados con el suicidio (ideación y comportamiento suicida)" se incluyeron como parte de los resultados primarios. Veinte de los 32 ECA incluyeron tratamientos independientes investigados y se consideraron para

este UR: DBT (n=10), MBT (n=4), Terapia interpersonal adaptada para el TLP (IPT-BPD; n=2), TCC (n=2) y DDP (n = 2), sin embargo, solo 3 ECA de DBT y 4 ECA de MBT informaron resultados estadísticamente significativos sobre el suicidio. Para la DBT, se observaron efectos estadísticamente significativos de moderados a grandes para la autolesión (DME -0,54, p=0,006, IC del 95%: -0,92 a -0,16, n=3 estudios, n=110 participantes, I<sup>2</sup>=0%). La heterogeneidad estadística fue marginal para todas estas estimaciones de efectos (0-5%). MBT fue evaluado en 4 estudios. El riesgo de autolesión (índice de riesgo [RR] 0,51, p<0,0007, IC 95% 0,34-0,75, n=2 estudios, n=172 participantes) o resultados relacionados con el suicidio (RR 0,10, p<0,0001, 95% IC 0,03-0,32, n=2 estudios, n=172 participantes) fue significativamente menor en los grupos tratados con MBT (heterogeneidad estadística 0% para ambas estimaciones). En conclusión, solo se encontraron estimaciones de efectos estadísticamente significativas respaldadas por evidencia de baja calidad, solo para DBT (autolesión) y MBT (autolesión, resultados relacionados con el suicidio).

La RS y MA de los ECA de Cristea et al. 2017 evaluó la eficacia de las psicoterapias en la población adulta con TLP asignada al azar a psicoterapia exclusivamente o a una intervención de control. La selección de estudios diferenció las psicoterapias independientes (22 de 33 estudios incluidos) en comparación con las intervenciones de control de diseños complementarios (intervención experimental agregada al tratamiento habitual [TAU]) en comparación con TAU solo. La tendencia al suicidio se evaluó en los resultados descritos como síntomas de TLP, autolesiones y tendencias suicidas. Los

enfoques más representados fueron DBT (N=12), PDT (N=8) y CBT (N=5). Los análisis de subgrupos se realizaron en la categoría "todos los resultados límite relevantes" (síntomas de TLP, autolesión y comportamiento parasuicida, y suicidio) combinando diseños independientes y complementarios porque no se encontraron diferencias entre ellos. La TDC ( $g=0,34$ ; IC95%, 0,15-0,53 [9 ensayos]) y la TFD ( $g=0,41$ ; IC95%, 0,12-0,69 [7 ensayos]) fueron más efectivas que las intervenciones de control, mientras que la TCC ( $g=0,24$  ; IC del 95%, -0,01 a 0,49 [cinco ensayos]) y otras intervenciones ( $g = 0,38$ ; IC del 95%, -0,15 a 0,92 [seis ensayos]) no lo fueron. La diferencia entre los tamaños del efecto en los subgrupos no fue significativa ( $p=0,87$ ). No se encontraron diferencias entre los tipos de psicoterapias. La mayoría de los ensayos se centraron en la TDC seguida de la PDT, y ambos tipos generaron tamaños de efecto pequeños y significativos entre los grupos, con baja heterogeneidad para la TDC. La TCC no fue superior a las condiciones de control, aunque este resultado se basó en sólo cinco ensayos, la heterogeneidad fue baja. No obstante, los efectos son pequeños, inflados por el riesgo de sesgo y sesgo de publicación, y particularmente inestables durante el seguimiento.

El MA de Kröger et al. 2010 examinó la eficacia y efectividad a largo plazo de la TDC en adultos ( $\geq 18$ ) con TLP a través de un enfoque de modelado jerárquico de efectos mixtos. Se calcularon los tamaños del efecto para las "conductas suicidas y autolesivas". Los cálculos posteriores a la intervención se basaron en 16 estudios (ocho ECA y ocho no aleatorizados ni controlados [nRCT]). Se incluyeron conductas suicidas e intentos de suicidio. Después de descartar los estudios que



no informaron tasas para calcular los odds ratios o que no informaron efectos sobre las conductas autolesivas, se incluyeron para el análisis 11 de 16 estudios. Las conductas suicidas y autolesivas no fueron criterios de inclusión para los estudios restantes, por lo que se utilizó un moderador dicotómico que caracteriza los estudios que examinan muestras con altas tasas de conductas autolesivas (k=6). Se incluyeron un total de 643 pacientes en tratamiento, 377 de ellos tratados con TDC, con una tasa de abandono del 28,5% y 27,3%, respectivamente, entre preintervención y postintervención. El análisis de solo ECA (k=6) dio como resultado una estimación del tamaño del efecto de 0,23, IC del 95% [-0,00, 0,46],  $t(5)=1,93$ ,  $p=0,110$  (de dos colas) en conductas suicidas y de autolesión. resultado. Si bien se incluye al moderador considerando el impacto de los ECA controlados de tratamientos específicos para el TLP (Clarkin et al., 2007; McMain et al., 2009) se obtiene una estimación del tamaño del efecto de 0,60, IC del 95 % [0,49, 0,71],  $t(4) =10.61$ ,  $p>0.001$  (dos colas). La adición de nRCT (k=5; número de pacientes tratados=142, después del abandono=99) dio como resultado una estimación del tamaño del efecto de 0,37, IC del 95% [0,17, 0,57],  $t(10)=3,59$ ,  $p=0,006$  (dos -de cola), sin evidencia de tendencias de sesgo para los nRCT,  $\chi^2(1)<0,28$ ,  $p=0,597$ . Incluir al moderador que considera el impacto de los ECA controlados de tratamientos específicos para el TLP (Clarkin et al., 2007; McMain et al., 2009) produce una estimación del tamaño del efecto de 0,56, IC del 95 % [0,52, 0,60],  $t(9) =27.04$ ,  $p>0.001$  (dos colas). No hubo variación significativa e inexplicable entre los estudios ( $H=3,3$ ,  $gl=9$ ,  $p=0,951$ ). En conclusión, encontraron un efecto general moderado y un tamaño del efecto moderado para las conductas suicidas y autolesivas al incluir un moderador en los ECA con

tratamientos específicos para el TLP. Es importante mencionar que los resultados reportan conductas autolesivas y suicidas juntas, por lo que, por las características de los estudios incluidos, se puede suponer que los resultados abarcan intentos de suicidio y autolesiones sin intención suicida juntas dentro del mismo tamaño del efecto. mientras que la ideación suicida no se mide. Este es el único estudio sobre TLP en el que se describe la medida de resultado para el efecto sobre el riesgo de suicidio.

### **Seguridad de la psicoterapia en pacientes con riesgo de suicidio**

Sólo la RS de Cristea et al. 2017 describió datos de seguridad sobre intervenciones psicoterapéuticas. Los efectos adversos se definieron como muerte del participante por suicidio y muerte por cualquier causa después de la aleatorización. Informan que los efectos adversos fueron raros tanto en el grupo de tratamiento experimental como en el de control. Asimismo, se reportaron 2 y 5 muertes por suicidio en el grupo de tratamiento y control, respectivamente. En cada grupo se notificaron seis muertes por todas las causas. Sin embargo, no se indica si las muertes por suicidio en el grupo de tratamiento se debieron a efectos adversos de la intervención, y no se especifica en qué intervenciones psicoterapéuticas ocurrieron.

## CAPÍTULO VIII

### DISCUSIÓN

En la Tabla 5 se muestra un resumen de los hallazgos de esta revisión umbrella en donde se describen las medidas de suicidalidad evaluadas por las revisiones sistemática y meta-análisis incluidos, las psicoterapias evaluadas, los resultados y la cantidad de estudios primarios en que se basan esos resultados.

#### **Trastorno depresivo mayor**

De las psicoterapias estudiadas en pacientes con diagnóstico de depresión, la PST y MBI comparadas con ST e intervenciones de control, respectivamente, se destacaron por mostrar mejoría estadísticamente significativa sobre ideación suicida, sin embargo, PST en base a 1 solo estudio primario, mientras que MBI en base a 5 estudios.

Solamente 1 estudio primario (Barnhofer et al. 2009) se repite en 2 de los 3 estudios secundarios de pacientes con depresión seleccionados para el análisis (Cuijpers et al. 2013, Schmelefske et al. 2020), en donde la intervención de estudio es CBT basada en mindfulness, por lo que Cuijpers et al. lo incluyen dentro de las intervenciones de CBT y Schmelefske et al. dentro de las MBI. En el caso de la CBT, el efecto fue pequeño, aunque no estadísticamente significativo sobre “tendencias suicidas”, mientras que en MBI se obtuvo un efecto moderado estadísticamente significativo sobre ideación suicida en base al análisis de los

resultados de 5 estudios primarios. Más adelante se profundiza más sobre estos resultados.

A diferencia del resto de los estudios incluidos, la revisión sistemática de Okolie et al. 2017 fue la única en que se evaluaron estudios en población de adultos mayores con depresión en donde se incluyeron distintas intervenciones. Solamente en el estudio de Gustavson et al. del 2016 se obtuvo una reducción significativamente mayor en ideación suicida en el grupo de intervención con PST en comparación con ST en adultos mayores con depresión mayor y disfunción ejecutiva a las 12 y 36 semanas después del tratamiento, además, se observaron diferencias significativas en la respuesta al tratamiento con menos probabilidades de mostrar ideación suicida en las personas solteras, mientras que los participantes discapacitados tenían más probabilidades de mejorar. También se destacó que los participantes más jóvenes tenían menos probabilidades de mostrar tendencias suicidas a las 36 semanas. Aunque este estudio proporciona evidencia importante de que la PST puede ser una intervención efectiva para reducir la ideación suicida en adultos mayores con depresión y disfunción ejecutiva, los resultados se basan en un solo estudio, por lo que se destaca la importancia de realizar más investigaciones en este grupo poblacional, además de que se deben considerar factores individuales al seleccionar la terapia adecuada, como el estado civil, la discapacidad y la edad.

El meta-análisis de Cuijpers et al. (2013) evaluó el efecto de la psicoterapia en la reducción de la ideación suicida en adultos con trastorno depresivo. Los resultados combinados de tres estudios que compararon CBT y CBT basada en mindfulness contra condiciones de control mostraron un tamaño del efecto medio

pequeño y no significativo en relación con la ideación suicida. La heterogeneidad entre estos estudios fue baja, lo que sugiere una consistencia en los resultados. Sin embargo, el poder estadístico fue limitado debido al pequeño número de estudios incluidos. Este estudio indica que, en base a la evidencia disponible hasta la fecha, no se puede afirmar de manera concluyente que la CBT tenga un efecto significativo en la reducción de la ideación suicida en adultos con trastorno depresivo. Es importante destacar que los estudios incluidos no se centraron específicamente en pacientes con tendencias suicidas, lo que podría explicar el bajo efecto encontrado, además de que, al puntuar como bajo en calidad de evidencia, el estudio puede no representar un resumen exacto y completo de los estudios disponibles. Se enfatiza la necesidad de realizar más investigaciones con muestras específicas de pacientes suicidas para explorar esta posibilidad y mejorar la calidad de los estudios.

En la revisión umbrella de Wu et al. publicado en el 2022 se evaluó la evidencia existente para explorar el impacto de CBT sobre la suicidalidad. Se incluyeron 9 revisiones sistemáticas y meta-análisis y dividieron los resultados en dos categorías: reducción en ideación suicida e intentos de suicidio. A diferencia de los hallazgos descritos previamente sobre esta revisión umbrella, Wu et al. concluyeron que CBT puede ayudar a mejorar el riesgo de suicidio (ideación e intentos de suicidio), lo que pudiera indicar la importancia de ser más específicos al evaluar el riesgo de suicidio como en este caso en que lo subclasifican en ideación suicida y conducta suicida, ya que en sus resultados se describe que en algunos estudios mejora una de estas dos variables y no necesariamente ambas. Ninguno de los 9 estudios que se incluyeron fueron considerados para esta

revisión umbrella, esto debido a que no cumplen con los criterios de inclusión al no tener restricción de edad, diagnóstico psiquiátrico establecido, ni limitado a psicoterapia cara a cara. Es posible que la edad de la población estudiada influya en el impacto de la intervención, como se describió previamente en la revisión sistemática de Okolie et al. 2017 en donde se observó menor probabilidad de mostrar tendencia suicida en pacientes más jóvenes bajo tratamiento con PST. Por último, al no describirse el diagnóstico de la población en estudio, no es posible describir el impacto sobre el riesgo de suicidio entre diferentes diagnósticos.

En el meta-análisis de Schmelefske et al. (2020) se evaluaron MBI en el tratamiento de la suicidalidad en una población que incluía a adultos con diagnóstico de depresión. Los resultados indicaron que las MBI tenían un efecto moderado significativo en la reducción de la ideación suicida en esta población. Además, en estudios controlados, se observó un efecto similar y significativo de las MBI en muestras depresivas. Este estudio destaca la efectividad de las MBI en la reducción de la ideación suicida en adultos con depresión. Los resultados sugieren que estas intervenciones pueden desempeñar un papel importante en la prevención y el tratamiento de la suicidalidad en esta población. Sin embargo, se reconoce la necesidad de una investigación más profunda para comprender los mecanismos subyacentes detrás de los efectos positivos de las MBI y su relación con la depresión y otros resultados clínicos relacionados con el suicidio.

En resumen, los tres estudios proporcionan información valiosa sobre diferentes enfoques terapéuticos para abordar la ideación suicida en adultos mayores con depresión. Mientras que el estudio de Okolie et al. 2017 destaca la efectividad de

la PST, aunque en base a un solo estudio primario (Gustavson et al. 2016), el meta-análisis de Cuijpers et al. 2013 señala la necesidad de más investigación específica en pacientes suicidas al encontrar una mejoría pequeña no estadísticamente significativa de CBT sobre ideación suicida, y el estudio de Schmelefske et al. 2020 resalta el potencial beneficioso de las MBI en la reducción de la ideación suicida en personas con depresión. Estos hallazgos resaltan la complejidad del abordaje de la suicidalidad y la importancia de adaptar las intervenciones a las características individuales de los pacientes.

### **Trastorno límite de la personalidad**

En el meta-análisis de Rameckers et al. 2021 se evaluó la eficacia de varias psicoterapias para el TLP en adultos, centrándose en el dominio de síntomas del TLP, donde se incluye el efecto sobre "suicidalidad/autolesiones". Los resultados revelaron que Schema Therapy (ST) y MBT se relacionaron fuertemente con reducciones mayores en la tendencia suicida en comparación con el tratamiento habitual, esto en base a 8 estudios primarios por cada enfoque psicoterapéutico, aunque cabe mencionar que se engloba "suicidalidad/autolesiones" de forma general, sin especificar qué se evalúa con exactitud (autolesiones, ideación o intentos de suicidio), así mismo, no se especifica cuántos de esos 16 estudios evalúa suicidalidad en sus resultados. No se reportó mejoría en suicidalidad con ningún otro tipo de psicoterapia. Es importante destacar que de los estudios secundarios sobre TLP incluidos en esta revisión umbrella, es este el que más estudios primarios abarca y evalúa la eficacia de múltiples intervenciones

psicoterapéuticas sobre el TLP en forma más amplia, por lo que muchos de los estudios primarios incluidos aquí se solapan en el resto de los estudios secundarios incluidos en esta revisión umbrella, además de contar con calidad de evidencia críticamente baja acorde a la evaluación con la herramienta AMSTAR-2, lo que se traduce en una baja confiabilidad del estudio, por lo que se deben tomar con reserva los resultados obtenidos. Sin embargo, se decidió incluir debido a que es el único que analiza la eficacia de ST, siendo a su vez este enfoque uno de los cuales mostraron mejoría sobre tendencias suicidas, además de que a pesar de repetirse gran parte de los estudios sobre DBT con el resto de las revisiones y meta-análisis incluidos, los resultados obtenidos fueron distintos a los demás estudios, por lo que es importante describir las posibles causas de ello, como se profundiza más adelante.

MBT también mostró tamaños de efecto grandes con reducciones mayores en tendencia suicida, hallazgos que coinciden con los descritos por Stoffers-Winterling et al. 2022, esto es de esperarse debido a que los 4 estudios primarios considerados en este último también los incluyen Rameckers et al. 2021, aunque Stoffers-Winterling et al. sí hacen distinción entre las características sobre suicidalidad evaluadas, demostrando mejoría en “autolesiones” e “ideación/conducta suicida” con 2 estudios primarios por cada una de estas subclasificaciones de suicidalidad y 0% de heterogeneidad para ambas estimaciones. Aunque ambos estudios secundarios (Rameckers et al. 2021, Stoffers-Winterling et al. 2022) coincidieron en sus resultados, los hallazgos del estudio de Rameckers et al. pudieran también dar luz sobre la importancia de



especificar qué aspectos del riesgo de suicidio se miden cuando se evalúa eficacia sobre suicidalidad; así mismo, Rameckers et al. es el estudio secundario que incluye más estudios primarios sobre DBT de los 4 estudios de TLP elegibles para la revisión umbrella (33 brazos de DBT y 10 brazos de versiones reducidas de DBT en donde no se incluyen los 4 componentes de este enfoque) y, aunque la versión reducida de DBT mostró mejoría significativa en síntomas de TLP, ira e inestabilidad afectiva, no fue así para los resultados relacionados a suicidalidad en ninguno de los dos casos. Lo mismo ocurre con el estudio de Cristea et al. (2017) que encontraron que la DBT y PDT (en base a 9 y 7 estudios, respectivamente) tuvieron mayor efecto, aunque sin significancia estadística, en resultados relevantes del TLP en donde se engloban síntomas de TLP, autolesiones, conductas parasuicidas y suicidio, además de que en el análisis se engloban intervenciones que no se consideraron en los criterios de inclusión de esta revisión umbrella y algunos de los estudios incluidos en el análisis no miden suicidalidad. Por el contrario, al evaluar la DBT, Stoffer-Winterling et al. (2022) observaron efectos de moderados a grandes estadísticamente significativos en autolesiones en base a 3 estudios primarios con 0% de heterogeneidad, al igual que Kroger et al. (2010) con tamaño de efecto moderado para conductas suicidas y autolesivas en base a 11 estudios primarios. Tomando en cuenta que la mayoría de los hallazgos mencionados se basan en el análisis de estudios primarios en donde en su mayoría se repiten con la investigación de Rameckers et al. 2021, llama la atención que solamente los dos estudios que reportaron los resultados de manera más específica como “autolesiones” y “conductas suicidas y autolesivas” (Stoffers-Winterling et al. 2022 y Kroger et al. 2021, respectivamente) encontraron tamaños

de efecto estadísticamente significativos, mientras que en donde se reportan resultados más generales como “resultados relevantes de TLP” y “suicidalidad/autolesiones” (Cristea et al. 2017 y Rameckers et al 2021) no obtuvieron significancia estadística. Lo anterior pudiera deberse en parte a esta forma en que se reportan los resultados o tal vez por el efecto de los estudios primarios que no se solapan entre los 4 estudios secundarios analizados y la cantidad de estudios incluidos en cada análisis, además de que el estudio más amplio (Rameckers et al. 2021) es el que menos calidad de evidencia tiene de los estudios incluidos, lo que compromete de forma importante la confiabilidad de los resultados del estudio.

Esta información sugiere que, en pacientes adultos con TLP, Schema Therapy pueden ser especialmente efectivas en la reducción de “tendencias suicidas” sin especificar si es sobre autolesiones, ideación o intentos de suicidio, mientras que MBT puede ser efectiva sobre “autolesiones” e “ideación y conducta suicida”. Aunque la DBT no mostró un impacto significativo en dos de los estudios incluidos (Rameckers et al. 2021, Cristea et al. 2017), siendo uno de estos el que mayor cantidad de estudios primarios contempla, en base a los otros dos estudios (Stoffers-Winterling et al. 2022, Kroger et al. 2021) se puede concluir que DBT puede ser efectiva en la reducción de conductas autolesivas. En resumen, los cuatro estudios proporcionan evidencia de la eficacia de ciertas psicoterapias, como ST, MBT y DBT, en la reducción de conductas suicidas y autolesiones en adultos con TLP. Estos resultados son prometedores, pero es fundamental considerar las limitaciones de cada estudio y la necesidad de investigaciones

futuras para comprender completamente los factores que influyen en la eficacia de estas terapias en esta población específica.

### **Fortalezas y limitantes**

Esta es, hasta donde sabemos, la primera revisión umbrella que sintetiza la evidencia existente que se ha informado en metanálisis y revisiones sistemáticas sobre la eficacia y seguridad de intervenciones psicoterapéuticas sobre el riesgo de suicidio en pacientes psiquiátricos. Tomar en cuenta el solapamiento de estudios primarios y sus criterios de inclusión en el proceso de selección permitió excluir los estudios secundarios en que se repetían todos los estudios primarios, lo que permite que se evite inflar los resultados o presentar información redundante. Sin embargo, al tratarse de un tema particular es muy improbable que en la revisión umbrella ninguno de los estudios primarios se solapen, por lo que en los casos que así fue se mantuvieron dentro del estudio. Es así que, haber considerado esto como parte de la metodología de selección y extracción de datos, y estar al tanto de los estudios repetidos, es una de las fortalezas de esta revisión al utilizar esa información a favor y así dar pie a la interpretación de la información extraída como parte de la discusión y las conclusiones generales de esta revisión umbrella basada en un amplio conjunto de evidencia empírica.

Este estudio tiene algunas limitaciones. Primero, la gran cantidad de estudios excluidos porque no cumplen con criterios de inclusión como: 1) la edad, por ejemplo, al considerar como adultos a personas desde los 16 años, sin embargo, se consideró importante respetar este criterio ya que puede ser un factor

importante en diferencias sobre diagnósticos, respuesta a tratamiento y pronóstico; 2) un diagnóstico psiquiátrico establecido, muchos de los estudios revisados en el proceso de selección evaluaban la eficacia de psicoterapias sobre suicidalidad independientemente del diagnóstico y aunque en algunos casos se describe el diagnóstico en las características de los estudios incluidos, se decidió contemplar solamente aquellos que analizaron el tamaño de efecto por subgrupos de diagnóstico. Se consideró, como parte del objetivo primario, que es indispensable establecer la eficacia de psicoterapias por diagnóstico debido a las diferencias en las características de suicidalidad entre distintos diagnósticos, aunque, se sabe que muchos estudios se realizan en escenarios de área de urgencias, internamiento psiquiátrico o intervención en crisis, donde se da prioridad a atender la urgencia y no siempre se establece un diagnóstico inmediato, aunque para esto existen estudios que evalúan intervenciones con este fin, que no es el propósito de este estudio. Además, se tiene claro las implicaciones éticas de incluir pacientes con riesgo grave de suicidio, motivo por el cual se excluyen muchos pacientes de estudios (p.e. con diagnóstico de PTSD); 3) la modalidad de intervenciones, por ejemplo, online. Otra limitante importante es que hubiera sido relevante incluir “hopelessness” en nuestra estrategia de búsqueda y considerarlo como otra forma de riesgo de suicidio ya que se ha considerado como un factor de riesgo importante; en el proceso de selección algunos estudios medían el efecto sobre este factor y tuvieron que excluirse, dándose énfasis solamente en outcomes relacionados a suicidalidad (autolesiones, ideación y conducta suicida). Una limitante más es la calidad de la evidencia de los estudios secundarios incluidos, donde 2 de los estudios sobre

depresión cuentan con calidad de evidencia baja, mientras que el estudio más grande sobre TLP cuenta con evidencia críticamente baja, comprometiendo así la confiabilidad de estos estudios y los resultados que describen. Por último, solamente los 3 estudios de población con diagnóstico de depresión se centraron en medir el efecto de las intervenciones sobre suicidalidad, aún así dentro del análisis no siempre se incluyeron exclusivamente estudios de pacientes con tendencia suicida, como se describe en el meta-análisis de Cuijpers et al., sino que se midió la mejoría global incluyendo resultados relacionados al suicidio, por lo que esto puede tener un impacto en los resultados obtenidos y por consiguiente en las conclusiones de los estudios secundarios

### **Implicaciones**

La heterogeneidad entre estudios secundarios donde se consideran distintas definiciones de grupos etarios, clasificaciones diagnósticas, modalidades de intervención, definiciones y mediciones de suicidalidad, entre otros, fue el principal reto del presente umbrella review, lo que refuerza la necesidad de llevarlo a cabo, y con lo que se concluye que a pesar de la gran cantidad de intervenciones psicoterapéuticas disponibles estudiadas en una enorme cantidad de evidencia existente en forma de estudios primarios y secundarios, solamente se destacan la MBT, DBT y ST como tratamientos prometedores para reducir el riesgo de suicidio en mayores de 18 años con TLP, además de MBI y PST (en base a un solo estudio) en depresión, esto cierto principalmente cuando se subclasificó la suicidalidad en ideación suicida, conducta suicida y autolesiones, como se describió en el caso de DBT.

Los hallazgos de la revisión umbrella reflejan la existencia de una gran cantidad de evidencia que ha sido sintetizada y analizada en estudios secundarios que si bien brindan información muy valiosa sobre el efecto de las psicoterapias en población psiquiátrica, al evaluar “suicidalidad” los resultados pueden ser a veces contrastantes, incluso tomando en cuenta que en gran medida estos resultados provienen del análisis de los mismos estudios primarios que se repiten. Es precisamente esto lo que justifica la realización de una revisión umbrella, para poder ofrecer un panorama más global de la evidencia existente y facilitar así la toma de decisiones al traducir mejor la evidencia a la práctica y/o brindar información valiosa sobre lo que se sabe y lo que permanece desconocido.

En base a esto, los hallazgos de esta revisión umbrella permiten esclarecer que, acorde a la evidencia existente, a pesar de haber tantos diagnósticos psiquiátricos, tipos de psicoterapia e investigaciones que las estudian, son pocos los enfoques psicoterapéuticos de lo que se puede asegurar con mayor certeza su eficacia en esta población de riesgo con un diagnóstico establecido, sin embargo, esta perspectiva global también nos da información que nos permite considerar la posibilidad de que esto es debido más a cuestiones metodológicas que una aparente falta de eficacia, entendiendo que estas inconsistencias en el procesamiento e interpretación de los resultados son, en gran parte, secundarias al reto que representa definir y cuantificar conceptos tan complejos como “suicidalidad” que a la vez se presenta como parte de la fenomenología de distintos trastornos que, conforme más se investigan y comprenden, tienen la tendencia a cambiar en los criterios diagnósticos y, por lo tanto, a dejar de ser elegibles en posteriores investigaciones, además de las dificultades inherentes de

investigar intervenciones psicoterapéuticas que a su vez dependen de otras variables como la aceptabilidad de la intervención, el apego al tratamiento, la experiencia del terapeuta, la modalidad en que se aplica o la cantidad y frecuencia de las sesiones. Tomando en cuenta todos los posibles factores involucrados, es esperado suponer que conforme se sigan describiendo más padecimientos o subtipos más específicos de los ya existentes, más que disminuir, se seguirán elaborando nuevas herramientas clinimétricas o modificaciones a escalas ya existentes, lo cual es algo positivo, es señal del avance en la investigación y el entendimiento que se tiene sobre la psiquiatría. Por lo que tratar de establecer una sola escala como medida estándar con fines de investigación y que se mantenga a través del tiempo sería poco probable, además de que se descartaría evidencia valiosa ya existente.

Para los profesionales de la salud mental las herramientas clinimétricas son de vital importancia, sirven como apoyo para complementar impresiones diagnósticas y para medir severidad del padecimiento y respuesta al tratamiento. Esto se pone en evidencia en el presente estudio, en las tablas 3 y 4 se muestran las escalas auto y heteroaplicables utilizadas, se describen 12 distintas herramientas clinimétricas, algunas otras no especificadas y el uso del juicio clínico como formas de medición para el análisis del tamaño de efecto de una sola variable, el riesgo de suicidio, en tan solo 7 estudios incluidos. Así mismo, en estos estudios, mediante las posibilidades que ofrece el análisis estadístico, se logra homologar los resultados obtenidos para obtener un tamaño de efecto global, a pesar de la variedad de formas de medición empleadas.

Por lo tanto, una propuesta viable, en base al panorama global que ofrecen los hallazgos de esta revisión, es que al medir “suicidalidad” se subclasifique en autolesiones, ideación suicida y conducta suicida, haciendo uso del juicio clínico al reportar la frecuencia y severidad con que se presenten o mediante las distintas herramientas clinimétricas que los miden, tomando en cuenta que existen escalas que contemplan cada una de estas. Considerando “autolesiones” separado de conducta suicida ya que no siempre se hace con fines de suicidio, sin embargo quienes lo padecen sí presentan mayor riesgo de suicidio que la población general, además de que se presenta más en ciertos diagnósticos psiquiátricos (p.e. trastornos de la personalidad) y tomando como “conducta suicida” a todo lo que engloba los distintos tipos de intentos de suicidio (p.e. intentos interrumpidos o abortados). Ya que al considerarse como un todo, la “suicidalidad”, “conducta parasuicida” o “tendencia suicida” es posible, como se describe en los resultados y discusión del presente estudio, que pudiera arrojar resultados no favorables, pero al subclasificarse pudiera implicar una disminución en la frecuencia de autolesiones, intentos o ideación suicida, lo que de igual manera puede traducirse en una mejoría en la esperanza y calidad de vida de los pacientes, y evitando así el riesgo de descartar erróneamente la intervención estudiada por una aparente falta de eficacia, además de que pudiera dar luz sobre qué tipo de intervención ofrecer dependiendo de la predominancia del tipo de riesgo de suicidio presente. Esto mismo aplica para la seguridad, en donde es posible que los resultados sean favorables si se miden en conjunto cuando quizás no es así para todas las formas de riesgo de suicidio, lo que haría más complicado elegir una intervención adecuada y más individualizada. Es importante también describir el grupo etario, el



diagnóstico y las comorbilidades presentes, ya que esto puede repercutir en la toma de decisiones respecto al pronóstico e intervención más adecuada para los pacientes en riesgo.

Hace falta considerar, como parte de las variables a evaluar al investigar psicoterapias, la seguridad de la intervención. Es clara la falta de evidencia sobre este aspecto. Los aspectos más importantes a reportar serían el empeoramiento en sintomatología, suicidios consumados, aumento en frecuencia e intensidad de ideación suicida, autolesiones y/o conducta suicida, en base al juicio clínico o con apoyo de clinimetría.

# CAPÍTULO IX

## CONCLUSIÓN

El análisis de las psicoterapias en pacientes con trastorno depresivo mayor revela que la PST y las MBI muestran mejoras estadísticamente significativas en la reducción de la ideación suicida, aunque estos resultados se basan en un número limitado de estudios primarios, siendo PST respaldada por un solo estudio estudios, mientras que MBI se apoya en 5 estudios estudios. En el análisis del TLP, se observa que ST puede ser especialmente efectiva en la reducción de tendencias suicidas sin especificar, mientras que MBT puede ser efectiva sobre “autolesiones” e “ideación y conducta suicida”. A pesar de que la DBT es el enfoque más estudiado, la falta de especificidad en la evaluación de la suicidalidad en algunos estudios plantea la necesidad de un enfoque más detallado para comprender completamente los efectos terapéuticos al no mostrar efectos significativos en dos de los estudios, tomando en cuenta la baja calidad de evidencia de uno de ellos, mientras que en los otros dos se destaca su posible eficacia en la reducción de conductas autolesivas. Estos hallazgos son prometedores pero subrayan la importancia de futuras investigaciones para aclarar aún más los factores que influyen en la eficacia de estas terapias en poblaciones específicas, considerando la necesidad de una evaluación más detallada de la suicidalidad en los estudios. No se tiene información respecto a la seguridad de las intervenciones psicoterapéuticas, lo que plantea la importancia de que se investigue más sobre esto.

# CAPÍTULO X

## ANEXOS

**Tabla 1**

*Características de los estudios incluidos.*

Autor (año)	País	Diseño	Diseño de estudios primarios	No. de estudios	No. de pacientes	Edad	Diagnóstico	Intervenciones	Resultado de suicidalidad	Heterogeneidad
Okolie et al. (2017)	Reino Unido	RS	ECA / EQ / CAD / Cohorte / Casos-contróles / Análisis de decisión / Cohorte y análisis retrospectivo de los componentes de los datos.	21	NE	≥ 60 años	Depresión	Intervenciones de atención primaria / Farmacoterapia / Psicoterapia / Programas de consejería telefónica / Programas multinivel basados en la comunidad.	Ideación suicida / Intento de suicidio / Suicidio / Autolesiones sin intención suicida.	Heterogeneidad
Cuijpers et al. (2013)	Países bajos	RS, MA	ECA	13	616	≥ 18 años	Depresión	Psicoterapia	Ideación suicida / Riesgo de suicidio.	I <sup>2</sup> = 30.81%, no significativo.
Schmelefske et al. (2020)	Canadá	MA	Pre-post estudios / Estudios de tratamiento controlados.	13	627	Sin restricción de edad.	Depresión	Psicoterapia	Resultados relacionados a suicidio.	Estudios controlados en muestras con depresión (k = 4), I <sup>2</sup> = 0%, Q = 0.61.
Rameckers et al. (2021)	Países bajos, Amsterdam	MA	ECA, Ensayo abierto, series de casos o cohortes.	87	5881	≥ 18 años	TLP	Psicoterapia	Suicidalidad / Autolesiones	NE
Stoffers-Winterling et al. (2022)	Cambridge, Inglaterra	RS, MA	ECA	32	1870	≥ 18 años	TLP	Psicoterapia	Autolesiones	TCD: I <sup>2</sup> = 0%, n = 3 estudios, n = 110 participantes. TMB: I <sup>2</sup> = 0%, n = 2 estudios, n = 172 participantes. TCD: I <sup>2</sup> = 19% (IC95% 0 - 62), n = 9 estudios. TP: I <sup>2</sup> = 42% (IC95% 0 - 74), n = 7 estudios.
Cristea et al. (2017)	Romania	RS, MA	ECA	33	2256	≥ 18 años	TLP	Psicoterapia	Autolesiones / Conducta parasuicida / Suicidio	TCC: I <sup>2</sup> = 15% (IC95% 0 - 69), n = 5 estudios. Otros: I <sup>2</sup> = 79% (IC95% 41 - 89), n = 6 estudios.
Kröger et al. (2010)	Alemania	MA	ECA, ni aleatorio ni controlado.	16	794	≥ 18 años	TLP	Psicoterapia	Conducta autolesiva / Conducta suicida	H = 3.3, df = 9, p = 0.951

Abreviaturas:

CAD, Control antes y después, df, degrees of freedom; I<sup>2</sup>, heterogeneity statistic; n, simple size; Q, Q-statistic; ECA, Ensayo Clínico Aleatorizado; EQ, Estudio Cuasiexperimental; MA, Meta-análisis; NE, No específica; RS, Revisión Sistemática.

Diagnósticos: TLP, Trastorno Límite de la Personalidad.

Psicoterapias: TCC, Terapia Cognitivo Conductual; TDC, Terapia Dialéctica Conductual; TMB, Terapia Basada en la Mentalización; TP, Terapia Psicodinámica.

**Tabla 2.**

*Evaluaciones de AMSTAR-2.*

Autor (año)	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	Evaluación de calidad
Okolie et al. (2017)	Y	PY	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N-MA-CN-MA-C	Y	Y	N-MA-C	Y		Alto
Cuijpers et al. (2013)	Y	N	B	Y	N	N	Y	Y	O-RCT	N	Y	Y	Y	N	Y	Y	Bajo
Schmelefske et al. (2020)	Y	Y	B	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	Bajo
Rameckers et al. (2011)	Y	PY	Y	PY	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	N	N	Y	Y	Muy bajo
Stoffers-Winterling et al. (2022)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Alto
Cristea et al. (2017)	Y	PY	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Alto
Kröger et al. (2010)	Y	Y	Y	PY	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	Moderado

Abreviaturas:

N: No; N-MA-C: No meta-analysis conducted; O-RCT: Includes only RCTs; P: Pregunta; PY: Partial yes; Y: Yes.

**Tabla 3**

*Características de los estudios de Depresión.*

Diagnóstico	Autor (año)	No. de estudios	No. de pacientes	Diseño de estudios primarios	Psicoterapias	Control	Resultado de Suicidalidad	Medida de resultado	Resumen de resultados	Tamaño de efecto (SMD/OR/RR, 95% CI)
Depresión	Okolie et al. (2017)	21	359	ECA / EQ	TSP / TAP / TH	TS / TA-DC / Plan de tratamiento personalizado.	Ideación suicida / Riesgo de suicidio	HDRS suicide item / CSD / Self-reported suicidal ideation	<p>Reducciones significativamente mayores en la ideación suicida en personas mayores con Depresión y disfunción ejecutiva que recibieron TSP (12 y 36 semanas) post-tratamiento vs TS. Ambos tratamientos, TAP y TA-DC, en adultos mayores con depresión y demencia tuvieron reducciones comparables en la ideación suicida en los participantes después de 12 semanas, sin diferencias significativas en el curso de la ideación suicida entre ambos.</p> <p>Se presentaron mejorías en la tendencia suicida en pacientes mayores con depresión tanto en los participantes con TH como en los controles que no recibieron tratamiento.</p>	<p>TSP vs TS: 12 semanas (OR: 0.50, Z=-2.16, p=0.031) y 36 semanas (OR: 0.50, Z=-1.96, p=0.05).</p> <p>TAP vs TA-DC: 12 semanas (time: F[1, 95.8]=10.06, p=0.0020); (tiempo por interacción de tratamiento: F[1, 95.8]=0.75, p=0.3897).</p> <p>TH vs no tratamiento: (main effect: F=21.65, p&lt;0.001).</p>

Diagnóstico	Autor (año)	No. de estudios	No. de pacientes	Diseño de estudios primarios	Psicoterapias	Control	Resultado de Suicidalidad	Medida de resultado	Resumen de resultados	Tamaño de efecto (SMD/OR/RR, 95% CI)
	Cuijpers et al. (2013)	13	616	ECA	TCC / TCBM	AH / TCH	Ideación suicida / Riesgo de suicidio	BSS / SRM	Se identificaron únicamente tres ensayos clínicos aleatorios que abordaron la depresión en adultos y utilizaron el suicidio como un parámetro de resultado claramente definido. La síntesis de los resultados reveló efectos mínimos y no estadísticamente significativos en relación con las tendencias suicidas, aunque la limitada potencia estadística impidió llegar a conclusiones definitivas sobre el verdadero impacto. La calidad de los estudios analizados no alcanzó niveles óptimos.	Hedges' g=0.12 (95% CI: -0.20 - 0.44), no estadísticamente significativo. Cálculo de potencia post hoc, g=0.47
	Schmelefske et al. (2020)	13	627	Estudios pre-post.	TCBM	EPC / TU / LE / SACCP	Ideación suicida	SCS / BSS / BDI-II item 9 / HDRS item 3 / IDS-SR	En investigaciones que emplearon grupos de personas con trastornos depresivos (k= 5), se observó que las intervenciones basadas en IBM demostraron un impacto moderado que resultó estadísticamente significativo.	Hedges' g=0,45 (IC del 95% [0,28, 0,62], p<0,001).

Abreviaciones:

ECA, Ensayo Clínico Aleatorizado; EQ, Estudio Cuasiexperimental; F, F-statistic; g, Hedges' g; IC, Intervalo de confianza; OR, Odds ratio; p, valor de p; RR, Relative risk; Z, valor de Z.

Psicoterapias: AH, Atención habitual; EPC, Educación Psicoeducativa Cognitiva; IBM, Intervenciones basadas en Mindfulness; LE, Lista de espera; SACCP, Sistema de Análisis Cognitivo-Conductual de la Psicoterapia; TA-DC, Terapia de Apoyo para Adultos Mayores con Deterioro Cognitivo; TAP, Terapia de Adaptación de Problemas; TCBM, Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness; TCC, Terapia Cognitivo Conductual; TCH, Terapia Cognitiva Humanista Existencial; TH, Terapia de Humor; TS, Terapia de Soporte; TSP, Terapia de Resolución de Problemas; TU, Tratamiento usual.

Herramientas de evaluación: BDI, Beck Depression Inventory; BSS, Beck Scale for Suicide Ideation; CSD, Cornell Scale for Depression; HDRS, Hamilton Depression Rating Scale; IDS-SR, Inventory of Depressive Symptomology Self-Report; SCS, Suicidal Cognitions Scale; SRM, Suicide Risk Module of the MINI.

**Tabla 4**

*Características de los estudios de Trastorno Límite de la Personalidad.*

Diagnóstico	Autor (año)	No. de estudios	No. de pacientes	Diseño de estudios primarios	Psicoterapia	Control	Resultado de suicidalidad	Medida de resultado	Resumen de resultados	Tamaño de efecto (SMD/OR/RR, 95% CI)
TLP	Rameckers et al. (2021)	87	5881	ECA, Ensayo clínico abierto, ECNA	TCD / TCDmin / TE / TMB / TP / TCC / TCT / Terapias mixtas / Otras (TAC, IT, TceC, GCM, MPG, CT, PDD)	TU / TCE / Tratamiento activo	Suicidalidad / Autolesiones	NE	Con efectos de gran magnitud, se observó una fuerte asociación entre TE y TMB con reducciones más pronunciadas en las tendencias suicidas en comparación con el impacto promedio del tratamiento.	Tamaño de efecto en suicidalidad/autolesiones: TE: g=1.161 (CI 95% 0.669, 1.653, p=0.013) TMB: g=0.872 (CI 95% 0.612, 1.132, p=0.042) TCD autolesiones: (SMD -0.54, 95%CI -0.92 to -0.16, P=0.006, n=3 estudios, n=110 participantes). TMB autolesiones: (RR 0.51, 95%CI 0.34-0.75, P<0.0007, n=2 estudios, n=172 participantes). TMB resultados relacionados con suicidio (conducta suicida): (RR 0.10, 95%CI 0.03-0.32, P<0.0001, n=2 estudios, n=172 participantes). TCD: g=0.34 (IC95% 0.15-0.53), NNT=5.26, n=9 estudios. TP: g=0.41 (IC95% 0.12-0.69), NNT=4.39, n=7 estudios. TCC: g=0.24 (IC95% -0.01-0.49), NNT=7.46, n=5 estudios. Otros: g=0.38 (IC95% -0.15-0.92), NNT=4.72, n=6 estudios.
	Stoffers-Winterling et al. (2022)	32	1870	ECA	TCD / TMB / TIP-TLP / TCC / PDD	TU / LE / Tratamiento de apoyo / Manejo clínico	Autolesiones / Resultados relacionados a suicidalidad	NE	Se detectaron efectos estadísticamente significativos de baja certeza en general para la autolesión en TCD y para los resultados de autolesión y suicidio en TMB.	
	Cristea et al. (2017)	33	2256	ECA	TDC-P / TDC / TCRP / PGI	LE / TVI / TH	Autolesiones / Conducta parasuicida / Suicidio	NE	En el examen de subgrupos dentro de la categoría de todos los resultados pertinentes del TLP, que abarca síntomas de TLP, autolesión, comportamiento parasuicida y suicidio, se encontró que la TCC y otras intervenciones no demostraron ser más efectivas que las intervenciones de control, a diferencia de la TCD y las TP, que mostraron mayor eficacia. Sin embargo, algunas de estas diferencias alcanzó significativa estadística.	
	Kröger et al. (2010)	16	794	ECA, ni aleatorizado ni controlado	TDC	TS / TCT / TCE / TH	Conductas autolesivas / Conductas suicidas	CPV / OAS-M / SASII / Tasa de pacientes (autolesiones e intentos de suicidio)	Se identificó un efecto moderado en cuanto al tamaño para las conductas suicidas y autolesivas, al incorporar un factor moderador relacionado con los ECA que emplearon con tratamientos específicos para el TLP.	g=0,56, CI 95% [0,52, 0,60], t (9)=27,04, p>0.001 (dos colas).

**Abreviaturas**

DME, Diferencia de Media Estandarizada; ECA, Ensayo Clínico Aleatorizado; ECNA, Ensayo Controlado no Aleatorizado; g, Hedges' g; IC, Intervalo de confianza; n, tamaño de muestra; NE, No específica; OR, Odds ratio; p, valor de p; RR, Risk Ratio; t, t-statistic.

Diagnósticos: TLP, Trastorno Límite de la Personalidad.

Psicoterapias: CT, Comunidad Terapéutica; GCM, Gestión Clínica Estructural; LE, Lista de Espera; MPG, Manejo Psiquiátrico General; PDD, Psicoterapia Dinámica Deconstructiva; PGI, Psicoterapia Grupal Interpersonal; TAC, Terapia Analítica Cognitiva; TCC, Terapia Cognitivo-Conductual; TCDmin, Terapia Dialéctica Conductual Reducida; TCE, Terapia Comunitaria por Expertos; TceC, Terapia Centrada al Cliente; TCRP, Terapia Centrada en la Representación Psíquica; TCT, Terapia Centrada en la Transferencia; TDC-P, Terapia Dialéctica Conductual-Parejas; TDC, Terapia Dialéctica Conductual; TE, Terapia de Esquemas; TIP-TLP, Terapia Interpersonal Adaptada para el Trastorno Límite de la Personalidad; TMB, Terapia Basada en la Mentalización; TP, Terapia Psicodinámica; TS, Terapia de Soporte; TU, Tratamiento usual; TVI, Terapia de Validación Integral.

Herramientas de evaluación: CPV, Conteo de Parasuicidios a lo largo de la Vida; OAS-M, Over Aggression Scale-Modified; SASII, Suicide Attempt Self-Injury Interview.

**Tabla 5**

*Resultados por diagnóstico e intervención terapéutica.*

Diagnóstico	Psicoterapia	Población de estudio	Suicidalidad	Resultado	No. de estudios primarios	RS / MA
Depresión	TSP > TS	>60 años + Disfunción ejecutiva	Ideación suicida	Reducción significativa a las 12 y 36 semanas.	1	Okolie et al. (2017)
	TAP = TA-DC	>60 años + Demencia	Ideación suicida	Reducción comparable a las 12 semanas.	1	Okolie et al. (2017)
	TCC vs AH / TCH	>18 años	Ideación suicida y riesgo suicida	Efecto pequeño, no estadísticamente significativo.	3	Cuijpers et al. (2013)
	MBI vs control	Sin restricción de edad	Ideación suicida	Efecto moderado, estadísticamente significativo.	5	Schmelefske et al. (2020)
	Terapia de Esquema	>18 años	Tendencia suicida	Tamaños de efecto grandes con reducciones mayores.	8	Rameckers et al. (2021)
TLP	TMB		Autolesiones / Resultados relacionados al suicidio (ideación y conducta)	Riesgo significativamente menos de baja certeza.	4	Stoffers-Winterling et al. (2022)
			Autolesiones	Efectos de moderados a grandes, estadísticamente significativo.	3	Stoffers-Winterling et al. (2022)
	TCD	>18 años	Resultados relevantes de TLP (síntomas, autolesión, conducta parasuicida y suicidio)	Más efectivos que los controles, no estadísticamente significativo.	9	Cristea et al. (2017)
			Conductas suicidas y autolesivas	Tamaño de efecto moderado.	11	Kröger et al. (2010)
	TP	>18 años	Resultados relevantes de TLP (síntomas, autolesión, conducta parasuicida y suicidio)	Más efectivos que los controles, no estadísticamente significativo.	7	Cristea et al. (2017)



Abreviaturas:

NE, No específica.

Diagnósticos: TMD, Trastorno Depresivo Mayor; TLP, Trastorno Límite de la Personalidad.

Psicoterapias: AH, Atención habitual; TA-DC, Terapia de Apoyo para Adultos Mayores con Deterioro Cognitivo; TAP, Terapia de Adaptación de Problemas; TCC, Terapia Cognitivo Conductual; TCH, Terapia Cognitiva Humanista Existencial; TDC, Terapia Dialéctica Conductual; TMB, Terapia Basada en la Mentalización; TP, Terapia Psicodinámica; TS, Terapia de Soporte; TSP, Terapia de Resolución de Problemas.

## Tabla 6

### *Ítems de AMSTAR-2.*

- P1: ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyeron los componentes de PICO?
- P2: ¿El informe de la revisión contenía una declaración explícita de que los métodos de la revisión se establecieron antes de llevar a cabo la revisión y justificaba el informe cualquier desviación significativa del protocolo?
- P3: ¿Los autores de la revisión explicaron su elección de los diseños de estudio para su inclusión en la revisión?
- P4: ¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia de búsqueda de literatura exhaustiva?
- P5: ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios en duplicado?
- P6: ¿Los autores de la revisión llevaron a cabo la extracción de datos en duplicado?
- P7: ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?
- P8: ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?
- P9: ¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo (RoB) en los estudios individuales que se incluyeron en la revisión?
- P10: ¿Los autores de la revisión informaron sobre las fuentes de financiamiento de los estudios incluidos en la revisión?
- P11: Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores de la revisión utilizaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?
- P12: Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el posible impacto del sesgo en los estudios individuales en los resultados del metaanálisis u otras síntesis de evidencia?
- P13: ¿Los autores de la revisión tuvieron en cuenta el sesgo en los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?
- P14: ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y una discusión sobre cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?

- P15: Si realizaron una síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una investigación adecuada sobre el sesgo de publicación (sesgo de estudios pequeños) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?

- P16: ¿Los autores de la revisión informaron sobre posibles fuentes de conflicto de interés, incluyendo cualquier financiamiento que recibieron para llevar a cabo la revisión?

---

## **Tabla 7**

### *Dominios críticos de AMSTAR 2.*

- Protocolo registrado antes del inicio de la revisión (ítem 2).
  - Adecuación de la búsqueda bibliográfica (ítem 4).
  - Justificación para excluir estudios individuales (Ítem 7).
  - Riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión (ítem 9).
  - Adecuación de los métodos meta-analíticos (ítem 11).
  - Consideración del riesgo de sesgo al interpretar los resultados de la revisión (ítem
  - Evaluación de la presencia y el posible impacto del sesgo de publicación (ítem 15).
-

## Tabla 8

*Calificación de la confianza general en los resultados de la revisión.*

Alto:

- Ninguna o una debilidad no crítica: la revisión sistemática ofrece un resumen preciso y completo de los resultados de los estudios disponibles que abordan la pregunta de interés.

Moderado:

- Más de una debilidad no crítica\*: la revisión sistemática tiene más de una debilidad pero no presenta fallas críticas. Puede ofrecer un resumen preciso de los resultados de los estudios disponibles que fueron incluidos en la revisión.

Bajo:

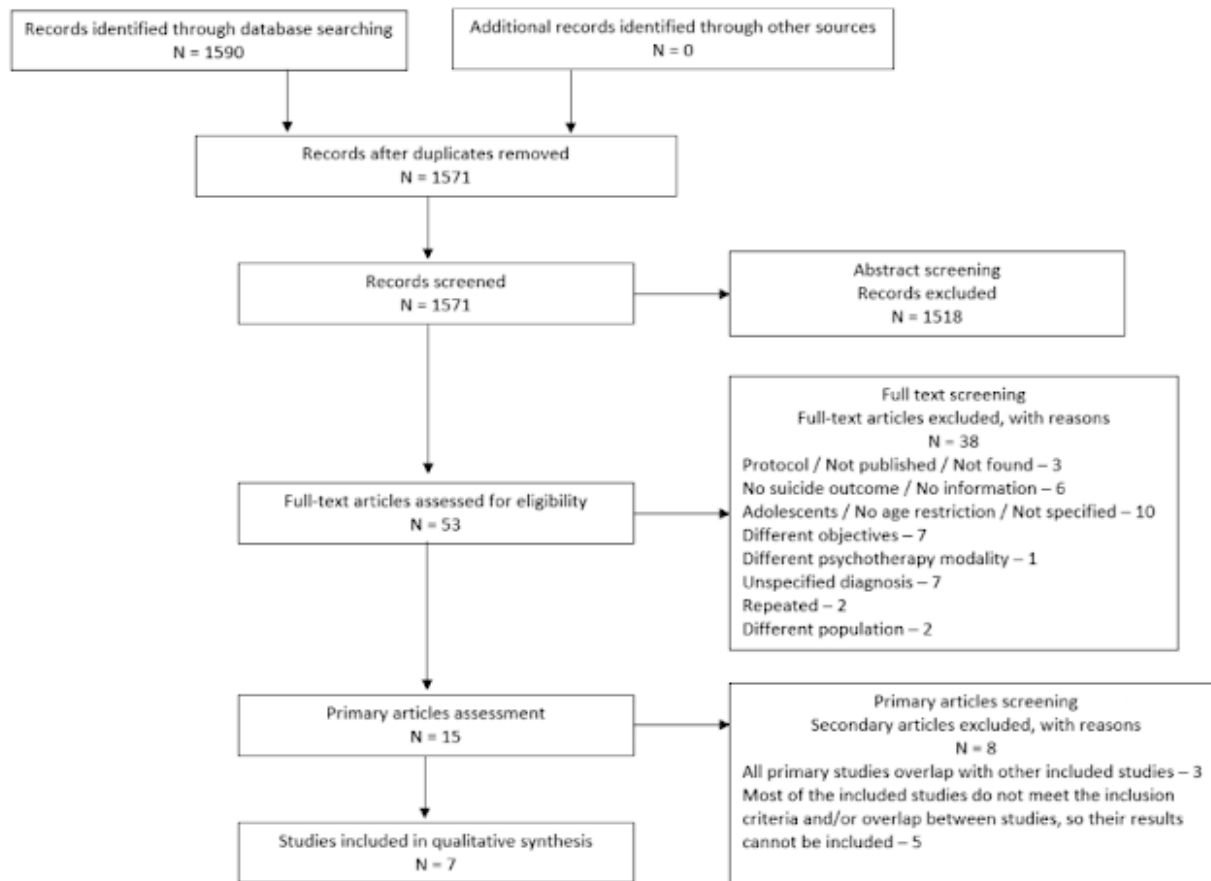
- Una falla crítica con o sin debilidades no críticas: la revisión tiene una falla crítica y puede no proporcionar un resumen preciso y completo de los estudios disponibles que abordan la pregunta de interés.

Críticamente bajo:

- Más de una falla crítica, con o sin debilidades no críticas: la revisión tiene más de una falla crítica y no se debería confiar en ella para proporcionar un resumen preciso y completo de los estudios disponibles.
- 

*Nota.* \* La presencia de múltiples debilidades no críticas puede disminuir la confianza en la revisión y podría ser apropiado ajustar la evaluación general de moderada a baja confianza.

Figura 1. Diagrama de flujo de selección de estudios



# CAPÍTULO XI

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abbass, A. A. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub4>
2. APA, A. P. (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *The American journal of psychiatry*, 160(11 Suppl), 1-60.
3. APA, A. P. (2013). Conditions for Further Study: Suicidal Behavior Disorder. In A. P. Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition* (pp. 801-803). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
4. Baldessarini, J. T. (2010). Psychopharmacology for suicideprevention. . In M. T. Pompili, *Evidence Based Practice in Suicidology* (pp. 243–265.). Hogrefe Publishing.
5. Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., Williams, J.M.G.,2009. Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: a preliminary study. *Behaviour Research and Therapy* 47, 366–373.
6. Barnhofer, T., Crane, C., Brennan, K., Duggan, D. S., Crane, R. S., Eames, C., ... Williams, J. M. G. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression. *Journal*

- of Consulting and Clinical Psychology, 83(6), 1013–1020.  
doi:10.1037/ccp0000027
7. Bateman, A. &. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *The American journal of psychiatry*, 156(10), 1563–1569.  
doi:https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563
  8. Bateman, A. &. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 166(12), 1355–1364. doi:https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539
  9. Beck, A. S. (1991). Beck scale for Suicide Ideation. . San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
  10. Beck, A. T. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *The American journal of psychiatry*, 142(5), 559-563.  
doi:https://doi.org/10.1176/ajp.142.5.559
  11. Beck, A. T. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *The American journal of psychiatry*, 147(2), 190-195. doi:https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.190
  12. Binks, C. A. (2006). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*.  
doi:https://doi.org/10.1002/14651858.CD005653
  13. Black, D. W. (2014). Comparison of low and moderate dosages of extended-release quetiapine in borderline personality disorder: a randomized, double-



- blind, placebo-controlled trial. *The American journal of psychiatry*, 171(11), 1174–1182. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13101348>
14. Brown, G. K. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 371-377.
15. Brown, G. K. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*, 294(5), 563-570. doi:<https://doi.org/10.1001/jama.294.5.563>
16. Brunner, R. K. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 55(4), 337–348. doi:<https://doi.org/10.1111/jcpp.12166>
17. Butler, A. C. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17–31. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
18. Churchill, R. H. (2001). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health technology assessment*, 5(35), 1–173. doi:<https://doi.org/10.3310/hta5350>
19. Clarkin, J. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *The American journal of psychiatry*, 164(6), 922–928. doi:<https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.922>

20. Collins, R.W., 1996. The Treatment of Depression: An Integrative Psychotherapy Model. Doctoral Dissertation. Saybrook Institute, San Francisco, unpublished.
21. Conner, K. R. (2001). Psychological vulnerability to completed suicide: a review of empirical studies. *Suicide & life-threatening behavior*, 31(4), 367–385. doi:<https://doi.org/10.1521/suli.31.4.367.22048>
22. Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D. S., Hepburn, S., Fennell, M. V., & Williams, J. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy and self-discrepancy in recovered depressed patients with a history of depression and suicidality. *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 775–787. doi:10.1007/s10608-008-9193-y
23. Crawford, M. J.-S. (2018). The Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Lamotrigine in Borderline Personality Disorder: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *The American journal of psychiatry*, 175(8), 756–764. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17091006>
24. Cristea, I. A. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 74(4), 319–328. doi:<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>
25. Crosby, A. E. (2013). Suicides - United States, 2005-2009. *MMWR supplements*, 62(3), 179-183.
26. Crowell SE, B. T. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychol Bull*, 135(3), 495-510. doi:doi: 10.1037/a0015616.

27. Cuijpers, P., de Beurs, D. P., van Spijker, B. A., Berking, M., Andersson, G., & Kerkhof, A. J. (January 2013). The effects of psychotherapy for adult depression on suicide and hopelessness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 144(3), 183–190. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.025>
28. Cuijpers, P. D. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 32(4), 280–291. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.003>
29. Cuijpers, P. G. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *The American journal of psychiatry*, 168(6), 581–592. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10101411>
30. Cuijpers, P. v. (2007). Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 27(3), 318–326. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.001>
31. D. De Leo, S. B.-B. (2006). Definitions of Suicidal Behavior Lessons Learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*, 27(1), 4-15. doi:10.1027/0227-5910.27.1.4
32. de Maat, S. d. (2013). The current state of the empirical evidence for psychoanalysis: a meta-analytic approach. *Harvard review of psychiatry*, 21(3), 107–137. doi:<https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e318294f5fd>
33. Driessen, E. C. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 30(1), 25–36. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.010>

34. Duarte, P.S., Miyazaki, M.C., Blay, S.L., Sesso, R., 2009. Cognitive-behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemodialysis patients. *Kidney International* 76, 414–421.
35. Ekers, D. R. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological medicine*, 38(5), 611–623. doi:<https://doi.org/10.1017/S0033291707001614>
36. Fonagy, P. R. (2015). Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(3), 312–321. doi:<https://doi.org/10.1002/wps.20267>
37. Forkmann, T., Brakemeier, E. L., Teismann, T., Schramm, E., & Michalak, J. (2016). The Effects of mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavioral analysis system of psychotherapy added to treatment as usual on suicidal ideation in chronic depression: Results of a randomized-clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 200, 51–57. doi:10.1016/j.jad.2016.01.047
38. Forkmann, T., Wichers, M., Geschwind, N., Peeters, F., van Os, J., Mainz, V., & Collip, D. (2014). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on self-reported suicidal ideation: Results from a randomised controlled trial in patients with residual depressive symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1883–1890. doi:10.1016/j.comppsy.2014.08.043
39. Giesen-Bloo, J. v. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs

- transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry*, 63(6), 649–658. doi:<https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>
40. Gustavson, K. A., Alexopoulos, G. S., Niu, G. C., McCulloch, C., Meade, T. and Arean, P. A. (2016). Problem-solving therapy reduces suicidal ideation in depressed older adults with executive dysfunction. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 11–17.
41. Harned, M. S. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour research and therapy*, 55, 7-17. doi:<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.01.008>
42. Hawton K, W. K. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults (Review). *The Cochrane database of systematic reviews* 2016(5). doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012189>
43. Hawton, K. B. (2015). Suicide following self-harm: findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. *Journal of affective disorders*, 175, 147–151. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.062>
44. Hawton, K. S. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379(9834), 2373–2382. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
45. Hawton, K. W. (2015). Interventions for self-harm in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews* 2015(12).
46. Kendall, T. T. (2011). Longer term management of self harm: summary of NICE guidance. *BMJ*, 343. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.d7073>

47. Kiosses, D. N., Rosenberg, P. B., McGovern, A., Fonzetti, P., Zaydens, H. and Alexopoulos, G. S. (2015). Depression and suicidal ideation during two psychosocial treatments in older adults with major depression and dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 48, 453–462.
48. Kliem, S., Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 936–951. <https://doi.org/10.1037/a0021015>
49. Koenigsberg, H. W. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 159(5), 784–788. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.784>
50. Konradt, B., Hirsch, R. D., Jonitz, M. F. and Junglas, K. (2013). Evaluation of a standardized humor group in a clinical setting: a feasibility study for older patients with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, 850–857.
51. Kuyken, W. (2004). Cognitive therapy outcome: the effects of hopelessness in a naturalistic outcome study. *Behaviour research and therapy*, 42(6), 631-646. doi:[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00189-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00189-X)
52. Lara J. Cox, M. M. (2012). A Longitudinal Study of Nonsuicidal Self-Injury in Offspring at High Risk for Mood Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, 821-828. doi:doi: 10.4088/JCP.11m07250
53. Linehan, M. C., & Guilford: New York, N. U. (1993). *Cognitive Behavioral Therapy of Borderline Personality Disorder*; Guilford: New York, NY, USA, 1993. New York, USA: The Guilford Press.

54. Linehan, M. M. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*, 48(12), 1060–1064. doi:https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003
55. Linehan, M. M. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 757–766. doi:https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757
56. Malouff, J. M. (2007). The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 27(1), 46–57. doi:https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.12.005
57. McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Kormann, L., & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1365–1374.
58. National Action Alliance for Suicide Prevention: Research Prioritization Task Force. (2014). A prioritized research agenda for suicide prevention: An action plan to save lives. Rockville, MD: National Institute of Mental Health and the Research Prioritization Task Force.
59. NICE, N. I. (2022). Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. *NICE guideline*. Retrieved from [www.nice.org.uk/guidance/ng225](https://www.nice.org.uk/guidance/ng225)
60. Okolie, C., Dennis, M., Simon Thomas, E., & John, A. (2017, August 2). A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce

- suicidal ideation in older people. *International Psychogeriatrics*, 29(11), 1801–1824. <https://doi.org/10.1017/s1041610217001430>
61. Oquendo, M. A. (2009). Can novel nosological strategies aid in the identification of risk for suicidal behavior? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 30(4), 171–173. doi:<https://doi.org/10.1027/0227-5910.30.4.171>
62. Ougrin, D. T. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97–107. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009>
63. Paris, J. (2019). *The Treatment of Borderline Personality Disorder, 2nd ed.* New York, USA: The Guildford Press.
64. Rameckers, S.A.; Verhoef, R.E.J.; Grasman, R.P.P.P.; Cox, W.R.; van Emmerik, A.A.P.; Engelmoer, I.M.; Arntz, A. Effectiveness of Psychological Treatments for Borderline Personality Disorder and Predictors of Treatment Outcomes: A Multivariate Multilevel Meta-Analysis of Data from All Design Types. *J. Clin. Med.* 2021, 10, 5622. <https://doi.org/10.3390/jcm10235622>
65. Schmelefske, E., Per, M., Khoury, B., & Heath, N. (2020, October 30). The Effects of Mindfulness-Based Interventions on Suicide Outcomes: A Meta-Analysis. *Archives of Suicide Research*, 26(2), 447–464. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1833796>
66. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, Moher D, Tugwell P, Welch V, Kristjansson E, Henry DA. (2017, September 21).



AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, 358:j4008. doi: 10.1136/bmj.j4008. PMID: 28935701; PMCID: PMC5833365.

67. Stoffers-Winterling, J., Völlm, B., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Library*. doi:doi:10.1002/14651858.CD005653.
68. Stoffers-Winterling, J. M., Storebø, O. J., Kongerslev, M. T., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sedoc Jørgensen, M., Sales, C. P., Edemann Callesen, H., Pereira Ribeiro, J., Völlm, B. A., Lieb, K., & Simonsen, E. (2022, January 28). Psychotherapies for borderline personality disorder: a focused systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 221(3), 538–552. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.204>
69. Van Hemert, A. K. (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn voor Diagnostiek en Behandeling van Suicidaal Gedrag*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie/Nederlands Instituut voor Psychologen/Trimbos Instituut, Utrecht.
70. W., K. (2004). Cognitive therapy outcome: the effects of hopelessness in a naturalistic outcome study. *Behaviour research and therapy*, 42(6), 631–646. doi:[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00189-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00189-X)
71. WHO, W. H. (2014). *Preventing suicide. A global imperative*.
72. Wilkinson, P. K. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression

Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *The American journal of psychiatry*, 168(5), 495–501. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050718>

## **CAPÍTULO XII**

### **RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO**

El doctor Leonel Estanislao Villalobos Gutiérrez es hijo de Leonel Eloy Villalobos Galindo y Araceli Noemí Gutiérrez Villarreal. Nació en la ciudad de Monterrey y creció en el municipio de Hidalgo, Nuevo León, en donde estudió hasta concluir la educación secundaria. Estudió el Bachillerato Internacional, con una duración de 3 años, en el Centro de Investigación y Desarrollo de Educación Bilingüe (CIDEB) de la UANL. Estudió la carrera de Médico Cirujano y Partero en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en donde formó parte del programa BPinvest (Becario de Pregrado en investigación). Realizó su servicio social en investigación por parte del CONACYT en el departamento de Hematología. Posteriormente, estudió la especialidad de Psiquiatría en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.